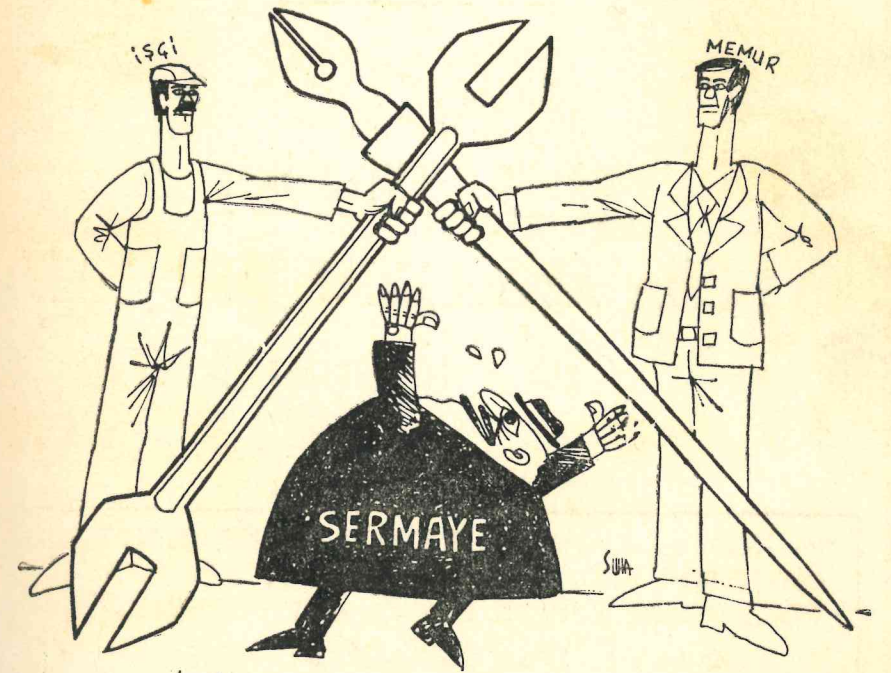


ANKARA
VE
İZMİR

TOB

TABİP ODALARI BÜLTENİ



İŞÇİ-MEMUR AYIRIMINA SON I

SAYIN OKUYUCULARIMIZ

TOB'a Abone Olunuz
Abone Bulunuz

SAYIN ABONELERİMİZ

Lütfen Aboneliğinizi Yenileyiniz

TOB DERGISİNE BİR YILLIK ABONE OLMAK İÇİN,
96482 NO'LU POSTA ÇEKİ HESABINA, OKUNUR ADRESİ-
NİZLE BİRLİKTE 100 TL. YATIRMANIZ YETERLİDİR.

ESKİ SAYILARIMIZ ÖDEMELİ GÖNDERİLİR.

İçindekiler

— Haberler	4
— Çağrı (Ankara Tabip Odası)	15
— Tam - Süre Çalışma (Dr. Erdal ATABEK)	18
— Ankara'da Hava Kirliliği (Dr. Cengiz BAŞKAYA)	24
— İnsan Yaşamının Değeri (Dr. M. HACIHASANOĞLU)	37
— Neden Has - İş? (Ramis DOĞAN, TUS-DER Gen. Sekr.) ...	38
— Hekimlikte Sürekli Eğitim (Dr. Özen ARAT)	41
— Sürekli Eğitim Üzerine (Dr. Ali MENTEŞ)	56
— Bilimde, Eğitimde ve Özellikle Temel Tıp Eğitiminde Bütünleşme (İntegrasyon) Düşüncesi (Dr. F. PEHLİVAN) 59	
— Amerikan Ölçülerine Göre Türkiye İnsanı Zeka Testleri Zekayı Ölçer mi? (Psikolog; Gündüz VASSAF) 65	
— İntern'lik Üzerine (Ank. Tb. Od. / Eğitim Sorunları Kom.) 74	
— Üniversiteye Girişte Bölgesel İnceleme «Diyarbakır Tıp. Fak.» (Dr. M. Tahir HATİPOĞLU)	81
— Yoksulluğun Beyin İçin Çifte Tuzağı (Çeviri)	87
— Aziz NESİN	92
— Bilim Ama Nasıl? (İnt. Dr. Caner FİDANER)	97
— Hastalanma Özgürlüğü (Dr. Taner FİLİZER)	98

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 Odası'ndan) Dr. Muzaffer AKYOL Doç. Dr. Doğan BENLİ Doç. Dr. Nevzat EREN Dr. Özen ARAT İzmir Tabip Odası'ndan) Dr. Mustafa ULUSOY, Dr. Erkan Sevinç, Dr. Soniz EVREN	Yönetim Yeri: Hanımeli Sok. 16/2 Sıhhiye / ANKARA Tlf: 29 55 70 Kapak ve iç baskı: HALKEVLERİ KÜLTÜR VAKFI BASİMEVİ Tel: 18 81 03 Sayısı 10 TL. Yıllık Abone 100 TL. Öğrencilere Yıllık Abone 60 TL. Dış ülkelere 12 \$ (Normal Posta) Yayınlanan yazılardaki görüş ve Düşünceler yazarlarına aittir. Odalarımızı ve TOB'u bağlamaz. İlan Tarifesi: Kapaklar 1500 TL. İç tam sayfa 1000 TL. İç yarım sayfa 750 TL.
--	--

Şeref Anlayışı !

«Herkesin toplumda bilinen bir şöhreti vardır, buna şeref denir. İnsan olarak herkesin aynı izzet-i nefse sahip olması gerekir. Lakin herkesin şerefi aynı değildir. Toplumda yeri yüksekte bulunanlar öbürlerinden daha şerefli sayılır. Bir doktorla bir işçinin şerefi aynı sayılmaz. Şerefin ölçüsü insanın toplumdaki yeridir.»

Yukarıdaki alıntı «Milliyetçi Cephe» iktidarının Lise 1. Sınıflar için hazırlanmış olduğu «Ahlak» kitabından alınmıştır. Her sayfası buna benzer incilerle (!) dolu olan kitabı yazarlar ve yazdırırlar «İnsan Hakları Evrensel Bildirisi», Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının Temel İlkeleri ve çağımız insanlığının ulaştığı evre ile ilişkisiz görünmektedirler.

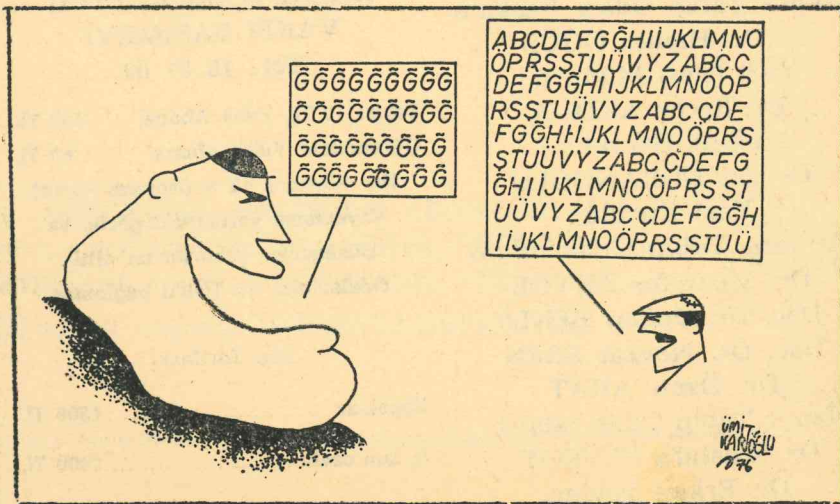
Oysa insanı insan yapan, insanı ve toplumu yaratan Emek'tir. Emek insanın üretim yapmak ve toplumsal toplum emeğe katkıda bulunmak için güçlerini harcamasıdır. Bu güçlerin toplumsal ve düşünsel yönleri vardır. Fakat bir yön ağırlıkta olabilir. Be-

den işlerini kafa işlerinden ayıran fark yalnızca budur.

Toplumsal işbölümünün gereği olarak, kişilerin yaptıkları işler farklıdır. Bu nedenle tek tek çalışanlar aynı derecede önemli ve eşit değerdedir. Ancak, her çalışanın emeği toplumsal emeğin bir parçasıdır ve ona katkıda bulunur.

Bu bakımdan «Ahlak» adı altında insan ayırımı yapmak, insanın en yüce değeri olan emeği hiçe saymak şu anda iktidarda bulunanlardan beklenen, üstelik hiç de yadırganmaması gereken bir davranıştır. Çünkü iktidarlari boyunca kendi üst - yapı değerlerine ihanetin sayısız örneklerini verdiler. Hukuk, din, dil.. vb konularında olduğu gibi ahlaki değerlere de damgalarını vurdular.

İnsana ve emeğe saygılı hekimler olarak tüm insanların eşitliği ilkesine aykırı bu tür tutum ve davranışları kınar, MC hükümetini bu olay aracılığıyla bir kez daha eleştirmeyi görev sayarız.



MC Topluluğu Halkın Gözünde İktidar Olma Niteliğini Yitirmiştir.

1976 yılının son ayında gene namulara kurşunlar sürüldü, gene ecelsiz ölümler oldu, gene analar, babalar evlat acısına uğradı, gene saldırılar sonucu ömür boyu silinmeyecek yaralanmalar oldu. Bütün bunlara karşılık gene ihaleler, vergi iadeleri, vurgunlar, yolsuzluklar.. oldu, hem de MC iktidarının gözü önünde.

Süregelen olaylarla ilgili olarak Ankara Tabip Odası, Çağdaş Hukukçular Derneği, DGDF—AYÖD, Halkevleri Genel Merkezi, İGD, İKD, TİB, TMMOB, TÖB—DER, TÜMAS, TÜM—DER ve TÜTED basına ortak bir açıklama yaptılar. Açıklama aynen şöyle:

Ülkem'zde sömürü düzenlerini sürdürmek için her zaman baskıya ve zulme başvuran egemen sınıflar, iktidarları tehlikeye düştüğü oranda saldırganlıklarını ve baskılarını arttırmaktadırlar.

Eğitim kurumlarını ele geçirerek, kendilerine faşist kadrolar yaratma emelinde olan güçler, yapay bir biçimde çalışanların birliğine yönelik olarak işçi - memur ayırımını kışkırtmakta ve «hukuksal» yöntemlerle örgütlü emekçi kesimler arasına faşist militanları sokarak faşist örgütlenmelerle kitle tabanı yaratmayı amaçlamaktadırlar.

Bilinçlice hazırlanan ve önceden planlanarak tezgâhlanan olay dizileri, iktidarlarını eski yöntemlerle sürdüremeyen egemen sınıflar tarafından ola-

ğanüstü yönetimlere ve sıkıyönetime gerekçe yapılmak istenmektedir.

Aşağıdaki olaylar son günlerin kanlı örnekleridir;

1.) T.M.M.O.B Makina Mühendisleri Odası Adana Şubesi çalışanlarından Gökhan Edge, işkence edilerek öldürülmüştür

2.) 6.12.1976 gecesi İlerici Gençler Derneği Ankara Şubesi, saldırgan zorbalardan tarafından basılarak tahrip edilmiştir.

3.) Türkiye çapında Halkevleri Şubelerine artan saldırıların bir örneği olarak, 8.12.1976 gecesi Dikmen Halk evi bombalanmıştır.

4.) Siyasal Bilgiler Fakültesi öğrencisi Mustafa Halis Tazebay, 9.12.1976 gecesi evine yapılan saldırı sonucu, kalbinden kurşunlanarak öldürülmüştür.

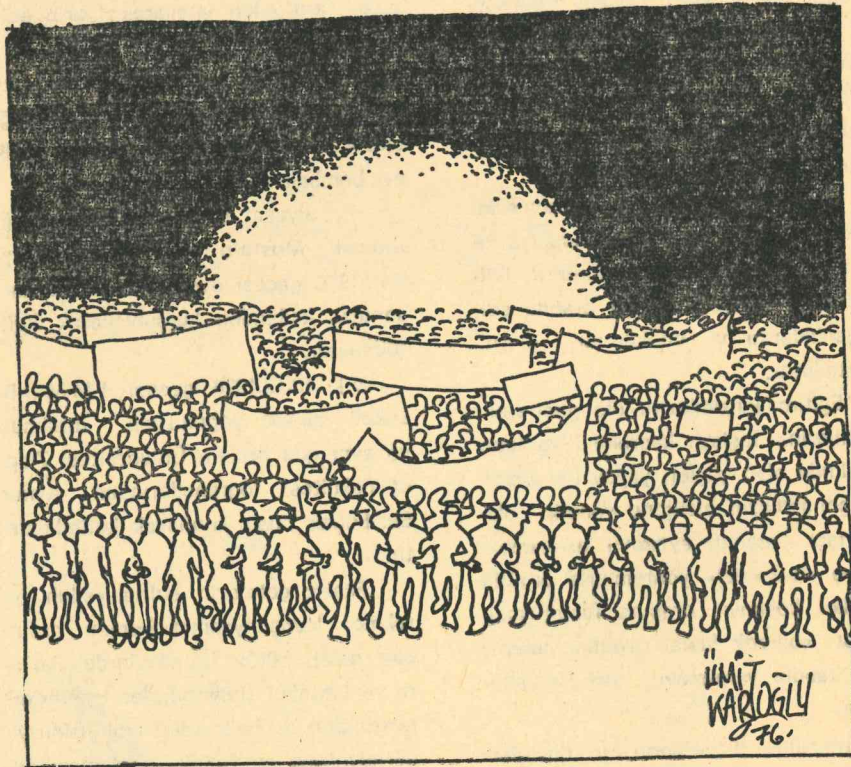
5.) 10.12.1976 gecesi T.M.M.O.B. Lokal kurşun yağmuruna tutulmuş ve aynı gün Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi öğrencilerinden Aynur Sertbudak pusu kurularak katledilmiştir.

Faşist çetelerin sahte «silah bırakma» kampanyasını hemen ardından gelen bütün bu olaylarda, Ankara ve İstanbul Üniversiteleri rektörleri tarafından da belirtildiği gibi saldırıya uğrayanların güvenliğini sağlaması gerekenlerin, saldırganların yanında yer aldığı ve fiilen saldırıya katıldığı artık tartışılmaz bir gerçektir.

Emekçi halkın mücadelesinden soyutlanmaya çalışılan ve saldırıların boy hedefi olan gençliğimizi yalnız bırakmamak, saldırılara karşı durarak gençliğe sahip çıkmak her ilericinin ve demokrat güçlerin yurtseverlik borcudur.

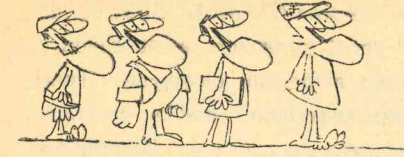
Bu saldırıların önlenmesi doğrultusunda elinden geleni yapmayanların, ölümlerimizin ardından ağlamaya hakkı kalmamaktadır.

Egemen sınıfların aracı MC topluluğu halkın gözünde iktidar olma niteliğini artık yitirmiştir. Seçim ortamına yaklaşılacak şu günlerde, bu ortamı zedelemeye yönelik baskı ve zulüm, halkımızın demokratik bir iktidarı kurma mücadelesini kıramıyacaktır.



