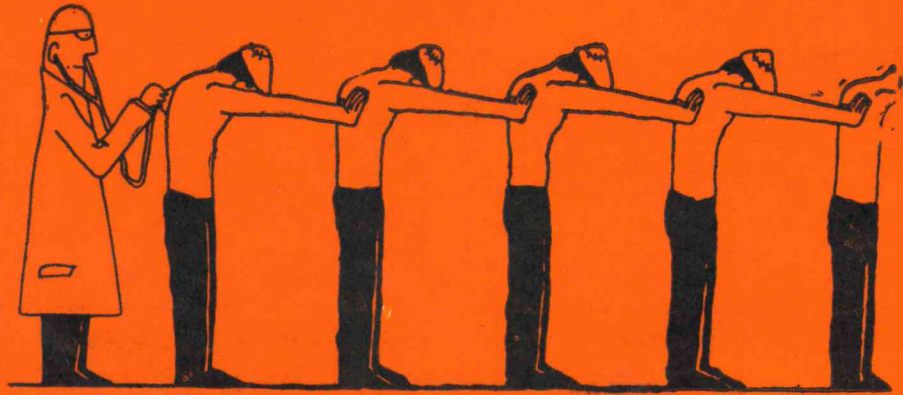


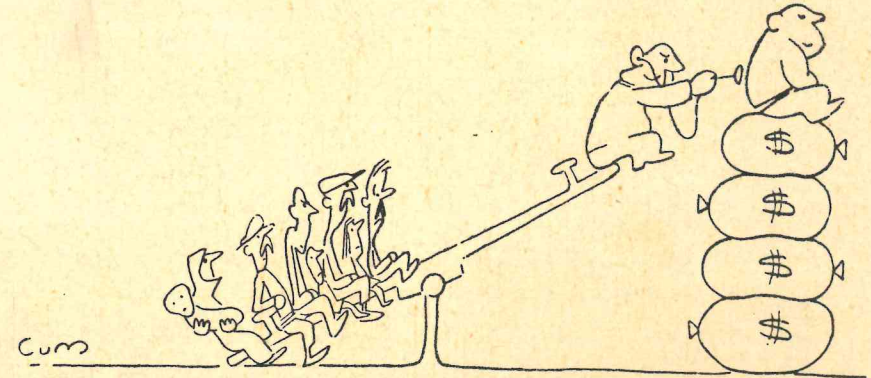
ANKARA
VE
İZMİR

TOB

TABİP ODALARI BÜLTENİ



Dr. M. Levent ÖZSES
Ortodonti Uzmanı
Uz.Tescil No: 93689



NİSAN — 1977 / SAYI : 19 / YIL 2 / FİYATI : 10 LİRA

SAYIN ABONELERİMİZ

Lütfen Aboneliğinizi Yenileyiniz

SAYIN OKUYUCULARIMIZ

TOB'a Abone Olunuz
Abone Bulunuz

TOB DERGİSİNE BİR YILLIK ABONE OLMAK İÇİN, 96482 NO'LU POSTA ÇEKİ HESABINA, OKUNUR ADRESİNİZLE BİRLİKTE 100 TL. YATIRMANIZ YETERLİDİR. ESKİ SAYILARIMIZ ÖDEMELİ GÖNDERİLİR.

İçindekiler

	Sayfa
— Kentlerde Sağlık Sorunları (Doç. Dr. Nevzat EREN)	2
— Ankara Halkının Sağlık Sorunları ve Ülkemiz Sağlık Sorunlarına Genel Bir Bakış (Dr. Özen ARAT)	13
— Sosyal Sigortalar Kurumunda Sağlık Hizmetleri (Dr. Nuri GÜNDAY)	18
— Toplumsal Açıdan Trafik Kazaları (Dr. Recep AKDUR)	23
— Dış Çürükleri Konusunda Doğru ve Yanlış Bilinenler (Dr. Cahit BAYSAL)	34
— Sürekli Eğitimde Yöntem ve Araçlar (Dr. Ali MENTES)	39
— Vergi Sistemimiz / En Az Geçim İndirimi / En Az Ücret ve Ötesi (Musa ÖZDEMİR)	45
— 1 Mayıs İşçi Bayramı (Dr. İhsan ÜNLÜER)	50
— Referandum (İlhan SELÇUK)	52
— HABERLER..... HABERLER..... HABERLER	54

TOB

Türk Tabipler Birliği
Ankara ve İzmir Tabip
Odaları Aylık Yayın
Organı
Sahibi :

Ankara Tabip Odası Başkanı

Dr Hamdi ÖĞÜŞ

Yazı İşleri Müdürü :

Dr. Recep AKDUR

Teknik Sekreter :

Cevdet DURANOĞLU

Yazı Kurulu

(Ankara Tabip Odasından)

Dr. Muzaffer AKYOL, Dr. Doğan

BENLİ, Doç. Dr. Nevzat EREN,

Dr. Özen ARAT

(İzmir Tabip Odasından)

Dr. Mustafa ULUSOY, Dr Erkan

SEVİNÇ, Dr. Soniz EVREN

Yönetim Yeri :

Hanımeli Sokak. 16/2

Sıhhiye/ANKARA

Tlf : 29 55 70

Basıldığı Yer :

Şafak Matbaası Tlf : 29 57 84

Hanımeli Sok. No. 49 ANKARA

Sayısı 10 TL. Yıllık Abone 100 TL.

Öğrencilere Yıllık Abone 60 TL.

Dış ülkelere 12 \$ (Normal Posta)

Yayımlanan yazılardaki görüş ve

düşünceler yazarlarına aittir. O-

dalarımızı ve TOB'u bağlamaz.

İlan Tarifesi :

Kapaklar 1500 TL.

İç tam sayfa 1000 TL.

İç yarım sayfa 750 TL.

Kentlerde Sağlık Sorunları

Dr. Nevzat EREN
Halk Sağlığı Doçenti

GİRİŞ

Ülkemizde sağlığa ilişkin tartışmalarda ve yayınlarda, kırsal bölgelerin sağlık sorunlarına, öteden beri önem ve öncelik verilmektedir. Bu yaklaşım kuşkusuz doğru ve yerindedir. Ülkenin kırsal alanlarının çözüm bekleyen önemli sağlık sorunları olduğu, herkesin bildiği bir gerçektir.

Ancak bu yaklaşım ilgili ve sorumluları, «Kentlerin sağlık sorunları yoktur, her şey yolundadır» biçiminde bir sonuca götürmektedir. Gerçek durum acaba böyle midir?... Tüm nüfusun yüzde altmışının yaşadığı kırsal alanlarda çok önemli sağlık sorunları çözüm beklerken, nüfusun yüzde kırkının yaşadığı kentlerde sağlık sorunlarının çözümlenmiş olması olası mıdır ?

Yazıda, Ankara kenti örnek alınarak bu sorun tartışılmıştır.

BAZI VERİLER

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın 1975 yılı sonu kayıtlarına göre Ankara, Bitlis - Bingöl - Ağrı ve Türkiye'de hekim dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Ankara kenti yerine Ankara İli'nin sayılarının alınması, elde kayıt ve veri olmayışındandır. Bitlis - Bingöl - Ağrı illeri ise, sağlık hizmetlerinin en az götürülebildiği illerdir ve Ankara ile karşılaştırma olanağı sağlayabilmek amacıyla seçilmişlerdir. Tablodan Ankara İli'nde Türkiye ortalamasının üç katı kadar daha çok hekimin çalışmakta olduğu anlaşılmaktadır. Diğer yandan Ankara ilinde hekimlerin az olduğu illere temsilci olarak seçilen Bitlis - Bingöl - Ağrı illeri ortalamasına göre, tüm hekimler göz önüne alındığında, 16.6 katı hekim çalışmaktadır.

Hekim dışı sağlık personeline ilişkin sayılarda Tablo 2. de gösterilmiştir. Tablodan Ankara'da, Türkiye ortalamasının 1.8 katı, Bitlis - Bingöl - Ağrı ortalamasının 2.9 katı hemşire - hemşire yardımcısının çalıştığı anlaşılmaktadır. Gene Ankara'da, Türkiye ve Bitlis - Bingöl - Ağrı ortalamalarına göre daha çok sağlık memuru çalıştığı, tablodaki sayılardan ortaya çıkmaktadır. Sözü edilen ortalamalara göre Ankara'da az bulunan tek görevli ebedir.

Her on bin nüfusa düşen hasta yatağı sayısının Ankara, Bitlis, Bingöl, Ağrı ve Türkiye ortalamaları da Tablo 3'de gösterilmiştir. Bu tablodan da Ankara İli'nde Türkiye ortalamasının 1.5, Bitlis - Bingöl - Ağrı ortalamasının 7.8 katı daha çok hasta yatağı olduğu anlaşılmaktadır.

Topluca söylemek gerekirse Ankara İli'nde, hem Türkiye ortalamasının hem de Bitlis - Bingöl - Ağrı ortalamasının pek çok katı hekim, hemşire - hemşire yardımcısı ve sağlık memuru çalışmaktadır. Yalnız ebe sayısı Ankara İli'nde azdır. On bin kişiye düşen yatak sayısı da Ankara İli'nde, Türkiye ve Bitlis - Bingöl - Ağrı ortalamalarının çok üstündedir.

Hasta yatağı ve sağlık personelinin çok önemli bir bölümünün ilcelerde değil, Ankara kenti içinde çalıştığı gerçeği de göz önüne alındığında, sağlık hizmeti vermeğe yönelik bu değerlerin dağılımında Ankara kentinin ayrıcalıklı durumu daha iyi anlaşılacaktır. Bu ayrıcalıklara rağmen, acaba Ankara kentinde sağlığa ilişkin bazı konularda durum nasıldır ?

BİR ARAŞTIRMADAN ELDE EDİLEN SONUÇLAR :

Bu yazının yazarınca Mart 1974'de, Ankara kentini temsil eden 1.000 ailede bir araştırma yapılmıştır. Geriye dönük (retrospektif) ve soru kâğıdı uygulanarak yapılan araştırmaya, sözü edilen 1.000 ailede yaşayan 4.356 kişi alınmıştır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre Ankara'da sağlığa ilişkin bazı durumlar şöyledir :

1. Ankara Kentinde Barınak Koşulları :

Barınak koşullarının kişi sağlığını çok yakından etkilediği bilinmektedir. Ankara kentinde (Ankara belediye sınırları içinde) bulunan barınakların, bazı barınak kolaylıklarına göre dağılımları Tablo 4'de gösterilmiştir. Tablodan aşağı yukarı ;

- Her 14 barınaktan birinin helası olmadığı,
- Her 7 barınaktan birinde elektrik olmadığı,
- Her 4 barınaktan birinin mutfağının olmadığı,
- Her 4 barınaktan birinde musluk suyu olmadığı ve
- Her üç barınaktan birinin banyosunun olmadığı anlaşılmaktadır.

Ayrıca, koşulları Tablo 4'de gösterilen barınaklarda her odada ortalama 2.24 kişinin barındığı araştırma sonucu ortaya çıkmıştır. Bu veri, Ankara kentinde önemli ölçüde bir sıkışık yaşama sorunu bulunduğunu doğrulamaktadır.

NOT : Tablolar yazının sonundadır.

2. Eğitim Durumu :

Araştırma sonuçlarına göre Ankara kentinde yaşayan 7 ve daha yukarı yaşlarda bulunan tüm halkın yüzde 21'i okuyup - yazma bilmemektedir. Var olan sağlık kuruluşlarından yararlanmanın, eğitim düzeyi arttıkça çoğalacağı düşünüldüğünde, her beş kişiden birinin okur - yazar olmaması önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır.

3. Aile Büyüklüğü :

Ankara kentinde ortalama aile büyüklüğü 5.08 kişidir. 4 - 5 kişilik aileler çoğunluktadır. Beklendiği gibi Ankara kentinde çekirdek aileler büyük çoğunluğu oluşturmaktadır.

4. Meslek :

Araştırma kapsamına giren ailelerde çalışan kişilerin mesleklerine göre dağılımı yapılmış ve şu sonuçlar alınmıştır :

Çalışan kişilerin yüzde 30'u memurlar ve ordu mensupları
yüzde 23'ü teknisyen ve zenaatkârlar,
yüzde 12'si kalifiye olmayan işçiler,
yüzde 11'i hizmetle ilgili işlerde çalışanlar
yüzde 11'i satıcılar,
yüzde 10'u da yöneticilerden oluşmaktadır.

5.08 kişilik ailelerde ortalama 1.21 kişi çalışmaktadır. Diğer bir anlatıyla çalışan her kişi, kendinden ayrı 3.73 kişiye bakmaktadır. Mesleksizler (kadınlar, çocuklar ve işsizler) tüm nüfusun yüzde 75'ini oluşturmaktadır. Bu sayılar Ankara kentinin önemli bir işsizlik sorunu ile karşı karşıya bulunduğunu göstermektedir.

5. Tıbbî Bakım Olanakları :

Ankara kentinde yaşayan kişilerin yüzde 45'inin parasız tıbbî bakım olanağı yoktur. Kalan yüzde 55'inin ise, devlet memuru, asker olma, sigorta ve benzeri yollardan tıbbî bakım sağladığı anlaşılmaktadır.

6. Gelir :

Ankara kentinde ailelerin ortalama aylık geliri 1.915 liradır. Ailelerin yüzde 70'inin ortalama geliri ise 1.200 liradır. Bu sayılar 1974 yılı sayılarıdır. Paranın değer yitirmesi ya da gelir artışı gibi nedenlerle geçerlilikleri azalmıştır. Ancak dikkati çeken nokta, Ankara kentinde ailelerin yüzde 70'inin aylık ortalama gelirlerinin asgari aylık gelir kadar oluşudur.

HİZMET NE DURUMDA

1. Hastalık Sıklığı :

Ankara kentinde yaşayan halkın her yıl 828.000'i hastalanmaktadır. Bu sayı, her yaş ve cinsten, tüm hastaları kapsamaktadır. Bu hastalardan :

580.000'i hekim ya da hastaneye götürülerek sağlık hizmetinden yararlandırılmakta,

248.000'i ise hastalıklarına rağmen herhangi bir tıbbî bakımdan yararlanamamaktadır. Hekime götürülemeyen bu hastalardan 50.000'i paraları olmadığı için tıbbî bakımdan yararlanamamaktadır. Devletin, Türkiye ortalamasının çok üstünde hasta yatağı açtığı, hekim ve hekim dışı sağlık personeline ücret ödediği BAŞKENT'te, yılda 50.000 hastanın parasızlık nedeniyle ortada kalışı anayasanın «Devlet herkese sağlıklı yaşama ortamı, koşulları sağlamakla görevlidir» diyen 49'uncu maddesi ışığında oldukça düşündürücüdür. Bu 50.000 sayısının saptandığı yılda Ankara kentinin nüfusu 1.362.000 idi. Bu gün Ankara kentinin nüfusu 1.700.000'i bulmuştur. Oldukça sağlıklı bir genelleme ile 1976 yılında 310.000 hastanın tıbbî bakımdan yararlanmadığı, bunlardan 62.000'inin parasızlık nedeni ile bu bakımdan yararlanamayacağı, alın yazıları ile başbaşa bırakılacağı söylenebilir.

2. Hasta Olduğu Halde Hasta Sayılmayanlar :

Ankara kentinde her yıl, 2.540.000 kişi, tıbbî açıdan hasta olduğu, tıbbî bakıma gereksinimi olduğu halde, değişik nedenlerle hasta sayılmamaktadır. Hasta sayılmama nedenleri arasında tıbbî bakım sağlama olanaksızlığı başta gelmektedir. Bir kişi yılda birden çok kez hastalandığı için bu sayı Ankara kenti nüfusundan fazla çıkmıştır. Günümüzdeki Ankara kenti nüfusunu göz önüne alırsak bu sayı 3.169.000'e ulaşmaktadır. Hasta olduğunu bildiği halde sağlık hizmetinden yararlanmadığını belirttiğimiz 50.000 kişiyi de bu rakama eklersek, her yıl Ankara kenti içinde 3.669.000 sağlık hizmeti verilmesi gereken kişi, hiç bir hizmet verilmeden ortada bırakılmaktadır denebilir.

3. Çocuk Sağlığı Hizmetleri :

Çocuk sağlığı yönünden Ankara kentinde 0 - 6 yaş grubundaki bebek ve çocukların yılda 1.060.000 kez evlerinde izlenmesi gerekmektedir. Oysa 1974 yılında Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezlerince, evlere yapılan ziyaret sayısı 61.000 dolaylarında kalmıştır. Bu sayı, yapılması gereken hizmetin yüzde 6'sıdır. Bebek ve çocuk sağlığı açısından yapılması gereken hizmetin yüzde 94'ü yapılmamaktadır. Hekim başına 666 kişinin

düştüğü Ankara kentinde böylesine bir hizmet açığının bulunması, hekim çokluğunun sorunları çözemeyeceğinin açık bir belirtisi olarak alınmalıdır.

4. Hastalıklar :

Araştırma sonuçlarına göre en çok görülen hastalık türleri ve yüzdeleri aşağıda gösterilmiştir :

Hastalık Türü	Tüm Hastalıklara Göre Yüzdesi
1. Akut Solunum Yolları Enfeksiyonları	% 41.7
2. Sindirim Sistemi Hastalıklar	% 6.6
3. Romatizma	% 4.8
4. Pnömoniler	% 3.4
5. Tüm Diğer Hastalıklar	% 43.5

Verilerden, sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların yarısından çoğunun genel pratisyenlik ya da sağlık kuruluşlarının genel polikliniklerinde tedavi edilebilecek hastalıklar olduğu anlaşılmaktadır. Oysa Ankara'da, giderek tüm ülkede, sağlık hizmetlerinde uzmanlaşmağa ve hastaneciliğe doğru bir eğilim olduğu bilinmektedir. Gerek uzman hekim yetiştirmenin gerekse hastane bakımının pek yüksek olan mâliyeti göz önüne alınırsa, sağlık hizmeti vermede en pahalı yolun seçildiği anlaşılabacaktır. Genel pratisyenlik ya da birincil basamak sağlık bakımı veren kuruluşların çözümleyebileceği hastaları hastanelerde tedâvi etmenin doğal sonucu, hastane polikliniklerinde görülen sıkışıklıklardır. Bu durumda gerçekten hastane bakımına gerek duyan hastalar bu bakımdan yoksun kalacaklardır.

Bu önemli soruna çözüm olarak, halka birincil basamak sağlık hizmeti vermek için bir örgütlenmenin yapılması gerekmektedir. Birincil basamak sağlık hizmeti bir çok ülkede değişik yollardan verilmektedir. Genel pratisyenlik hizmeti, aile hekimliği, grup pratiği bunlardan bazılarıdır. Ancak bu çözümler uygulandıkları ülkelerin genel kültürlerinin sonucu olarak ortaya çıkmış ve kültürlerinde yer etmiş uygulamalardır. Bizim kültürümüzde ise böyle uygulamaların olmadığı bilinmektedir. Ülkemizde böyle bir örgütlenmeğe giderken, diğer ülkelerin deneyimlerinden yararlanarak kendi olanaklarımız ve kültürümüze uygun çözümler bulmamız gerekmektedir. Bugünkü koşullar altında, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sisteminin ivedi olarak ülke çapında uygulan-

maya geçirilmesi gerekmektedir. Böylece halkın, birincil basamak sağlık hizmetinden ve giderek tüm sağlık hizmetinden, parasız olarak yararlanması sağlanmış olacaktır.

5. İlaç Kullanımı :

İlaç sorununun ülkemizin en başlarda gelen halk sağlığı sorunlarından olduğu bilinmektedir. Bu sorunun pek çok yanları vardır. Araştırmada sorunun ilaç tüketimine ilişkin yanı ele alınmıştır.

Elde edilen verilere göre, Ankara kentinde yılda 22 milyon liralık ilaç, hekime gitmeden ve reçete olmaksızın, doğrudan eczanelerden alınmaktadır. Bu ilaçları halka, sıklıkla eczacı kalfalarının, çırakların verdiği bilinir. Ankara kentinden elde edilen bu sayıyı Türkiye'ye gellersek, eczanelerin her yıl 677 milyon liralık reçetesiz ilaç sattığını buluruz. Burada sorulması gereken bir kaç soru ortaya çıkmaktadır :

5.1. Bu ilaçlar ne derecede yerinde ve doğru olarak verilmektedir ?

5.2. Tıp mesleklerinin uygulanışı açısından, hastaya ilaç önermek hekimin görevi ve yetkisi içindedir. İlaçların uygun kullanıldıklarında yararlı, uygun kullanılmadıklarında zararlı etkileri olduğu bilinir. Eczacı kalfasının, ilâcın uygun kullanılmasını, verilmesini sağlayamayacağı da ortada olduğuna göre, ülke çapındaki bu 677 milyon liralık ilaç tüketiminin, çok büyük oranda, ilaç israfı olduğu ortadadır. Hekime gitmeden, doğrudan eczaneden ilaç almayı doğuran nedenlerin başında, hekime verecek paranın bulunamamasının geldiği kuşkusuzdur. Ankara kenti içinde, her yıl 62.000 hastanın, paraları olmadığı için hekim hizmetinden yararlanmadığı gerçeği de bu savı doğrular niteliktedir. Çağımızda, ülkenin başkentinde, hekim ve diğer sağlık personelinin en çok bulunduğu, hasta yatağının da ülke ortalamasının çok üstünde olduğu bir kentte, parasızlığın sağlık hizmetinden yararlanmayı ortadan kaldıracı bir etki yapması oldukça düşündürücüdür. Bu durumun sonucu olarak da, eczanelerden reçetesiz ilaç alması, bu yolla satılan ilaçların tutarının milyonları bulması da, ayrıca düşündürücü ve eczacılık mesleğinin uygulanması açısından şaşırtıcıdır.

6. Sağlık İçin Harcama :

1974 yılında Ankara kentinde hekime başvuran kişilerin bir hastalanma için yaptıkları harcamalar şöyle olmuştur :

— Hekime ödenen ortalama muayene ücreti	112 TL.
— İlaç için ödenen ortalama para	104 TL.
— Tetkik için ödenen ortalama para	31 TL.
TOPLAM	247 TL.

Araştırmanın yapıldığı yılda Ankara kentinde aile başına düşen ortalama aylık gelir 1.915 TL. sı idi. 247 TL. lik harcama, bir tek hastalanma için ve bu hasta hastaneye yatırılmamış, bir cerrahî girişim geçirmemiş ise yapılan harcamadır. Diğer bir anlatıyla, evde - ayakta geçirilen bir hastalık içindir ve ailenin aylık gelirin yüzde 13'üdür. Eğer ailede, bir ay içinde iki kişi hekime götürülürse, tüm aylık gelirin yüzde 26'sı ya da dörtte biri harcanmış olacaktır. Bu durum, yüzde 70'i asgari aylık ücret ya da daha azıyla geçinen Ankara kenti halkı için bir yıkımdır. Hele, hastalanan kişi hastaneye yatar, ayrıca bir ameliyat geçirirse, bu harcamayı karşılamak olanağı ortadan kalkmaktadır. Halk bu durumda bir tür saptırmaya başvurarak, «tıp bilimi açısından hasta olan» kişiyi hasta saymamakta, hekime götürmemektedir. Bu noktada «Yineleyerek» söylenmesi gereken gerçek şudur :

«Hastane açmak, yeterli sayıda hekim ve diğer sağlık personelini görevlendirmek, halkın sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamağa yeterli değildir.»

7. Sağlık İçin Yatırım :

Liberal ekonomilerde sağlık hizmetini satın almanın genel olarak iki yolu vardır :

7.1. Kişi hastalandığı zaman, gerekli harcamayı yaparak bu hizmeti satın alır.

7.2. Ya da kişi, hasta olmadığı zamanlar, sigorta ya da benzeri kuruluşlara para yatırarak hastalanacağı zamanlar için bir tür yatırımda bulunur.

Bunlardan birincisi halen ülkemizde uygulanmaktadır. Bu uygulamanın Ankara kentinde yaşayan aileler için nasıl bir yıkım olduğundan yukarıda söz edilmişti. Acaba Ankara halkı, ikinci çözüm için ne düşünmektedir?

Araştırma sonuçlarına göre sigorta ya da benzeri bir uygulama, Ankaralılara ters gelmekte, bu uygulamanın işleyeceğine inanmamaktadırlar. Ankaralılara göre böyle bir uygulama, gene «İşini Bilenlerin» yararına işleyecektir. Buna rağmen, böyle bir uygulama yapılırsa ayda kişi başına ne kadar para verirsiniz diye sorulduğunda denekler, aylık gelirlerinin ortalama yüzde 0,8'ini verebileceklerini söylemişlerdir. Bu kadar küçük bir yüzde aslında, pratik olarak halkın böyle bir katılmaya hazır ve gönüllü olmadığını göstermektedir. Diğer yandan, Anayasanın 49'ncu maddesi uyarınca, halktan sağlık harcamalarına herhangi bir katkı beklemenin ne derecede doğru olacağı, tartışılması gereken ayrı ve önemli bir konudur.

8. Hastalık Nedeni İle İşgünü Kaybı :

Ankara kentinde hastalanan kişiler erkek ve kadın olarak, her hastalandıklarında, ortalama 9.32 işgünü çalışmamakta, işe gidememektedirler. Başka birinin (çocuğunun ya da eşinin) hastalanması nedeniyle işe gidemeyenlerin ortalama işgünü kaybı ise 4.91 işgünüdür. 15 yaşında ya da daha yukarı yaşlarda olan kişilerin yüzde 12'si her yıl ortalama 7.1 işgünü, kendileri ya da yakınları hasta olduğu için işe gidememektedirler. Kentin nüfusu 1.700.000 olarak alındığında yıllık işgünü kaybı 1.448.000 işgünü bulmaktadır. Bir çalışma gününde bir işçinin, en azından 100 TL. lik bir üretimde bulunacağını varsayarsak, bu yolla yitirilen gelirin, en az 150 milyon TL. yapacağı ortaya çıkmaktadır.

SONUÇ

Halka etkili bir sağlık hizmeti verebilmek, insangücü ve kaynakların yeterliliği kadar, belki onlardan da çok, iyi işleyen bir sağlık örgütü kurmağa bağlıdır. Dünyada en çok hekimi olan ülkelerde bile, hekim başına 600 - 700 dolaylarında kişi düşmektedir. Bu sayı Ankara'da 666'dır. Oysa Ankara'da bir çok hasta tıbbi bakımdan yararlanamamaktadır. Ölçülebilen hizmetlerde yüzde 94'e varan hizmet açığı vardır. Sağlık harcamaları halkın karşılayabileceğinin çok üstündedir. Bu durumda halk, sağlık hizmetini elde edemediği için hastalığı zorunlu olarak yok saymaktadır. Koruyucu hizmetlere önem verilmediği için hastalanma hızı ve bunun sonucu olarak işgünü kaybı yüksektir.

Sorun, kişi sağlığının pazar ekonomisine bırakılmış olmasından doğmaktadır. OYSA SAĞLIKLI YAŞAMA DOĞUŞTAN KAZANILMIŞ BİR HAKTIR. Doğuştan kazanılmış bir hakkı kişiye sağlamak devletin görevi olmalıdır. Ayrıca bu görev, anayasaca da devlete verilmiştir. Ülkemizde, doğuştan kazanılan hakların verilmesi ve korunması devlet tekelindedir. Eşitlik, eğitim, korunma, yargı eşitliği, seçme ve seçilme hakkı ve benzeri haklar bunlardandır. Yalnız sağlıklı yaşama hakkı devlet tekelinde değildir, pazar ekonomisine bırakılmıştır.

O halde sağlık hizmeti, sağlıklı yaşama hakkını karşılama hizmeti, tüm doğuştan kazanılan haklar gibi devletleştirilmelidir. Devletin, verebileceği en çok hekim ve diğer sağlık personelini verdiği, en çok hasta yatağını açtığı Ankara kentinde, sağlık durumu yazıda açıklandığı gibi ise, bu hizmetleri devletleştirmeden gayri bir çözüm yolu düşünülemez. Bu sonuca varmak da, halkın gerçek temsilcilerini seçip ülkenin yönetilmesinde görev başına getirmesi ve bu görevlilerin de, gerçek halk sağlığı adamlarını sağlık yönetiminin başına getirmeleri ile olanak içine girebilecektir.

KAYNAKLAR :

1. Eren, Nevzat. : Ankara İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Planlanması İçin Veri Toplama Yöntemi Geliştirilmesi. Ankara, 1974. Çoğaltılmış araştırma raporu.
2. Devlet Plânlama Teşkilâtı Verileri.
3. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Verileri.
4. 1975 Genel Nüfus Sayımı Telgrafla Alınan Geçici Sonuçlar.

TABLO 1

ANKARA, BİTLİS - BİNGÖL - AĞRI VE TÜRKİYE'DE HEKİM VE HEKİM BAŞINA DÜŞEN NÜFUSUN DAĞILIMI

	(A)* Nüfus	(B)* S.S.Y.B. Görevli Hekim Sayısı	A B	(C)*** Tüm Hekim Sayısı	A C
Ankara	2.572.562	813	3.164	3.863	666
Bitlis - Bingöl Ağrı	765.710	35	21.877	86	8.904
Türkiye	40.197.000	3.904	10.296	20.195	1.990

* 1975 Genel Nüfus Sayımı Telgrafla Alınan Sonuçlar.

** S.S.Y. Bakanlığı Kayıtları.

*** D.P.T. Kayıtları.

TABLO 2
HEKİM DIŞI SAĞLIK PERSONELİ VE BU PERSONEL BAŞINA DÜŞEN NÜFUSUN BÖLGELERE GÖRE DAĞILIMI *

E B E	Sayı	Ebe başına Nüfus
	551	4.669
SAĞLIKMEMURU	Sayı	Seçlik Memuru Başına Nüfus
	490	5.250
Hemşire ve Hemşire Yardımcısı	Sayı	Hemşire ve hemşire yar- dımcısı başı- na nüfus
	772	2.016
Ankara	Sayı	Seçlik Memuru Başına Nüfus
	130	8.114
Bitlis - Bingöl Ağrı	Sayı	Hemşire ve hemşire yar- dımcısı başı- na nüfus
	11.009	3.651
Türkiye	Sayı	Seçlik Memuru Başına Nüfus
	5.967	6.737

* S.S.Y. Bakanlığı Kayıtları.

TABLO 3

HER ONBİN NÜFUSA DÜŞEN HASTA YATAĞI SAYISININ
BÖLGELERE GÖRE DAĞILIMI

	NÜFUS*	TOPLAM** HASTA YATAĞI	HER ONBİN NÜFUSA DÜŞEN HASTA YATAĞI
ANKARA	2.572.562	11.224	43.6
BİTLİS-BİNGÖL AĞRI	765.710	415	5.4
TÜRKİYE	40.197.000	100.895	25.1

* 1975 Genel Nüfus Sayımı, Telgrafla Alınan Sonuçlar.

** D.P.T. Kayıtları. M.S. Bakanlığına Bağlı Yataklar alınmamıştır.

TABLO 4

ANKARA KENTİNDE BARINAKLARIN BAZI BARINAK
KOLAYLIKLARINA GÖRE YÜZDE DAĞILIMI

BARINAK KOLAYLIKLARI	VAR %	YOK %
BANYO	64.75	32.25
MUSLUK SUYU	76.56	23.44
MUTFAK	77.72	22.28
ELEKTRİK	87.25	12.75
HELA	93.88	6.12

Ankara Halkının Sağlık Sorunları ve Ülkemiz Sağlık Sorunlarına Genel Bir Bakış

Dr. Özen ARAT

Sağlıklı bir yaşam ve sağlık hizmetinden yararlanma, her insanın temel ve doğuştan kazanılmış haklarından biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Anayasası'nda yer alan bu ilkeyi hemen tüm dünya ülkeleri gibi Türkiye Büyük Millet Meclisi de onaylamıştır. Doğuştan kazanılmış bir hakkı herkese sağlamak devletin görevidir. T.C. Anayasası da bu görevi devlete vermiştir. Anayasanın 49. maddesi «Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamamakla görevlidir.» der.

Oysa günümüzde sağlık hizmetlerinin durumu ve geniş emekçi kesimlerin sağlık düzeyi bu görevin yapılmadığının açık bir kanıtıdır. Sağlıklı yaşamak ve temel insan haklarından olan sağlık hizmetinden yararlanmak ancak ayrıcalıklı bir azınlık kesime tanınan bir haktır. Çünkü siyasal iktidar bir avuç azınlığın elindedir. Böyle siyasal iktidarların tüm konularda olduğu gibi, sağlık sorunlarını da toplumsal bir yaklaşımla ele alması beklenemez.

Ülkemizin içinde bulunduğu kapitalist üretim ilişkileri içinde sağlık hizmeti, yeterli ekonomik gücü olanların alımına sunulmuş bir metadır. Hizmeti satın alma gücü olanlar hizmetten yararlanmakta, gücü olmayan geniş kesimler ise hizmetten büyük güçlükler sonucu çok sınırlı olarak yararlanmakta ya da tümüyle yoksun bırakılmaktadır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilileri, ülkemizde nüfusun ancak yarısının sağlık hizmetinden yararlanabildiğini, diğer yarının ise sağlık personeline ve örgütüne ulaşabilme olanağı olmadığını belirtmektedirler. Hizmetten yararlandığı söylenen yarının ise geniş kesimleri, yani işçi, köylü ve diğer dar gelirli emekçi sınıflar, sağlık hizmetinden yararlanabilmek için büyük özverilerde bulunmaktadırlar. Hizmeti satın alabilmek için diğer temel gereksinmelerden kısıntı yapmak zorunda kalmaktadırlar. Devletin sağlık kuruluşları ise, kesinlikle gereksinimleri karşılayacak kapsam ve özellikte değildir.

Sağlık hizmetinin bu nitelikleri belirli kesimlere büyük kazançlar sağlar. Sağlıkın sömürüsü üzerinden büyük hekimler, özel hastane sahipleri, ilaç şirketleri anaparalarını sürekli arttırmaları. Sonuç olarak denebilir ki, az gelişmiş kapitalist üretim ilişkilerinin tüm özellikleri sağlık alanına yansımakta, toplumun sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

Bir toplumun sağlık sorunları, diğer sorunlarıyla bağlantılıdır, bu nedenle sağlık sorunu soyut olarak değerlendirilemez. Bireylerin ve toplumun sağlık durumunu birçok başka etken etkiler ve belirler. Fakat tüm sorunların altında yatan temel neden sosyal ve ekonomik koşullardır.

İnsan sağlığını etkileyen birçok etkenin başında çevre koşulları gelir. Çevre koşulları, sular, kanalizasyon, konut, çöp, beslenme durumu gibi konuları kapsar. Bunlar ve diğer birçok çevre öğeleri sağlığı doğrudan doğruya etkiler. Örneğin suların ve kanalizasyonun sağlığa aykırı durumda olması bulaşıcı barsak hastalıklarının ortaya çıkmasında ve yayılmasında en önemli etkidir. Bu koşullar sağlığa uygun duruma getirilmedikçe bu hastalıkların tümüyle ortadan kalkması beklenebilir. Çünkü bu hastalığın mikropları lağım suları karışmış ve arttırılmış suların kullanılmasıyla bulaşır. Ülkemizde hiçbir yerde, üç büyük kentte bile kanalizasyon durumu sağlığa uygun değildir. Büyük kentlerimizde konutların % 21.3'ünde hela yoktur. Kırsal bölgede ise helası olmayan konut oranı % 75.9'dur. Tüm çevre koşullarının sağlık durumuna etkileri benzer örneklerle açıklanabilir. Örneğin sağlığa aykırı konut durumu ve oda başına düşen kişi sayısının artması hava yolu ile bulaşan hastalıkların daha sık görülmesine yol açar (nezle, grip zatürree, verem gibi).

Çöplerin sağlığa uygun koşullarda toplanıp ortadan kaldırılmaması, oturlan yerlerde birikmesi mikropların ve bunları taşıyan sineklerin üremesi için çok elverişli bir ortam oluşturur. Böylece karasineklerin besinlere mikropları bulaştırması sonucu oluşan hastalıklar o bölgede yaşayan kişilerde daha çok görülür.

Yeterli ve dengeli beslenme hastalıklara karşı direnci arttıran önemli öğelerden biridir. İyi beslenmeyen kişilerde, özellikle çocuklarda hastalığa yakalanma oranları yükselir, hastalıklar daha kötü seyreder. Öldürücü olmayan ve iyileştirilmesi olanağı bulunan hastalıklar önemli sayılarda ölümlere yol açar. Örneğin Türkiye'de çocuklarda en çok öldüren hastalık zatürreedir. Çünkü çocuklarımız yeterli ve dengeli beslenememekte, hastalıklara karşı direnç geliştirememektedirler.

Bu nedenle iyileştirilebilecek bir hastalıktan ölmektedirler. Bunun göstergesi olan bebek ölüm hızı ülkemizde çok yüksektir. İleri ülkelerde binde 12'ye değin düşen bu hız, ülkemizde binde 153'tür.

Tüm çevre koşullarının sağlığa olan olumsuz etkileri ülkemizin az gelişmiş bölgelerinde ve kentlerimizin de özellikle gecekondu bölgelerinde gözlenmektedir. Bulaşıcı hastalıklar özellikle böyle bölgelerde ortaya çıkmakta ve önemini korumaktadır. Ankara kentinin durumuna özel olarak değinmek gerekirse : Yapılan bir araştırmada Ankara kentinde konutların % 7'sinde hela olmadığı, % 24'ünde ise musluk suyu bulunmadığı yani bu konutlarda yaşayan kişilerin şebeke suyundan yararlanmadığı saptanmıştır. Bu rakamlar konut oranları olduğundan ve bu konutlarda daha kalabalık yaşandığından böyle konutlarda yaşayanların genel nüfusa oranları daha yüksektir. Ayrıca helası olan evlerde de helalar büyük oranda sağlığa aykırı koşullardadır.

Çevre koşullarının yanında sağlığı olumsuz yönde etkileyen önemli bir neden sağlık hizmetlerinin durumudur. Sağlık hizmetlerinin yeterli ve etkili olabilmesi için geniş halk kitleleri yararına bir örgütlenme yapılması gerekir. Herkes eşit olarak sağlık hizmetinden yararlanabilmelidir. Oysa ülkemizde böyle bir eşitlik söz konusu değildir. Hizmetten yeterince yararlanabilmek belirli bir ekonomik güç gerektirir. Bu gücü olmayan dar gelirli emekçi kesimler ise iki seçenektan birini seçmek zorundadırlar: Ya ucuz olan devlete bağlı kuruluşlarda büyük güçlükler sonucu hastalarına baktıracaklardır (bu da talebin çok olması nedeniyle, son derece yetersiz bir bakımdır); yahut da diğer temel gereksinmelerinden özveride bulunarak özel hekime başvuracaklardır.

Her iki durumda da ilaç masrafı ayrı bir sorundur. Geriye kalan üçüncü seçenek ise masrafsız olan hastanın kaderiyle başbaşa bırakılmasıdır.

Kırsal bölgelerde hizmetin ve sağlık personelinin eksik ve yetersiz olmasına karşılık büyük kentlerde, özellikle üç büyük kentte sağlık kuruluşları ve personeli ileri ülke düzeyindedir. Örneğin Ankara kentinde 524 kişiye bir hekim düşmektedir. Bu rakam birçok ileri ülke ortalamasından daha iyi bir değerdir. En çok hekimi olan ülkelerde bile hekim başına 600 - 700 kişi düşmektedir. (Ülkemizdeki eşitsiz hekim dağılımına örnek olarak Adıyaman'da 18207 kişiye bir hekim düştüğü belirtilebilir.) Ankara kentinde yataklı kuruluşların durumu da benzer düzeydedir. 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 70'in üstündedir. Oysa ileri ülkeler ortalaması 10.000 kişiye 45 yataktır.

Bu duruma, yani yeterli sağlık kuruluşu ve personeline karşın An-

kara kentinde halkımızın çoğunluğunu niçin hizmetten yeterince yararlanamamaktadır ?

Bu sorunun yanıtı karmaşık olup birçok konunun incelenmesini gerektirir. Fakat temel nedenlere ve ilkelere değinmek gerekirse ; Sağlık alanına az gelişmiş kapitalist düzenin çelişkileri yansımakta, her alanda olduğu gibi sağlık hizmetleri toplum yararına bir yaklaşımla değil, azınlık grupların çıkarı ve kazançlarına yönelik bir biçimde ele alınmaktadır. Böylece ücretsiz olan devletin sağlık kuruluşlarından yararlanmak için bile muayenehanelerden geçmek gerekmektedir. Ya da talebin yoğunluğu nedeniyle son derece yetersiz bir hizmet sağlanabilmektedir. (Devlet hastaneleri, sosyal sigorta kuruluşları gibi.)

İlaç fiyatlarının pahalılığı çoğu zaman tedavinin reçete üzerinde kalmasıyla sonuçlanmaktadır. Özet olarak söylemek gerekirse, ülkemizde sağlık hizmetinden yararlanabilmek yeterli bir ekonomik güce sahip olmaya bağlıdır.

Yapılan bir araştırmaya göre Ankara kentinde her yıl 248.000 kişi hasta olduğunu bildiği halde sağlık kuruluşlarına ya da hekime gidememektedir. Hasta olduğu halde hastalığının farkında olmayan, fakat aslında sağlık hizmeti görmesi gereken kişileri de eklersek 3 milyonun üzerinde bir sayı elde edilmektedir. (Ankara kenti nüfusu 1.7 milyon olduğu halde, bir kişi yılda birden çok kez hastalandığı için bu sayı kent nüfusunun üzerindedir.) Yani başkentte her yıl 3 milyonun üzerinde sağlık hizmeti gerektiren hasta, hiçbir hizmet verilmeden ortada bırakılmaktadır.

Bu değerlendirmeler yalnızca hastalanan kişilerin bakımı ve iyileştirilmeleri konusunu kapsamaktadır. Oysa daha önemli olan, hastalıkların önlenmesi için sağlam kişilere verilmesi gereken koruyucu sağlık hizmetleridir. Bu konuda sağlık hizmetlerinin durumu daha başarısızdır. Bu hizmetler açısından Ankara kentinde % 94 hizmet açığı vardır.

Demek ki Ankara kentinde yeterli sağlık kaynakları ve insangücü olmasına karşın topluma etkili sağlık hizmeti verilmemektedir. Çünkü çoğunluğu oluşturan emekçi sınıfların yararına çağdaş ilkelere uygun bir sağlık hizmeti örgütlenmesi yapılmamıştır.

Bugün sosyalist ülkeler, birçok sağlık sorununun kesin çözümlerine ulaşma yolundadırlar. Çünkü devlet sağlık hizmetinden herkesin eşit biçimde yararlanmasını devletin bir görevi olarak onaylamış, bu amaçla örgütlenme yapılmıştır. Bireyin ve toplumun sağlığının korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi için çaba harcamakta, yani öncelik koruyucu sağlık hizmetlerine verilmektedir. Çünkü koruyucu hizmetler daha ko-

lay ve ucuz, kişinin ve toplumun sağlığı yönünden daha etkili ve yararlıdır. Bu önlemlere karşın hastalananlar ise gerekli bakımdan yararlanmaktadırlar. Sosyalist ülkelerde tüm sağlık hizmetleri devletçe sağlanır ve ücretsizdir. Hizmet tüm ülkeye yaygın ve eşit biçimde sağlanır. Bu uygulamalar sonunda sosyalist ülkeler sağlık alanında önemli ilerlemeler ve başarılar sağlamışlardır. İleri kapitalist ülkeler bile artık bu uygulamalardan yararlanmakta, sağlık hizmetini büyük ölçüde devlet eliyle gerçekleştirmektedirler. Dünya Sağlık Örgütü az gelişmiş ülkelere sosyalist ülkelerdeki sağlık hizmeti uygulamalarını önermektedir.

Ülkemizde çağdaş ilkelere uygun olarak geliştirilen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programı, içinde bulunduğumuz kapitalist üretim ilişkileriyle çelişen bir düzen getirdiğinden, doğal olarak birçok engellemelere uğramıştır. Sağlığın sömürüsü üzerinden büyük kârlar sağlayan büyük serbest hekimler, özel hastane sahipleri, uluslararası tekelere bağımlı yerli ilaç şirketleri sosyalleştirme uygulamasına şiddetle karşıdırlar. Çünkü bu uygulama toplumun geniş kesimlerine yönelik bir girişimdir. Birçok eksiklik ve aksaklıklarına karşın önceki sisteme göre, uygulandığı bölgelerde daha başarılı sonuçlar sağlamıştır. Bu nedenle çıkarları tehlikeye giren gruplar sistemi tümüyle engellemek ve yozlaştırmak, daha çok yayılmasını önlemek amacıyla genel sağlık sigortası kavramını ortaya atmışlardır. Meclislerde ele alınması beklenen bu konuyla ilgili «Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı» sağlık hizmetlerinin durumunu büsbütün içinden çıkılmaz duruma getirecek bir uygulamaya neden olacaktır.