Aynur Sertbudak, Mustafa Halis Tazebay ve Gökhan Edge'lerin ölümlerinin terör zincirinin son halkası olmadığını bilmekteyiz. Ancak ne baskı, ne zulüm, ne de kan bağımsızlık ve demokrasi mücadelesinde halkımızın yanında yer alan demokratik kitle örgütlerimizin, emperyalizm ve onun içteki uzantılarına, faşizme ve onun silahlı çetelerine karşı mücadelesini durduramayacaktır.

Bizler başta işçi sınıfımız olmak üzere tüm halkımızla beraber ortak düşmana karşı ortak mücadelemizi daha örgütlü bir biçimde sürdüreceğimizi, kamuoyuna ve basına duyuruyoruz.



Kurulu düzeni bozmaya hakkınız yok!



Tüm Çalışanlara Grevli, Toplu Sözleşmeli Sendika Kurma Hakkı

Kamu kesiminde çalışanların demokratik kitle örgütlerinin, ötedenberi sorunlarının çözümü için savdukları bir tez var; Grevli, Toplu Sözleşmeli Sendika Kurma Hakkı Oysa bir de, altına imzamızı koyduğumuz çeşitli uluslararası yasalarda ve anlaşmalarda, işçiler bakımından temel sosyal haklar hükme bağlanırken, kamu ve özel kesimde çalışanlar bakımından herhangi bir ayırım gözetilmediği gerçeği var.

Örneğin; Uluslararası Çalışma Örgütü (İLO) tarafından 1948'de kabul edilmiş bulunan «Sendika Özgürlüğüne ve Sendika Hakkının Korunmasına ilişkin 87 No'lu Sözleşme'nin 2. Maddesinde aynen şöyle denilmektedir: «Çalışanların ve İşverenlerin, herhangi bir ayırım yapılmaksızın ve önceden izin almaksızın, diledikleri örgütleri kurmak ve bu örgütlere, tüzüklerine uymak kaydıyla, üye olmak hakları vardır.» Bu maddede geçen «Çalışanlar» ve «herhangi bir ayırım yapılmaksızın» gibi ifadelerin işçi - memur ayırımı sorunu bakımından taşıdığı anlam, üzerinde durul-

mayı gereksiz kılacak oranda açıktır.

Öte yandan, Birleşmiş Milletler Genel Kurulunca, 1948 yılında kabul edilmiş ve TBMM'de onaylanarak 27.5.1949 tarihli Resmi Gazetede yayınlanmış bulunan «İnsan Hakları Bildirgesinde» sendika hakkı herkese tanınmış bulunmaktadır. Söz konusu bildirgenin 23. Maddesinin 4. fıkrasında sendika hakkı şu şekilde öngörülmüştür: «Herkesin menfaatlerinin korunması için sendikalar kurmaya ve bunlara katılmaya hakkı vardır.»

Gene 4.11.1950'de Roma'da imzalanan ve 19.3.1954 tarihli Resmi Gazete'de bizim de taraf olduğumuz ilan edilmiş bulunan «İnsan Hakları ve Ana Hürriyetleri Korumaya Dair Sözleşme'nin» II. Maddesinin I. Bendinde ise «Her şahıs asayişini ihlal etme-

yen toplantılara katılmak ve başkalarıyla birlikte sendika tesis etmek ve kendi menfaatlerini korumak üzere, sendikalara girmek hakkı dahil olmak üzere, dernek kurmak hakkını haizdir.» denilmektedir.

Keza, 18.10.1961 yılında bizim de altında imzamız olan «Avrupa Sosyal Yasası'nın 1. Bölümünün 3. Maddesinde «Bütün çalışanlar ve işverenler iktisadi ve sosyal çıkarlarını koruması için ulusal ve uluslararası örgütler içinde birleşme özgürlüğüne sahiptir.» denilirken kamu kesiminde çalışanların hariç tutulduğunu varsaymak olanaksızdır.

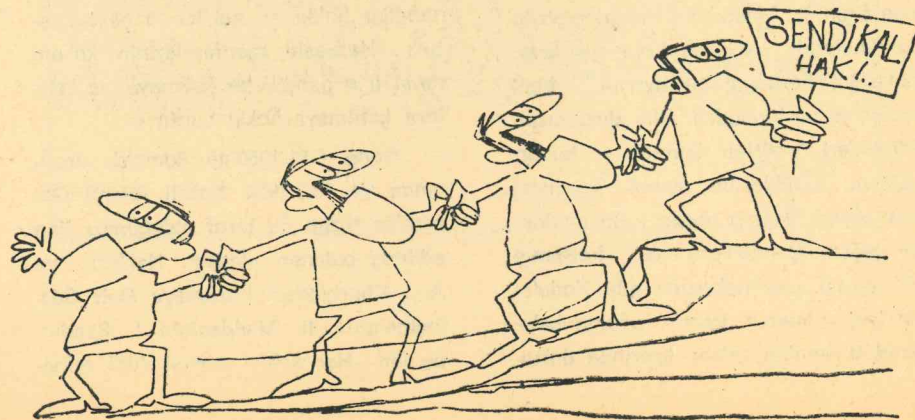
Görüldüğü gibi, Uluslararası anlaşmalar, tüm çalışanların, hem de grevli, toplu sözleşmeli sendikal düzeyde örgütlenmelerini, temel hak ve özgürlüklerin vazgeçilmez bir parçası olarak değerlendiriyor. Yukarıdaki alıntılar bunun bir belgesi. Yüzden fazla ülke, bu anlaşmaları, altına attıkları imzalarla onaylıyor. Ancak, bazı ülkeler için, anlaşmaları imzalamak, anlaşma hükümlerini uygulamaya koymak değil. Sayıları çok sınırlı bu tür faşist ve geri bırakılmış ülkelerin yanında, Türkiye'nin adının da bulunması, özgürlük ve demokrasi yanlısı milyonlar açısından çözülmesi gereken bir çelişkidir.

Bu yıl toplanacak olan Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) 63. dönem genel kurulunun tesbit edilen 7. gündem maddesini oluşturan konu, «Kamu kesiminde sendika özgürlüğü ve çalışma koşullarının belirlenmesi yöntemleridir.»

Uluslararası Çalışma Örgütüne bağlı bir uzmanlar gurubu bu amaçla bir rapor hazırlamıştır. Bu rapor, genel kurulun alması olasılığı olan ve uluslararası geçerliliğe sahip olacak bir karar metninin hazırlanmasına ışık tutacak niteliktedir.

Hazırlanan rapora göre kamu görevlilerinin sendika hakkının olmadığı ülkeler şunlardır: Brezilya, Ekvator, İspanya, Peru, Nikaragua, Liberya, Ürdün ve TÜRKİYE

Mevzuat açısından sendika hakkının çalışanlar arasında bir ayırımı yapmadığı ülkeler ise şunlardır: Federal Almanya, Polonya, Arjantin, Avusturya, Beyaz Rusya, Kosta - Rika, Fildişi, Bulgaristan, Merkezî Kolombiya, Küba, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Gabon, Honduras, Macaristan, Hindistan, İrlanda, İzlanda, İsrail, İtalya, Kenya, Lüksemburg, Malazya, Norveç, Hollanda, İngiltere, Senegal, Sıri Lanka, İsveç, Çat, İsviçre Çekoslovakya, Tunus, Ukrayna, SSCB, Uruguay, ve Yugoslavya.



12'ye Çıksa da

Katsayı Anlamını Yitirmiştir

Memurları yakından ilgilendiren katsayı yine gündeme getirildi. Yıllardır sürüp geldiği gibi katsayı, memurların yaşam koşullarının dışında, iktidarın ve egemen güçlerin çıkarları doğrultusunda saptanmaktadır. Yıllardır pek değişen bir şey yok. Personel Yasasında çalışanlar lehine olan 55. madde ve bu maddenin çıkarılma gerekçesi, yasa gereklerine rağmen uygulanmıyor. Halbuki Personel Yasası, değişen katsayı sistemi ile «devlet memurlarının artan fiyatlar karşısında gerçek gelirlerini koruyabilme ve bunun yanısıra artan milli gelirden kendilerine düşen payı alabilme» olacağını getirmekte, «katsayının her yıl memleketin ekonomik gelişmesi, geçim şartları ve devletin mali olanakları gözönüne alınarak» yeniden saptanmasını öngörmektedir. Gerilere dönüp uygulamalara bir göz atalım.

Katsayının ilk uygulamaya geçtiği yıl Mart 1970 Saptanan katsayı ise 7. Bundan sonra katsayıya 1975 Mart ayına kadar hiç dokunulmuyor. Personel Yasasının gereklerinin yerine getirilmesi halinde katsayının Mart 1973'de 10 olması gerekiyor. Başka bir deyişle bir memurun Mart 1973'de Mart 1970' teki yaşam düzeyine ulaşması için katsayı artışının üç olması gerekiyordu. 3 yıllık dönemde artan hayat pahalılığı resmi geçinme indekslerine göre yüzde 43. Aynı şekilde Mart 1974'de kat

sayının 12 olması gerekiyordu. 1970'e göre hayat pahalılığının yüzde 110 arttığı Mart 1975'de ise, katsayı için saptanması gereken sayı 14 olmalıydı. Buna karşılık iktidar, Mart 1976'da, 17 olması gereken katsayıyı 9'a çıkardı.

Katsayının Mart 1977'de 10'a çıkarılması, bir memurun 1977 yılında, Mart 1973 yılı olanaklarıyla yaşaması demektir. Yalnızca Mart 1973 ayından Eylül 1976, ayına kadar Ankara ve İstanbul genel geçinme indekslerindeki artış (Mart 1973, 100 kabul edilirse) yüzde 60—65 dir. Bu farkı bir memur cebinden ödemek zorunda kalmaktadır. Böylece memurlar açlığa sürüklenmektedir. Diğer yandan katsayı artışları büyük ve küçük memurlar arasındaki farklılıkları daha da arttırmakta, katsayı ile alınan zamlar arasında uçurumlar doğmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre katsayının 9'dan 10'a çıkarılması, memurların yüzde 70'inin çalıştığı 9, 10, 11, 12 ve 13. derecelere 210—300 liralık, 1. dereceye ise 1000 liralık bir artış getirmektedir.

Yukarda açıkladığımız gibi; katsayı sistemi, yasa gerekçesinde belirtilen şartları içinde ele alınmamış ve memura şimdiye kadar hiçbir yarar sağlamamıştır. Tek yararı; iktidarların memurları yanıltmak, ücretlerini düşürmek için katsayıyı kullanmaları olmuştur. İktidarlarca katsayı, memurlar üzerinde baskı aracı olarak kullanılmıştır.

Katsayı sisteminin geçerli olabilmesi ve memurun yararına işleyebilmesi için,

— Katsayı yasa gerekçesinde belirtildiği gibi her yıl yeniden düzenlenmelidir.

— Derece ve kademe göstergeleri değiştirilmeli özellikle alt derece göstergeleri arttırılmalıdır.

— Eşit işe eşit ücret sistemi getirilmelidir.

Memurların insanca yaşamalarını sürdürebilmek için geçici bir çözüm olan katsayı sistemi, yukarıda saydığımız koşulları yerine getiremediği için terk edilmelidir. Katsayı sistemi şimdiye kadar memurun lehine çalışmadığı gibi bundan böyle de, sürüp gittiği gibi, çalışmayacaktır. Katsayı anlamını yitirmiştir.

Günümüzde, memurların yaşam düzeylerini zamlar karşısında korumak için başvurulacak geçici yol, tüm memurların maaşlarına eşit miktarda zam yapılmasıdır. Bu yönde yasa değişikliği için tüm çabalar harcanmalıdır.

Memurların insanca yaşayabilmelerini sağlayacak bir gelir düzeyine ulaşabilmelerinin yolu toplu sözleşme ve grev haklarıyla donatılmış sendikal hakların alınmasından geçmektedir. Sendikal haklarımız için verilen mücadelede; geçici çözümleri memurlar lehine çevirmek, bu yönde mücadele vermek, yeni haklar almak, demokratik ve sendikal haklar mücadelemizin bir parçasıdır.

Yıpranma Zammı

Verilen Söz

Sağlık hizmeti gerçek anlamıyla ülkemizde güç koşullar altında yürütülmektedir. Hizmetin özelliği, günün her saatinde bütün olumsuz faktörlere rağmen, personelin bir ekip halinde çalışmasının zorunlu olmasındandır. Güç ve olumsuz faktörler büyük hastanelerde infeksiyon riski, x ışınlarına hedef olma, geceli gündüzlü hiç bir ücret almadan tutulan nöbetler, kırsal kesimde çok büyük kitlelerin gereksinimlerini gece gündüz demeden, karkış-tipi-soğuk demeden karşılamak zorunda olmalarıdır.

Bilindiği gibi devlet kesiminde çalışan çeşitli personele, yaptıkları görevin özelliği göz önünde tutularak, yıpranma zammı verilmektedir. Geçtiğimiz Aralık ayı içerisinde Millet Meclisinde sağlık personelinin yıpranma zammı ile ilgili kanun önerisi tüm partilerin isteksizliği ve özellikle öneri sahibi AP'nin oturuma 39 milletvekili ile katılması sonucunda reddedilmiştir.

Mecliste yaptığımız girişimler sonucu, tüm partilerin bu kanunun çıkmasında görüş birliğine vardığı özenle belirtilmektedir. Cumhuriyet Senatosundan kanun teklifinin Millet Meclisine geri döndürülmesi için bütün gruplar söz vermişlerdir. Ancak, mecliste reddedilen öneriler senatodan geri geldiği takdirde 226 oyla kabul edilmesi zorunluluğu söz konusudur.

Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sosyal haklarına karşı parla-

mentoanın tutumunu üzüntü ile karşılamaktayız. Sağlık personelinin tam süre çalışma ve yıpranma zammına ilişkin kanunlara öncelik verilmesiyle bu haksız tutumun sona ermesini bekliyoruz.

«0»

Burslu Okuyan Hekimler Eziliyor

Burslu okuyan hekimler uzmanlık sınavına, Devlet'e olan burs borçlarının tamamını ödemedikleri gerekçesiyle alınmamaktadırlar.

İşlemin dayanağı 18-4-973 tarihli Resmî Gazetede yayınlanan tüzüktür. Ancak haksız yere cezalandırılan hekimlerin hukukî dayanağın yoksun ve hukuka aykırı olan bu tüzüğün iptali için Danıştay'a başvuruları yerinde ve doğru olacaktır.

Şimdi, konuyu biraz inceleyerek hukuka aykırılığını saptamaya çalışalım :

1 — Uzmanlık sınavına girmek hakkı, hekimlik hakkını kazanmakla doğar.

2 — Burs, öğrenci ile Devlet arasındaki sözleşmeden doğup karşılıklı hak ve görevler önceden düzenlenen sözleşme metninde saptanır. Buna göre burslu öğrenciler mezuniyetten sonra borçlarını aylık taksitler halinde ödeyebileceklerdir. Borçlar Hukuk kapsamındaki bu ilişkide, çıkabilecek herhangi bir anlaşmazlık yine borçlar Yasası hükümlerine göre çözümlenir.

3 — Anlaşıldığı üzere burs bor-

cu ve uzmanlık konusunun birbiriyle ilişkisi yoktur. Bağlı buldukları hukuk kuralları ayrı olup, hiçbirisindeki hak doğumu ve kullanılması birbirine bağlı değildir.