Bu nedenle tüm ilerici yurtsever sağlık personeli ve örgütleri sigorta uygulamasına karşı çıkmış, bunun nedenlerini kanıtlarıyla açıklamıştır. İçinde bulunduğumuz düzen içinde, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasının halkımızın sağlık sorunlarının bir ölçüde çözümüne yönelik bir girişim olarak savunulması, ülke çapında yaygınlaştırılması ve bu arada büyük kentlerimizi ve başkenti de kapsamaları için çaba harcanması gerekir. Sağlık bir yaşam için sağlık hizmetinden yararlanmak hakkını elde etmek herkesi ilgilendiren bir konu olduğundan, tüm örgüt ve kuruluşların emekçi kesimler yararına girişimlerin bilincinde olması, bunları desteklemesi görevleridir.

Tüm konularda olduğu gibi, sağlık sorunlarının kesin çözümleri ancak üretim ilişkilerinin değişmesi, daha ileri bir toplum düzenine geçişle sağlanabilir. Toplum yararına bir sağlık hizmeti örgütlenmesini ancak emekçi sınıfların siyasal iktidarları gerçekleştirebilir.

Bu yazı geçtiğimiz aylarda TMMOB Mimarlar Odası, TMMOB Şehir Planlama Mimar ve Mühendisleri Odası ile Ankara Belediyesinin birlikte düzenlemiş olduğu toplantıya bildiri olarak sunulmuştur.

Sosyal sigortalar kurumunda Sağlık Hizmetleri

Dr. Nuri GÜNDAY

Sigortalı işçisine sağlık hizmeti verme görevinde olan SSK'nın, bugünkü çalışma durumunun incelenmesi işçi sınıfı sağlığı açısından oldukça önem kazanmaktadır.

SSK, işçi sınıfının yarattığı üretimin maddi değerinin bir kısmının prim adı altında toplanarak kurulan ve çalışan bir kuruluştur. Yani işçi sınıfının kendi emeğiyle oluşturduğu bir kurumdur. Çalışma kapsamı bakımından, ülkenin en önemli sağlık kuruluşlarından biridir. 30 yıllık bir geçmişi olan SSK'nın, «İş Güvenliğini» sağlamak kuruluşunda düşünülen ilk amaç olmuştur. Önce «İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları» daha sonra da «Hastalık, Analık» ve «İhtiyarlık» sigortalılarının kurulduğunu görmekteyiz.

Bugün sigorta sağlık hizmetlerinden sigortalı işçi (emekliler dahil), sigortalı işçinin eşleri, çocukları, anaları, babaları; sigortadan malülük, yaşlılık ve işgöremezlik primi alanlar, dış ülke sigortalılarının tüm aile çevresi yararlanmaktadır. Bu sağlık hizmetlerinden faydalanan nüfusun, 10 milyonu aştığı tahmin edilmektedir.

SSK'nın oldukça geniş mali olanakları vardır. Elimizdeki rakamlara göre 1974 geliri 10,5 milyar TL. dir. Yine 1974 yılı rakamlarına göre kurumun elinde :

- 12 milyar TL.'lık; Devlet Yatırım Bankası Tahvili
- 2,5 milyar TL.'lık; Bankalara Yatırılmış Mevduat
- 3,5 milyar TL.'lık; İşçi Meskenleri ile İlgili Krediler
- 2 milyar TL.'lık; Kurum Binalarına Yapılan Yatırım

Toplam 20 milyar TL.'lık bir değer bulunmaktadır. Bu kurumun işçi güvenliğinden tasarruf edilen paradır. O halde, SSK'nın çalışmaları için herhangi bir mali olanaksızlıktan bahsetmek imkânsızdır.

SSK sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesini yapmadan önce, SSK yönetimine kısaca değinmenin yararlı olacağı kâmsındayız. Çünkü, SSK hizmetlerindeki karar ve uygulamalar bu yönetimin sorumluluğundadır.

YÖNETİM

SSK, Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlıdır. Genel Müdür Bakanlar Kurulu tarafından atanır. Kurum yönetimi «müdürler kurulu» adı verilen genel müdürün başkanlığında 7 kişiden oluşur. Bu üyelerden ikisi hükümet temsilcisi, ikisi işveren temsilcisi, ikisi işçi temsilcisi (ki Türk - İş tarafından atanmaktadır), bir temsilci de kurumda tüm çalışanların seçtiği bir üyedir.

Bu yönetim kurulu kompozisyonuna bakarak şu soruları sormak hakkımızdır : **Yönetim kurulunda iki işveren temsilcisi, hangi hakla görev almaktadır? SSK işverene hizmet veren bir kurum mudur? İşçi temsilcileri olarak belirlenen iki üye, neden TÜRK - İŞ tarafından atanmaktadır.** Ülkemizdeki tek sendikal örgüt Türk - İş midir? Gün geçtikçe eriyen, azalan, önümüzdeki günlerde, tutumlarından dolayı, parçalanması kaçınılmaz olan Türk - İş'e karşılık, işçi sınıfının gerçek sendikal örgütü olan, her geçen gün büyüyen, üye sayısı bakımından daha bugünden eşitleşen DİSK'ten neden yönetim kuruluna temsilci alınmamaktadır. Kurum üyelerinin seçtiği bir kişinin dışında yönetim kuruluna, demokratik seçimle gelen, başka bir üyeden bahsetmek mümkün müdür ?

SSK bu müdürler kurulundan oluşan yönetim kurulunun, aldığı kararların genel müdür tarafından yürütülmesi ile çalışmaktadır. SSK hizmetlerinde eksikliğin, gelişmemenin sorumluluğu yönetim kuruluna aittir. Yönetim kurulunun yapısının önemi buradan gelmektedir.

Yıllardır, yasası da çıktığı halde, SSK'nın kendi ilaç fabrikalarını kurması gerçekleşmemiştir. Neden? İlaç şirketlerinin en önemli tüketim ve kâr alanları, Sosyal Sigortalar Kurumudur. **Sermayeden yana bir yönetim kurulu, ilaç tekellerinin bu tüketim alanlarını kapamak istemez ve SSK'nın kendi ilaç fabrikasını kurması gerçekleşemez.**

SSK'daki en önemli olgu, yönetimin demokratikleşmesidir. Bir kurum hizmet verdiği kitlelerin temsilcileri tarafından yönetilmelidir. Kurum işçi sınıfına hizmeti amaçlamaktadır. Yönetim kurulunda işveren temsilcileri yerine işçi temsilcileri, taraflı sendika temsilcileri yerine, gerçek işçi sınıfı sendika temsilcileri yer almalıdır.

SSK'DA SAĞLIK HİZMETLERİNDEN FAYDALANABİLEN NÜFUS VE SSK'DA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİ (HEKİM OLARAK) ARASINDA BİR KARŞILAŞTIRMA :

Her geçen gün SSK sağlık kapsamına girenlerin sayısı artmakta ve bugün 10 milyonun üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. Biz bu tah-

minleri bir kenara bırakarak, SSK'nın kendi raporlarındaki rakamlara bakarak bir değerlendirme yapmaya çalışacağız.

Kurumun 1975 yılı çalışma raporundaki verilere göre, sağlık hizmetleri kapsamına girebilenlerin sayısı şöyledir :

Sigortalı İşçi Sayısı	1.823.000
Eş ve Çocukları Sayısı (tahmini)	5.300.000
Malül yaşlı ve iş göremezlik durumunda olanlar	154.000
TOPLAM	7.277.000 kişi

Kurumun sağlık hizmetlerinden faydalananlar bu üç kesimde 7 milyonu geçmekte. Buna karşın SSK'da çalışan hekim olarak personel sayısı 1975 raporuna göre :

Uzman Hekim	2.218
Asistan Hekim	439
Pratisyen Hekim	510
TOPLAM	3.167 hekim

Şimdi, SSK çalışma raporunun bu iki verisini bir kez daha tekrarlayalım. Kurum sağlık hizmetleri kapsamına giren 7.277.000'lük nüfusa 3.167 hekim bakmaktadır. **Bunun başka bir ifadesi; SSK'da 2300 kişiye, bir hekim düşmektedir. Bu rakam, genel olarak ülkemizde 2000 kişiye bir hekimdir.** Demek ki, SSK'daki hekim başına düşen nüfus, genel ortalamadan daha fazladır. Bir de kurumda 1302 kadar anlaşmalı ve kurum hekimleri çalışmaktadır. Bunları da SSK personeli içinde varsayarsak hekim sayısı 4469'a çıkar. Bu zaman bile, 1750 kişiye bir hekim düşmektedir. **Halbuki, dünyada hekim başına düşen ideal nüfus, 600 - 900 arası kabul edilmektedir.**

SSK'DA HASTA YATAK SAYISI DURUMU

1975 verilerine göre, kurumda halen 16.543 hasta yatağı vardır. **Bir başka deyişle, SSK'da 500 kişiye bir yatak düşmektedir. Buna karşılık ülkemizin genel ortalaması 400 kişiye bir hasta yatağı şeklindedir.** Dünya Sağlık Örgütü'nün bizim gibi ülkelere tavsiye ettiği rakam ise, 325 kişiye bir yataktır. Demek ki, SSK'daki mevcut hasta yatağı sayısı hem ülkemizdeki genel ortalamadan, hem de Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiye ettiği düzeyden çok aşağıdadır.

SSK'DA HEKİM HASTA İLİŞKİLERİ

SSK'nın, sigortalı işçilerin katkılarıyla ve iş güvenliğini korumak

amacıyla kurulduğunu ve hizmet verdiğini söylemiştik. Kurum sigortalısına hastalıklarının bakımı için her türlü olanakları vaad etmektedir. Fakat sigortalı ; hastane müracaatında önu kalabalık bir poliklinik, içinde günde 100'den fazla hastaya bakmak zorunluluğunda bırakılan bir hekim ve yatakları dolu bir hastane ile karşılaşmaktadır. Hastaya gereken zamanı ayıramayan hekim, tedaviden hastada, gördüğü ilgiden memnun olmamaktadırlar. Sigortalı bu durum karşısında tepkisini karşısındaki hekime göstermektedir. Bu arada hekim sayısını, yatak sayısını, imkânların geliştirilmesini sağlamayan asıl sorumlular aradan sıyrılmaktadır. Niteliği bir emekçi olan sigorta hekimi ile, yine aynı nitelikteki sigortalı karşı karşıya getirilmekte ve birbirlerine yabancılaştırılmaktadır. **Bilinçli işçiler arasında ve gerçek sendikal örgütlerde, artık sigorta hizmetlerinde sorumluluk hekimin değil, daha çok hekim bu durumda çalıştırmaya zorlayan, sigorta hizmetlerini geliştirmeyen, olanakları kısıtlayan SSK idarecilerinin olduğu gerçeği anlaşılmaktadır.**

İŞÇİ SAĞLIĞI VE İŞ GÜVENLİĞİ SORUNU

Ülkemiz sağlık hizmetlerinde, koruyucu hekimlik hizmetleri yok denecek kadar azdır. Bu mevcut üretim ilişkilerinin yansıttığı, sağlık politikasının doğal bir sonucudur. Buna paralel olarak SSK'da da iş güvenliği ve işçi sağlığı açısından koruyucu hizmetleri, kurumun çalışma alanında görülmemektedir. Kurumun hizmeti sadece hastalanan sigortalıdır. O'nu hastalandıran sebep araştırılmaz, önleyici tedbir alınmaz... Bu durumda hastalanma düzeyi oldukça yüksek olmaktadır.

Durumu iki istatistikle açıklayalım :

1975'de ihbar edilen iş kazası sayısı 180.000'in üzerindedir. Aynı yılda toplam sigortalı sayısı da 1.800.000'dir. **Bu demektir ki her 10 sigortalıdan birisi bir yılda bir kez iş kazası geçirmektedir.**

Yine, 1975'de tespit edilen iş kazası sonucu ölüm sayısı 1200'ün üzerindedir. **Bu da demektir ki, bir iş gününde ortalama 4 işçi geçirdiği iş kazası yüzünden yaşamını yitirmektedir.**

Bu veriler SSK 1975 istatistiğinden alınmıştır. **İhbar edilmeyen iş kazaları ve ölüm olayları ve de sigortalı olmayan işçiler arasında bu**

vakaların daha da çok olduğu göz önünde bulundurulursa, bu acı ama gerçek rakamlar daha da yükselecektir. Bu sonuç, sağlık anlayışımızın ve uygulamamızın bir yansımasıdır. Koruyucu hekimlik hizmetlerini çalışma kapsamında ön plana alıp uygulamayan her hizmet; bu acı gerçekleri göstermeye mahkumdur.

Sağlık hizmetleri açısından SSK'ya bakmaya çalıştık. Görevimiz ilerici - yurtsever hekimler olarak, işçi sınıfına sağlık hizmeti veren SSK'nın daha verimli, daha faydalı olabilmesi için çaba harcamaktır. Bu verimlilik ve faydalılık için yapılması gereken çalışmalar vardır. Toplumumuzun daha ileri bir üretim ilişkilerine geçişi yolunda verdiği mücadele, ileri - toplumsal mücadelenin bir parçası SSK'ya da yansımaktadır. Bu alanda atılacak adımlar, kazanılacak haklar, toplumsal mücadelemizin bir başarısı olacaktır.

Bu yolda olmak üzere :

- 1 — SSK yönetiminin demokratikleştirilmesi.
- 2 — SSK görevleri arasında etkin olarak iş güvenliği ve işçi sağlığı açısından koruyucu hekimlik çalışmalarının ön planda yer alması.
- 3 — Halen 4 milyara yaklaştığı tahmin edilen işveren borçlarının toplanması, bunların sağlık hizmetlerine aktarılması ve kurumun kendi ilaç fabrikasını kurması.
- 4 — Kurumun sağlık hizmetlerinin daha verimli olabilmesi için, örgütlenmenin yaygınlaştırılması, acilen sağlık personelinin özellikle hekim ve hasta yatak sayısının artırılması.
- 5 — Kurumun, sigortalısının çalışma yerini de sağlık açısından kendi sorumluluğu altında görmesi, denetleyici çalışmalar yapması. İş Sağlığı Yönetmeliklerine uymayan, gerekli önlemleri almayan, kaçak sigortasız işçi çalıştıran, işyeri hekimi bulundurmayan işyerleri ile etkin mücadele yapması.... vb. kurumun başta gelen görevleri olmalıdır.

Toplumsal Açıdan Trafik Kazaları

Dr. Recep AKDUR

Gün geçmiyor ki, günlük gazetelerimizde, bir trafik kazası manşet haberiyle yüreğimiz burkulmasın veya işimize giderken bir kazaya rastlamayalım. Acaba konu gerçekten bu kadar yaygın ve önemli midir? Toplum sağlığı açısından bir önemi var mıdır? Yoksa gazetelerin verimli bir haber kaynağı mıdır? Bu soruları yanıtlamadan önce tanımlara açıklık ve anlaşılabilir olanağı yaratma ereğiyle, bu alanda en çok kullanılan, tanımları bir kez daha yenileyerek konuya girilecektir.

TRAFİK : Yayaların, hayvanların, taşıtların, hareketli makinaların ve lastik tekerlekli traktörlerin karayolu üzerinde hal ve hareketleridir.

KARAYOLU : Trafik için umumun faydalanmasına açık olan arazi seridi veya sahalarıdır.

TRAFİK KAZASI : Karayolları üzerinde hareket halinde bulunan bir aracın karıştığı ölüm, yaralanma veya materyal kaybıyla sonuçlanan olaya trafik kazası denir.

KAZA : Bilinen, yanlış davranış ve ihmallerin son halkası veya nedenler zincirinin sonucu olup, daha önce alınacak önlemlerle kaçınılabılır ve korunulabilir olaylardır. Bu tanım, tüm kazalar için geçerli olduğu gibi, özellikle trafik kazaları için daha da geçerli bir tanım olmaktadır.

Trafik kazaları teknik, hukuk, eğitim ve sağlık gibi yönleri olan, çok yönlü bir problemdir. Bu nedenle, sorunun çözümü için, ona tek açıdan yaklaşma gayretleri hiçbir zaman istenilen sonucu vermez. Nedenlerin çok faktörlü oluşu, alınacak önlemlerin de çok yönlü olması sonucunu doğurmaktadır. Ancak, ülkemiz koşullarında ilk ele alınması gereken ana faktör hangisidir ve diğer faktörlerin öncelik sıraları nelerdir? Bunların bilinmesi ve saptanması zorunluğudur.

Ana faktör ve diğer faktörler saptandıktan sonra, bunlara karşı alınacak önlem çalışmaları yapılabilir. Bunları saptamak için ise, istatistik esaslara dayanan, epidemiyolojik karakterde araştırmalara ihtiyaç vardır. Bu yazıda, bu ilkelerden hareketle, çeşitli başlıklar altında, soruna yaklaşılmaya çalışılacaktır.

BİR HALK SAĞLIĞI SORUNU MUDUR ?

Bir sorunun, halk sağlığı sorunu olabilmesi için ; şu üç koşuldan birine sahip olması gerekir :

- 1 — Yaygın olması,
- 2 — Ölümlere neden olması,
- 3 — Sakat bırakması ve ekonomik kayıplara yol açması,

Ülkemizdeki, trafik kazalarına şöyle bir baktığımız zaman, bu koşulların her üçünü de taşımakta olduğunu görürüz. Trafik kazalarından ölüm ve sakatlanmalar günbegün artmakta ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak çözüm beklemektedir.

YIL	KAZA	ÖLÜ	YARALI
1967	16.762	3.364	15.211
1968	19.963	3.347	17.615
1969	19.663	3.760	17.223
1970	19.207	3.978	17.672
1971	26.783	4.649	19.291
1972	29.831	4.282	21.343
1973	35.254	5.116	24.392
TOPLAM	167.533	28.396	132.737

Tablo I : Trafik kazaları dergisinden

Tablo I de görüleceği üzere, 1967 - 1973 yılları arasında, 163.533 trafik kazasında, 28.396 kişi ölmüş, 132.737 kişi ise yaralanmıştır. 1975 yılında ise 44.271 trafik kazasında 4.541 kişi ölmüş, 25.976 kişi ise yaralanmıştır. Ayrıca, 1975 yılı içinde 1.5 milyardan fazla ekonomik kayıp meydana gelmiştir. 1966 - 1973 yılları arasında ülkemizde her 21 dakikada bir trafik kazası olmuş ve her kazanın maliyeti ise, 33.500 TL. olarak hesaplanmıştır. Tüm bu verilerin kayıtlara geçen olaylardan derlendiği ve bir kısmının da ihbar edilmemiş olduğu gözönüne alınırsa gerçekte, bu sayıların çok daha büyük olduğunu söylemek yanlış olmasa gerek.

Şüphesiz, bir olayın sayılarının tek başına verilmesi ve dökümünün yapılması onun halk sağlığı sorunu olduğu veya halk sağlığı sorunları arasındaki öncüllüğü konusunda bir yargıya varmak için yeterli değil-

dir. Bu nedenle olayın, diğer sorunlarla kıyaslanması bize daha doğru bir netice verecektir. 1975 İstatistik Yıllığı, 50 başlıklı ölüm nedenlerine göre, ilk altı sırayı oluşturan ölüm nedenleri şöyledir.

ÖLÜM NEDENİ	ÖLÜM SAYISI
Kalp hastalıkları	28.838
Pnomoni	14.321
Yeni doğan ve süt çocuğu enfeksiyon, diğer hastalık ve teşhis konamayanlar	8.730
G. I. hastalıklar	8.236
Motorlu taşıt kazaları	5.116 *
Spesifik enfeksiyonlar	2.036

Tablo II : D.İ.E. 1975 yılı 50 başlıklı ölüm nedenleri
* : 1975 Trafik kazaları dergisinden alınmıştır.

Tablo II den görüleceği üzere, Türkiye'de ölüm nedenlerinin ilk altı sırası şöyledir : 1 — Kalp hastalıkları (hipertansiyon hariç tüm kalp hastalıkları alınmıştır. 2 — Pnomoni, 3 — Yeni doğan ve süt çocuğu enfeksiyonları, diğer hastalıkları ve teşhis konamayan vakalar, 4 — gantro entestinal hastalıklar (yeni doğan ishalleri ve siröz hariç) 5 — Motorlu taşıt kazaları, 6 — Spesifik enfeksiyonlar (tbc, sy, tifo, kolera, dizanteri, kızıl ve streptokok anjini, difteri ve boğmaca toplamı alınmıştır).

Bu ölüm nedenleri sıralamasında, her grup için ihbar ve kayıt yetersizlikleri aynı oranda etki etmektedir. Bu nedenle, bu yetersizlik, sıralama yönünden sakınca göstermemektedir. Ancak sıralamaya dikkatlice bakıldığında, diğer birtakım faktörler vardır ki bunlar, sıralama yönünden oldukça anlamlı değişikliklere yol açabilecek niteliktedir.

Birinci sırada yer alan kalp hastalıklarının, çok geniş bir sahayı kapsadığı bir yana, ölüm nedeni olarak oldukça suistimal ve spekülasyonu yapılabilen bir konudur. Masa başında, cesedi görmeden, ölüm defin ruhsatlarına kolayca kalple ilgili bir teşhis koyduğumuz veya koyulduğu, hepimizin kolayca anımsayacağı bir olaydır. Bu yönleri ile bu sayıların keinslik yönünden tartışma götürüleceği açıktır ve daha az olması beklenir.

İkinci sırada yer alan pnomoni gerçek sayı kabul edilebilir. Çünkü ülkemiz sağlık koşulları bunun doğruluğunu teyit ederken, ayrıca da teşhisi kolay ve yanılmalara yol açmayacak bir hastalıktır. Üçüncü ve dördüncü sırada yer alan ölüm nedenleri ise, çok geniş alanları içermeye-

si ve çoklu faktöre bağlı olması nedeniyle yüksek olması olağandır. Tek faktör değil, multipli faktöre bağlı bir grubun, tekli bir gruba göre daha büyük sayıda olmasından daha doğal birşey olamaz.