4 — Kaldı ki, hekimin uzmanlık çalışmasına başlaması, ödemeyi önceden taahhüt ettiği borca ilişkin sözleşmeyi zedelediğinden ve uzmanlıktaki hekim de devletten aylık olarak çalıştığından «alacağın tehlikeye düşmesi» de söz konusu değildir.

5 — Bakanlığın, sınava katılabilmesi için hekime, yasaya uygun olarak ödenmekte olan burs borcunun tamamını ödemesi koşulunu ileri sürmesi.

a) Burs sözleşmesini hiçe sayması bakımından Borçlar Hukukuna

b) Hukukun koruduğu kazanılmış hakkın kullanılmasını önlemesi, temel hak ve özgürlüğün özüne dokunması bakımından Anayasa'ya aykırıdır.

6 — Sorun, uzmanlık sınavı için başvuran hekim sayısını azaltmak düşüncesinden kaynaklanmakta ise de, kişilerin yasadan doğan haklarını kullanmalarını önlenerek çözüm bulunması, açık şekilde hukuka aykırı olan bu işlemi haklı kılmamaktadır.



Yan Ödemelerden Haksız Vergi Kesiliyor

Bilindiği üzere, kamu hizmetinde çalışan memur statüsündeki kişilere aylıklarının yanısıra, ödenek adı altında bazı ödemeler yapılmaktadır.

Bugün, ülkemizde memur aylıkları, yaşam düzeyinin çok altında olup, zorunlu gereksinimleri dahi karşılamaya yetmemektedir. Bu durum yan ödemelerle düzeltilmeye çalışılmakta ise de, konu siyasi ve ekonomik kaygılara göre yönlendirildiğinden uygulamada eşitlik sağlanmamaktadır.

Yan ödemelere ilişkin bu genel durumun yanısıra, vergilendirilme konusunda da birtakım aksaklık ve eşitsizlikler bulunmaktadır. Şöyle ki: Yukarıda anıldığı gibi, yan ödemelerin verilmesinde amaç kamu hizmetlileri aylıklarını yaşam seviyesine yaklaştırmak olduğu halde, verginin aylıkla birleştirilerek alınması, bu ödemenin büyük bir kısmının vergi şeklinde yeniden hazineye dönmesine neden olarak gerçek amaca ters düşmektedir. Bu nedenle yan ödemeler, aylıkla birleştirilmeksizin kendi miktarları üzerinden vergilendirildiğinde amaca hizmet edecektir.

Yargıç, savcı ve bu statüde olanlar Danıştay kararı gereğince yan ödemelerinin ayrı vergilendirilmesini sağlamışlardır. Bu konudaki hareket noktaları 657 sayılı Devlet Memurları Yasasına 1327 sayılı yasanın 90. maddesi ile getirilen ek 7. madde olup, anılan madde «hakim, savcı ve bu

statüdeki meslek gruplarının kendi özel yasaları yürürlüğe girinceye kadar aylık ve ödeneklerle ilgili hükümler hariç, diğer hükümlerin uygulanacağı ve devlet memurlarına sağlanan diğer haklardan yararlandırılacakları» şeklindedir.

Tanınan bu ayrıcalık için salt «özel yasaları var» şeklindeki bir yanıt «geçmek yasaktır» levhası gibi olmaktadır. Oysa haklı ve doğru olan şekil, yan ödemeden mümkün olduğunca az kesinti yapılması olduğuna göre, bu hakkın genelleştirilmesi görüşündeyiz.

İzmir Tabip Odası olarak, resmi görevli olan hekimlerin yan ödemelerinin aylıkla birleştirilmeksizin vergilendirilmesi için, üyelerimize yasal yola başvurularını önerdik.

Vergi Hukukuna ilişkin çekişmeler de itirazın şekli ve yasa yolları 213 sayılı Vergi Usul Yasasında düzenlenmiştir :

Buna göre :

1 — Yükümlüler tarh edilen vergilere itiraz edebilirler. Yan ödemeler peşin verilmeyip hizmet görüldükten sonra ödenmektedir. Tevkif yolu ile alınan vergilerde itiraz hakkı, istihkak sahiplerine yapılan ödemelerden verginin kesildiği tarihte doğar. Örneğin Kasım ayında ait yan ödemenin vergisi Aralık ayında kesilir ve bu tarihten itibaren itiraz edilebilir.

2 — İtiraz yasadaki şekil koşullarına uygun olan bir dilekçe ile Vergiler İtiraz Komisyonuna (1) ay içinde yapılır.

3 — İtiraz komisyonu kararından sonraki başvuru yerleri sırası ile Vergiler Temyiz Komisyonu ve Danıştaydır. Karar yararına olmayan taraf bir üst yetkili merciye başvurarak Danıştaya kadar gidebilir.

Yan ödemeler yıllık izin ve mazeret izninde de verilmelidir.

750 bin dolaylarında sivil memuru kapsamına alan ve 11 Haziran 1976 gün, 15 613 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan, Yan Ödeme Kararnamesinin 3/C maddesinde «görevi fiilen yapılması şartı» aranmayan durumlar arasında yıllık ve sıhhi izin durumlarına yer verilmemiştir. Bu maddeye dayanılarak uygulamada, izinli veya raporlu sivil memurlara yan ödeme verilmemektedir.

Öte yandan 25.7.1976 gün, 15657 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan ve 1 Mart 1976 tarihinden itibaren yürürlüğe giren, Silahlı Kuvvetler Yan Ödeme Kararnamesinin 3/C maddesinde aynen «Bir yılda 60 günü geçmeyen yıllık mazeret ve sıhhi izin sürelerinde» görevin fiilen yapılması koşulu aranmaz denilmekte ve bu madde uyarınca askeri personele, yan ödemeler izinli ve raporlu oldukları sürelerde de tam olarak ödenmektedir.

Görüldüğü gibi MC İktidarının Devlet Memurlarının yan ödemeleriyle ilgili olarak çıkarmış olduğu iki ayrı kararname, sivil ve asker memurlar için farklı uygulama getirmiş bulunmaktadır.

Bu durum Anayasanın «Eşitlik İlkesi» ne kesinlikle aykırı bulunmaktadır. Bundan dolayı bu uygulamayı doğal karşılamak asla söz konusu olamaz. MC iktidarının tamamen keyfi tutu-

muñdan doğan bu eşitsiz uygulama düzeltilmelidir.

Ankara Tabip Odası kazanılmış hakların geri alınması suretiyle sağlanacak bir eşitliğin de karşısındadır.

Doğru olan yan ödemelerin tüm memurların izin ve rapor durumlarında da eksiksiz ödenmesi için derhal bir kararname çıkarılması, ayrıca yan ödeme miktarlarını günümüzün ağır ekonomik koşulları dikkate alınarak ciddiye alınabilecek bir düzeye yükseltilmesidir.

—«0»—

İzmir Yöresinde Her Altı İşçiden biri Meslek Hastalığına Tutuluyor

İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosunun yaptığı bir araştırmaya göre, İzmir ve çevresindeki işyerlerinde çalışan her altı işçiden birinin «Meslek Hastalığına» yakalandığı ortaya çıkmıştır. Aynı araştırmada İzmir ve çevresindeki işverenlerin % 70'inin, zaten yetersiz olan İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği yasalarına uymadığı saptanmıştır.

Bir fabrikanın boyhanesinde yapılan incelemede ise, kullanılan maddelerin içinde % 40'a varan oranlarda «Benzen» olduğu görülmüştür. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğüne göre bu oranın % 1'den az olması gerekmektedir. Yine aynı yerde yapılan hava incelemesinde ise, havaya karı-

şan benzer oranının tüzükte belirtilen tehlikeli sınırın 10 katına çıktığı gözlenmiştir.

Bu arada tüm ülkelerde yapılan araştırmalarda ise, yoğunluk bulgularının sosyalist ülkelerde, kapitalist ülkelere oranla daha iyi olduğu belirtilmiştir.

Ülkemizde İş Kazalarının Yinelenme Oranı Sanayileşmiş Ülkelerin 7 Katına Ulaştı

1475 Sayılı İş Kanunu gereğince hazırlanan ve 11 Ocak 1974 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe konulmuş bulunan, İşçi Sağlığı ve İş güvenliği Tüzüğü, çalışanların yaşamına son derece önemli ilkeler getirmiştir. Ancak uygulamada, tüzükte öngörülen koşulların hemen hemen tümünün yerine getirilmediği gözlenmektedir.

Ülkemizde İş Kazalarına ilişkin İnşaat ve madencilik sektörlerindeki istatistikleri incelediğimizde, kelimenin tam anlamıyla iş kazalarının iş cinayetleri niteliğinde olduğu ortaya çıkmaktadır.

Örneğin: 1959-1963 yıllarında 2300

ölüm, 9421 tam sakatlık, 1971 yılında 758 ölüm, 2851 sakatlık, 1973 yılında 822 ölüm, 2535 tam sakatlıkla sonuçlanan iş kazası olmuştur.

İzmir'de ise, 1974 yılında 20298 iş kazasında 149 işçi çalışamaz duruma gelmiş, 47 işçi hayatını kaybetmiştir. 1975 yılında bu rakamlar 21332 iş kazasında 162 tam sakatlık ve 63 ölüme yükselmiştir.

İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosunun yapmış olduğu bir araştırmaya göre: İş kazalarının yinelenmesi oranının Türkiye'de sanayileşmiş ülkelerin 7 katı olduğu, toplam kazaların % 39'unun ise işverenlerin gerekli önlemleri almaması sonucunda olduğu saptanmıştır.

Araştırmada iş kazalarının nedenleri şöyle sıralanmaktadır:

- ☆ İşyerlerinin düzenli olmayışı
- ☆ İş aletlerinin gerekli sağlamlıkta olmayışı
- ☆ İşverenlerin fazla ücret vermemek için uzmanlaşmış elemanlar yerine, riskli işlerde acemi işçi çalıştırmaları
- ☆ İşçilere mesleki ve teknik eğitim verilmemesi
- ☆ İşyerleri sağlık koşullarının düzenlenmemesi
- ☆ İşçilerin güçlerinin üzerinde çalışmaya zorlanması
- ☆ Çalışma saatlerinin uzunluğu
- ☆ İşçilerin yeterli beslenme ve dinlenme sağlayamaması
- ☆ İşçilerin aile ve toplumsal sorunlarının çözülmemiş olmasıdır.

ÇAĞRI

Ankara Tabip Odası'nın «Sağlığa İlişkin Genel İlkeler, Sağlık Hizmetleri, Örgütlenme, Yönetim Ve İnsangücü» ne ilişkin görüşleri saptanarak aşağıda belirtilmiştir. Ankara Tabip Odası, belirtilen bu görüşlerin gerçekleşmesini bir amaç olarak alır ve «Halktan Ve Halkın Sağlığından Yana» olan tüm meslektaşlarını, bu amaçlara varmak için birlikte uğraş vermeğe çağırır. Ankara Tabip Odası, sağlığın kutsallığını ve doğuştan kazanılan bir hak olduğunu kabul eden tüm meslektaşlarının, amaçlara varma uğraşına katılacağına ilişkin sarsılmaz güvencini de belirtmekten kıvanç duyar.

İlkeler

A. GENEL SAĞLIK KONULARI

Ülkenin sağlık sorunlarının çözümü için, sağlık hizmetleri ve örgütlenmesinin toplumsal bir yaklaşımla ele alınması zorunludur. Böyle bir yaklaşımın ön koşulu «Toplumun tüm bireylerinin sağlığının toplumsal bir sorumluluk olarak» ele alınmasıdır. Doğal olarak bu ilke, devlet denetimini gerektirir. Sorunu bu anlayışla ele alırken, aşağıdaki sağlığa ilişkin ilkeler özenle göz önüne alınmalıdır:

A. 1. Sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik durumudur.

A. 2. İnsan yaşamı sağlık ve hastalık dönemleri diye ayrılmaz. İnsan yaşamı bir bütündür ve bir bütün olarak ele alınmalıdır.

A. 3. İnsan çevresinden soyutlanamaz, çevresiyle birlikte değerlendirilmelidir.

A. 4. Tıp biliminin konusu, insanlar ve onların oluşturduğu toplumdur. Bu nedenle tıp bilimi yalnız biyolojik değil, aynı zamanda toplumsal bir bilimdir.

A. 5. Bir toplumun en önemli hastalıkları en çok görülen, en çok ölüm ve sakatlık nedeni olan hastalıklardır.

A. 6. Kişinin ve toplumun sağlık düzeyini belirleyen temel etken toplumsal ve ekonomik yapıdır.

B. SAĞLIK HİZMETLERİ

B. 1. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak doğuştan kazanılan bir haktır. Doğuştan kazanılan hakları kişi ve topluluklara

sağlamak bir kamu, devlet görevidir. O nedenle SAĞLIK HİZMETLERİ TÜMÜYLE DEVLETLEŞTİRİLMELİDİR.

B. 2. Her tür sağlık hizmeti herkese eşit biçimde ve sürekli olarak sağlanmalıdır.

B. 3. Koruyucu, tedâvi edici ve esenlendirici sağlık hizmetleri birlikte ele alınmalı, tek örgütte toplanmalıdır.

B. 4. Koruyucu hekimlik hizmetlerine önem ve öncelik verilmelidir. Tedâvi edici hekimlik uygulamalarına, koruyucu hizmetleri desteklemek için ve sağlığın korunması ve geliştirilmesinde başarısızlığa uğranıldığında başvurulmalıdır.

C. ÖRGÜTLENME

C. 1. Tüm sağlık hizmetleri tek elde ve tek örgütte toplanmalı, merkezden planlanmalı ve tüm ülkede yaygın ve eşit biçimde yürütülmelidir. Örgütün yerel yönetiminde koşullara uygun yürütme konusunda gerekli esneklik gerçekleştirilmelidir.

C. 2. Sağlık hizmetleri toplumun en uç kesimlerine ulaşacak biçimde, toplum içinde örgütlenmelidir.

C. 3. Uç birimler üst kuruluşlarca sürekli izlenmeli, desteklenmeli ve denetlenmelidir. Örgütün tüm birimleri arasında ilişki ve işbirliği olmalıdır. Denetim örgütün tüm birimlerince yapılmalı, yukardan aşağıya olduğu kadar, aşağıdan yukarıya doğru da olmalıdır.

C. 4. Sağlık örgütü, sağlıkla ilgili diğer örgüt ve kuruluşlarla işbirliği yapmalıdır.

C. 5. Sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinde sürekli gelişme sağlayacak bir hizmet içi ve görev başı eğitimi uygulanmalıdır.

D. YÖNETİM VE İNSANGÜCÜ

D. 1. Tüm hekimler ve diğer sağlık personeli kamu görevlisi olarak çalışmalıdır.

D. 2. Sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir. Etkili bir hizmet, ancak bir ekip aracılığı ile sağlanabilir.

D. 3. Sağlık örgütünün yönetimine tüm sağlık personeli katılmalıdır.

D. 4. Sağlık örgütü, toplumun istekleri ile toplumun gerçek sağlık gereksinimleri arasında bir ilişki kurmalıdır. O nedenle toplumun temsilcileri sağlık örgütlerinin yönetim ve denetimine katılmalıdır.