Motorlu taşıt kazaları sayısı ise, kesin sayıdır diyebiliriz. Teşhisinde en ufak bir yanlışlığa ve şüpheye yer verilemeyecek bir olaydır. Tabloyu bu faktör ve etkileri de gözönüne alarak incelediğimizde, ölüm nedenleri içinde, trafik kazalarının daha da bir önem kazandığını görürüz.

Tüm bu verilerden açıkça anlaşılacağı üzere, trafik kazaları önemli bir halk sağlığı sorunu olarak, her geçen gün önemini arttırarak çözümlenmektedir.

TRAFİK KAZALARINA EPİDEMİYOLOJİK İLKELERİN UYGULANMASI

Bilindiği üzere epidemiyoloji epi : üzerine, demos : halk anlamını taşıyan Yunan'ca kelimelerden oluşmaktadır ve toplumda görülen doğum, hastalık, sakatlık ve ölüm gibi olayların tüm yönlerini inceleyen bir bilim dalıdır. Epidemiyolojist, olaylara bakışını ajan, şahıs ve çevre sorunlarını cevaplandırmakla başlatır. Eskiden bu ilkeler yalnız enfeksiyon hastalıklarına uygulanırdı, oysa günümüzde tüm toplum sağlığı sorunlarına uygulanmaktadır. Aynı şekilde trafik kazalarına da uygulanabilir.

AJAN : Karayolları üzerinde seyreden tüm motorlu ve motorsuz araçlardır. Günümüzde ajan yönünden, yani araca bağlı faktörler yönünden, çok çeşitli araştırmalar yapılmış ve araçların kaza riskini azaltıcı birçok teknik önlemler getirilmiştir. Böylece kazaya neden olan faktörler arasında, ajana bağlı olanlar % 4 - 5'lik bir oranla, sürücü ve yayadan sonra, üçüncü sırada gelmektedir.

Ajana bağlı risk faktör ve önlemlerini şu başlıklar altında toplayabiliriz :

A — Ergonomik yönden :

- Şoför koltuğu hareketli ve ayarlanabilir olmalı,
- Şoför oturduğu yerden, çevreyi çok rahat ve en geniş görüş içinde görebilmeli.
- Aracın kolay kullanılması yönünden, kumanda ve diğer araç içi aletlerin dizimi iyi düzenlenmiş olmalı.

B — Teknik yönden :

- Lâstikler kalın ve yere iyi oturur olmalı,
- Camlar kaza sırasında yaralanmaya yol açmamalı,
- Kapı kilitleri emniyetli ve kolayca açılmaz olmalı
- Direksiyon mili ve simidi uygun olmalı,
- Emniyet kemeri bulunmalı,
- Şase ve tamponlar uygun olmalı,
- Araç hareket ve kontrol sistemleri emniyetli olmalı,
- Frenler sağlam ve kontrollü olmalı,

C — Aracın teknik kontrolü :

- Hız kontrol edilmeli ve kısıtlanmalı,
- Sürücü aracını hergün kontrol etmeli,
- Periyodik olarak devlet kontrolü olmalı,

ÇEVRE : Karayollarıdır. Çevre koşullarını, yol kaplaması, işaretler ve yolda gerekli trafik yapıları ile ilgili faktörler oluşturmaktadır. Ülkemizde yol standardı yükseldikçe kaza oranları da artmaktadır.

YOL CİNSİ KAZA ORANI (%)

Asfalt yollarda	77.9	Yandaki tabloda yol standardına göre ka-
Stabilize yollarda	9.3	za dağılım oranları verilmiştir. Burada esas
Ham yol	2.7	etken yol standardı olmayıp, yol standardına
Diğer	10.1	paralel olarak artan hızdır.

Görüş mesafesi bozuk olan yerler, virajlar, meyiller, sola dönüşlü yerlere ilâveten, bizim ülkemiz için, yüksek standartlı yolları da kaza rezervuarı olarak değerlendirmek yanlış olmasa gerek.

Şehirlerarası yollarda kaza sayısının az olmasına karşılık (şehir içinde iki mislidir) ölümler 4.3 kat, yaralanmalar ise 2.1 kat daha fazladır. Buradan şu sonuca varılabilir. Şehirlerarası yollarda kazaların en önemli nedenlerinden biri hız iken şehir içinde, trafik sıkışıklığı daha önemli bir faktördür. Bunlara karşı alınacak önlemler ise şöyle özetlenebilir.

Yollar tek yönlü olmalı, şeritler en az 3.60 metre olmalı, ışık ve işaretler düzgün olmalıdır. Özellikle şehirlerarası yollarda, sola dönüşlerin önemli bir kaza rezervuarı olduğu yapılan çalışmalardan anlaşılmıştır. Böyle yerlerde dönülecek şerit ve direk devam eden şeridin 100 metre önceden birbirinden ayrılması kaza oranını büyük oranda azaltmaktadır.

ŞAHİS : İnsanlardır ve şoförler, yayalar ve yolcular tarafından oluşturulmaktadır. Kaza nedenleri araştırıldığında :

Şoförler	% 71 - 72
Yayalar	% 20
Yolcular	% 4

Çevre ve ajan % 6 olarak saptanmıştır. Buradan da görüleceği üzere, Türkiye'de trafik kazalarının meydana gelmesinde insan unsurunun payı % 94 - 96 gibi büyük bir oranı oluşturmaktadır.

İnsan faktörünü şoför, yaya ve yolcu olarak ayırdığımız zaman, % 71 - 72 ile şoförler risk grubunu oluşturmaktadır. Şoförler arasında yaş dağılımı yapıldığında ise, kaza ve ölüm bakımından en yüksek risk grubunu 18 - 24 yaş grubu şoförler oluşturmaktadır. Yayalarda ise 5 - 11 yaş grubu en yüksek risk grubudur.

Cins dağılımı yapıldığında, erkekler çok daha fazla kazaya neden olmakta ve uğramaktadırlar. Ayrıca yapılan tıbbi araştırmalarda, fizyolojik uygunsuzluğu olanlar, psikolojik olarak kaza yapmaya eğilimi olanlar ve psikolojik defekti olanlar, direksiyon kullanmaya mani hastalığı olanlar, tıbbi yönden yüksek risk grubunu oluşturmakta olup, şoför olmamalıdır. Bunlara ek olarak hastalık, yorgunluk, kanda sedatif ve benzeri ilaç düzeyi kaza yapma olasılığını arttıran faktörler olarak saptanmıştır.

ZAMAN : Günün saatlerine göre gece 2 - 4 arası en tehlikeli zamandır. Buna karşılık gündüz 8 - 18 arası kaza yapılan zamandır. Tüm kazaların % 73,6'sı gündüz, % 1.3'ü alaca karanlıkta, % 9.1 karanlıkta, % 16.0 ise aydınlatmalı karanlıkta olmaktadır. Haftanın günlerine göre kaza oranları dağılımında hemen hemen bir farklılık görülmemekle birlikte, hafta başlarında ve sonlarında biraz artmaktadır. Aylara göre dağılım yapıldığında ise yaz aylarında kazaların artış gösterdiği görülmektedir.

Mevsimplere göre dağılım ise şöyledir :

YOL SATHI	KAZA ORANI	HAVA DURUMU	KAZA ORANI
Kuru	% 82	Açık hava	% 87.2
Islak	% 12.2	Bulutlu	% 5.3
Çamurlu	% 1.1	Yağmurlu	% 5.7
Karlı	% 1.2	Karlı	% 1.5
Tozlu	% 0.9	Sisli	% 3.0

Gerek gece gündüz ayırımı, gerekse mevsim ve hava durumu tablolarından görülmektedir ki yol standartlarının düşmesi ve diğer mevsim, aydınlatma gibi şartların bozulması ile kaza oranları azalmaktadır. Buradan da anlaşılmaktadır ki, hız kazalarda rol oynayan en büyük etkenlerdendir.

ÜLKEMİZDE DURUM

Günümüzde motorlu taşıt araçları insanlığın en önemli ihtiyaçlarından biri haline gelmiştir. Her geçen gün daha da gelişerek toplumdaki önemini devam ettirecektir. Ne var ki, beraberinde yaşam düzeyine, endüstriye, asayişe, sağlığa olumlu katkılarının yanında, aile sorunları, şehirlere yol, park, gürültü, hava kirliliği, stres gibi getirdiği yükler ve kazalar gibi olumsuz etkileri de beraberinde getirmiştir.

Tüm bunlar gözönünde bulundurulduğunda, bütün toplumsal olaylarda olduğu gibi ulaşım olayında da başlıca ilkelerden biri, yararları en üst düzeye yükseltirken zararları da enaza indirmektir. Sorun bu hedefe varabilmek için, yukardaki epidemiyolojik bilgilerin ve toplum bilimin ışığında, konuya nasıl yaklaşılmasıdır.

Toplum bilim açısından bakıldığında, ulaşım olayını, toplumun sosyo - ekonomik yapısından ve onun bir yansıması olan yönetimin politik tercihlerinden ayrı düşünmemek gerekir. Ülkemizde bu tercih, karayolu taşımacılığı yönünde olmuştur. Böylece otomotiv montaj sanayiinin hızla büyümesine paralel olarak, karayoluna yapılan yatırımlar artırılmış ve kamu kuruluşlarında bu yöne ayrılan ödenekler, oldukça büyük boyutlara ulaşmıştır.

Ülkemizde karayolu ulaşımının geliştirilmesine yönelik çabalar, bu alana yapılan yatırımları incelemek suretiyle gayet açık bir şekilde görülebilir. Örneğin; 1948 de karayolu ulaştırmasının ulusal gelirdeki payı 1.8 milyar TL. iken, 1972 yılında bu miktar % 566'lık bir artışla 12 milyar TL.'na ulaşmıştır. 1923 yılında 18.000 km. olan karayollarımız, 1975 yılında 80.000 km.'ye ulaşmıştır. Diğer bir anlatımla 1974 yılında toplam 34 milyar TL. olan kamu yatırımlarının, 8.8 milyarı ulaştırmaya yatırılırken (bunun büyük bölümü karayoluna olmuştur) sadece 7.6 milyarı imalat sektörüne yatırılmıştır.

Buna karşılık çok daha verimli ve ekonomik olan demiryolu taşımacılığı, geri plana itilerek ihmal edilmiştir. Ülkemizde yolcuların % 91.4'ü karayolu ile taşınırken % 7.6'sı demiryolu, geri kalan kısmı ise diğer yollarla yapılmaktadır. Aynı şekilde yük taşımacılığında da karayolu % 80'lik bir orana sahiptir. Normal şartlarda demiryolu yü-

kü olan yükler bile karayollarıyla taşınmaktadır. Oysa taşıma işlerinin ekonomik kurallara uygun olarak yürütülmesi demek, genel olarak bütün memleketlerde olduğu gibi, taşımaları ve yük taşımalarını demir ve deniz yolları ile yapmak, karayollarını bu iki sistemi besleyici olarak kullanmak demektir. Bizde ise otomotiv montaj sanayinin öngördüğü yöntemle öncelik verilerek yakıt, yedek parça, asfalt yapım v.s. yönünden pahalı bir sistem seçilmiştir.

Bu yanlış yola yönelme nedeniyle, ulaşım olayından beklenen; hız, güven ve maliyet düşüklüğü ilkelerinden hiçbiri gerçekleşmemiştir. Buna karşılık, sanayi ve hizmet sektöründe olduğu gibi, pazar ekonomisinin doğal bir neticesi olarak ulaşım da yatırımlar birkaç büyük kent çevresinde dengesiz ve kamu yararına olmayan bir şekilde toplanmıştır. Bu durumun kaçınılmaz bir sonucu olarak da, kaynakların israfı önlenemez olmuş, can ve mal kaybı dünyada eşi ender görülen düzeylere ulaşmıştır.

Aynı şekilde büyük kentlerde, kitle ulaşımı bir kenara itilmiş ve kitle ulaştırmasında kullanılacak araçlar yerine, bireysel taşımacılığa yönelinmiştir. Oysa kitle taşımacılığının, her yönüyle daha yararlı olduğu bugün artık tartışma götürmeyen gerçeklerdendir. Örneğin 1952-1962 yılları arasında Prof. Kemal Kutlu'nun İstanbul'da yaptığı bir araştırmaya göre, bir otobüsün taşıdığı yolcuyu taşıyabilmek için yirmibeş dolmuşa ihtiyaç vardır. Buna göre taşıdıkları yolcular ile, yol ağı üzerindeki işgal sahaları bakımından araçların dağılımı şöyledir :

	<u>Özel Oto</u>	<u>Dolmuş</u>	<u>Otobüs</u>
Taşınan yolcu	% 7.8	% 64.2	% 20
İşgal sahası	% 18.2	% 71.5	% 10.3

Buradan şu sonuç çıkmıştır; özel otolar bir yana, dolmuş ve taksi ile taşınan yolcular, otobüsle taşındığı takdirde, trafik işgali yönünden % 48'lik bir ferahlama olacaktır. Diğer bir anlatımla trafik sıkışıklığı büyük oranda azalacaktır.

Diğer bir örnek; Makina Mühendisleri Odası'nın yaptığı bir incelemeye göre, Ankara'da günde 1.200.000 ile 1.400.000 arasında seyahat olmaktadır ve bu ulaşım 700 belediye otobüsü ile karşılanabilecektir. Ulaşım otobüslerle yapıldığı takdirde, yıllık yakıt tüketimi 75 milyon TL. olacaktır. Aynı hizmet dolmuş ve taksilerle yapıldığı takdirde ise yıllık yakıt sarfı 440 milyon TL. olacaktır. Görüldüğü gibi ulaştırma otobüslerle yapıldığı takdirde sadece yakıttan yılda 365 milyon TL. bir tasarruf sağlanacaktır. Ayrıca onarım, yol yapım ve diğer giderlere ilaveten hava kirliliği ve gürültü yönünden olumsuz etkileri gözönüne

alındığında, kitle ulaşımının faydalılığı tartışma götürmez açıklıktadır.

Gerek şehirlerarası gerekse şehir içinde uygulanan bugünkü sistem sonucunda ülkemizde, trafik yoğunluğu ve trafik kazaları artmış, hava kirliliğine olumsuz etkileri kaçınılmaz olmuş, yakıt tüketimi, bakım - onarım masrafları yönünden, ayrıca toplumumuza kötü etkileri yönünden olumsuz bir durum ortaya çıkmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Taşıma işleri bugün çok karışık ve sahipsiz bir durumdadır. Türkiye'de taşıma sistemlerini koordinel eden ve ekonomiye uygun bir şekilde yürüten bir ulaştırma politikası uygulanmamaktadır ve taşıma sisteminden sorumlu 14 kuruluşun fazla kuruluş vardır.

Taşıma işlerinde ekonomik olmayan karayoluna yönelinmiş ve demir, deniz yolları bir kenara itilerek, otomotiv montaj sanayinin üretimini tüketici yönde, karayoluna yönelinmiştir. Bunun sonucunda da özel ulaştırmacılığın doğal bir sonucu olan trafik sıkışıklığı ve trafik kazaları kaçınılmaz olmuştur.

UZUN SÜRELİ ÖNLEMLER

Ulaşım olayı ülkenin sosyo - ekonomik yapısından ayrı düşünülemez. Ulaşımın şekillenmesinde tercihler politik güçler kanalıyla oluşturulmaktadır. Bu gerçekler çerçevesinde, ulaşım bir bütün olarak ele alınmalı ve toplum yararına bir yaklaşımla düzenlenmelidir.

Montaj sanayinin üretimini tüketecek yönde, karayolu ulaştırmasını ve özel oto sahipliğine sürekli özendirmekten vazgeçilmelidir.

Salt politik nedenlerle dolmuş ve taksilerin artışına göz yumulmalı, ucuz kitle ulaşımını sağlayacak seçenekler ve halkın can - mal güvenliği yönünde önlemler alınmalıdır.

Şehirlerarası ulaşımda ekonomik olmayan karayolu taşımacılığı yerine, daha ekonomik ve emin olan demiryolu ulaştırmasına yönelinmelidir. Bu kabilden olmak üzere D.D.Y. yeniden düzenlenmeli ve olanakları arttırılmalıdır.

Şehirlerarası ulaşımın organizasyonu, denetim ve alt yatırımları tek elden plânlanmalı, yürütülmeli ve devlet eliyle kontrol edilmelidir.

Şehirlerin trafik planı düzenlenmeli (ana yollar, kılcak yollar yönünden), kitle ulaşımı ön plana alınmalıdır. Verimli ve ekonomik olmayan birey ulaştırması terk edilerek, kitle ulaşımı yönünde belediyelere

olanaklar sağlanmalıdır. Bu dizeden olarak banliyö trenleri, metro gibi kitle ulaşım araçları kurulmalı ve geliştirilmelidir. Diğer küçük ulaştırmalar ancak, bu sistemi besleyen yan dallar olarak düşünülmelidir.

KISA SÜRELİ ÖNLEMLER

- 1 — Sorumluluk tek makama verilmelidir.
 - A — Ulaştırma politikasını tespit edecek
 - B — Hertürlü yol yatırım ve kontrolü
 - C — Ulaştırma planlaması ve denetimi
- 2 — Bu makama bağlı, etkili bir ihbar ve istatistik şubesi kurulmalıdır.
- 3 — Araştırmalar yapılmalıdır.
 - A — Yüksek risk grubu tayini
 - B — Önemli faktör saptanması
 - 1 - trafik sıkışıklığı
 - 11 - hız
 - 111 - şoförlerin eğitimsizliği
 - C — Yıllık trafik miktarı saptanması, yıllık kaza oranı, kaza ilişkisi gibi araştırmalar
 - D — Teknik araştırmalar (araçlar yönünden, yol yönünden)
- 4 — Eğitim
 - A — Trafiği düzenleyenlerin eğitimi
 - 1 - Teknik elemanların (mühendis, teknisyen)
 - 11 - İnzibati güçlerin (polis, hakim)
 - 111 - Eğitimcilerin eğitimi
 - B — Şoförlerin eğitimi
 - 1 - Ehliyet öncesi; ehliyet belli bir eğitimden sonra verilmesi ve bu konuda suistimaller önlenmelidir.
 - 11 - Ehliyet sonrası; ençok yapılan hatalar konusunda yoğun eğitim.

C — Yayaların eğitimi

- 1 - Okul öncesi; ebeveyn tarafından
- 11 - Okulda
- 111 - Okul sonrası

5 — Hız sınırlandırılması; yukardaki verilerden anlaşılacağı üzere, aracın hızlı kullanılma olanakları arttıkça, yani hızlı kullanılmaya elverişli yol, mevsim ve aydınlatmalarda kaza oranı artmaktadır. Bu nedenle ülkemizde, şimdilik kesinlikle bir hız sınırlandırmasına gidilmelidir. Gelişmiş ülkelerde, ölüme yol açan kaza adedi şehir içi ve çevresinde daha çok olurken, bizde şehirlerarası yollarda daha çok görülmektedir.

- 6 — Arabaların teknik yönden uygunluğu sağlanmalıdır.
 - A — İmalât esnasında gereğince uygun araç üretimi
 - B — Araçların hergün sürücülerce kontrolü
 - C — Belli sürelerle sorumlu makamlarca kontrol

7 — Etkili bir acil yardım hizmeti; trafik kazalarında ölenlerin % 10'u ilk dakikalarda, % 20'si ise ilk dört saat içinde ölmektedir. Bu süre içinde ivedi ve etkili ilk yardım yapacak kurum ve ekipler kurulmalıdır.

- 8 — Etkili bir yasa hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1 — BAYKAN N., SUNGUR C., Ülkemizde Trafik Kazalarının Epidemiyolojik Faktörleri, A.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi.
- 2 — Bayındırlık Bakanlığı Karayolları Genel Müdürlüğü, Trafik Kazaları Bültenleri, 1965, 1968, 1973, 1974.
- 3 — Makina Mühendisleri Odası, Büyük Kentlerde Ulaşım Sorununa İlişkin Rapor, Ankara 1975.
- 4 — European Public Health Committee, Structure and Organization of Road Accident Prevention Report, Strasbourg, 1970.
- 5 — WHO, Organization Concerned With Prevention and Control of Road Accident in Europe, Report on the second Haisen Meeting, Copenhagen, 1972.
- 6 — YUMUTURİĞ S., Toplum Hastalıklarında Epidemiyolojik Genel Prensipler, Ankara, 1976.
- 7 — ÖZDİRİM M., Trafik Eğitimi Semineri Tebliği, Ankara 1967.
- 8 — GÖKTUĞ G., Trafik Eğitim Semineri Tebliği, Ankara 1967.
- 9 — DEMİRİSOY E., Şoförün El Kitabı, Ankara 1976.

Diş Çürükleri Konusunda Doğru ve Yanlış Bilgiler

Dr. Cahit BAYSAL

Hacettepe Üniversitesi

Tıp Fak. Toplum Hekimliği

Öğretim Görevlisi

Küçük, büyük, hemen herkesin yakındığı bir sağlık sorunu diş çürükleridir. Uygarlığın ilerlemesiyle doğru orantılı olarak artan bir toplum hastalığı olarak dikkati çekmektedir diş çürümeleri...

Türkiye'de yapılan çeşitli epidemiyolojik taramalarda, kırsal bölgede yaşayan ilkökul çağındaki çocukların % 65'inde bir veya daha fazla çürük diş bulunduğu gösterilmiştir. (1) Bu oran, aynı yaş gurubundaki kent çocuklarında % 85'e kadar çıkmaktadır. Toplumumuzda 35 yaşına gelmiş bir kişide eğer 3 diş çekilmiş veya çürümüş ise, o kişiye şanslı denebilir. Sorun o denli yaygındır.

Çürümeler, dişler ağız içerisindeki yerlerini aldıktan sonra başlamakta, hem süt dişlerini, hem de sürekli dişleri etkilemektedir.

Sokaktaki adama «Diş neden çürüyor» diye sorarsanız, çok defa «Fazla şeker yemekten» cevabını alırsınız. Kamuoyunda oluşmuş bulunan bu yargı doğrudur. Gerçekten, çürümelerin özellikle ağızda parçalanmış karbonhidratlı gıdaların çok miktarda alınmasıyla ilgili olduğu bilimsel araştırmalarla deneysel olarak da saptanmıştır. (2) Fakat bunun yanında bazı kişilerin her türlü şekerli gıdaları kısıntısız almalarına rağmen dişlerinin hiç çürümediği ve ileri yaşlara kadar sağlığını sürdürdüğü görülmektedir. Sokaktaki adam bu durumu «Doğuştan» diye tanımlıyor. Çürüğe karşı direnç doğuştan gelen bir bağışıklık hali değil, doğumu takip eden ilk on yılda o kişinin içerisinde en uygun düzeyde (milyonda bir) Fluor iyonu bulunan suyu sürekli olarak içmesiyle oluşan, sağlam mineli dişe bağlı bir dayanıklılıktır.

Çocukluk çağında tulumba suyu veya derin kuyu suyu içmiş olan çocuklarda, Fluor alınması olasılığı fazladır. Alınan Fluor, diş minesinde Fluorapatit bileşimine dönüşmekte ve bu yapıda kristalleri olan diş minesine ise, asitlerde kolay erimemektedir. (3) İşte çürüğe dayanıklı diş bu suretle oluşur.

FLUOR HANGİ SULARDA VARDIR?

1966 yılında Türkiye'nin çeşitli yörelerinde halkın içme suyu olarak kullandığı suların alınan 633 su nümunesinin, Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kimya bölümünde yapılan analizinde bulunan Fluor miktarı, istenen düzeyden çok aşağıda bulunmuştur. Özellikle büyük şehirlerimizdeki şebeke suları, yeterli düzeyde Fluor'dan yoksundur. Genellikle yüzeyel sular, göl ve derelerde Fluor miktarı azdır. Derin kuyu sularında kaplıca ve deniz suyunda fazladır. Son ikisi içilemediği için dişlere faydası bahis konusu değildir.

FLUOR NASIL VERİLİR ?

Diş hekimliğinin halk sağlığına en büyük katkısı olan Flour'un, bugüne kadar memleketimizde halk sağlığı ile ilgili uygulamalara katılmayı büyük kayıptır. Yapay olarak şehir içme suları şebekesine Fluor katılması, çürükleri önleyen ucuz ve etkili bir yöntemdir. Masrafı kişi başına yılda 50 kuruştur. Fluoru sistemik olarak vermenin başka bir yolu da, Fluorlu tuz kullanmaktır. 1 kgr. sofraya tuzuna 200 mgr. sodyum Flour karıştırılarak yapılır. Memleketimizde tuza püskürtme suretiyle homojen Fluor karıştırılabilecek kuruluşlar vardır. Fakat piyasada iyotlu tuza müsaade edilmişken Fluorlu tuz halen yoktur. 600 gramlık bir tuz paketine katılan Fluorun maliyeti 13.2 kuruştur. Üçüncü bir yol, Sodyum Fluor'un % 2'lik eriyiklerinin 25 cc lik plâstik damlalıklı şişeler içerisinde piyasaya çıkarılmasıdır. Doğumu izleyen üçüncü aydan itibaren çocuğa, günde bir damla bu eriyikten verilmesi ve bunun birkaç yıl bıkmadan sürdürülmesi gereklidir. Kentlerde bunun titizlikle uygulanması ancak aydın ana babaların yapabileceği bir iştir. Fakat kırsal bölgede, özellikle Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde ebe kontrolünde okul öncesi çocuklara uygulanması mümkündür.

DIŞ MACUNU MU YOKSA DIŞ FIRÇASI MI ?

«Her yemekten sonra fırçalıyorum fakat yine çürüyor» diye yakınanlar az değildir. Şunu hemen belirtelim ki fırçalama tek başına çürüğü önlemez. Fakat çürüğe eğilimi olan kişilerde çürük oluşumunu geciktirir. Fırçayı çok kuvvetli sürmek zamanla dişlerin boyun kısımlarında aşınmaya ve sonuçta çürüğe yol açabilir. Fırça ile birlikte bir ara vasatı kullanılması tamamen isteğe bağlıdır. Ağız içinde hoş koku vermesi nedeniyle macun kullanılabilir. Macundan fazla bir şey beklememek gerekir. Macun yerine tuz, pomza tozu, sabun, karbonat gibi maddeler de kullanılabilir. Üzerinde çok reklâm yapılan Fluorlu diş macunlarına gelince ; bunların içindeki etkili Fluor tuzu çok azdır, yanında bulunan

diğer maddelerle, özellikle kalsiyum karbonatla kimyasal reaksiyona girer ve zamanla etkinliği azalır inaktive olur. Taze olanlarının kullanılması biraz fayda sağlayabilir. Beklenen yüzeysel fayda % 10 - 15 kadardır. Bu bakımdan fırça esastır, macun şart değildir. İlkokullarda günde bir defa fırçalama yaptırmak mümkündür. Etimesgut bölgesinde yaptığımız bir araştırmada, ilkokul çağında bulunan çocukların ancak % 22'sinde diş fırçası bulunduğu saptanmıştır.

NE ZAMAN FIRÇALAMALI ?

Fırçalama ve bunu izleyen su ile çalkalama, ağızdaki mikrop sayısını azaltır. Dolayısıyla ağızda ayrışan şekerli maddeler alındığında, bakteri metabolizması sonucu ortaya çıkan organik asitlerin miktarı da düşük bir düzeyde kalır. Ağız içerisinde bulunan bakteriler, karbonhidratlı gıda maddelerinden 5 dakika içerisinde asit oluşturmaktadırlar (4) Mikrop sayısı azsa, oluşan ve çürüğü başlatan asit düzeyi de en azdır. Bundan çıkan sonuç, dişlerin yemeklerden önce fırçalanması gereğidir. Gündüzün çeşitli şeyler içme, konuşma, dil ve dudak hareketleri ve yutkunma ile ağızda kendi kendine bir temizleme bahis konusudur. Geceleyin yattıktan sonrın 8 saate yakın süre, salgı ve diğer fonksiyonlar önemli ölçüde azalır. Bu bakımdan temiz bir ağızla yatağa girmelidir. Yatmadan önce dişler fırçalanmalı ve artık birşey yememelidir. İkinci fırçalama ; sabahleyin kahvaltıdan önce yapılmalıdır. Gece üreyen bakteriler bu şekilde sabah fırçalamasında sayıca azaltılmış olur. Dişlerin birbirine değen yüzeyleri arasından ipek iplik geçirmek, fırçalamayı tamamlayan iyi bir temizlik sağlar.

Birçok hasta muayeneye geldiğinde «Dişimi kurt yemiş» şeklinde bir tanımlama yapıyor. Bunda gerçek payı var. Çünkü dişin mine kısmı, mikropların metbolizma artıkları ve oluşturdukları organik asitlerle eriyerek, zamanla oyuk halini almakta, daha sonra iç ve derin kısımlardaki organik maddeleri gıda olarak kullanan proteolitik bakteriler çürüğü genişletmektedir. Halkın buna kurt yemiş demesinde şaşılacak birşey yoktur.

Laboratuvarlarda deney hayvanları üzerinde yapılan çalışmalarda, mikropsuz şartlarda doğan ve büyütülen hayvanlar, ne çeşit gıda alırsa alsın dişleri çürümemektedir. Yani çürük oluşumunda mikroburolü rolü vardır.

Çürüğün oluşması için mikroburolü yanında en önemli faktör gıdanın ağız yolundan geçmesidir. Mide sondası veya damar içi yolu ile beslenen hayvanlarda da çürük meydana getirilememiştir.

Yanlış olarak bilinen bir husus, süt çocuğuna fazla kalsiyum verilirse dişlerinin çürümeyeceğinin sanılmasıdır. Oysa fazla kalsiyumlu bir diş asitlerde daha çabuk eriyebilmektedir. Kalsiyumla birlikte Fosfor da verilirse direnç artmaktadır.

Yanlış bilinen bir nokta da, ağrısı geçen çürük dişin artık iyi olduğunun sanılmasıdır. **İnsanda kendisini tamir edemeyen yegâne organ diştir.** Özellikle sert kısımlarda çürük nedeniyle oluşan bir oyuk, hiçbir zaman kendi kendine eski halini almaz. Çürük, dişin dentin tabakasında iken, dişözü tabakasının yukarı kısmında bulunan bazı hücreler savunma amacıyla ikincil bir dentin oluşturabilir. Fakat dişözüne kadar gitmiş ve şişlik yapmış bir diş, ağrısı geçse de vücut için büyük bir tehlike olmakta devam eder. Dişleri çürük olanlar, özellikle ön dişleri çürüyenler gülemezler, içine dönük bir kişiliğe bürünürler, sürekli olarak elleri ile ağızlarını örterler. Utangaçlığa ve ruhsal bunalımlara bile yol açabilir, diş çürüğü..

ÇÜRÜK DİŞ KANSER YAPAR MI ?

Çok sorulan bir sorudur bu. Çürük dolayısıyla taç kısmı oyulan ve kopan dişlerin geride kalan kısımları keskin bir kenar halinde uzun süre ağızda kalırsa süregen bir tahrişle dilde ve yumuşak dokularda kanser oluşturabilir.

YURDUMUZDA DİŞ SAĞLIĞININ KORUNMASI İÇİN NE YAPILYOR

Bildiğimiz ve gördüğümüz kadarıyla, yalnızca iyileştirici hizmetlere ağırlık veriliyor. Diş hekimi sayısını arttırmak için, yeni özel okullar ve fakülteler açılmasının sorunu çözemeyeceği kanısındayız. Çünkü, iyileştirici hizmetler, dolgu, protez, diş düzeltme ve diş hastalıklarının cerrahi metodlarla tedavisi pahalıdır, çok zaman alır, kullanılan âlet ve maddeler yurdumuzda üretilmemektedir, başa çıkılamayacak kadar fazladır. Halkın belirli bir kesimi dışında buna verecek parası yoktur. En önemlisi şimdiki dişhekimi sayısının, yurt düzeyindeki dağılımı nüfusa oranla dengesizdir. Mevcut sayının yarısı üç büyük şehirde toplanmıştır.

Çürük diş sayısının çocuklardaki oranını yazımızın başında belirtmiştik. Yetişkinlerdeki sayıyı da eklediğimizde karşılanamayan ihtiyaçlar çok büyük bir toplamı bulacaktır. Türkiye nüfusunun % 20'sini çürüksüz kabul edersek geri kalanların herbirinde 2'ser çürük bulunduğunu varsayarsak 64 milyon çürük diş dolgu ve diğer tedavileri beklemektedir.

Protez ihtiyaçları ise, daha fazla zaman ve parayı gerektirmektedir. Yapılması gereken iş, öncelikle koruyucu önlemlerin alınmasıdır. Bunun için de tek yol vardır o da Fluoru verecek uygun metodları uygulamaktır. Malî yükü ise şöyle : 1 kgr. Sodyum Fluor 110 liradır. Bu miktardaki Sodyum Fluor içinde 452488 mgr. Fluor iyonu vardır. Yani bu kadar çocuğun bir günlük ihtiyacına yeterlidir. Türkiye de Fluordan yararlanacak çocuk sayısının 10 milyon kadar olduğu düşünülürse, 22 kgr. 100 gr. lık Sodyum Fluor, günlük ihtiyaçtır. Yılda 8 ton eder ve bütün masraf 880.000 TL.

Herhalde milyarlık bütçesi olan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Türk çocuklarının diş sağlığı için yılda 1 milyon lira gibi az bir parayı esirgememelidir.

Bir zamanlar (1966) Sağlık İşleri Genel Müdürü : «Biz daha suları Klorlayamadık ki Fluorunu düşünelim» diyebilmiştir, Buna karşılık yılda sadece 114 diş hastasının bakıldığı bir hastanesine bakanlık diş hekimini tayini yapabilmektedir. Aradan geçen 10 yıldan fazla bir zaman içinde Fluor'un koruyucu hekimlik uygulamalarına katıldığına dair bir işaret görülmemiştir. Türkiye'de politik tercihlerin yerini istatistik bulgulara dayanan bilimsel gerçekler alana kadar, bu zorlukların sürmesi doğaldır.

KAYNAKLAR :

- 1 — Thompson, J. C. : Türkiye'de beslenme, Millî Eğitim Basımevi İstanbul, 1962.
- 2 — Gustafsson, B. E., et al., The Vipeholm Dental Caries Study Acta Odont. Scand. 11 : 232 - 364, 1954,
- 3 — Möller, T. I. : Dental Fluorose og caries, Int. Sc. Publishers Copenhagen, 1965.
- 4 — Nolte, W. A. : Methods of studying oral microflora, Oral Microbiology C. V. Mosby Co, St. Louis, 1968.
- 5 — Unat, E. K. : Dişhekimliği mikrobiyolojisi, İst. Üni. Tıp Fak Yayın No : 640 Bilgi Basımevi İstanbul, 1955.

Sürekli Eğitimde Yöntem ve Araçlar

Dr. Ali MENTEŞ

İzmir Tabip Odası Eğitim Bürosu
E.Ü.T.F. Cerrahi Kürsüsü Asistanı

YÖNTEME İLİŞKİN GENEL BİLGİLER :

Sürekli eğitim uygulamalarında geniş anlamı ile, iki düzenden birini seçmek söz konusudur. Bunlardan birincisi bu eğitimin zorunlu, diğeri ise gönüllü olmasıdır. Zorunlu olma durumunda sorun oldukça basitleşmekte ve örgütlenme devlet aracılığı ile sağlanabilmektedir. Yasal, ya da bağlayıcı bir zorunluk bulunmadığı, ancak belirli bir toplumdaki meslek anlayışının zorlayıcı olduğu durumlarda eğitim kurumları devlet denetiminden çıkmakla birlikte, o toplumda bulunan güçlü meslek örgütleri eğitici kurumları belirlemektedirler. Oysa sürekli eğitimin tümü ile gönüllü olduğu ülkelerde gerek eğitici kurumların seçilmesi, gerekse bunların örgütlenmesi bir hayli karmaşık ve çözülmesi zor sorunlar olarak belirmektedir. Bu son durumda yöntem büyük ölçüde kişisel isteğe, ilişkilere ve özellikle o toplum pratiğinde yer alanların mesleki sorumluluklarına dayanmaktadır. Hele bir de sürekli eğitim kavramı, hekim toplumuna yabancı bir kavram ise gerek zorlayıcı önlemlerin yokluğu ve gerekse belirli ön yargılar, düzenleme konusunu gereksiz engellere boğabilmektedir.

Sürekli eğitim programlarının yaygın kullanıldığı ülkelerde, bunların bir ders temelinde olmaları durumunda ortaya bir öğrenci - öğretmen ilişkisi çıktığı, apati ve hostilite doğurduğu söylenmektedir. Programı düzenleyenlerin egemen bir görüntü içinde bilgi aktarmaları hostiliteyi ve öğrenmeye karşı direnci yaygınlaştırmakta olup, bir doktorun ders türünde bir sürekli eğitim programına katılması ile, sonraki uygulamalarında görülmesi beklenen gelişme arasında bir etkileşim ilişkisi görülememektedir.

ÖRGÜT :

Sürekli eğitimde hangi düzen sürdürülmekte olursa olsun, gerek konunun niteliği adından belli özelliğe, gerek ise denetimin sağlanması için özel amaçları ve ağırlığı olan bir örgüte gereksinim vardır.

Bu örgütün temel görevleri geniş plânlama, eğitim programı yürütecek kurumları belirleme, bunları denetleme, düzenin genel çerçevesini çizme ve yürütmeyi değerlendirmedir.

Bir hekim toplumunda sürekli eğitim geliştiği ve etkinliği arttığı sürece daha örgütlü yaklaşımlara gerek olmaktadır. Örneğin, sene başında bir yıllık bir dönem boyunca ülkede uygulanacak bütün eğitim programlarının bir merkezde toplanarak yayınlanması ve dağıtımı, hem hekimlerin uzun bir süreçteki programlarını çizmelerine yardımcı olmakta, hem programların toplu duyurumu sağlanmakta, hem de aynı konuda böyle bir örgütün hem görevi, hem de var olma nedenlerinden biri ve emek ziyarı önlenmektedir. Bunlar ancak bir merkezi örgütün varlığı ile olasıdır.

Yine, öngörülen programların uygulamalarının kontrolü, sürekli eğitim kursu veren kurumların denetlenmesi, hangi kurumun bu tür bir program düzenleyebilecek düzeyde olup, hangisinin olmadığını saptamak da böyle bir örgütün hem görevi, hem de var olma nedenlerinden biridir. Böylelikle hekimler kurumlar üzerinde bir yargıya varabilmekte, programlarını çizmede kolaylık görmektedirler. Yine, bu tür bir uygulamanın, programı onaylanmayan kurumları eksikliklerini gidermek için çalışmaya zorlayacağı, böylelikle sonuçla ülkenin bilimsel düzeyine katkıda bulunacağı düşünülebilir.

Sürekli eğitim programlarının hekim örgütlerinin sorumluluğunda olduğu ülkelerde, eğitim programı öneren kuruluşların mutlaka niteliği kabul edilmiş bir kuruluş tarafından, eğitim programının bir bölümü ya da tümü için desteklenmesi zorunludur. Bu destek, ne türde olursa olsun, bağlayıcı ve mutlaktır. Böylelikle eğitim programları daha seviyeli ve hekimler için bilimsel açıdan daha yararlı olmaktadır. Destekleyici kurumun gerek kendisine, gerekse söz konusu örgüt aracılığı ile meslek kamu oyuna karşı sorumluluğu programların niteliklerini olumlu yönde etkilemektedir.

Sürekli eğitim plânlamasında, konu seçimi de önemlidir. Konular merkezi örgüt tarafından önerilebileceği gibi, düzenleyici kurumun o dönemlerinde pratikte gördüğü eksikliklerden, güncel tıp konularından ya da hekimlerin genel eğilimlerinden kaynaklanabilir. Ancak ne olursa olsun, programa alınacak konuların açık seçik ve belirgin olmasına dikkat etmek gerekmektedir. Bu konudaki eğilim, geniş, genel konulardan çok özel konulara doğrudur. Bununla birlikte bu, temel ya da genel konuların sürekli eğitim programının gündemini oluşturamayacağı anlamında alınmamalıdır.

YÖNELİM :

Sürekli eğitim kurslarının tıbbın hangi çalışma pratiğindeki üyeleri üzerinde yoğunlaşabileceği, bu kursların yönelimlerini belirler. Genellikle özel konularda, merkezlerde uygulanabilecek gelişmeleri içeren kurslar uzmanlara yönelik olmakta, daha genel bir gündelik meslek uygulamasının her diliminde uygulanabilecek kurslar pratisyenlere, ya da genel ilgiye yönelmektedir. Bunlar dışında böyle bir sınıflama için uygunsuz olan kurslarda olabilmektedir. Bu noktada tıbbın çok boyutlu ve bir çok yan bilim ile ilişkili bir bilim olduğunu anımsamak doğru olur. Örneğin ; bir biyoistatistik kursu bu tür, sınıflama dışı program konusudur.

Bununla birlikte genel ve doğru eğilim, sürekli eğitim kurslarının o toplumda hekimlik pratiği uygulayan herkesin ilgisini çekmek doğrultusunda olmuştur. Böylelikle seçilen konularda her tür meslek uygulamasında bulunan hekimlere yararlı olunabilmektedir.

KURS YÖNTEMLERİ :

Sürekli Eğitimde yaygın olarak kullanılan bazı yöntemler bulunmaktadır. Ancak yine genel kural olarak seçilecek yöntemin öze sıkı sıkıya bağlı olduğunu belirtmek gerekir.

Sürekli Kurslar : Öngörülen program bitinceye kadar, tam günlük katı (Solit) birimler halindeki kurslardır. Bunların süresi bir günden, bir hafta ya da fazlasına kadar uzanabilir. Ancak ortak nitelikleri, aktif dilimler arasında hiç pasif süre bulunmamasıdır.

Aralıklı Kurslar : Haftada ya da ayda bir, peşpeşe bir iki günden birkaç hafta ya da ay süren kurslardır. Sürekli ve aralıklı kurslar özellikle kursun verildiği kente uzaktan gelecek hekimler için uygun programlardır. Aralıklı kurslar merkezin interlandında bulunan nispeten yakın yerleşim yerlerindeki hekimler için daha da çekici olabilirler.

Kapalı Kurslar : Kurs vermek için seçilen bir kurumdan, genellikle tıp fakültelerinden oluşan bir ekibin dolaşarak, ayrı ayrı yerlerde nispeten izole hekim topluluklarına verdikleri kurs yönetimidir. Genel olarak yoğun çalışma koşulları nedeniyle kurs merkezlerine gelemeyen hekimler için yararlı bir olanaktır. Sakıncası eğitim programından geçecek hekimlerin tümüyle edilgen (pasif) kalmaları ve bu tür bir kursa katılacak ekiplerin yine iş yorgunluğu ve yorucu yolculuklar nedeniyle güç kurulabilecek olmalarıdır.

Ev Çalışması : Genellikle mektupla, ya da ses kayıtları ile olup ge-

nel anlamda geçerlilikleri sınırlıdır. Görsel araçlarla, yani pratik olarak resim ve slaytlarla desteklenmiş olanların o da ancak sınırlı konularda yarar sağlayabileceği düşünülebilir.

Radyo Televizyon : Kitle haberleşme araçları kullanılarak yapılan bir uygulamadır. Bazı kapitalist ülkelerde özel radyo ve televizyon kurmak ya da belirli zamanlarda yayın saati kiralamak olası olduğunda geçerli olabilir. Bunun dışında uygulaması pratik olarak olanaksızdır. Ancak her olasılıkta etkinliği ve yararı çok tartışma götürür.

Tıp Kongreleri : Belirli konularla ilgilenen hekimlerin, kurulmuş örgütler aracılığı ile önceden bildirilmiş zamanlarda yaptıkları bilimsel toplantılardır. Güçlü meslek anlayışları, sağlam bilimsel sağ duyuları ve potansiyelleri olan toplumlarda işlevleri fazladır. Ülkemizde düzenlenen kongrelerin ne tür bir atmosferde geçtiği ve açılış toplantısı dışında bildirilerin ortalama kaç kişiye yöneltildiği bilinmekle birlikte, şu anda meslek pratiğimizde geçerliliği olan en etkin sürekli eğitim aracıdır.