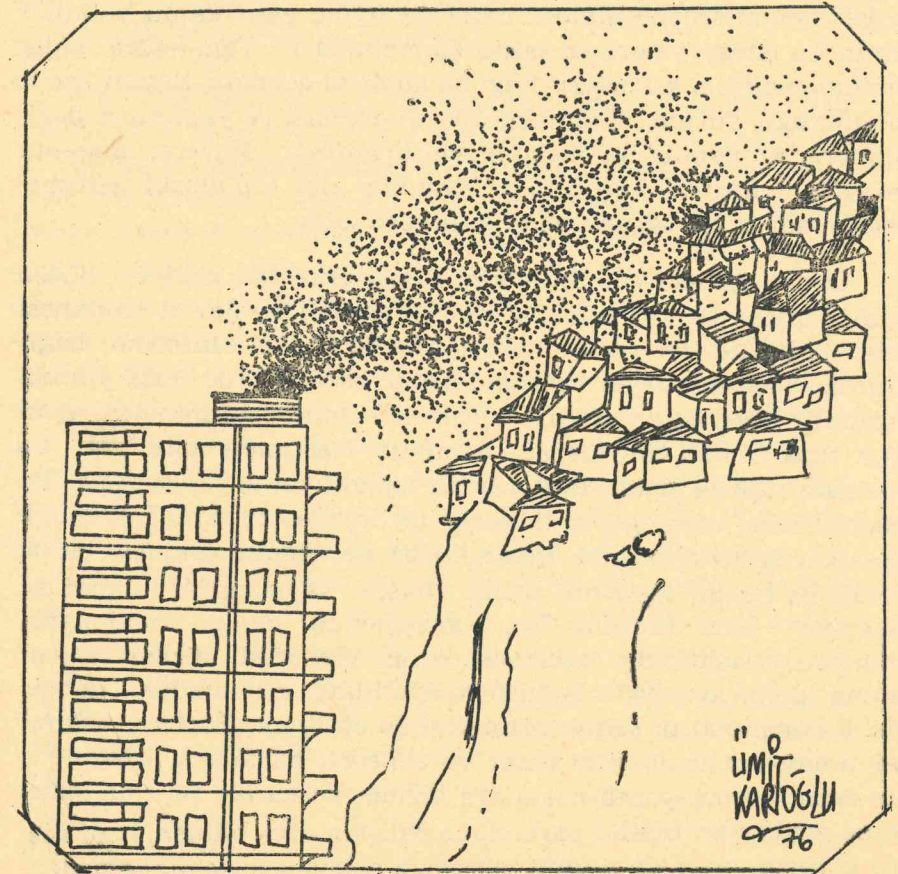
E. EĞİTİM VE ARAŞTIRMA

E. 1. Eğitim ve araştırma hizmetin etkinlik ve verimini artıracak, hizmeti sürekli olarak geliştirecek nitelikte olmalıdır.

E. 2. Sağlık ekibindeki tüm görevlerin, bilgi ve becerilerini geliştirmeleri için, sürekli olarak hizmet içi ve görev başı eğitim yapılmalıdır.

E. 3. Sağlık örgütü, hizmet verdiği toplumu sürekli olarak eğitmelidir.

E. 4. Tüm tıp fakültelerinin ve sağlık bilimleri fakülte ve okullarının eğitimi, çağdaş sağlık ilkelerine ve toplumsal yarar amaçlarına göre yeniden planlanmalı ve standartlaştırılmalıdır.



Tam - Süre Çalışma

Dr. Erdal ATABEK

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Başkanı

Tam—süre çalışma dediğimiz konu, aslında, sadece sağlık hizmetlerinde değil, toplumsal yaşamımızda da önemli bir değişimin belirtisi. «Tam—süre çalışma», hekimlerin muayenehane açmadan, ek görev almadan, yeterli ücretlerini kamu kuruluştan alarak tüm emeklerini kamusal hizmete vermeleri demek. Bu, ilginç bir özellik. Çünkü, bir yandan hekimlerin bireysel çıkarlarından vazgeçmelerini belirliyor, diğer yandan da kamu yetkisinden ücret isteklerini netleştiriyor. İlginç yanı, bu isteğin hekimlerden gelmesi, daha da ilginç yanı kamu yetkililerinin bu isteğe yeterince sahip çıkmamaları. Tam—süre çalışmanın geçirdiği aşamalar, bugüne kadarki gelişimi, bugün içinde bulunduğu durum, tamamen sosyo—ekonomik yapımızın değişimleriyle uyumlu, bu değişimlerin ürünüdür. Böylece, tam—süre çalışmanın da, bütün diğer konular gibi toplumsal gelişmelerden soyut bir sorun olmadığını görüyoruz.

Örneğin; 1930 yılında hekim sayısı 1182. Bir hekime düşen nüfus 12 220. 1923 yılında ülkede 950 yataklı üç devlet hastanesi var. Bu hastaneler ve il merkezlerindeki il özel idaresine bağlı Gureba hastaneleriyle yataklı hizmet yürütülüyor. 1924 yılında Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune hastaneleri açılıyor. 1930 yılında Haydarpaşa Numune Hastanesi bile yok, bu hastane 1936'da açıldı. 1930 yılında toplam yatak sayısı 11398. Bu hastanelerin araç, gereç durumu da kuşkusuz geri. Teknolojik destek yok denecek gibi. Hasta sayısı ise, elbette çok. İşte bu üç özellikle, hekim sayısının azlığı, hasta sayısının az olmayışı, hastane hizmetlerinin ise, gelişmemiş olması hekimlerin muayenehanelerinde çalışmasını ön plândaki hizmet durumuna getiriyor. Milli gelirin düşüklüğü, dağılımdaki dengesizlik doğal olarak sağlık hizmetini de etkiliyor. Böylece, hekimler muayenehanelerinde ücret verebilecek hastalara, hastanede ise ücret veremeyecek hastalara hizmet veren bir çalışma sistemine giriyorlar. Bugün part—time çalışma diye bilinen, hem resmi görevde, hem de muayenehanede çalışma sisteminin nedenleri ve oluşumu böyle. Eğer, bütün öğeler aynı biçimde, aynı

oranda gelişseydi bu durumda büyük bir değişim beklenmezdi, ama, gelişme böyle olmuyor.

1950 yılına bakalım. Hekim sayısı 6 895'e çıkmış. Bu sayının 3 647'si uzman, 3248'i pratisyen hekim. Bir hekime düşen nüfus sayısı 3020'ye inmiş. Toplam yatak sayısı 18 837. Bu durumda hastaların serbest hekim talebi azalmıyor, ama, sunulan serbest hekim işgücünde önemli bir artma var. Oysa, bu artmayla paralel olarak artmayan milli gelir, hekimlerin serbest çalışma alanını daraltıyor. Dikkat edilmesi gereken nokta, hekim gereksinmesinin artmasına karşın, serbest hekimliğe talebin aynı oranda artmamasıdır. Bu durum, yâni, hekim sayısı arttığı halde, hekime serbest talebin milli gelir nedeniyle bu oranda artmaması iki önemli etki yapıyor. Birincisi, hekimlerin ücretleriyle ilgilenmeye başlamaları, ikincisi de serbest çalışmak isteyen hekimlerin arz—talep kuralına göre kazanabilecekleri yerlerde toplanmaları. Her iki olgu da, Türkiye'de kapitalistleşme süreci ilerledikçe, daha belirgin duruma gelecektir.

Özellikle, serbest çalışma alanına girmekte geç kalmış genç hekimler, gerek para kazanmayı zorlayan koşulların ittiği meslek içi rekabetin beğenmedikleri sonuçlarına girmemek, gerekse gözlerini çevirdikleri ücretlerin azlığını gidermek amaçlarıyla çalışma düzenini eleştirmeye başlamışlardır. Tam—süre çalışma isteklerinin ortaya çıkışı, yoğunlaşması, hekimler arasında bir karşıtığa dönüşmesi bu tarihlerde başlar. Değişen toplum içinde, hekimler de değişmektedir. Ama, koşullar değişmez. Düzene uyan uyar, uyamayan başının çaresine bakar. Başının çaresine bakmanın en geçerli yollarından birisi yurt dışında çalışmaktır. Türkiye'den yurt dışına gitmek sadece sosyo—ekonomik nedenlerle açıklanabilir. Yurt dışına çalışmak için giden hekimlerin en büyük sayısı 1950—1960 döneminde gitmiştir. Gene bu dönemde hekimlerin çalışma sistemine, hekimlerden gelen eleştiriler yoğunlaşmıştır. Gerek Tıp Fakülteleri kliniklerinde, gerek Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı hastanelerinde, gerekse artık sayısı artmaya başlayan Sosyal Sigortalar hastaneleri, ve diğer kamu kuruluşları yataklı kuruluşlarında part—time çalışma şiddetle eleştirilmekte, hekimlerin yalnız kamu hizmetinde çalışmaları, muayenehane açmamaları, yeterli ücreti sadece bu kuruluşlardan almaları istekleri yoğunlaşmaktadır. O dönemin, özellikle genç kuşakları tam—süre çalışmayı şiddetle önermekte, kliniklerin başında bulunan eski kuşaklar ise buna şiddetle karşı çıkmakta, hekimin muayenehanesinin hekimin kişiliği demek olduğunu öne sürerek bu istekleri desteklememektedir.

Bu çatışma ürününü verir, 1965 yılında tam—süre Yasaları birbirini ardına çıkar. Bu yasalar, aslında bir geçiş dönemini belirler. Bu geçiş döneminde, bir gerçeği kabul etme vardır, ekonomik bir destek vardır ve uzlaşma vardır. Bu Yasalarla tam—süre çalışma ilkesi kabul edilmiştir, zamlarla 2700 lira olan maaş tavanının % 93'ü olan 2500 lira ödenek tavanı getirilmiştir ve isteyen kabul edecek, isteyen kabul etmeyecektir. Onun için, bu Yasalar bir geçiş dönemini belirlemiştir. Sonraları bu geçiş döneminin eskiye dönüş biçimini aldığı görülecektir.

Ama, tam—süre çalışma bu yasalarla başlamamıştır. Tam süre çalışma, ülkede 1963 yılında uygulanmaya başlanan 224 sayılı Sosyalleşme Yasasıyla başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine ilişkin Yasa, uygulama bölgelerinde hekimlerin muayenehane açmadan çalışmaları, buna karşın mukaveleli çalışabilmeleri esaslarını getirmiş ve doğu bölgelerinde uygulama başlanmıştır. O tarihlerde mukavele ile verilen ücret yüksek sayılabılır, ancak uygulama sınırlıdır, sadece doğu bölgelerinde uygulanmaktadır. Türkiye ise kapitalistleşme sürecine girmiştir.

Böylece, ülkede tam—süre uygulaması dağınık, birbirinden farklı biçimlerde, bütünlükten uzak yürümeye başlamıştır.

Özellikle, Tıp Fakülteleri klinikleriyle Sağlık Bakanlığı hastanelerinde tam—süre çalışmanın döner sermaye gelirleriyle finanse edilmesi, ortaya bir döner sermaye sorununu da getirmiştir. Tam—süre çalışma, döner sermayeyle özdeşleşmiş, buralara başvuran halkın ödemek zorunda bırakıldığı ücretler, bir süre sonra sağlık hizmetini paralı bir hizmet niteliğine dönüştürmüş, tepkiler ise, bundan sorumluymuş gibi tam—süre çalışmaya yöneltilmiştir. Oysa, bu ikisi birbirinden tamamen ayrıdır. Gene bu iki kuruluşta uygulanan özel hasta statüsü, hastaları genel özel diye ikiye ayırmış, böylece tam—süre diye gelen sistem, düşünülünün tam tersi sonuçlar veren bir uygulamaya dönüşmüştür.

Diğer yandan, 1965 yılında önemi olan ödenek, artık bütün ekonomik değerini yitirmiş, hızla ilerleyen enflasyon, 10 yıl içinde 2500 lirayı (brüt rakam), değerinin dörtte birinden de aşığına indirmiştir. Böylece, eskiye dönüş, hizmetleri eski durumuna getirerek tamamlanmıştır.

1975 yılı sonunda, hekim sayısı 20 938'e ulaştı. 12 415 uzman, 8 523 pratisyen ve asistan hekim. Bir hekime düşen nüfus sayısı yaklaşık olarak 2000. Yatak sayısı 100 895'e erişmiş durumda. Yataklı tedavi hizmeti oldukça ileri teknolojik yeniliklerle destekleniyor. Hizmet, iyi eğitilmiş, birbiriyle çalışmaya alışmış bir ekip

hizmetine dönüşmüş. Böylece, hekimliği uygulama giderek bireyci bir san'attan, ekiple verilen bir bilimsel düzene dönüşüyor.

Bu durum, 1930'dan çok, 1950'den oldukça iyi bir standardı gösteriyor. Hekim / nüfus oranı, hasta yatağı / nüfus oranı, bir hekime düşen nüfus sayısı ölçütleri giderek iyileşmiş. Kuşkusuz, yurdumuz için iyi diyebileceğimiz düzeyin hâlâ altında. Ama, kronolojik gelişme olarak daha iyiye yönelmiş. Ama, bu standartlarla dahi iyi bir hizmet düzeyi kuramıyoruz. Standartlar daha iyi olsa, örneğin hekim sayısı artsa, yatak sayısı artsa, bir hekime düşen nüfus sayısı daha düşse, aynı bozukluklar sürdüğü takdirde aynı bozuk hizmetin ortaya çıkacağı da kuşkusuz. Çünkü, bozukluk, sayılarla doğrudan ilgili değil, Ortadaki bozukluk, ülkenin gereksinmeleriyle, ülkenin kalkınma modeli olarak seçilen kapitalizmin çelişmesinden doğuyor. Kapitalist sistemin sağlık hizmetini nasıl etkilediğine gelince, bunu anlamak oldukça kolay kanısındayım. Kapitalist sistem, genel olarak üretilen değer (karşılığı ödenmiş ve ödenmemiş emek değerinin tümünün) girişimciler eliyle yeni değerler üretmek üzere kapital biçimine dönüşmesini öngörür. Bu da, yapısı gereği en çok kâr getiren iş alanlarına yatırım yapmak demektir. Bu sistemde, kapital birikiminin bazı kişiler ve bazı bölgelerde toplanması kaçınılmaz sonuçtur. Kuşkusuz, sistemin ürünü olan kâr da, bazı kişiler ve bazı bölgelerde toplanır. Bu kaynaktan gelir elde etmek için başlıca koşul, bu kişilere ve bu bölgelere yönelik hizmet vermektir. İşte, özel sağlık hizmetinin, yani, özel hastanelerin ve serbest çalışan hekimlerin gelişmiş bölgelerde toplanmasının temel nedeni budur. Böylece, her özel hizmet gibi, özel sağlık hizmeti de gelişmiş bölgelerde toplanır ve gelir düzeyi arttıkça hizmetten yararlanmak da kolaylaşır. Kamusal sağlık hizmeti de, bu sistem içinde aynı doğrultudan kurtulamamaktadır. Hekim, yeterli bir ücret beklemek yerine özel çalışmayı yeğlemekte, kamu hastaneleri döner sermaye yoluyla gelir elde etmenin yollarına başvurmakta, böylece sosyal nitelikli bir hizmet dahi kapitalist sistemin etkisinde gelişmektedir.

Bu durumda, hekimleri gelişmiş bölgelerde toplanmakla suçlamak, hekimlerdeki uzmanlaşma eğilimlerini eleştirmek, hekimlerin serbest çalışmalarını yermek, kısaca hekimleri ve sağlık hizmetlerini düzenden soyutlamak anlamsız, yanlış, demagogik bir tutum olmaktadır. Hiç kimse, hiç bir meslek, hiç bir hizmet düzeninin dışında kalamaz, düzenden soyutlanamaz, düzenin kuralları dışına çıkamaz. Konu, basitçe budur.