Tazeleme Kursları : Sürekli eğitimin şu ya da bu ölçüde zorunlu olduğu ülkelerde düzenlenen ve pratikteki hekimlerin arada geçen sürede gelişen, bilimsel açıklarını kapatmayı amaçlayan düzenlemelerdir. Hangi sürelerle yapılacakları kullanıldığı ülkeye göre değişir.

SÜRE :

Sürekli eğitim kurslarında süre kavramı iki boyutta düşünülür. Bunlardan birincisi kursun gündemini oluşturan konunun yeterli açıklıkta ve kapsamda anlatılması gereken zaman ve buna ek olarak uygulama yapılacaksa bunun için gerekli zamandır. Bu süre aktif olarak geçirecek kurs süresidir. Bir kursun **toplam** süresi aktif ve **pasif** dilimlerin birlikte oluşturdukları süredir. Bunun ne yoğunlukta olacağı her kurs programı ve bu programı veren kurum için değişkendir. Tek gün süreyle yoğun kurslar olabileceği gibi, her hafta bir saat aktif çalışma ile bir yıllık kurslarda olabilir. Ama, ayrıcalıklar olabilirse de genel olarak öz süreyi belirler şeklinde bir tanım getirilebilir. Daha ayrıntıda, tıbbın herhangi bir dalında ortaya çıkan bir gelişmeyi içeren kurslar kısa sürede yoğun bir şekilde, temel konularda toplayıcı ; formal kurslar ise daha uzun ve seyrelmiş bir sürede verilme eğilimindedirler.

ARAÇLAR :

Görsel ve duysal : Ses kayıtlarına geçirilmiş dersler, ses ile senkronize slayt ve filmler, kısa metrajlı filmler ve benzeri araçlardır. Bu alanda liberal ülkelerde bazı ilaç firmalarının bazı katkıları bulunmaktadır. Temelde genellikle reklâm amacı bulunmakla birlikte, bazılarının eğitsel film ve dünya pratiğinde de televizyon alanında öncü çalışmaları olmuştur. Sinamanın ileri boyutlarda geliştiği çağımızda en etkin yöntemlerden biridir.

Koşullarda vizitler ayrıntılı tartışma ortamı ile birlikte yarar sağlamaktadırlar.

Programlanmış Belletme : Kişiyi öğrenmek istediği konuda sorular sorulması ve verdiği yanıtların doğru yanıtlarla karşılaştırılmasının sağlanması ilkesine dayanır.

Kitap ve dergiler : Araştırmacılar tarafından son yirmi yıldır hekimlerin en değerli ve kullanışlı sürekli eğitim araçları olduğu söylenmektedir. Bir çalışmada meşgul klinisyenlerin bu amaç için haftada iki saatlerini ayırmalarının yeterli olduğu belirtilmiştir. A.B.D.'de bir pazar araştırması firmasının yaptığı bir çalışmada bireylerin uzmanlık bağlarının, pratikte çalıştıkları alanların, öğretim sorumluluklarının okuma düzenlerini etkileyen en önemli etkenler olduğu görülmüştür. Bununla birlikte ve bu yayınların etkin olmaları için meslek toplumunun belirli bir tıp kültürü düzeyine ulaşması gerekmektedir. Bu da bir çok etmenden etkilenmektedir. Ülkemizde tıbbi yayın izlenmesi ancak son birkaç yılda umut verici duruma gelmiştir.

Klinik kayıtlar : Pratisyen hekimlerin sürekli eğitimleri için hazırlanan programların, bu hekimlerin hangi konularda bilgi eksiklikleri bulunduğu bilinmeden düzenlendiği yolundaki elştirilerden yola çıkılarak bir oto kontrol sistemi oluşturmak üzere düşünülmüştür. Hekimin kendi klinik hasta kayıtlarından yola çıkarak geriye doğru giden (retrospektif) bir yöntemdir. Karmaşık bir uygulaması olup, yaygın kullanımı yoktur.

Panel ve Açık Oturum : Ya bir kurs programının sonunda derleyici nitelikte, ya da program içinde özel amaçlarla düzenlenen senteze yö-

nelik bir araçtır. Bir kursu tek başına da kapsayabilir. Geniş kitlelere öğretmede, yararı daha belirgindir.

Klinikte aktif çalışma'nın uzun süreli programlarda kullanımı vardır.

Klinik konferanslar, Laboratuvar ; kadavra disseksiyonu ve köpek cerrahisi dahil, Ders, Soru - Cevap (Mektup), Gözlem, Demonstrasyon, Uygulama, Seminer, Radyo - Telefon, İnsan cerrahisi, TV, çeşitli programlarda kullanılmaktadır.

Yine, bu konuda da bir genel kural olarak, bütün bu araçların başarısı konu içindeki ve gerekliliğindeki kullanımlarına bağlıdır.

Burada anılan araçlar bugün evrensel düzeyde sık kullanılan ve sonuçları üzerinde deneyimler bulunanlardır. Her ülkenin uygulamasında üstünlük gösterenleri bulunabileceği gibi, yine her ülkede uygulamada bunlardan tümü ile farklı bir araç, sürekli eğitim pratiği içinde ortaya çıkararak gelişebilir. Ancak bu tür yeni araçlar büyük olasılıkla tümü ile yeni olmaktan çok, bilinenlerin çeşitli birliktelikleri olacaktır.

KAYNAKLAR :

ACHESON H. W. K., Br J Med Educ, 6, 26, 1972.

ARAT Ö., TOB, 15 - 16, 41, 1977.

CURRIE B. F., J Med Educ, 51 : 5, 420, 1976.

Department of Continuing Medical Education, JAMA, 234 : 13, 1370, 1975.

Department of Continuing Medical Education, JAMA, Suppl., 233 : 6, 586, 1975.

MANGUN Jr. C. W., JAMA, 233 : 7, 816, 1975.

PARRY K. M., Med Educ, 10, 59, 1976.

WISE R. E., Radiology, 114 : 741, 1975.

Vergi Sistemimiz En Az Geçim İndirimi En Az Ücret ve Ötesi ...

Musa ÖZDEMİR

Sayıştay Denetçileri Derneği Başkanı

Egemen güçlerin mülkiyetlerinin korunması, sermayelerinin geleceğinin güvenceye bağlanması, kârlarının sürekliliğinin sağlanması için baskı gücü ihtiyacını karşılamak üzere kurulan devletin işlevleri emeğin sömürülme yöntemlerinin değişmesiyle yeni boyutlara ulaşmıştır. Başlangıçta kölelik düzeninin sürdürülmesi için yalnızca silâhlı güç yeterli iken günümüzde emeğin verimliliğinin artmasının da etkisiyle daha girift, karmaşık bir devlet aygıtı geliştirmek gerekmiştir. O denli ki, artan sınıf mücadelesinin önüne artık yalnızca silâhlı güçlerle karşı çıkmak olanaksızlaşmış, sosyal devlet adı verilen ve emek - sermaye çelişmesini gizleyen bir devlet kavramı geliştirilmiştir. Ayrıca, emeğin verimliliğinin artması da «sosyal devlet» kavramının geliştirilebilmesine ortam hazırlamıştır. Artık devlet, uyruğundakilere eğitim, öğretim, sağlık, ulaşım hizmetleri götürmekle görevlidir.

Devlet bir yandan «sosyal» olmanın gereklerini yerine getirirken, öte yandan sermaye sınıfının gelişmesinin gerektirdiği altyapı kuruluşlarını yapacak, tüm bunların dışında sermaye sınıfının ihtiyacı olan hammaddeyi daha ucuza sağlayabilmeleri için kendisi bizzat işletmeci olarak ekonomiye katılacak, ancak ürettiklerini maliyetinin altında hammadde olarak sermaye sınıfına devrettiğinden «devlet kötü bir girişimcidir» imajını da bu arada kitlelere kantlayacaktır.

Kapitalist ilişkiler geliştikçe giderek artan bu giderlerin karşılanması yine çalışanların sırtına yüklenecektir. Kapitalist düzende bu yükü sermaye sınıfına yüklemek sermaye birikiminin önlenmesi, sermaye sınıfının daha az kâr etmesi demektir. Bundan ötürüdür ki kapitalist sistemin mantığına ters düşer.

Tüm bu söylediklerimizi ülkemiz gerçeğinde somutlamaya çalışalım :

Devletin gelirleri 3 gruba ayrılmıştır. a — Vergi gelirleri, b — Vergi dışı normal gelirler, c — Özel gelirler. Devlet gelirlerinin önemli bir bölümü vergi gelirlerinden sağlanır. 1977 bütçesinden bütçe gelirlerinin % 85.2'sinin vergi gelirlerinden sağlanacağı öngörülmüştür. Bu 220 milyar liralık bütçenin 169.9 milyar liralık bölümünün vergi gelirlerinden oluşacağı anlamını taşır.

Vergi gelirleri a — Gelirlerden, b — Servetten, c — Mallardan, d — Hizmetlerden, e — Dış ticaretten olmak üzere 5 temel kaynaktan alınmaktadır. Bunların bazıları dolaylı, bazıları dolaysız verilerdir. Tüm kaynaklardan alınan vergi gelirlerinin GSMH'ya oranının 1977 yılında % 19.4'e yükselmesi beklenmektedir. Vergi yükü denilen bu oran, batı ülkelerindeki oranın çok gerisindedir. Vergi oranının bu denli düşük oluşu işçi ve memur, yani ücretliler dışında kalan gelir gruplarının etkin biçimde vergilendirilemeyişinden kaynaklanmaktadır. Türkiye'de vergi gelirlerinin ulusal gelire oranının çok düşük olmasının yanısıra bir başka önemli özellik de vergi gelirlerinin büyük oranda dolaylı vergilere dayanmasıdır. Dolaylı vergiler, gelir farklılıklarına bakmaksızın herkesin eşit şekilde vergilendirilmesine yol açar. Örneğin ülkemizde şeker ve sigara gibi fakir ve zengin herkesin tükettiği temel tüketim maddeleri birer dolaylı vergi kaynağıdır. Bu maddeleri satın alan işçi de, patron da aynı vergiyi öder. Dolaylı vergilerin 1975 yılında bütçenin toplam vergi gelirlerinin içindeki payı % 46.8 olmuştur. Bu orana isabet eden vergi miktarının büyük çoğunluğunun da ücretliler tarafından ödendiği tartışılmaz bir gerçektir. Adaletsizliği açık olan dolaylı vergilerin azaltılması için ücretlilerin yoğun bir mücadele vermesi gerekmektedir.

Vergi sisteminin bir diğer sorunu ise, sosyal sınıfların kazançları ve ödedikleri vergi paylarıdır. Vergi gelirleri içinde gelir vergisi, en istikrarlı vergi olarak bilinir. Bundan ise, toplam gelir vergisi gelirlerinin % 70'inin işçi ve memurlarca ödendiği gerçeğinin payı büyüktür. Buna karşılık ücretliler dışında kalan sanayici, tüccar ve serbest meslek erbabının ödediği gelir vergisi, sabit gelirlere oranla giderek azalmaktadır. Ulusal gelirden % 68 pay alan sanayiciler, çiftçiler, tüccarlar ve diğerleri gelir vergisinin % 30'unu ödemektedirler. Ve bu oran giderek de azalmaktadır. Bunun nedenlerini Gelir Vergisi Yasasındaki boşluklarda, vergi denetiminin yetersizliğinde aramak gerekir. Beyanname veren mükelleflerin ancak % 3 ilâ % 7'si denetlenmektedir. Denetlenen beyannamelemlerden çıkarılan tahminlere göre vergi yasalarının boşluklarından yararlanılarak kaçırılan gelir ve Kurumlar vergisi oranı, genel vergi gelirlerinin % 40'ına ulaşmaktadır. Bu tutar 1977 yılı içinde gelir ve kurumlar vergisi tahsilâtında 30 milyar liraya ulaşan bir kayıp anlamını taşımaktadır. Vergi kaybı bununla da bitmemektedir. İş-

tisna ve muafıklar nedeniyle 1976 yılındaki vergi kaybının 17 milyar olduğu hesaplanmıştır. Bu tutar, 1976 yılı devlet gelirleri tahmininin % 13.5'ünü oluşturmaktadır.

Tüm bunlar vergi yasalarının vergi kaçakçılığını teşvik eden yetersizliklerinden, boşluklarından kaynaklanmaktadır. Vergi kaçakçılığının saptanması için Vergi Usul Yasasının öngördüğü yöntem uzun ve külfetlidir. Cezalar bu uzun süre içinde çoğu kez zaman aşımına uğramaktadır. Üstelik Af Yasalarının fikir suçlularından esirgediği hoşgörü, vergi kaçakçıları şımartacak düzeydedir. Vergi, sosyal sigorta primleri ve diğer kamu alacaklarının cezalarını bağışlayan 1803 sayılı Af Yasası bu açıdan ibaretle anılacaktır. Gelecekteki muhtemel af Yasalarında bu hususa özel bir dikkat göstermek çalışanların görevi olmalıdır.

Gelir Vergisi sistemindeki bir başka çarpıklık da verginin ücretlilerin aylıklarından kesilmesi yöntemidir. Gelir Vergisi Yasası geliri ; bir gerçek kişinin, bir takvim yılı içinde elde ettiği kazanç ve iratların net tutarı olarak tanımlamaktadır. Beyannameye tabi yükümlüler takvim yılı sonunu izleyen 3 ay içinde beyannamelemlerini vermekte ve üç taksitte bir önceki yılın gelir vergisini ödemektedirler. **Oysa işçi ve memurların daha aylık ya da ücretleri ödenmeden vergileri kesilmektedir.** Paranın satınalma gücünün hızla düştüğü ülkemizde bu yöntem, vergi yükünün işçi ve memurlar üzerinde daha yoğun hissedilmesine yol açtığı gibi, yıl içinde işe başlayanlardan, emekli olan ya da ayrılanlardan, haksız yere fazla vergi alınmasına da yol açmaktadır. Her ne kadar, bugün için bu yolla fazla kesilen vergilerin beyanname vererek geri alınma olanağı varsa da, Meclislerde en az geçim indirimi tasarısı adıyla bekleyen yasa önerisinde bu hakkın geri alınacağı öngörülmektedir. Gereğesinde «vergi dairelerine büyük külfetler» yüklediği yazılı olan bu yasa önerisi, söz gelimi 7. derecenin 1. kademesinden aylık alan ya da 4.680,— lira brüt ücret alan bir işçinin yılın ortasında işe girmesi ya da ayrılması halinde 1.298,— lirasına el konulması anlamını taşımaktadır.

EN AZ GEÇİM İNDİRİMİ, EN AZ ÜCRET DÜZEYİNDE OLMALIDIR

Ücretlilerin vergi yekûnunun azaltılması yönündeki kamu oyu baskısına boyun eğilerek, TBMM'ne sunulan en az geçim indirimi tasarısı

sının bir diğer yönü, sağladığı artışın gülnüçlüğüdür. Tasarıyla halen yürürlükte bulunan en az geçim indirimini hadleri 2 katı, özel indirim hadleri 1 katı artırılmaktadır. Verilen sadaka bununla da bitmemekte, geçici maddelerde yer alan hükümlerle bu artışa kademeli olarak 1980 yılında ulaşılması öngörülmektedir. Üstelik bu yapılırken vergi hileleri, vergi tekniği cambazlıkları ardına gizlenmiştir.

Bilindiği gibi en az geçim indiriminden ücretlilerden başka tüccar, sanayici, çiftçi serbest meslek erbabı da yararlanmaktadır. Buna karşılık 1 katı artırılması önerilen özel indirim yalnızca ücret gelirlerine uygulanan bir indirimdir. Meclislerde bekleyen bu yasa önerisi, yukarıda örneğini verdiğimiz memur ya da işçiye 112 liralık bir sadaka sunmaktadır. Bu rakamlar ücretlilerle alay etmenin bir simgesidir. Çeşitli vergi hileleri ve teknik cambazlıklar ardına gizlenerek ücretlilerin vergi yükü azaltılamaz.

Açık, anlaşılır ve kolay bir yöntem vardır ve kısa dönemde bu gerçekleştirilmelidir. Sadece ücretlilerin yararlanacağı halen ayda 150,— lira olan özel indirim asgari ücret düzeyine çıkarılmalıdır. Vergiden verginin indirimi yöntemi terk edilmeli, asgari ücret matrahtan indirilmelidir. Böylece katsayı 12 olduğunda 7. derecedeki evli 2 çocuklu memurun aylığında ayda 517,— lira net artış olacaktır.

Görülüyor ki, özel indirimin yükseltilmesi, ücretlilerin vergi yükünü kısmen hafifletecek bir yöntemdir. Özel indirimden sadece ücretliler yararlandığından, hem diğer kazanç türlerinden vergi kaybı olmayacak, hem de ücretliler açısından vergi adaletine kısmen yaklaşılmaktadır.

Bunun yanısıra özel indirimin 2.500,—lira 3.000,— lira gibi belirli bir rakamla gösterilmesi yerine, asgari ücrete bağlı olarak belirlenmesi, ekonomik ve demokratik mücadelede memurlar ile işçiler arasındaki dayanışmayı güçlendirecektir. Bundan böyle asgari ücretin artırılması ücretlilerin vergi yükünün azaltılması ile eş anlam taşıyacağından, çalışanların mücadelesi ortak bir platformda verilecektir.

Bu gerçekleri demokratik örgütlerin verdiği mücadele ile gören hükümet, ücretlilere özünde fazla birşey sağlamayan bu tasarımı yasaştıramamıştır. Çünkü, bütçe gelirlerinde doğacak küçük bir azal-

mayı dahi, sermaye kesiminden alacağı fazla vergiyle kapatmaya niyeti yoktur. Gücü yetmemektedir. Ücretlilere düşen görev vergi yükünün azaltılması için bu genel doğrular ve gerçekler doğrultusunda mücadeleyi sürdürmektir.

Kısa dönemde ücretlilerin vergi yükünün azaltılmasının yanısıra şu önlemlerin alınması için de çaba göstermek gerekmektedir.

— Anayasada yer alan herkesin mali gücü oranında vergi ödeyeceği ilkesi temel alınarak, devlet giderlerinin karşılanması yükünün yalnızca ücretlilere değil, Millî Gelir içindeki payı 167 milyar liraya ulaşan ve ancak 290 milyon lira vergi ödeyen tarım sektörü de hatırlanmalıdır.

— Tüccar, sanayici, serbest meslek erbabının geliri de kazanıldığı yıl içinde vergilendirilmelidir.

— Yatırım indirimi, vergi iadesi gibi teşvik tedbirleri kaldırılmadır.

— Vergi kaçakçılığını adeta özendirilen vergi yasaları değiştirilmelidir.

— Üst gelir dilimlerini daha az vergilendiren ve böylece az gelirden çok, çok gelirden az vergi almaya yol açan vergi dilimleri yeniden düzenlenmelidir.

— Özel indirim tutarı asgari ücret düzeyine çıkarılmalıdır.

— Vergiden ayrıca bir kez daha vergi alınması anlamını taşıyan, Malî Denge Vergisi kaldırılmalıdır.

Ancak, tüm bu kısa dönemli önlemlere karşın şu nokta da unutulmamalıdır. Bir ülkenin vergi sistemini değerlendirirken, tek tek vergilere değil, bir bütün olarak vergi sistemine bakmak gerekir. Vergiler hangi sınıf ve zümreye konmuştur, vergiyle mevcut gelir dağılımı arasındaki ilişki nedir sorularının yanıtını bulmak gerekir. Alınacak önlemlerle vergi adaleti sadece dar anlamda sağlanabilir. Vergi adaletsizliği, kapitalist düzenin doğal uzantısı ve sonucudur.

1 Mayıs İşçi Bayramı

Dr. İhsan ÜNLÜER

Yapıcılar türküler söylüyor
Yapı, türkü söyler gibi yapılmıyor ama.

Yapıcıların yüreği
Bayramyeri gibi cıvıl cıvıl
Ama yapı yeri bayram yeri değil.

Yapı yeri toztoprak çamur kar
Yapı yerinde ayağın burkular
ellerin kanar.

Bir yürek çarpıntısı var
Her putrelinde, her tuğlasında
her kerpicide
Yükseliyor. Yükseliyor yapı
kanter içinde.

— Nâzım —

Yaptığı binada oturamayan,
yaptığı elbiseyi, pabucu giyemeyen,
pişirdiği aşı yiyemeyen,
yetistirdiği çiçeği koklayamayan
şu İŞÇİ denen insan nedir? Onu
işçi MEMEDİ izleyelim :

Ataların

Öldürüldü Roma'nın Gladyatör-
lerinde
Roma Varoşlarında çarımha
gerildim

Spartakus'tu adım.
Ve kara Afrika'dan
Zenci köleler taşıyan Amerikan
gemilerinde

Forsaydım.

Çin duvarının çamurunu
Mısır Piramidlerinin hamurunu
Ellerimle kardım
Ve her yıkılışında Bâbil kentini
Ben onardım.

İşçi İdim, Anibal :
Ahırlarımı iyi temizle dedi bana
Bendim ortaçağ derebeylerinin
Tarlasını süren,
Sığırlarım güden
Ve ellerimle ördüğüm kale duvar-
larının üstünde

Barbunya Şövalyesinin oklariyle
ölen.

Satın alınan, öldürülen
Bir köleydim ilkin
Sonra adım Uşak - Serf oldu
Ve sonra canımı bağışlayan yasa-
lar kondu

Daha fazla üretmem için...
Atını tımarladım Sezar'ın
Ve Arslan Yürekli Rişar'ın
Şevrolesini yağladım
Nabukodorosor beni teklemedi
Uğruna öldüm Kral Septim
Sever'in,
Septim Sever'se beni hiç sevmedi.
Şimdi bir İŞÇİ'yim Montaj sana-
yiinde

On kilo ekmeğin üretirim bir günde
Dokuzunu patron alır
Bir kilosu bana kalır
Adım MEMET, sonum selâmet,
Yolum böyyük Türkiye
Umut MEMEDİN ekmeği YE
MEMET YE.

İlkel kölelikten bugünkü ücret köleliğine yükselen işçi MEMED'in bugünkü durumunu açıklamak için ÇAĞIMIZIN İNSANININ SORUNUNA değinmemiz gerekiyor. Çağımızın sahip olma ve tüketme isteğine yenik düşen İNSANI Kapitalizmin kâr etme güdüsü içinde bir meta haline gelmiştir. Ekonomik süreçlerin kâr, kazanç, iş, atılım, ve üç kâğıtçılık gibi hedeflerini, yaşamın en üstün değeri haline getiren insan, VİCDAN ve ERDEM lâfını unuttur olmuştur bugün.