Hekimler, üretilen değerden kendilerine uygun gördükleri geliri elde etmek için serbest çalışma yolunu yeğlemektedirler. Boyle yapmayıp da, sadece kendilerine verilen ücretle yetinseler o zaman da hekimlerin Devlet tarafından sömürüldükleri gerçeğiyle karşılaşırız. Hekimlerin aldıkları ücretle, hasta muayene ücretleri arasındaki bir karşılaştırma bu durumu ortaya koymaktadır. Ayda 4 000 lira ücret alan (net) bir hekimin, günde aldığı ücret 133 liradır. Serbest alanda hasta muayene ücreti ise 50—100 lira olduğuna göre, bu ücret bir ya da iki hasta muayene ücretidir. Oysa bir hekim kamu sektöründe çalışırken, ortalama 40—60—80 hasta (yerine ve zamanına göre) muayene etmektedir. Kamu hastanelerinin döner sermayesindeki hasta muayene ücretleri bile durumu ortaya koymaya yeterlidir. Böylece, kapitalist sistem hekimi ya sömürmek, ya da sömürülmek yollarından birini seçmekle karşı karşıya bırakır. Bozuk düzende hekimin sorunu, işte, budur.

Tam-süre çalışma, bu düzenin bozukluğunu ortadan tamamen kaldıracak mı? Kuşkusuz hayır, ancak, hekim açısından sakıncaları önemli ölçüde giderebilir. Bunu sağlayabilmesi için, tam-süre sisteminin;

1. Tamamen ve sadece genel bütçeden finanse edilmesi,
2. Serbest alanda kazanılabilecek gelire yaklaşan bir satınalma değeri taşıyan ödenek verilmesi,
3. Günün koşullarına kolaylıkla uyabilecek bir hareketli ölçüye bağlanması,
4. Yatan hastayla ilgili bir genel—özel ayrımı yapmasına olanak vermemesi,
5. Ancak, ayaktan muayenede, çalışma saatleri dışında, bir hekimin seçilmesine yönelik özel muayeneye açık olması, bu muayene neden hekime prim verilmesi,
6. Sistem içinde hekimin çalışmasının nicelik ve nitelik bakımından değerlendirilebilmesi,
7. Bütün kamu kuruluşlarında aynı biçimde uygulanması,
8. Sistemin sürekliliğinin güvenceye kavuşturulması,
9. Kamu kuruluşlarında kesinlikle uygulanması, koşulları gereklidir.

Böyle bir tam - süre çalışma, hekimleri kamu hizmetine çekebilir, uygun bir mahrumiyet, fazla çalışma sistemiyle desteklen-

diği zaman hekim dağılımını olumlu yönde etkileyebilir hekimlere güvence verdiği ölçüde benimsenip uygulanması kolaylaşır.

Bugüne kadar, tam—süre çalışmayı hekimlerin istediğini, kamu yetkililerinin ise bu oranda sisteme sahip çıkmadıklarını belirttik. Bunun nedeni de, kamu yetkililerinin çalışma sistemi düşüncesinden çok, «kendi düzenini kendin kur» ilkesini benimsemeleridir. Bir çok kamu kuruluşunda hekimi bir yere atarken, «orada serbest çalışma iyi gelir getirir» tavsiyesinde buldukları hatırlanırsa, konuyu anlamak kolaylaşacaktır.

Nitekim, son tam—süre çalışma yasası teklifi de, Türk Tabipler Birliğinin çalışmalarıyla hazırlanmış, bütün Komisyonlardan Birliğin yoğun izleyişiyle geçerek gündeme kadar gelmiştir. Gündemde bulunduğu halde Yasalaşması da kesin değildir. Durum, bu yazının yazıldığı tarihte budur.

Tam—süre çalışma, sağlığın bozuk düzenini ortadan kaldırmaya, kuşkusuz, yeterli değildir. Ama, tam—süre çalışma bireyci hekimin «emekçi hekim»e dönüşümünü belirleyen, hekime toplumdaki görevini daha sosyal bir nitelikte yapma olanağını verecek önemli bir aşamadır.

Yalnız hekimden söz etmek belirgin bir örnek olarak önemli, ama, eksik olacaktır. Tam—süre çalışma sistemini ekip hizmetini yapmaya yönelten özellik, onun, bütün sağlık personelinin kapsamıdır. Hekimden ve dış hekiminden başka bir sağlık elemanının serbest çalışması olmadığı halde, sistemin içine bütün sağlık personelinin alınması, çağdaş hizmetin bir gereğidir.

Tam—süre çalışma bu özellikleriyle gerçekleşirse bir aşama olacaktır.

**Sağlık Hizmetleri
Tümüyle
Devletleştirilmelidir**

Ankara'da Hava Kirliliği

Dr. Cengiz BAŞKAYA

Çevre kirlenmesi, hızla endüstrileşen, doğal kaynakların sorumsuzca ve düzensiz olarak harcandığı dünyamızda, insanlığı tehdit eden bir sorun haline gelmiştir. Ormanlar yok edilip, nehirler, göller ve denizler yüzlerce çeşit zehirden payına düşeni alırken, özellikle nüfusları gündün güne kabaran ve sağlıksız biçimde genişleyen şehirlerin havası sürekli olarak kirlenmektedir. Türkiye ve benzeri ülkelerde çevre kirlenmesi endüstrileşme hızının çok önünde gitmektedir. İzmit, İzmir ve İskenderun körfezlerinde hayat şimdiden kaybolmak üzeredir. Bir sanayi kenti olmayan Ankara ise, hava kirliliği açısından dünya birinciliğini açık farkla önde götürmektedir.

Bu yazıda, günün konusu haline gelen Ankara'nın hava kirliliği sorunu incelenecek, genel olarak kirli havanın insan sağlığı üzerine etkileri hakkında bilinenler gözden geçirilecektir.

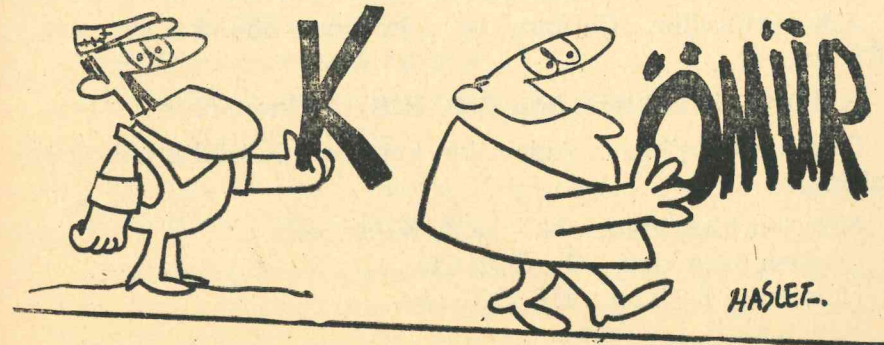
Bugün Ankara'da herkesi rahatsız eden, görüşümüzü güçleştiren, kokusu kolayca hissedilen, insanları öksürten, güneş ışığını engelleyen olağanüstü bir hava kirliliği vardır. Ankara kirliliğinin birikmesini sağlayacak uygun topoğrafik ve meteorolojik koşullara sahiptir. Şehrin etrafı 1000-1100 metre yüksekliğinde dağlarla çevrili olup, orta bölümleri 850 metre dolayında olduğundan bir çanağa benziyor. Rüzgârların hızı düşük olup, sayıları gittikçe artan yüksek binalar yapılması ve serbest alanların giderek kaybolması bu rüzgârların etkisini daha da azaltıyor. Hızları 0,1 - 1,4 metre/saniye olan rüzgârlar (N) kuzey ile, (NE) kuzeydoğu yönlerinde, ikinci derece güneybatı yönünden esmektedir. Buna göre en çok hava kirliliğine maruz kalmaya uygun yerler doğu- güneydoğu ile güney eksenleridir.

Yatay hava hareketinin bu yetersizliği yanında bir de dikine hava hareketini engelleyen inversiyon olayı Ankara'da mevcuttur. İversiyonda hava sıcaklığı yerden yükseklikle azalacağı yerde artmakta, yere yakın düzeyde soğuk, bunun üzerinde ise sıcak hava bulunmaktadır. Böylece bacalardan çıkan duman yükselmeyip çevreye yayılmaktadır. İversiyon tabakasının minimum kalınlığı (Nisan'da) 365 metre maksimum kalınlığı ise (Aralık'ta 500) metre olup, alt ve üst tabakalar arasındaki sıcaklık farkı 2,5 derecedir. (1) Bacaların bu inversiyon sınırını aşması ise, şüphesiz olanaksızdır.

Şehrin son on yılda nüfusunun iki katına çıkarak 2 Milyonu bulduğunu söylemek büyüme hızını anlatmaya yeter. Kışın yüz binlerce bacadan çıkan dumanlar, sözü edilen uygun koşullar nedeniyle, birikerek hava kirliliğinin en önemli bölümünü (% 75) oluşturuyor. Buna endüstri kuruluşlarının yaptığı kirlilik ve sayıları her geçen gün artarak 1976 yılında 135.000'i bulan motorlu araçların egzoz dumanları ekleniyor. Böylece havadaki kirlilik her yıl daha da artıyor. Ankara bu haliyle özellikle kış aylarında havalandırılmadığı için dumanı içerde biriken, içine güneş ışığı az giren büyük bir odaya benziyor.

Yeşil alanların hava kirliliğine karşı önemli etkileri iyi biliniyor. Ağaçlar, bünyelerinde nmetabolizma yoluyla su verip buharlaşmaya uğradıklarından çevrelerine göre soğuk yüzeyler olarak tanınırlar ve termal sirkülasyon oluştururlar. Ayrıca tozu azaltırlar. (1) Aynı hacimde, şehirlerdeki iki yüz bin toz parçacığına karşılık kırsal alanlarda bu sayı beş bin- sekiz bin arasındadır. (2) Ayrıca parklar sese karşı bir engel oluşturur ve eter bileşiklerini azaltırlar. Sürekli yanma olaylarıyla kullanılan oksijeni tekrar üreten bitkilerdir.

Yukarıda belirtilen, özel olumsuz koşullar nedeniyle Ankara'nın herhangi bir şehirden çok daha fazla yeşil alana gerek duy-



duğu açıktır. Örneğin bir vadi tabanında kurulmuş olan Almanya'nın Stuttgart şehri hava kirlenmesine uygun olduğundan, yeşil alanlar çok geniş tutulmuştur. Şehrin 240 bin dekarlık kuruluş alanı içinde yeşil alanların toplamı 140 bin dekar'dır. (2) Böyle şehirler yeşil bir kuşakla çevrilmiştir. Ankara ise gecekondu kuşağı ile çevrilidir ve kişi başına düşen yeşil alan 1950 yılında 5,1 metre kare iken, 1969 yılında 1,8 metre kareye düşmüştür.

Modern şehircilik ilkeleri, kişi başına yeşil saha standardını 20-40 metre kare kabul etmektedir. Ankara'da ise, bu standardın çok altında yeşil alana gerek vardır. Yeşil alanlar kirlenmiş hava için bir filtre ve absorban görevi yapar. Bu alanlardan geçen kirli hava temizlenmiş olarak ve daha düşük ısı kazanarak şehrin ısınmış kısımlarına doğru akar. Böylece yapı yoğunlaşmasının önüne de geçilir.

Jansen'in, nüfusunun 300 bin kişi olacağı varsayılan, Ankara için yeşil alan olarak ayırdığı yerler, örneğin hacettepe bugün yüksek binalarla dolmuştur. Yani şehrin akciğerlerinden parçalar sökülmemektedir. Buna karşılık, Ankara belediye başkanı Vedat Dalokay'ın açıklamasına göre, Cebeci semtinde kişi başına düşen banka şubesi yüzeyi, kişi başına düşen yeşil alandan fazladır. Şehrin çevresi gecekonduyla sarılırken, merkezde yapı yoğunluğu her geçen gün artmaktadır. Kızılay ve Sıhhiye yörelerinde kilometre karede 35 bin insan yaşamaktadır. (3)

Ankara'da hava kirlenmesi soba ve kalorifer ocaklarının yanmasıyla başlamaktadır. Kalitesiz linyitin, kükürt oranı yüksek fuel-oil'in, benzin ve mazotun yanmasıyla birçok kirlenici havaya karışmakta, bunlara az da olsa sanayi kuruluşlarından çıkanlar eklenmektedir.

Esas kirlilik maddelerini şöyle sıralayabiliriz. (4)

İnce (küçük) katı maddeler ... Çapları 100 mikrondan küçük karbon, uçucu, küller, Ca

Adi partiküller... Çapları 100 mikrondan büyük SiO_2 , ZnO, PbCl_2 vs.

Kükürtlü bileşikler... SO_2 , SO_3 , H_2S , merkaptanlar.

Organik bileşikler... Aldehitler, ketonlar, polisiklik hidrokarbonlar.

Nitrojen bileşikleri... NO, NO_2 , NH_3 ,... vs.

Oksijen bileşikleri... O_3 , CO_2 , CO

Holojenli bileşikler... HF, COI ,... vs.

Radyo aktif maddeler..

Bu esas kirlenicilerden ara reaksiyonlarla ikincil kirleniciler oluşur. Örneğin $\text{SO}_2 + \text{H}_2\text{O} \dots \text{H}_2\text{SO}_3$, $\text{H}_2\text{SO}_3 + \text{H}_2\text{O} \dots \text{H}_2\text{SO}_4 + \text{O}_2$ Burada oluşan Sülfirik asit bütün canlı dokuları yakar. Ankara'da nemin az oluşu bu açıdan şans olmaktadır. Fakat değişik meteorolojik koşulların her zaman ortaya çıkabileceği göz önünde tutulmalıdır. (5)

Kirlilik kaynaklarına göz atacak olursak;

I— SO_2

- 1,5 Kg/50 kg fuel - oil
- 20 Kg/ 1 ton kömür
- 2 Kg/ m^3 benzin
- 1,75 Kg/ m^3 mazottan oluşmaktadır.

II— NO_2

- 12 kg/ 1000 kg fuel - oil
- 8 kg/ 1000 kg doğal gaz
- 4 kg/ton - kömür
- 7,5 kg/ m^3 benzinden oluşmaktadır.

III) Katı maddeler; toz, duman, yoğun buharlar (3)

- 12 kg/1 ton çöp yakımı
- 3 kg/ 1 ton fuel - oil
- 100 kg/1 ton kömür
- 0,07 kg/1 ton benzin
- 15 kg/1 ton mazot

Görüldüğü gibi fuel - oil yakılması kirliliği önleme açısından bir çözüm olmuyor. Partiküllerin azalmasına karşılık SO_2 ve toksik maddeler artıyor.

Yapılan hesaplara göre, Ankara'da günde atmosfere karışan kirleniciler aşağıdaki oranlara varıyor.

SO_2 : 365.062.5 kg/gün

Partiküller : 406.570 kg/gün

Kanserojen maddeler : 166.250 kg/kün

NO_2 : 151,500 kg/gün

Bu maddeler hava hareketlerinin çok az oluşu nedeniyle sürekli olarak birikmektedir. (3)

Hidrokarbonlar arasında, kanser yapıcı etkisi saptanmış bulunan 3,4 benzopyren Ankara'nın havasında çok yüksek düzeydedir. Örneğin; günde bir paket sigara içen bir insan yılda

60 mikrogram benzopyren alırken, Ankara'da yaşayan bir insan 70 mikrogram almaktadır. (5)

Dünyada hava kirliliği üzerine yapılan araştırmalarda ana kriterler olarak sülfür di oksit ve partiküller alınır. Şüphesiz bunlar insan sağlığı üzerinde kötü etkileri olan bir dizi madde-den sadece ikisidir. Fakat kirliliğin derecesi hakkında fikir verirler. Ankara'da da bugüne kadar bu iki madde tayin ediliyordu. Fakat son zamanlarda yapılan incelemeler, toksit ağır madenlerin bu arada selenyumun inanılmaz miktarlara çıktığını gösterdi İki Milyon Ankara'lıyı tehdit eden tehlikelerin ne denli çok olduğu her geçen gün daha iyi anlaşılıyor.

Kirli havanın insan sağlığına yaptığı olumsuz etkilere girmeden bu konuda geliştirilen standartlara bir göz atmak ve Ankara'nın durumunu bunlarla karşılaştırmak yararlı olacaktır.

Uzun süreli maruz kalmalarda sağlık verilen düzeyler (WHO Ekspert Komitesince Geliştirilmiş Standartlar)

Kirletici	Limit
Kükürt Oksitleri	Yıllık ortalama 60 mikrogram/m ³
Asılı Partiküller	Yıllık ortalama 40 mikrogram/m ³
CO	8 saat ortalaması 10 mg/m ³
Fotokimyasal Oksidanlar	8 saat ortalaması 60 mikrogram/m ³

Kükürt di oksit ve dumanın birlikte bulunma halinde kötü etkileri: (Birlikte bulunma halinde)

Konsantrasyon (mikrogram/m ³)		
Kükürt di oksit	Duman	Olumsuz etki
500 (günlük ortalama)	500 (günlük ortalama)	Ölümlerde ve hastanelere başvuruşlarda artış
500 - 250 (günlük ortalama)	250 (günlük ortalama)	Akciğer hastalığı olan kimselerin durumlarında fenalaşma
100 (Yıllık aritmetik ortalama)	100 (Yıllık aritmetik ortalama)	Solunum sistemi semptomları
80 (Yıllık geometrik ortalama)	80 (Yıllık geometrik ortalama)	İnsanlarda gözlenebilir Rahatsızlık ve sıkıntılar (7)

Ankara'da 1964 yılında COH birimi esas alınarak yapılan duman miktarı çok yüklü sayılan düzeyde seyretmiş ve 1968'de ba-

zı günler bu çok yüklü kabul edilen düzeyin 5 katına kadar çıkmıştır.

SO₂ 1964'te Ocak ve Şubat aylarında 0,2—0,4 ppm arasında değişirken, 1968 yılında daima 0,3—0,7 ppm arasında seyretmiştir. Yani kirlilik yıldan yıla artmaktadır. (4)

1976 yılında Ankara'da çeşitli merkezlerde yapılan ölçümlerden örnekler verelim :

Hıfzısıhha Enstitüsünde 15.11.1976 gününün max değerleri

- a) SO₂ : 2640 mikrogram/m³
b) Partiküller : 28 mikrogram/m³ olarak saptandı.

Orta Doğu Teknik Üniversitesi Ölçümleri :

- a) 22.11.1976. Günlük Toplam Değer : SO₂ : 1,0 x 10⁵ mikrogram/m³ — gün
b) 18.11.1976. Günlük Toplam Değer; SO₂ : 3 x 10⁴ mikrogram/m³ - gün
c) 15.11.1976. Günlük Toplam Değer; SO₂ : 1,4 x 10⁵ mikrogram/m³ - gün

1975 yılı aylık ortalama maksimum ve minimum değerler

Tarih	SO ₂ (mikrogram/m ³)	Duman (Mikrogram/m ³)
Ekim 1975	ORT	94.0
	MAX	167.41
	MİN	13.9
Kasım 1975	ORT	189.99
	MAX	678.0
	MİN	48.9
Aralık 1975	ORT	133.0
	MAX	2979.0
	MİN	44.7

Aralık 1975 ayı maksimum değeri SO₂ için 2979,0 mikrogram/m³ olarak ODTÜ'de, yani Ankara merkezine göre temiz sayılan bir bölgede ölçülmüştür.

Tıbbi Ölçümleri

15.11.1976 günü saat 9.00

SO₂ : 2252 mikrogram/m³

Partiküller : 209 mikrogram/m³

14.11.1976 günü saat 9.00

SO₂ : 1457 mikrogram/m³ (3)

Kısaca çocuğu, gebesi, genci, yaşlısıyla 2 Milyon Ankara'lı zaman zaman ölümlerin başladığı sınırın altı katına ulaşan kirliliğe sahip havayı solunak durumunda kalmaktadır. Kaldı ki, bu kirleticileri tek tek seçip etkilerini açıklamak fazla önem taşımaz. Bugün etkilerini bildiğimiz ya da bilmediğimiz yüzlerce madde birbirlerinin etkisini artırarak insan sağlığında zararlara yol açmaktadır. Yani tek başına zararları bilinmeyen bir madde dahi bile diğerlerinin etkisiyle daha düşük oranlarda zararlar yol açmaktadır. Bazı şahıslar uygun yapıları veya taşıdıkları hastalıklar nedeniyle bu etkenlere daha duyarlıdır.

KİRLİ HAVANIN İNSAN SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Kirli hava insanlarda; bulantı, kusma, iştahsızlık ve sıkıntı, solunum hareketleri amplitüdünün azalması, damar tonüsü değişikliği, merkez sinir sistemi kanlanması azaltıcı etkiler yapar. Buna bağlı olarak düşünme yeteneğini azaltır. Entellektüel uğraşları güçleştirerek, insanları sinirli ve kavgacı yapar.

Kirli hava, güneş ışığının % 50 - 70'ini emerek, yere ulaşmasını engeller. Ultraviyole'nin % 60'ının kaybına neden olur. Bu oran kirliliğin derecesine göre % 95'e kadar ulaşabilir. (4) Güneş ışığının tutulması havanın kirli ve dumanlı oluşu insanların yaşama zevkini azaltır. Zararlı bakteri ve virüslerin güneş ışığı etkisiyle ölmesi sağlanamaz. Çocuklarda raşitizm hastalığı sık görülür. Çocukların ve genellikle her çeşit bitkisel ve hayvansal yaşantının gelişmesi ve güçlenmesi için doğal ışına gerek duyduğu iyi bilinir. Yüksek oranda duman bulunan bölgelerde çocuklar arasında yapılan bir araştırmada; hemoglobinin ve renk indeksi düşük, alkalin fosfataz miktarı ise yüksek bulunmuştur. Kan proteinlerinde değişiklik (bilhassa globulin miktarında yükselme) saptanmış ve kemikleşmede gecikme (kemik yaşının geriliği) gösterilmiştir. (6) Doğal ışın kuvvetten düşmüş kimselerde ve solunum sistemi enfeksiyonlarına yakalanmış olanlarda direnci artırır.

Bugün Ankara'da is ve duman nedeniyle evleri, çamaşırları temiz tutmak olanağı kalmamıştır. Odaları havalandırmak için pencereler açılmamaktadır. Bu ise çocukların sağlığına ciddi bir şekilde etki etmektedir.

Havadaki kirlilik etkenleri vücudun mukoz membranları ile ilişki halindedir. Bu yüzeyler zararlı maddelere karşı çok duyarlı olup aynı zamanda yüksek absorban özelliğe sahiptirler. Solunum yollarının dış havadan daha sıcak ve buradaki havanın su buharına doymuş oluşu gaz ve partiküllerin solunum sis-

temi üzerindeki etkilerinin diğer sistemlerden daha fazla olmasına neden olmaktadır.

Solunum havası ile alınan partiküllerin 5 mikrona kadar olanları burun tarafından tutulur. Daha küçük partiküller trakea ve bronşlardaki silialar tarafından tutulur. Siliaların hareketleri ve müküs ile yukarıya doğru atılırlar. Fakat iritan etkili gazlar örneğin; SO₂ trakea ve bronş epitel örtüsü ile karşılaşınca siliaları paralyze ederek veya epitel örtüsünde bozukluklar yaparak partiküllerin ve mikro organizmaların tutulup yukarıya atma yeteneğini ortadan kaldırır. Üç mikrondan daha küçük partiküller solunum yollarında daha aşağıya iner ve alveoller kanallarla alveollerde direk etki gösterirler.

Duman ve is partiküllerinden küçük olanları alt solunum yollarına geçer. İis - kurum ayrıca çok gözenekli bir yapıya sahip olduğundan diğer maddeleri absorbe eder ve zararlıların uzun süre ve daha uç noktalarda etki göstermesini sağlar. Örneğin polisiklik hidrokarbonları absorbe eder. Bunlardan 3,4 benzopyren akciğer kanserine neden olmaktadır (4).

Kömür ve diğer yakıtların yanmasından oluşan duman ve is pneumoni, bronşit, astım, pneumokonyoz gibi hastalıklara neden olabilmektedir.

Ozon gazı; Hayvan deneylerinde bronşit yapıcı etkisi gösterilmiştir. Havada milyonda bir kısmının üstündeki konsantrasyonun gözlerde ve bronşlarda irritasyon yapar. Hafıza zayıflığına neden olur.

Karbon monoksit, havadaki konsantrasyonu milyonda ona varırsa baş ağrısı, baş dönmesi ve yorgunluk gibi yakınmalar meydana getirir.

Azotoksit, doymamış hidrokarbonlar ve aldehidler, gözlerde ve bronşlarda tahriş edici etki yaparlar. Gözlerin tahriş olması araba yönetimini güçleştirir.

Kükürtdioksit: İnsan sağlığına en zararlı maddelerdendir. Bilhassa dumanlı kömür ve fuel oilin yanmasıyla havaya karışır. Havadaki su ile birleşerek sülfirik asit oluşturur. Bu madde ise bütün canlı dokuları yakar. Kükürt dioksit, solunum yollarında titrek tüylerin felcine neden olur. Müküs bezleri artar, müküs salgısı çoğalır. Balgam artar. Atılmayan mikroplar balgamda toplanıp solunum yolları duvarına hucum ederek iltahaplandırır, kronik bronşit oluşur. Havadaki yüksek SO₂ oranıyla kronik bronşit arasında bir ilişki vardır. Diğer belirtilerin sinerjik etkisi bu gazı düşük konsantrasyonlarda bile zararlı hale getirir. Kü-

kürt ve azot taşıyan fazlarla aldehidler solunum yolları mukoza-
sında şişme, iltihaplanma ve daralmalar olurken birçok ince ha-
va yolları tıkanır. Kronik bronşite daha sonra anfizem eklenir ve
değişiklikler irreversibl hale gelir. Şahıs artık havası temiz bir
yere göç etsede hastalık düzelmeyecektir. (8).

Kronik bronşitle hava kirliliğinin yakın ilişkisi birçok çalış-
mayla isbatlanmıştır. Bu hastalığın neden olduğu ölümler ve iş
gücü kayıpları büyük oranlara ulaşmaktadır. İngiltere ve Gal'de
kronik bronşitten yılda en az 23000 kişi ölmektedir. Bu rakam
bütür. ölümlerin % 7'sini oluşturur. Köylük bölgelerden kalaba-
lık ,erleşme merkezlerine gidildikçe ölüm hızları artmaktadır.
Shaffield ve arkadaşları İngiltere ve Gal'in çeşitli eyaletlerinde
havanın SO₂ kirliliği kırkbeş ve daha ileri yaşlardaki erkek-
lerde bronşitten ölümler arasında önemli bir ilişki bulunduğunu
gösterdiler (6).

Bilhassa kırkbeş yaşından yukarı kronik bronşitli hastalarda
hava kirliliğinin çok arttığı günlerde hastanın genel durumu
bozulabilir. Hasta kendini iyi hissetmediğinden erkenden yata-
ğa yatar, ertesi sabah yatağında ölü bulunur. Bu şekilde ölen has-
taların otopsilerinde solunum yollarında aşırı derecede bronş sal-
gısı ile tıkanma olduğu gösterilmiştir. Bazılarında kalpte bozuk-
luklar bulunmuştur. Bu hastalarda çok kirlenmiş havanın yaptığı
aşırı tahriş nedeniyle zaten bozuk ve kısmen tıkalı olan hava
yollarından açık bulunanlarında bol balgamla tıkanıp ve şahıs-
ların ani olarak boğulma sonucu öldükleri tesbit edilmiştir. (8)
Yani havadaki kirleticiler solunum yolu hastalıklarına neden
olmakla kalmaz, kazanılmış hastalıkları şiddetlendirir.

Spicer ve arkadaşları hava kirliliğinin akciğer fonksiyonla-
rına etkisini incelediler Fonksiyon ölçmede kullanılan solunum
yolları direncinin, yüksek SO₂ düzeyleri ile değiştiğini gösterdi-
ler. Kronik bronşiti ve anfizemi bulunan erkek hastalar üç haf-
ta süreyle bir hastanede tutulup birinci ve üçüncü haftalar filtre
edilmemiş ortak havayı solundurdular. İkinci hafta ise hava
mümkün olan irritan maddelerden arıtılarak verildi. Birinci ve
üçüncü hafta ölçülen solunum yolu direnci ikinci haftadakinden
yüksek bulundu.

İngiltere'de SO₂ konsantrasyonu 1000 microgram/m³ (0.35
ppm) ve birlikte duman 1200 microgram/m³ e ulaştığında mor-
talitede artış olduğu SO₂ 1500 mikrogram/m³ (0,5 ppm) ve du-
man 2000 mikrogram/m³ e ulaştığında mortalitenin normal dü-
zeye göre % 20 arttığı tebliğ edilmiştir. (Bu rakamlara Ankara'da
sık sık ve uzun süreler için ulaşıldığına dikkati çekmelidir.

London'da bir araştırmada bronşitli hastaların kendilerinde
tesbit edecekleri değişiklikleri (standart terimlerle tarif edilmiş
olarak) günlüklerine yazması istenmiştir. Duman düzeyi 300,
SO₂ düzeyi 600 migrogram/m³ ten fazla olduğu zamanlar, akut
fenalaşma belirtileri gösterdikleri gözlenmiştir. Akut kirlenme
episodlarında ve bunları izleyen kısa süreler içinde acil odalarına
yapılan başvurular değerlendirilerek morbiditenin artışı isbatlan-
mıştır.

İngiltere'de okul çocuklarında (sigaranın etkisi ihmal edile-
bilecek oranda olduğundan) yapılan bir araştırmada fazla hava
kirliliği olan yerlerde solunum sistemi hastalıklarının, düşük kir-
lilik gösteren yerlerden daha yüksek olduğu, kronik akciğer has-
talıklarına neden olan enfeksiyonların arttığı gösterildi (7).
(Benzer bir çalışma halen A.Ü. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları
Kliniğince yürütülmektedir.)