Her yeni ürün bir aldatma-
ca ve hırsızlık aracı olurken, ke-
reksinimlerin kölesi insan ken-

disine YABANCILAŞMIŞTIR.

Çağımızın ruh hastalığına tutulan İNSAN, duygu ve düşüncesini kendi varlığının dışında yarattığı bir ŞEY'e transfer etmiş ve o şeyin kölesi haline gelmiştir sonunda. Örneğin kendi fikir ürünlerini kendisi dışında bir varlığa aktararak ona tanrı adını veren insan, Tanrıyı yüceleştirdikçe kendisini küçülmüştür. Kendi ürünü olan emeğini kendisi dışında PARA şeklinde putlaştıran insan bu kez onun kölesi olup uğruna ölmüştür. Artık kendisi değildir insan. Kişiliğini yitirince BEN duygusunu da yitirip kişiliğini yok etmiş ve sonunda çağımızın NÖROTİK insanı haline gelmiştir.

Çağımızın hasta insanını bireysel psikolojinin kurucusu FREUD ÇEVREYE UYDURMA yöntemiyle tedaviye çalışırken, insanın toplum tarafından biçimlendiğine inanan Marks ise, hastalığın kökenini insanın SOSYAL yapısına ilişkin niteliklerde bulmaktaydı. O, insanoğlunun bugünkü hastalığının nedenini insanın insani sınırdışı hıyarsız bir düzene bağlıyordu. İnsanı topluma uydurmaya çalışmak boşunaydı aksine toplumun bozuk düzenini insanın sağlığına yaraşır bir şekilde değiştirmek gerekemekteydi.

İnsanoğlunun sağlık ve mutluluğunu bulması için, tüm insani yetilerinin gerçekleştirilmesinin yani «Bütünsel insan»ın ortaya koymasının önemini biliyoruz. İnsanoğlu tüm potansiyelini ortaya dökerek İNSANCA YARATABİLME ve İNSANCA ÜRETME olanağına kavuşunca mutlu olacaktır. Görmekteyiz ki, bugün, insanca yaratma potansiyelini ortaya dökme ve ÜRETME yetisine sahip olan sınıf yalnız İŞÇİ SINIFIDIR. Üstelik

sömürülen sınıftan olması nedeniyle BOZUK DÜZENİ değiştirmek, kâr ve sömürü yerine insanlığı getirmekte yine İŞÇİ SINIFINA düşmektedir.

**İnsanlarda tek sıcak kanun
Üzümünden şarap yapmaları
Kömürden ateş yapmaları
Öpücüklerden insan yapmalarıdır.**

Eluard'ın dediği gibi suyu ışık, düşü gerçek, düşmanı kardeş, savaşı barış haline getirecek yine işçilerdir ; paletiyle, fırçasıyla, orkestra bagetiyle, kalemiyle, çekiciyle, kazmasıyla, tırmığıyla çalışan işçiler...

**Düşmanı yenecek işçi
sınıfına selâm !**

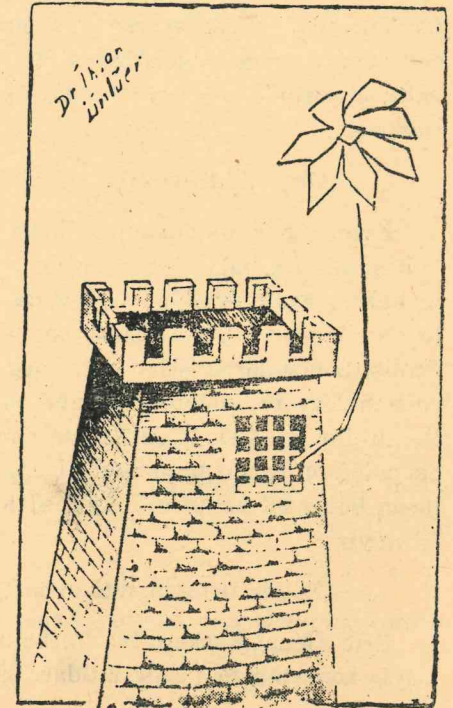
**Paranın padişahlığını,
Karanlığımı yobazım
Ve yabancınn roketini**

Yenecek

İşçi sınıfına selâm

Türkiye işçi sınıfına selâm

Selâm yaradana !



Referandum..

İlhan SELÇUK

13. Nisan 1977 CUMHURİYET

Seçimler yaklaştıkça heyecan yoğunlaşıyor. Çoğu kişi televizyon görüntülerine, ya da gazete fotoğraflarına bakarak sonucu kestirmeye çalışıyor. Hangi partinin mitingi daha kalabalık ? Yurttaşlar arasında bahse tutuşanlar az değil :

- CHP tek başına iktidara gelecek...
- Gelemez.
- Var mısın bahse ?

1977 seçimleri gerçekten merak uyandırıyor. Çeyrek yüz yıldanberi süregelen DP - AP egemenliği yıkılacak mı ? Türkiye'de bir sosyal değişim olduğu kesin. Toplumsal güçlerdeki bu değişimin seçim sandığına yansması doğal. Başka ülkelerde benzeri süreçler izlenmedi mi ? İngiltere'de, İtalya'da, Fransa'da sol partilerin doğuşunu ve iktidara yönelişlerini inceleyiniz. Oralarda çok uzun sürede gerçekleşenler, ülkemizde daha kısa sürede yaşanıyor. Türkiye'de sol, bir tuzağa düşürülmezse, ya da karambola getirilmezse, ülkenin geleceğinde yönetimi biçimlendirecek. Yeryüzünün tarihsel gidişi de bu doğrultudadır. Ve bu tarihsel doğrultu çizgisinde bir sınavdır 1977 seçimleri. İşte bu noktada diyor ki Demirel :

«— Ok gibi fırlayıp iktidar koltuğuna oturacağım.»

Evet, yanlış okumadınız. Gazetelerin yazdığına göre, Demirel böyle konuşmuş. İlk bakışta ben de bir yanlışlık olduğunu sanmıştım. Ne var ki haberi ayrıntılarıyla bir kez daha inceledim. AP Genel İdare Kurulunda söz alan MC'nin Başbakanı, «Ok gibi fırlayıp iktidara oturacağım» demiş. Son yıllarda Türkiye'de değer yargıları öylesine çarpıldı ki, her şeye alıştık ve olağanüstü sayılması gereken işleri kanıksadık. Oysa Demirel'in şu sözü düpedüz bir ruhsal dengesizliği, ya da bir mantık çarpıklığını vurgulamaktadır. Dengesi yerinde ve mantığı çarpılmamış insan böyle mi konuşur ? Aynı sözleri Bülent Ecevit'in ağzından işitebilir miyiz :

«—Ok gibi fırlayıp, iktidar koltuğuna oturacağım !»

CHP Genel Başkanı bu dili kullansa, eleştirmeyiz miyiz ? Ama Ecevit böyle konuşmuyor ; halk iktidara geçecektir, diyor ; tütün ya da pamuk

ihracatçısı değil, tütün ve pamuk emekçisi iktidara geçecektir, diyor ; Halk Partisi iktidara geçecektir, diyor. Bir kimse olduğu yerden ok gibi fırlayıp iktidar koltuğuna oturacağım söyledi mi, hayra alâmet değildir. Bir kez «İktidara geçmek» yerine «koltuğa oturmak» deyimini kullanılır mı ? Anlaşılan «iktidar koltuğu» Süleyman Beyin kafasında vazgeçilemez bir tutku niteliğine erişmiş ; Demirel'in bütün davranışlarına bu tutku biçim veriyor.

Seçimlere bir adam, bir parti açısından bakmak başka şeydir ; tümünü aşarak yaşadığımız sınavı değerlendirmek başka şeydir. Türkiye'de 1977 yılı sağla solun hesaplaşmasını içeriyor. Karşı yanda, hırsızlar, sömürücüler, soyguncular, yolsuzluk ustaları, işkenceciler, katiller var. Bunlara karşı bir ölüm kalım savaşımı verilmektedir. Türkiye'nin sokaklarında kanlı bir süre avı yaşanıyor ; çocuklar, gençler, işçiler öldürülüyor. Haziran seçimleri bu noktada yoğunlaşan halk oylaması (referandum) niteliğine dönüşmektedir. Temel konumuz şudur ;

— Ölümleri durdurmak ; işkencelerin önüne geçmek ; katilleri engellemek ; ve hesap sormak,

Böyle bir seçim ; ne İngiltere'de olur, ne Fransa'da, ne İsveç'te ne de Almanya'da... Türkiye'yi Avrupa'nın üyesi sayanlar, Türkiye'deki koşulların Batı ülkelerinden çok değişik olduğunu görmezlikten gelmezler. Ülkemizdeki güncel karabasan nedir ?

- Cinayetler...
- Saldırıları...
- Yolsuzluklar...
- İşkenceler...

Eğer bunların durdurulması isteniyorsa ve eğer bunları yapanlardan hesap sorulması isteniyorsa ; MC'nin yıkılması öncelik kazanıyor. Süleyman Bey, ok gibi fırlayıp iktidar koltuğuna oturmak ister ; Türkiye halkı Süleyman Beyin nazik bedenini koltuğa oturtmak, sonra da sokaklarda gençlerin av hayvanı gibi vurulmasını seyretmek için mi oy kullanacak ?

Evet, 1977 seçimleri «Türkiye Cumhuriyetinde can güvenliği» konusunda bir referandum anlamını kazanmıştır.

HABERLER

Seçim Öncesinde Demokratik Kitle Örgütlerinin Ortak Görüş ve Talepleri

ÇAĞDAŞ HUKUKÇULAR DERNEĞİ

ANKARA TABİP ODASI

TÜM — DER (Tüm Memurlar Birleşme ve Dayanışma Derneği)

TÖB — DER (Tüm Öğretmenler Birleşme ve Dayanışma Derneği)

TÜMÖD (Tüm Öğretim Üyeleri Derneği)

TÜTED (Tüm Teknik Elemanlar Derneği)

TMMOB (Türk Mimar ve Mühendis Odaları Birliği)

HALKEVLERİ

TÜS — DER (Tüm Sağlık Personeli Birleşme ve Dayanışma Derneği)

DGDF (Devrimci Gençlik Dernekleri Federasyonu)

TİB (Tüm İktisatçılar Birliği)

İKD (İlerici Kadınlar Derneği)

PİM (Pahalılıkla ve İşsizlikle Mücadele Derneği)

TÜMAS (Tüm Üniversite ve Yüksek Okul Asistanları Derneği)

İGD (İlerici Gençler Derneği)

Egemen güçlerin, başta işçi sınıfı olmak üzere tüm emekçi sınıf ve tabakalar üzerinde sürdürmekte olduğu faşist baskı ve terör yoğunlaşırken, ülkemiz bir seçim sorunuyla karşı karşıya kalmış ve nihayet seçim sürecine girmiş bulunmaktadır.

Dışa bağımlı tekelci burjuvazinin, bunalımına bir çözüm olarak görmesi ve bu bunalıma karşı yükselen toplumsal muhalefetten ürkmesiyle gündeme getirilen erken seçim sorunu, MC'nin bir kanadının doğal desteğini alırken, ana muhalefetin önemli bir itirazıyla karşılaşmamıştır.

1977 yılında yapılacak seçimlerin önemi ve Türkiye açısından anlamı hiç kuşkusuz yadsınmaz. Ancak, seçim eşittir kurtuluş biçiminde bir yaklaşım mekanik bir yaklaşımdır. Böyle bir anlayış, faşist baskı ve terörün yoğun olduğu bir ortamda, en azından emekçi sınıf ve tabakalara doğru olmayan bir mesajı iletmekten öte bir anlam taşımaz.

Seçim, erken veya geç, emperyalizm ve faşizme karşı demokratik güçlerin birlikte vermekte olduğu uzun soluklu mücadelede bir araçtır; ancak, kurtuluş değildir. 1977 ortamında ise seçim, bağımsızlık demok-rasi mücadelesinde özel önem taşıyan bir sıçrama taşıdır.

Emperyalist - Kapitalist sistemin ülkemizde de dayattığı kaçınılmaz bunalımlar ve bu bunalımlardan kaynaklanan faşist baskılara karşı, mücadele ancak, işçi sınıfının öncülüğünde, tüm demokratik güçlerin vereceği ortak mücadele sonucu kesin başarıya ulaşacaktır.

Emperyalizme ve faşizme karşı mücadele, Türkiye'nin bugünkü koşullarında bir seçim döneminin kısa zaman aralığına sığdırılmayacağı gibi tüm demokratik güçlerin asgari taleplerini ortaya koymadan seçim amaçlı, kayıtsız şartsız bir destek anlayışıyla da ele alınamaz.

Bu amaçla biz, demokratik kitle örgütleri olarak, seçimlerin, faşist baskı ve terörün görünürdeki temsilcisi MC'nin bulunduğu bir ortamda yapılmasını son derece sakıncalı görüyor ve bunun ötesinde aşağıdaki taleplerimizi maddi temelleriyle emperyalizme ve faşizme karşı mücadelede ön plâna çıkarmayı kararlaştırmış bulunuyoruz.

TALEPLERİMİZ

1 — İşçi - memur ayırımı yapılmaksızın tüm çalışanlara grevli top-

lu sözleşmeli sendika hakkı, sendika seçme özgürlüğü (referandum) tanınmalı, grev silâhıyla donatılmamış sendika aldatmaca olduğundan reddedilmeli, lokavt yasaklanmalıdır. Tüm çalışanlara işçi sınıfı sendikalarında örgütlenme hakkı sağlanmalıdır.

2 — Genel grev ve dayanışma grevi hakkı kayıtsız şartsız sağlanmalıdır.

3 — Demokratik hak ve özgürlükleri engelleyen tüm yasa maddeleri, özellikle 141 - 142 maddeler ve idam cezası kaldırılmalı, bağımsız yargı ve savunma hakkı ilkelerine aykırı yasalar değiştirilmeli, siyasi eylemlerden hüküm giyenler için af çıkarılmalıdır.

4 — «Siyasî Partiler ve Seçim Kanunu» demokratikleştirilerek;

a) Tüm memurlara siyasî partilere üye olma hakkı tanınmalı,

b) Seçmen yaşı 18'e indirilmelidir.

5 — Çalışan halkın ekonomik - demokratik, meslekî ve kültürel her türlü örgütlenmesini ve eylemini engelleyen yasalar kaldırılmalı, özellikle dernekler, toplantı ve gösteri yürüyüşleri yasaları demokratikleştirilmeli ve dernekler mülki amirlerin keyfi denetiminden kurtarılmalıdır.

6 — Analık toplumsal bir işlev sayılmalı, yaşamın her alanında kadın erkek eşitliğini engelleyen yasa maddeleri kaldırılmalıdır.

7 — Eğitim kurumlarında can güvenliği, öğrenim ve öğretim özgürlüğü sağlanmalı, eğitimin faşistleştirilmesine yönelik mevzuat ve uygulamalara son verilmeli, faşist öz taşıyan, özellikle MC'nin ders kitapları kaldırılmalı, ders kitapları bilimsel bir içeriğe kavuşturulmalı.

Tüm yüksek öğrenim kurumlarının özerk ve demokratik olması sağlanmalı, hükümetlerin üniversite yönetimine el koyma yetkisi kaldırılmalıdır.

Faşist baskılar sonucu hakları elerinden alınan öğrencilerin kayıpları giderilmelidir.

8 — Kamu Kuruluşlarındaki faşist ve gerici unsurlar ayıklanmalı, kıyım uğrayanların mağduriyeti giderilmeli, TRT demokratik - özerk bir kurum haline getirilmelidir.

9 — Doğu'daki emekçi halk üzerinde uygulanan ırkçı - şoven, asimilasyoncu uygulamalara son verilmeli, soykırımcı girişimler önlenmeli; işkencelere, yasa dışı tutuklamalara ve soruşturmalara son verilmeli bu uygulamaların sorumlularından, cinayet şebekelerinden mutlaka hesap sorulmalı, her alanda can güvenliği sağlanmalıdır.

10 — T. C. Hükümetinin de imzaladığı 1975 Helsinki, Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Sözleşmesinde garanti altına alınan tüm haklar hayata geçirilmelidir.

11 — Kamu personeli, kendi kurumlarının yönetim ve denetimine katılmalı,

TÜM - DER: Tüm Çalışanlara Grevli Toplu Sözleşmeli Sendika Hakkı

Genel Yönetim Kurulu'nun seçimlere ilişkin aldığı kararları bir basın toplantısı ile açıklayan, TÜM - DER Genel Başkanı Erhan Tezgör seçimlerde alacakları tavrı kararlaştırırken, egemen güçlerin başta işçi sınıfı olmak üzere tüm emekçi sınıf ve tabakalar, bu arada memurlar üzerinde sürdürmekte olduğu baskı, kıyım ve terör uygulamalarını göz önünde bulundurduklarını söyleyerek, örgüt olarak siyasî kuruluşlardan isteklerini şöyle sıralamıştır :

a) SSK, Emekli Sandığı ve Bağ - Kur gibi sosyal güvenlik kurumları tek bir örgüt haline getirilerek yönetim ve denetimi üyelerine verilmeli,

b) MEYAK kesintilerine son verilip birikmiş kesintiler faizleriyle iade edilmeli,

c) Sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu yaygınlaştırılmalı, ilaç tekelilerine pazar yaratan insan sağlığını sömürü aracı yapmayı amaçlayan genel sağlık sigortası yasa tasarısı çıkarılmamalı.

d) Asgari ücretten hiçbir vergi alınmamalı, işsizlik sigortası sağlanmamalıdır.

12 — Emperyalizmin askerî, ekonomik, politik ve kültürel örgütlerinden çıkılmalıdır.

Biz demokratik kitle örgütleri olarak, yukarıda belirtilen taleplerimiz doğrultusunda, seçimlerden önce ve sonra dün olduğu gibi bugün ve yarın da en kararlı bir biçimde mücadelemizi sürdüreceğimizi ve bu taleplerimizden ödün vermeyeceğimizi kamuoyuna duyururuz.

— «Demokratik hak ve özgürlüklerin sınırlandırılmasına son verilmeli, özellikle ceza kanununun 141 ve 142. maddeleri kaldırılmalıdır.

Yönetici durumunda bulunan çok küçük bir bölüm dışında kalan tüm memurlara işçi - memur ayırımı yapılmaksızın, tüm çalışanlarla birlikte grevli - toplu sözleşmeli olmak kaydıyla sendika hakkı tanınmalıdır.

Emekçilerin örgütlenmesini teşvik yasası çıkarılarak, emekçi sınıf

ve tabakaların ve bu arada memurların örgütlü mücadelesi güvence altına alınmalıdır.

Memurlara, siyasî partilere girebilme ve özgürce siyasî faaliyette bulunabilme olanağı sağlanmalıdır.

Emekli sandığı, Bağ - Kur ve

TÜS - DER: 141 ve 142 Kaldırılmalıdır

Tüm Sağlık Personeli Dayanışma Derneği (TÜS - DER) Merkez Yürütme Kurulu, seçimler sonucu iktidara gelecek güçlerden örgüt olarak istediklerini şöyle sıralamıştır :

— Ceza Kanununun anti - demokratik yasalarından olan 141 ve 142 Maddeler kaldırılmalıdır.

— Tüm çalışanlar Grevli ve Toplu Sözleşmeli Sendikal Haklara Kavuşturulmalıdır.

— Referandum Yasalaşmalı, Lokavt Yasaklanmalıdır.

— 18 yaş'a seçme, 21 yaş'a seçilme hakkı tanınmalıdır.

— ırkçı, şoven baskılar son bulmalıdır.

Sosyal Sigortalar Kurumu gibi, sosyal güvenlik kurumları birleştirilmeli ve bu kurumların yönetimi, kurumların gerçek sahibi emekçilere devredilmelidir.

Baskılara, kıyımlara ve ölümlere neden olanlardan hesap sorulmalıdır.»

— Amerika ile olan tüm ikili anlaşmalara son verilmelidir.

— NATO ve CENTO'dan çıkılmalıdır.

— Tüm üsler kapatılmalıdır.

— Dernekler Yasası ve tüm anti demokratik yasalar iptâl edilmelidir.

— Öğrenim demokratikleştirilmelidir.

— Sağlık hizmetleri sosyalleştirilmeli, ilaç sanayii devletleştirilmelidir»

TÜS - DER Merkez Yürütme Kurulu açıklamasında, seçimlerde örgüt üyelerinin bu istekler doğrultusunda tavrı alacaklarını bildirmiştir.

TÖB - DER Yöneticileri, Ecevit'e Öğretmenlerin İsteklerini İlettiler

Genel Başkan Gültekin Gazioğlu, Genel Sekreter Mustafa Düzgün ve Genel Sekreter Yardımcısı Ömer Aslan'dan oluşan TÖB - DER heyeti, CHP Genel Başkanı Bülent Ecevit ile CHP Genel Merkezinde yaptıkları görüşmede, Ecevit'e öğretmenlerin sorunları ve istekleri hakkında bilgi vermişlerdir.

Görüşmeden sonra TÖB - DER Genel Merkezince yapılan açıklamada, siyasî iktidarların, özellikle de MC Döneminde, keyfi tasarruflarına en çok öğretmenlerin hedef olduğu belirtilerek, «Tıpkı Yüksek Hakimler Kurulu gibi, öğretmenlerin de özlük

işlerinde karar verecek ve demokratik olarak oluşacak Öğretmenler Yüksek Kurulu kurulmalı, öğretmenlerin tayin ve terfi işlemlerini bu kurul yürütmelidir.» denilmiştir.

TÖB-DER yöneticileri ile CHP Genel Başkanı Ecevit arasında yapılan görüşmede, dile getirilen öğretmen istekleri şöyledir :

— Anti - demokratik Şura Yasası değiştirilmeli, Şurada eğitim emekçilerinin, öğrenci gençliğin, işçi sendikalarının ve diğer demokratik örgütlerin ağırlıklı olarak temsili sağlanmalıdır.

— Yöneticilerini öğretmenlerin kendisi seçmeli ve ilkökul öğretmenleri eğitimin her kademesinde görev alabilmelidir.

— Millî Eğitim Bakanlığının Kurullarında demokratik öğretmen hareketi temsil edilmelidir.