Kirli hava astım hastalığına neden olabilmekte ve mevcut
astım hastalığı nöbetlerini sıklaştırmakta, nöbetler ağır seyret-
mektedir. Örneğin, New Orleans'ta şehir çöplerinin yakıldığı za-
man rüzgar şehir yönüne eserse hastanelere astım nöbetiyle baş-
vuran hastaların 4 ve 8 kat arttığı gösterilmiştir. Yine Amerika'-
da Nashville'de havada SO₂ nin yüksek olduğu günün ertesi günü
şehir halkında fazla astım nöbetleri görülmekte ve kirli havanın
çok olduğu şehir bölgesinde az olan bölgelere göre astım nöbet-
leri üç misli fazla olmaktadır. (8)

Atmosferik kirliliklere uzun süre maruz kalmak, soğuk
algınlığı, pnomoni ve tüberküloz gibi enfeksiyon hastalıklarına
uygun ortam oluşturmaktadır. Bilhassa çocukların solunum yol-
ları hava kirliliğine çok duyarlıdır. Nitekim Ankara'da çocuklar-
da görülen solunum yolu hastalıklarının arttığı yetkili kişilerce
bildiriliyor. Çocuklarda ayrıca anemi ve raşitizm artmaktadır.
Hava kirliliği prematöre ölümlerini arttıran bir etkidir. Kirlili-
ğin arttığı aylarda gebelerde düşük olaylarının arttığı Ankara
Doğumevinde yapılan bir çalışma ile gösterilmiştir. Bu olay anne-
nin aldığı toksik maddeler ve muhtemelen bunların vücutta bi-
rikmesi ile ilgilidir.

KİRLİ HAVANIN KANSER YAPICI ETKİSİ

Hava kirliliği akciğer kanserine sebep olan ve bu kanseri dik-
kate değer şekilde artıran bir etkidir. Bu görüşü destekleyen
kanıtları şöyle sıralayabiliriz;

- A) Hastalığın kentsel alanlarda fazla görülmesi
- B) kirli havada bulunan benzopyren gibi maddelerin deneysel
koşullarda kansere neden olması

C) Akciğer kanserinin hava kirliliğini izler şekilde artış göstermesi

İngiltere'de Akciğer kanseri ölüm oranı 1 Milyondan fazla nüfuslu şehirlerde yüzbinde 29,4 iken İkiyüz elli bin ile Bir milyon arası şehirlerde 22,7 İkiyüz elli binin altındakilerde 17,5 ve köylerde 14,6 bulunmuştur.

Diğer bir araştırmaya göre bir ay içinde 1 metre kareye düşen her 1 gram kurum çöküntüsüne paralel olarak akciğer kanseri % 8 artmaktadır.

Liverpool şehrinde hiç sigara içilmeseydi akciğer kanserinin % 53 azalacağı ve şehrin havası temiz olsaydı % 36 oranında tekrar azalacağı hesaplanmıştır. (8)

Duman kirliliği ile mide - barsak kanserinden ölümler arasında da ilişki gösterilmiştir. (7)

Bronşitte bronş duvarında birçok hücre harap olur. Bu hücreler yenilenir. Yenilenme sürerken bir taraftan iltihaplanma diğer yandan kanserojen maddeler hücreleri yenilenen bazal tabakayı daima etkiler. Yıllarca süren bu etkiyle hücrelerde habis bir oluşum gelişebilir ve kanser hastalığı ortaya çıkar.

Ankara'da verem savaş dispanserlerine başvuran ve Ankara'da oturdukları kesin olan hastalarda akciğer hastalıklarının gittikçe, arttığı gösterilmiştir. Kronik bronşit, anfizem, astım, akciğer kanseri hastalıkları sürekli artmaktadır. 1960 yılındaki solunum yolları hastalığı oranı, 1968 yılında 11 misli artmıştır. Akciğer kanseri 1965'ten itibaren belirli bir artış göstererek 1968'de 1960'a göre 9,5 katına çıkmıştır.

1960 ile 1968 yılları arasında Ankara Belediye sınırları içinde nüfus artışı 1,6 oranında olduğuna göre, kirli havanın etkisiyle Ankara'da 8 yılda gerçek kanser artışı 6 kat ve kronik solunum yolları hastalıkları 7 katına çıkmıştır. (8)

Bu artış hızının 1968'den bu yana giderek yükseldiğini tahmin etmek kolay, kolay olduğu kadar da korkutucudur.

Kirli hava yukarıda sayılan etkileri yanında hayvan ve bitkileri de olumsuz yönde etkiler. Güneş enerjisinin tutulması fotosentez olayını yavaşlatır. Yapraklar üzerine biriken katranımsı tabaka ışığı emer, stomalar tıkanır, bitki çabucak ölür. Havadaki serbest asit bitkisel hayatı yavaşlatır. Toprağın reaksiyonunu asitleştirerek başlıca toprak anaeroplarnın çalışmasını azaltır. (6) Kükürt di oksit topraktaki iyodu eriterek o yöredeki sebze ve sularda iyot oranını düşürür, dolayısıyla guvatr hastalığına neden olur. (9)

Hava kirliliğinin özel meteorolojik koşullarda çok yükselmesi sonucu toplu ölümler dünyada birçok kez görülmüştür. Bunlardan en ilginç olanı 1952'de Londra'da birkaç gün içinde 4000 kişinin ölümüne yol açan episoddur. Benzer olaylar Belçika'da Meusey Valley'de, Amerika'da Donora - Pensilvanya'da ve daha birçok yerde yaşanmıştır. Ölümler daha çok akciğer ve kalb hastalığı taşıyanlarda görülmüştür.

Ankara'da toplu ölümlere yol açacak koşulların oluşması her zaman mümkündür. Böyle bir felaketi hiçbir önlem almadan bekleyip daha sonra olayı kadere bağlamak kabul edilemeyecek bir tutumdur. 2 Milyon insanın sağlığı, hatta hayatı söz konusudur. Zaten şimdiden solunum yolları hastalıkları nedeniyle uzun süre sonunda görülen ölümler ve iş gücü kayıpları büyük maliyetlere ulaşmaktadır. Çözüm için gerekli yatırımların bedeli ne olursa olsun, bugün uğranılan ve uğranılacak olan kayıplardan mutlaka daha ucuz olacaktır.

ÖNLEMLER

1 — Kısa Süreli Önlemler

- Kalitesiz linyit ve kükürt oranı yüksek petrol ürünlerinin Ankara'da yakılması önlenmelidir.
- Kok tüketimi artırılıp, linyit tüketimi azaltılmalıdır.
- Kalorifer kazanlarının verimli yakılabilmesi için gerekli teknik tedbirler alınmalı ve personel eğitimi yapılmalıdır.
- Gerekirse bacalarda duman süzücü cihazlar kullanılmalıdır.
- İlgili kuruluşlar ve TRT aracılığıyla Ankara Halkı hava kirliliğinin düzeyinden sık sık haberdar edilmelidir.

2— Kirliliğin Tehlikeli Düzeylere Ulaştığı Durumlarda

- Tasfiye ve göç
- Oto kullanımı yasağı
- Kalorifer kazanlarının söndürülmesi
- Maske takılması gibi önlemler uygulanmalıdır.

3— Uzun Süreli Önlemler

- Şehirin ısıtılması için dumansız yakıt, havagazı, doğal gaz ve elektrik enerjisi gibi kirlilettiği etki taşımayan kaynaklar temel alınmalıdır.
- Kitle taşımacılığına yönelmeli, özel otoların şehir içinde sirkülasyonu kısıtlanmalıdır. Trolleybüsler, otobüslerin yerini almalıdır.

c) Merkezi ısıtma planlanıp, uygulamaya geçilmelidir. Kuruluş özellikleri nedeniyle merkezi ısıtma uygulanamayacak yerler elektrik enerjisi, havagazı veya doğal gazla ısıtılmalıdır.

d) Ankara'da nüfusun daha fazla artmasını engellemek için çevrede uygun yerlerde kendine yeterli küçük şehirler planlanmalıdır.

e) Yeni yerleşme bölgelerinde konutlar rüzgarı engellemeyecek bir şekilde sınırlı yükseklikte yapılmalı, sokaklar hakim rüzgarların yönüne göre düzenlenmelidir. Şehrin merkezi bölümlerine yeni binaların yapımı engellenmelidir. Yeşil alanlar korunup, bunlara yenileri eklenmeli ve şehir bir yeşil alan kuşağı ile sınırlandırılmalıdır.

Bütün bunlar doğaldır ki, arsa ve konut spekülasyonunu engelleyecek ve insan faktörünü birinci planda tutacak bir şehirlik politikasıyla mümkündür.

KAYNAKLAR

- 1 — Hava Kirlenmesi ve Ankara'nın Meteorolojik Durumu
Ümran E. Çölaşan Tüberküloz ve Toraks (1969) 17. 311
- 2 — Hava Kirlenmesi ve Yeşil Sahalar
Yüksel Öztan Tüberküloz ve Toraks (1969) 17. 330
- 3 — Ankara'da Hava Kirliliği
Hasan Akyer Yayınlanmamış çalışma
- 4 — Ankara'da Hava Kirliliğinin 1968 Senesindeki Durumu
Sevim Yumuturuğ
- 5 — Toplum Hekimliği
N. Baykan, C. Sungur, Y. Bilgin
- 6 — Halk Sağlığı Bilimi ve Uygulaması 1. Cilt
W. Hobson'dan çeviri 1970
- 7 — Health Hazards Of The Human Environment
(WHO) 1972
- 8 — Kirli Hava ve İnsan Sağlığı Üzerinde Etkileri
Orhan Öge, Sevim Yumuturuğ, Müzeyyen Çokdeğerli
Tüberküloz ve Toraks (1969) 17. 362
- 9 — Hava Kirlenmesi ve Kontrolü
Ders Notları Abdullah İleri

İnsan Yaşamının Değeri

Dr. Muzaffer HACIHASANOĞLU

Türkiye'de insan yaşamının değeri ucuzladı iyice; gün geçmiyor ki radyodan, televizyondan, gazetelerden bir gencin öldüğünü, bir kaçının sakat kaldığını duymayalım. Duruldu ortalık demeye kalmıyor yine başlıyor insan kıyımı.

Bir yandan memleketin sağlık sorununu çözmeye çalışıyorlar güya. Sosyalizasyonu doğru dürüst uygulayamayanlar, Genel Sağlık Sigortası yasasını çıkartmaya çalışıyorlar. Beri yandan koruyucu hekimlik günden güne etkisini yitiriyor; salgınlar'a başa çıkamıyorlar. Örtücü demeçlerle gerçekleri gizliyorlar halktan. Partizanca davranışlarla belediyelerin temizlik işlerini görmelerini güçleştiriyor, halkın sağlığıyla oynuyorlar.

İlaç fiyatları artıyor günden güne; paranın alım gücü düşüyor. Dar. gelirliler, sigortasız emekçiler, tarım işçileri hekimsiz, hastahanesiz, ilaçsız ölmeyi öğrenmeliler Türkiye'de. Hani S.S.K. kendi ilacını kendi yapacaktı? Yaptırmazlar. Bir ara bir Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı, Sağlık Kurumları için gerekli araçları doğrudan doğruya bakanlıkca dışardan getirtmişti; sonra bırakıldı o uygulama: getirtmezler halkın sağlığını çıkarları için kullanan para babaları. İlaç Fabrikatörleri para kazanacak, ithalat, para kazanacak, komisyoncu para kazanacak; onların yardımıyla da bazı partiler oy kazanacak, Ya halkın sağlığı? Yaşamın değeri? Bir başbakan, «Ne var, ıspanağı alan da Türk, satan da Türk» deyip sorunu çözüvermişti aklı sıra. Gün, ıspanağı satanların, Aziz Nesin gibi deyimim: «Böyle gelmiş, böyle gitmez.»

Deprem oldu Van'da. Gerçekten Türkiye tam bir sosyal deprem içinde. Her gün bütün değerler, kavramlar altüst oluyor; namuslu kişiler için yaşam zorlaşıyor günden güne. Herkes sapmıyor kötü yollara. İşini bilenler, açık gözler için Türkiye'den daha iyi bir memleket olamaz. Yasalar çerçevesi içinde yaşayanların ruhsal ve bedensel sağlıkları bozuluyor günden güne. Van yolunda oniki kamyon kayboldu. Bir kamyon dolusu tahin, pekmez Malatya'da bir evde yakalandı. Dünyanın her yönünden yardımlar geldi. Çadırlar hâlâ kurulamadı; sıcak yemek pişirilemedi. Battaniyeler geldi ama dağıtılamadı. Çıkan söylentiler insanı insanlığından soğutuyor. Bu ulusun bireyleri yardımseverliklerini yitirmiyorlar yine de. Daha Lice Depreminin öyküleri

bitmedi. Suçlandırılanların kılı kıpırdamıyor: makamlarında rahatça oturuyorlar. Deprem var Türkiye'de, toplumsal deprem...

Altmışbeş yaşını geçenlere, eğer bakanları yoksa, iş göremeyecek durumdaysalar aylık bağlanacak. Güzel bir davranış, simgesel de olsa. Yeter mi verecekleri para? O ayrı sorun. Yaşlıları düşünüyorlar; onların alışılmış düzene karşı çıkmalarından korkmuyorlar: güçleri yeteceğine de inanmıyorlar.

Ya gençler! Korkuyorlar gençlerden: Yeni ve genç düşünceden korkuyorlar! Gençleri birbirine kırdırmaları bu yüzden. Özgür düşünceyi önlemek için, bir bölüm genci, para ve sanla kandırıp, ulusal, kutsal duygularından yakalayıp, cinayetlerine araç olarak kullanıyorlar. İçleri sızlamıyor; gülerек demeç verebiliyorlar; çok sözünü ettikleri Tanrı korkusu bile kalmamış gönüllerinde. Bir kurşun yetiyor bir yaşamın sönmesine

İnsana, insan yaşamına, emeğe değer veren bir yönetim ve yöneticiler iş başına gelmedikçe Türkiye'de insan yaşamının değeri yükselmez, toplumsal deprem önlenemez.

—oOo—

Neden Has - İş?

Rasim DOĞAN

TÜS—DER Genel Sekreteri

1976 yılı hiç şüphesiz, işçi sınıfının ve onun ekonomik demokratik örgütleri olan sendikaların, mücadele ve başarı yılı oldu. İşçi sınıfının sınıf ve kitle örgütleri sendikalar; örgütlenmenin verdiği güçle DGM'ye karşı demokrasi savaşımını kazandılar. Ülkemizde egemen olan işbirlikçi tekelci sermayenin tezgâhlarına çalıştığı faşizme geçit vermediler. Böylece, 1976 yılında sendikal hakların, işçi sınıfının en önemli silahlarından biri olduğu bir kez daha kanıtlandı. Çalışanların neden bu haklardan yoksun bırakılması için çaba sarfedildiği iyice anlaşıldı.

Çalışanları sürekli olarak çeşitli biçimlerde bölerek, çalışanların sermaye düzenine karşı verdikleri savaşımı zayıf düşürmek için çaba sarfeden sermaye sınıfları ve onların iktidarı MC,

1976 yılının son günlerinde (28 Kasım 1976 günü) yayınladığı işçi - memur ayırımına ilişkin komisyon kararı ile, yine çalışanların sendikal haklarına saldırdı. Bu saldırı aslında çok gizli yapıldı. Saldırımı, DİSK eleştirirken Türk—İş alkışlıyordu. Komisyon kararı ülkemizde yıllardır sürüp giden «İşçi - Memur» ayırımını güncelleştirdi. Ne idi işçi - memur ayırımı?