— Türkiye'de eğitim emekçilerinin tayin ve terfi işlemleri, demokratik esasa bağlanmalıdır. Yurdumuzda devlet memurları arasında terfi ve tayinler konusunda politik esaslara, siyasi iktidarın keyfi tasarruflarına en çok hedef olan kesimlerden biri de öğretmenlerdir. Bu haksızlıkların kökten önlenmesi için, öğretmenlerin de hakimlerinkine benzer bir statüye kavuşturulmalı, tıpkı Yüksek Hakimler Kurulu gibi öğretmenlerin de özlük işlerinde karar verecek ve demokratik olarak oluşturacak Öğretmenler Yüksek Kurulu kurulmalı, öğretmenlerin tayin ve terfi işlemlerini bu kurul yürütmelidir.»

Dr. Erdal ATABEK "Ülkemizde yaşayan herkesi can güvensizliği ve işkence olaylarına karşı çıkmaya ve bu amaçla birleşmeye çağırırız."

Geçtiğimiz günlerde bir açıklama yapan, Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Başkanı Dr. Erdal Atabek, gün geçtikçe artan ölüm, yaralama, saldırı, baskı ve işkence olayları konusundaki Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyinin görüşlerini şöyle açıklamıştır :

1. Can güvensizliği, artık toplumda yaşayan herkesin karşı çıkması zorunlu olan noktalara ulaşmıştır. Ülkemizde her gün insanlar öldürülmekte, hiçbir yer ve kişi gözetilmeksizin toplumda yaşayan herkes can korkusuna itilmektedir. Bugüne kadar, yüz elliden fazla öğrenci, işçi ve öğretmenleri de kapsayan yurttaşımız

öldürülmüş, gene yüzlerce kişi yaralanmıştır. Bu arada hastane gibi, savaşımlarda bile çatışma dışında tutulan yerlere girilerek insanlar öldürülmüş, hekim olarak insanlara hizmet vermeye hazırlanan iki meslekdaşımız kurşunlara hedef olarak canlarını vermişlerdir.

Bu çatışmaları önlemekle görevli yetkililerin, görevlerini tarafsızlıkla yapmadıkları kanısı yaygınlaşmaktadır. Bu tehlikeli durum, çatışmaların bitmesi yerine hızlanmasına yol açmaktadır.

Merkez Konseyi, ülkede yaşayan herkesi can güvensizliğine karşı çık-

maya, bu karşı çıkmada birleşmeye katılmaya çağırmakta, bu konuda yapılan çağruların birlikte hareket etmeye yönelmesini zorunlu görmektedir.

2. İşkence olaylarının da ülkemizde sürdürülmesi, bu konudaki iddiaların aydınlatılmasını, ülkemizde çağdışı bir uygulama olan işkencenin kökten kaldırılmasının sağlanmasını zorunlu bir yurtseverlik olarak değerlendirmekteyiz. İşkence hangi nedenle yapılırsa yapılsın, kimler tarafından yapılırsa yapılsın, bir insanlık suçudur. İnsanın beden ve ruh sağlığını yaralayan, çeşitli etkileriyle geçici ya da sürekli beden ve ruh sakatlıklarına yol açan işkence olayı, sürekli biçimde karşı çıkmayı gerektirmektedir.

Bu nedenlerle Merkez Konseyi, işkence konusunda bilimsel çalışmalar yapılmasını kararlaştırmıştır. Bu amaçla çeşitli dal uzmanlarından kurulu bir «Sağlık Kurulu'nun kurulması kararlaştırılmıştır.»

Bu kurul fizik, fizyolojik ve psikolojik etkilerini dikkate alarak, işkencenin tanımından başlayarak,

sürdüreceği çalışmalarıyla konunun açıklık kazanmasına yardımcı olacaktır. Böylece, çeşitli biçimde yapılabilen işkencelerin insanın beden ve ruh sağlığı üzerindeki geçici ve sürekli etkileri ortaya konacak, bu etkilerin insan sağlığını etkileme biçim ve oranları belirlenecektir.

Gerek can güvensizliğinin, gerekse işkencelerin toplumda dehşet ve korku yaratarak insanları sindirmek amacıyla sürdürüldüğü, bunun ise, düşüncelerini kaba kuvvetle kabul ettirmek amacıyla yöneltildiği açıktır. Bir yandan olayların yenilenmesiyle toplumun bu duruma alıştırılması ve gelmesi muhtemel tepkilerin önlenmesi, diğer yandan bu yolla toplumun sindirilmek istenmesi aslında özgürlükleri ortadan kaldırmaya yönelik zorba bir rejimin ülkeye hâkim kılınması kuşkusunu doğurmaktadır.

Ülkemizde yaşayan herkesi can güvensizliği ve işkence olaylarına karşı çıkmaya, bu amaçla birleşmeye, bütün yetkilileri bu suçların önlenmesi için görevlerini tarafsızlık ve titizlikle yapmaya çağırıyoruz.

İSTANBUL TABİP ODASI OLAYI KINADI

İstanbul'da bir toplum polisi, üç bayan doktor'a görev başında silahlı saldırıda bulundu.

Geçtiğimiz günlerde İstanbul'da gazetelere de yansıyan ilginç olduğu kadar acı bir olay oldu. 25.3.1977 gecesi Şişli Çocuk Hastanesinde nöbet görevlerini yapmakta olan, İstanbul Tabip Odası üyesi Dr. Didem Dervent, Dr. İnci Api ve Dr. Nüveyla Yücesoy İstanbul Toplum Zabıtasında gö-

revli 4854 yaka numaralı Polis Memuru Mevlüt Çelik tarafından silahlı saldırıya uğradılar.

Olaya ilişkin yaptığı araştırma sonucunda, bir açıklama yapan İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu, açıklamasında şöyle demiştir.

— «Olayın cereyan edişinde adı geçen hekim arkadaşların hiçbir suiktaksiri olmadığı yapılan araştırma sonu açığa çıkmıştır. Üstelik bu silahlı saldırıya kalkışanın da toplumun ve kişinin temel hak ve özgürlüklerinin koruyuculuğu görevini üstlenmiş bir güvenlik görevlisi olması üzücüdür. Böylesine bir şartlanma ve zihniyette olan, görevlinin suçluyu bulmak için müdahale edeceği toplumsal olaylarda ne denli bir davranış içinde bulunacağı da kuşku vericidir.

Uzun bir süreden beri halkımız

üzerindeki, son günlerde ise de İzmir ve Uşak'ta Sağlık kuruluşlarına ve hekimlere'de yansıyan bu saldırıların noktalandığı bu son olayı bir Polis Memurunun içişel davranışı olarak görmemekteyiz.

Bu nedenle, İstanbul Tabip Odası olarak gerekli girişimlerde bulunduğumuzu ve başta hekim zümresinin olmak üzere, halkımızın temel hak ve özgürlükleri ile can güvenliğinin sağlanması yolunda tüm gücümüzle mücadele edeceğimizi Kamu oyuna duyururuz.»

Ankara Tabip Odası'nın Genel Kurulu Yapıldı

Ankara Tabip Odası'nın olağan Genel Kurulu 9 Nisan 1977 günü Makina Mühendisleri Odası toplantı salonunda yapıldı. Üyelerin önemli bir bölümünün çalışmaları ve katkılarıyla düzenli bir biçimde gerçekleştirilen Genel Kurul büyük ilgi topladı. Genel Kurula katılan üye sayısı daha önceki yıllara göre çok yüksekti. Ankara Tabip Odası Genel Kurul çalışmalarını, Ankara Belediye Başkanı Sayın Vedat Dalokay, Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Başkanı Sayın Dr. Erdal Atabek ile diğer tabip odalarının ve demokratik kuruluşların temsilcileri de izledi.

Başkan :	Doç. Dr. Nevzat Eren
Genel Sekreter :	Dr. Yakup Hindistan
Muhasip Üye :	Dr. İbrahim Yüksekaya
Veznedar Üye :	Dr. Ramazan Yavuz
Üye :	Dr. Özen Arat
Üye :	Dr. Haluk Özbay
Üye :	Dr. Ulusay Koryak

Diğer kurullara seçilen üyeler şöyledir :

Ankara Tabip Odası Başkanı Dr. Hamdi Ögüş'ün açısından sonra Genel Kurul Divan'ı seçimine geçildi. Divan Başkanlığı'na Dr. Gökhan Toygar büyük çoğunlukla seçildi. Divan'ın diğer üyeliklerine Dr. Selim Ölçer, Dr. Engin Demiriz ve Dr. Bekir Ceylan getirildiler.

Yapılan seçimler sonunda «İlerici Hekimler» grubunun ezici bir çoğunlukla seçildiği belirlendi. Yönetim Kurulu'nun ilk toplantısında Dr. Nevzat Eren Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanlığı'na getirildi. Yönetim Kurulu üyeleri aşağıda belirtilen üzere iş bölümü yaptılar :

Onur Kurulu :

Prof. Dr. Nusret Fişek
Doç. Dr. İlhan Günalp
Dr. Turhan Temuçin
Dr. Yavuz Erkoçak
Dt. Doğan Değer

Denetleme Kurulu :

Dr. Sinan Akpınar
Dr. Atif Uğurlu
Dr. Yaşar Çalışkan

Büyük Kongre Temsilcileri :

Dr. Alper Akçam
Dr. Mehmet Tunca
Dr. Recep Akdur
Dr. Ali Ağzitemiz
Dr. Uğur Cilasun
Dt. Reşit Kumbasar
Dt. Aydın Evirgen

Dergimiz baskıda iken alınan seçim sonuçları, Ankara Tabip Odası'nın sürdürmekte olduğu ilerici çizgi ve olumlu çalışmaların, geniş üye kesimince benimsenip, desteklendiğinin kesin bir kanıtı olarak değerlendirilmiştir.

Ülkücü (!) Dernekler, ne denli ülkücü olduklarını Meyak kesintileri konusunda gösterdiler

Kendilerine ülkücü adını veren ve toplumun çeşitli kesimlerinde çalışanların adını kullanan üç ülkücü (!) dernek, sadece şabanlaşan TRT'de haber niteliğinde görülen (!) açıklamalarında, memur maaşlarından 12 Mart'tan bu yana % 5 oranında kesilen MEYAK kesintilerinin sanayi yatırımlarına aktarılmasını istemekte-dirler.

Bilindiği gibi, tüm çalışanların gerçek temsilcileri olan demokratik kitle örgütlerinin bu konudaki görüşleri ; SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur gibi sosyal güvenlik kurumlarının tek bir örgüt haline getirilmesi, bu örgütün yönetim ve denetiminin üyelerine verilmesi, bu arada hayali ve kanunsuz bir kesinti olan MEYAK

kesintilerine de artık bir son verilip, birikmiş kesintilerin ise faizleriyle birlikte iade edilmesi yolundadır.

Bilinen ve ilgililerce tezip edilmeyen bir şey daha var ki, Meyak kesintisi adı altında memurların maaşlarından % 5 oranında kanunsuz bir biçimde kesilen bu paraların sermaye çevrelerine kredi olarak verildiğidir.

Ülkücülerin bu önerileri, milliyetçilik ve ülkücülük adı altında gerçekte kimden yana olduklarının açık bir kanıtıdır. Önerileri bir kere daha göstermektedir ki, sözde milliyetçilik sermaye sınıfına hizmetin maskesidir. Milliyetçi ve ülkücü sözlerini kullanarak çalışanları kandırdıklarını sananlar, ne denli büyük bir yanılgı içinde olduklarını yakın bir gelecekte anlayacaklardır.

TÜS - DER : Beyaz Gömlekliler, 1 Mayıs'ta, 1 Mayıs Alanı Taksim'de Buluşalım

DİSK tarafından düzenlenen 1 Mayıs İşçi Bayramını kutlama törenlerine, çeşitli demokratik kitle örgütleri de etkin bir biçimde katılacaklarını açıklamışlardır. Bu arada 35 bin sağlık emekçisine çağrıda bulunan Tüm Sağlık Personeli Derneği (TÜS-DER), -Sağlık emekçileri, beyaz gömlekliler, 1 Mayıs'da 1 Mayıs alanı Taksim'de buluşalım» demıştır.

TÜS-DER Genel Başkanı Hasan Fehmi Mavi, çağrısı yaptığı açıklamasında, 1 Mayıs'ın işçi sınıfının birlik - mücadele - dayanışma günü olduğuna dikkati çekmiş ve özetle şunları söylemiştir :

— «1977 yılında egemen sınıfların sömürü ve baskısına karşı başta işçi sınıfımız olmak üzere tüm ilerici güçler birlik ve dayanışma ağını örüyor.

Yoksulluk ve İşsizlikle Mücadele Kampanyası Açılıyor

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) Cenevre'de toplanan Yönetim Kurulu'nun kabul ettiği çalışma programı gereğince, ILO yeryüzünde toplu yoksulluk ve işsizlikle mücadele için kampanya açmaya karar vermiştir.

ILO toplantısında 1978 - 1979 yılları için yaklaşık olarak 170 Milyon dolarlık harcama yapılmasını öngören bütçe kabul edilmiştir. Kabul edilen bütçe, son onay için Haziran a-

1977 yılının gerici faşist karması MC'ye karşı işçi sınıfımızın öncülüğünde ulusal demokratik cephe oluşturuluyor.

1976 yılında işçi sınıfımızın tarihsel gelişiminin ve örgütlenmesinin sonucu 1 Mayıs İşçi Bayramı tüm kapitalist dünya ülkelerinden daha yığınsal olmuş ve yarım milyon emekçiyle coşkuyla kutlanmıştır.

Türkiye sağlık emekçileri 1 Mayıs İşçi Bayramına savaşı ve sömürsüz bir dünya için, ülkemizde demokratik bir iktidarın oluşması için, yığınsal olarak beyaz gömlekleri ile katılacaklardır.

Sağlık emekçileri, beyaz gömlekliler, 1 Mayıs'da 1 Mayıs alanı Taksim'de buluşalım.»

yında yapılacak olan ILO konferansına sunulacaktır.

ILO Başkanı Francis Blanchard'ın önerileri üzerine kabul edilen yıllık çalışma programında, dünya nüfusunun en yoksul kesiminin temel ihtiyaçlarının karşılanması ve tam istihdam sağlanması ; çalışma çevresinin ve koşullarının geliştirilmesi ; ile kişi haklarının ekonomik ve siyasi nedenlere dayanarak çiğnenmemesi için insan haklarının korunması ve yüceltilmesi konularına ağırlık verilmektedir.

Çocuğunu Aşılat ve Korum

7. Nisan günü, Birleşmiş Milletler'in ihtisas kuruluşlarından biri olan Dünya Sağlık Örgütü'nün kuruluş yıldönümü olup, her yıl «Dünya Sağlık Günü» olarak kutlanmaktadır. Dünya Sağlık Günü'nün amacı, insanlığın sağlığı için önemli bir konuda tüm kamuoyunun dikkatini çekebilmektedir. 1977 yılının konusu ise aşılama olup, sloganı «ÇOCUĞUNU AŞILAT VE KORU» dur.

Bugün özellikle başta sosyalist ülkeler olmak üzere, gelişmiş ülkelerde çocuk hastalıklarının çoğu aşılarla önenebilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde her yıl 5 Milyon kadar çocuk aşılanamadıkları için, başlıca hastalıklara yakalanıp ölmektedir. Aşıları olmayan öteki hastalıklar, örneğin sıtma ve barsak hastalıkları nedeniyle ölen çocukların sayısı da milyonları bulmaktadır. Oysa bu çocuklardan milyonlarcasının ölümü, muntazam aşılama ve gerekli tedbirlerle önenebilirdi.

Bugün dünyanın en az gelişmiş ülkelerinde her yıl 80 Milyon çocuk doğmaktadır. Fakat bu çocukların yüzde 10'u bile, sakat bırakan ya da öldürücü hastalıklara karşı aşılanmamaktadır. Eldeki istatistikler ise, beş yaşına varmadan ölen çocukların yüzde 97'sinin en az gelişmiş ülkelerde olduğunu göstermektedir. Diğer tarafta gelişmiş ülkelerde ise, difteri, boğmaca, tetanos, çocuk felci ve kızamık gibi hastalıklara karşı aşılanan çocukların oranı yüzde 90'ı geçmektedir.

Bir çocuğu altı hastalığa karşı ömür boyu korumak için yapılacak aşıların maliyeti 2 doları geçmemektedir. Özellikle az gelişmiş ülkelerde ki çocuk ölümlerinin fazlalığı -ki maa- lesef trilyonlara doğru ok gibi giden

Türkiye bu konuda dünyada ilk sıralardadır - yaygın bir aşılama programının, mümkün olan en kısa zamanda geliştirilmesini ve bu programın etkin bir biçimde en uzak kırsal yerleşim birimlerine bile ulaşacak şekilde uygulanmaya konulmasını gerekli kılmaktadır.

Aşılama hizmetleri ile temel sağlık hizmetlerini hiçbir ülkede birbirinden ayırmaya ya da aşılama çabuklaştırmaya imkân yoktur. Aşılama malî yönden uygun olması ve sürekli bir hizmet olarak uygulanabilmesi için, aşılama ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır.

1977 yılının konusunu Aşılama ve sloganını «Çocuğunu Aşılat ve Korum» olarak tesbit eden Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bu konuda adım adım izlenecek bir strateji önermektedir. Bu öneriye göre aşılama programı coğrafi olarak, yeni alanlara yayılmalı ; teknik olarak özel ihtimam isteyen karma aşıları içermeli ve sosyal olarak, nüfusun aşıya en fazla ihtiyaç duyan kesimini kapsamalıdır. Ancak bu yolla etkin bir program kurulup pekiştirilebilir.

7. Nisan 1977 Dünya Sağlık Günü münasebetiyle bir mesaj yayınlayan Dünya Sağlık Örgütü Başkanı Dr. H. Mahler, 1977 yılının Aşılama konusuna ayırılmasının nedenlerini şöyle izah etmiştir :

— «Koruyucu hekimliğin en etkin yöntemlerinden biri olan aşılamadan, bugün bütün dünya çocuklarının yararlanamaması çok acıdır. Son 50 yıl içinde pek çok ülkede aşılama yoluyla difteri, boğmaca, çocuk felci ve kızamık hastalıkları kontrol altına alınırken, tetanos ve çocuklarda görülen verem hastalıkları aşılamadan da yardımıyla hemen hemen tamamen önlenmiştir.

Buna karşılık, gelişmekte olan dünyada her yıl dünyaya gelen 80 milyon çocuk aşılamadan mahrumdur. Bunun nedenleri ülkeden ülkeye değişmekteyse de, genellikle şu noktalar dikkati çekmektedir :

— Kamu oyu ve sağlık mesleğindeki, bu hastalıkların neden olduğu ölüm oranı ile aşılama yoluyla bu oranın düşürülebileceği üzerinde önemle durmamaktadır,

— Sağlık merkezleri genellikle annelerin çocuklarını kolayca götürüp aşılabilecekleri kadar yakın değildir,

— Ulusal aşılama programlarının teknik ihtiyaçları için zorunlu olan plânlama, yönetim ve denetim becerileri eksiktir.

— Bir çocuğu hayat boyu koruyacak aşılamanın maliyeti yaklaşık 2 dolar olduğu halde, bazı ülkeler için bu rakam bile altından kalkamayacakları kadar yüksektir.

Aşılama konusunda yapılacak pek çok şey vardır. Sağlık bakım hizmetleri, ana - çocuk sağlığı ile ilgili öteki olağan etkin hizmetlerin yanı sıra aşılamayı sağlayacak yönde geliştirilmeli ve kırsal alanda yaşayanlarla, kentlerdeki yoksulları da kapsayacak biçimde genişletilmelidir. Bugün karşılaşılan sorunlar sadece tıbbî değildir. Kamuoyunun bu konuda bilgi sahibi olması, yeterli fonların sağlanması ve temel sağlık hizmetlerinin etkili biçimde güçlendirilmesi, belki gerçekleştirilmesi güç ama ulaşılabilir değerli amaçlardır.

Dünya Sağlık Teşkilâtı ve yardımlarını memnuniyetle karşıladığımız Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), sosyal ve ekonomik kalkınma için bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasının şart olduğu görüşündedirler. Çocuklara hastalıklarda bağışıklık sağlayacak uygun ve sürekli aşılama hizmeti kurmak, ülkelerin bu yolda gelişmesinde önemli bir adım olacaktır.»

AŞILARIN TARİHÇESİ

- 1771 Çiçek aşısı İngiltere'de ilk kez uygulandı.
- 1798 Jenner, ineklerde çiçek aşısına ilişkin açıklamayı yaptı
- 1885 Pastör, kuduz aşısını buldu.
- 1892 Haffkine, kolera aşısını geliştirdi,
- 1898 Wright, tifo aşısını buldu,
- 1913 Behring, difteriye karşı toksin/antitoksin aşısını geliştirdi,
- 1921 Calmette ve Guerin, verem aşısını (BCG) buldular,
- 1923 Ramon ve Glenny, difteri toxoid'ini geliştirdiler
- 1923 Madsen, boğmaca aşısını buldu,
- 1927 Bamon ve Zoeller, tetanos toxoid'ini geliştirdiler,
- 1937 İlk grip aşısı
Theiler, sarı humma aşısını buldu (17 D),
- 1949 Kabakulak aşısı,
Enders, Robbins ve Weller, çocuk felci mikrobunu canlı dokuda ürettiler,
- 1954 Salk, çocuk felci aşısını buldu,
- 1957 Sabin, ağızdan verilen çocuk felci aşısını geliştirdi,
- 1960 Elder, kızamık aşısını buldu,
- 1962 Weller, kızamıkçık aşısını buldu,
- 1968 C Tipi menenjit aşısı bulundu,
- 1971 A Tipi menenjit aşısı bulundu,
- 1978 (?) Çiçek aşısına artık gerek kalmadı.

SAYIN OKUYUCULARIMIZ

**TOB'a Abone Olunuz
Abone Bulunuz**

SAYIN ABONELERİMİZ

Lütfen Aboneliğinizi Yenileyiniz

TOB DERGİSİNE BİR YILLIK ABONE OLMAK İÇİN, 96482 NO'LU POSTA ÇEKİ HESABINA, OKUNUR ADRESİNİZLE BİRLİKTE 100 TL. YATIRMANIZ YETERLİDİR. ESKİ SAYILARIMIZ ÖDEMELİ GÖNDERİLİR.