Bilindiği gibi 1961 Anayasa'sı memurlara grev ve toplu sözleşme hakkı olmayan sınırlı bir sendika kurma hakkını getirmişti. 12 Mart döneminde bu sınırlı hak bile fazla görüldü. ve yapılan anayasa değişikliği ile memurlardan sendika kurma hakkı geri alındı. Bu hakkın geri alınmasından sonra kamu kesiminde çalışan emekçiler, meslek odalarında, derneklerde birleşerek grevli toplu sözleşmeli sendikal hakları alma savaşımını işçi sınıfı öncülüğünde ve işçi sınıfının tek sınıf ve kitle örgütü DİSK ile dayanışma içinde verdiler. Bu dayanışma içinde verilen savaşım sermaye iktidarlarını sıkıştırdı. Onları yüzeyel de olsa bazı tedbirler almaya itti. Yayımlanan komisyon kararıyla çalışanların bir kesimi (teknik eleman, büro personeli vb) Memur Statüsüne geçirilirken, yine çalışanların diğer bir kesimi de (sağlık personeli, sağlık elemanları, müstahdemler vb) İşçi Statüsüne geçirildi. Güncel olması nedeniyle, bu komisyon kararının üstünde durmak gerekir.

Bu komisyon kararını çıkarırken, MC şunları değerlendirmişti.

1 — Kamu sektöründe çalışanlar içinde teknik elemanlar ve büro personelinin örgütlenme düzeyleri ve politik bilinçleri giderek yükselmektedir. Bu elemanlar DİSK'te vev Türk—İş içindeki Sosyal Demokrat Sendikalar içinde örgütlenmişlerdir. Böylece MC bir yandan, üretim sürecinde bu sürecin gereği olarak işçilerin hemen yanı başında bulunan bilinçli kesimi, isci sınıftan koparıırken bir yandan da devrimci vev sosyal demokrat sendikaları nicel yönden zayıflatmayı amaçlamıştır.

2 — Grevin önemli bir araç olduğunu işçi sınıfımızın yiğit 16 Eylül direnişinde ve yıllardır süren grevlerde gören MC, grev hakkı bulunmayan işkollarında çalışan emekçileri işçi statüsüne geçirmiştir. Sağlık iş kolunda çalışanların hemen hemen tümünün işçi statüsüne geçirilmesinin en önemli nedenlerinden birisi de budur. Ayrıca işçi statüsüne geçen müstahdemlerin büyük çoğunluğu yine grev hakkı bulunmayan eğitim iş kolundadır. Şüphesiz bu iş kollarında örgütlü sendikaların ve derneklerin bu hakları alınmasında etkileri büyüktür.

3 — İşçi statüsüne geçenlerin sağlık iş kolunda yoğun olması, aynı zamanda Türk—İş'e bağlı AP eğilimli Sağlık—İş Sendikasını güçlendirmek içindir. MC bu kararlarla Türk—İş içinde Sosyal Demokratları zayıf düşürürken, sağ eğilimli sendikaların nicel hakımdan güçlenmelerini ve Türk—İş içinde etkin olmalarını sağlamayı da hedef gütmüştür. Nitekim, komisyon kararından sonra, işçilerin DİSK'e üye olduğunu gören MC iktidarı komisyon kararının Bakanlar Kurulunun çıkaracağı (Uygulama kararnamesi)'nden sonra uygulanacağını, bu nedenle sendikal faaliyetlerin yasak olduğunu duyurarak, işçilerin DİSK'e üye olmalarını engellemek istemiştir. MC sendikal faaliyetleri yasaklar-ken, bir yandan da sendikal faaliyetin en önemli parçası olan propaganda için, işgal altındaki TRT'nin ekranlarını, mikrofonlarını Türk—İş'e bağlı sağ eğilimli sendikalara tahsis etmiştir.

Fakat işçiler MC'nin bu oyununu bozmuşlardır. DİSK'e bağlı sendikalar binlerce üye kazanmışlardır. Bizim iş kolumuzda da işçilere 15 yıldır hemen hemen hiçbir ekonomik hak alamayan sağ eğilimli Sağlık—İş Sendikasına işçiler üye olmamışlardır. İşçiler DİSK'e bağlı Has—İş Sendikasına kitleler halinde üye olmuşlardır. İlk olarak Has—İş Sendikası ile Devrimci Sağlık—İş Sendikası birleşmiştir. Daha sonra Tüs—Der'e üye 35 000 sağlık emekçisi Has—İş'e üye olma kararı almıştır. En son olarak da Tüm—Sağlık—İş Sendikası da HAS—İŞ SENDİKASINA iltihak etmiştir. Has—İş bugün Türkiye'nin 67 ilinde örgütlü bulunan güçlü bir sendika haline gelmiştir.

Görüldüğü gibi son komisyon kararı amaçlıdır. Bu amaç sermayenin çıkarları doğrultusundadır. Genel olarak düşünüldüğünde sermaye, bu komisyon kararıyla dolaylı yoldan «Grev Hakkını» işçi sınıfının belirli bir kesiminin elinden geri almıştır. Sermayenin bu saldırısına karşı, işçi sınıfımız ve tüm çalışanlar mücadelelerini örgütlü ve dayanışma içinde vermek zorundadırlar.

Olarla yetinilmemeli, olması gerekene doğru adımlar hızlandırılmalıdır. Sağlık emekçileri tüm çalışanların Grevli Toplu Sözleşmeli Sendikal Hakları alma mücadelesine omuz verirken, diğer yandan da grev haklarına konan kısıtlamaların kaldırılması, dayanışma grevi ve genel grevin kısa zamanda yasalaşması için, tüm çalışanlarla birlikte verilen mücadeleye katılmalıdırlar.

Hekimlikte Sürekli Eğitim

Dr. Özen ARAT

GİRİŞ, TANIM, İLKELE

Tıp eğitiminin üç temel ilkesi eğitim, hizmet ve araştırmadır. Bu üç ilke, birbirinden ayrı olarak ele alınamaz. Eğitim ile hizmet arasında sürekli bir etkileşim ve değişken bir denge olması gerekir. Oysa yakın zamanlara değin, ileri sanayi ülkelerinde bile, tıp eğitimi ve sağlık alanındaki uygulamalar birbirinden kopuk olarak yürütülmüştür. Mezuniyet öncesi dönemde, eğitimin hizmet yönü aksatılmış, giderek tümüyle unutulmuştur. Mezuniyetten sonraki dönemde ise, hekimler hizmetin yoğunluğu ve diğer etkenler nedeniyle, eğitim ve araştırmaya olanak bulamamışlardır. Böylece tıp eğitimi, asıl amacı olan topluma en iyi sağlık hizmeti götürmek ilkesinden hizmet vereceği toplumdandan ve hizmeti götüren sağlık personelinin soyutlanmıştır.

Tıp bilimleri, sürekli bir değişme ve gelişme içindedirler. Biomedikal bilginin her sekiz-on yılda bir iki kat arttığı belirtilmektedir (1). Fakat tıp alanındaki yenilikler ve gelişmeler uygulamaya geçememekte, geniş halk kitlelerine verilen hizmet ile tıbbın verebileceği en iyi hizmet arasındaki çelişki büyümektedir. Bu duruma karşı her yerde toplumların daha iyi, daha yoğun, daha ucuz sağlık hizmeti istekleri yükselmektedir.

Tüm bu gelişmeler nedeniyle, son yirmi yıldır sağlık görevlilerinin sürekli eğitimi görüşü ortaya atılmıştır. Bu birikim sonucu sürekli eğitim kavramı son on yılda yeni boyutlara ulaşmıştır.

Hekimlerin sürekli eğitimine geçmeden önce, sağlık alanında çalışanların sürekli eğitimine bir bütün olarak değinmek gerekir. Eğitim bir bütündür, değişik süreçleri vardır, fakat bunlar birbirlerini tamamlayıcı, bir öncekini geliştirici, bilimsel yenilikleri yansıtıcı nitelikte olmalıdır. Bu nedenle tıpta sürekli eğitim kavramı mezuniyet öncesinden başlayarak yaşam boyu süren bir eğitimi içermektedir. Ayrıca tıp, bir ekip hizmeti olduğuna göre bu kavram yalnız hekimlerin değil, tüm sağlık personelinin hizmet öncesi, hizmet içi, ve görev başı eğitimini kapsamaktadır. Son amaç olan topluma en iyi sağlık hizmetini götüreceği sürekli hizmet ancak böyle bir uygulama ile gerçekleştirilebilir. Sürekli eğitim ve sürekli hizmet kavramı, hizmet verilen toplu-

mun da sürekli eğitimini içerir. Toplumun eğitimi sağlık örgütünün ve sağlık personelinin en önemli görevlerinden biridir. Karşılıklı etkileşim toplumun da onları eğitmesini ve böylece toplumun eğitime katkısını sağlar.

Bu bütünlüğü unutmaksızın, sağlık ekibindeki yönetici ve denetici işlevi nedeniyle hekimlerin sürekli eğitimi ayrıntılı olarak ele alınacaktır. Asıl konumuz, hekimlerin mezuniyet sonrası ve hizmet dönemindeki eğitimidir. Fakat mezuniyet sonrası sürekli eğitimin başarısının ön koşulu ve anahtarı mezuniyet öncesi tıp eğitimidir. Bu nedenle kısaca tıp eğitiminden, özellikle hizmete ve mezuniyet sonrası eğitime ilişkin yönlerinden söz edilecektir.

MEZUNİYET ÖNCESİ EĞİTİM

Son bes altı yıllık vavınlar gözden geçirildiğinde, mezuniyet öncesi tıp eğitimiyle ilgili tüm yayınlarda tıp eğitimiyle sağlık hizmeti arasındaki yakın bağ vurgulanmaktadır. Hizmetten ve toplumdan soyutlanmış eğitim anlayışı ve uygulaması artık şiddetle eleştirilmektedir. Eleştirilen durum az gelişmiş ülkeler için olduğu kadar, gelişmiş kapitalist ülkeler için de geçerlidir. Amerika ve Batı Avrupa'lı araştırmacılar ve yetkililer tıp merkezlerinin toplumsal sorunlara eğilmelerini, tıp eğitiminin toplum içine çıkıp hizmet götürmesini önermektedirler. Çünkü hekim kendi ülkesinin sağlık sorunlarına ve hizmete ancak böyle bir uygulamayla hazırlanabilir (2,3,4,5). Thomas Meyer adlı Amerikalı araştırmacı, bu konuda tıp fakültelerine düşen görevleri şöyle sıralamıştır (6) :

1) Toplumun gereksinmelerini karşılayacak beceri ve anlayışta mezunlar sağlanmalıdır. Bu temel, etkili bir sürekli eğitim programı için zorunludur.

2) Tıp Fakülteleri, mezunlarını, otuz-kırk yıllık hizmetleri sırasında, gerekli olan sürekli eğitim için hazırlamalıdır.

3) Değişikliklere kendini uyarlayabilecek hekimler yetiştirilmeli öğrencilere «kendi kendini eğitme» öğretilmelidir.

4) Tıp Fakültelerinin, toplumun sürekli eğitimi gibi bir sorumluluğu vardır.

Prywes ise eğitim, hizmet ve araştırma işlevlerini birleştiren bir tıp merkezinin kapsamını şöyle belirtmiştir (4) :

- 1) Eğitim, hizmet, araştırma,
- 2) Koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici tıp,
- 3) Tüm sağlık bilimleri fakülteleri,
- 4) Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim,

5) Hastane içinde ve toplum içinde örgülenmiş temel tıp bilimleri ve klinik tıp,

6) Yeni eğitim yöntemlerini ve uygulamalarını araştırıp değerlendirecek tıp eğitimi bölümü.

Konuyla ilgili olarak toplum sağlığı bölümlerine düşen görevler vurgulanmaktadır. Bu bölümlerin, tıp öğrencilerine toplumcu bir görüşle eğitim vermek yanında tüm öğretim üyelerini toplum gerçeklerine uygun eğitim konusunda eğitmek gibi sorumlulukları vardır (7).

Eğitmcilerin eğitimi başlı başına önemli bir konudur. Eğitim bir bilim dalıdır. Bu nedenle eğiticilerin eğitim konusunda ve toplum bilimleri konularında eğitilmesi önerilmektedir. İşverette öğretim üyesi olabilmek için eğitim sertifikası almak zorunluluğu vardır (5).

ABD ve Batı Avrupa ülkelerinde son yıllarda, tıp fakültelerinde genel pratisyenlik programları uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulamalar yaygın değildir, ancak bazı fakültelerde sürdürülmektedir. Böyle bir uygulamaya gerek duyulmasının iki nedeni vardır :

1) Tüm dünyada pratisyen oranının gittikçe azalması,

2) Genel tıp eğitiminin tıp öğrencilerini hizmete hazırlaması (8,9,10,11,12,13).

Az gelişmiş ülkelerde tıp fakülteleri ileri kapitalist ülkelerin sistemlerini benimsemislerdir. Leeson adlı İngiliz hekim az gelişmiş ülkelerdeki tıp eğitimini şöyle değerlendirmektedir (14) :

"Az gelişmiş ülkelerde tıp eğitimi neo-kolonyalizmin örneklerindedir. Bu ülkeler batı standardında tıp merkezleri kurmaya ve hekim yetiştirmeye özendirilmektedir. Böyle tıp merkezleri, gelişmiş ülkelerin tıp araç-gereç ve ilaç sanayisine iyi bir pazar olmakta, yetişen hekimler de gelişmiş ülkeler için ucuz hekim gücü kaynağı oluşturmaktadırlar."

Az gelişmiş ülkelerde tıp fakültelerinden kendi ülkesinin sağlık sorunlarından uzak, ülke gerçeklerine yabancı hekimler mezun olmaktadır. Sonuç olarak bu eğitimin tüm aksaklıkları hizmet dönemine yansımaktadır (15).

MEZUNİYET SONRASI EĞİTİM

Mezuniyet sonrası tıp eğitimi, hekimin mezuniyetten sonra uzmanlık ya da bir akademik derece için gördüğü eğitimidir. Bu eğitim sürekli eğitim kavramından farklıdır. Sürekli eğitimin geniş kapsamlı tanımına göre onun bir bölümünü oluşturur. Asıl sürekli eğitim kavramı ise hekimin hizmet dönemindeki eğitim anlamında kullanılır ve mezuniyet sonrası eğitimden farklıdır.

SÜREKLİ EĞİTİM

Daha önce de belirtildiği gibi, hekimlerin sürekli eğitimine karşı ilgi son on yıldır artmış, bu konuda çok sayıda inceleme, araştırma ve uygulama örnekleri yayınlanmıştır. Ancak bu konuda SSCB ve doğu Avrupa ülkeleri dışında yerleşmiş bir sistem yoktur. ABD ve Batı Avrupa ülkelerinde uygulamalar ön çalışmaları niteliğindedir. Sosyalist ülkelerde ise hekimlerin sürekli eğitimi devlet kontrolünde kuruluşlarca yönetilir.

Sürekli eğitim niçin gereklidir? Dünya sağlık örgütünün yayınlarında bu sorunun yanıtı şöyle açıklanmaktadır (16,17) :

1. Tıp bilimindeki hızlı ilerlemelerin günlük uygulamalara aktarılması, toplum sağlığı yönünden zorunludur. Amaç, toplum olanaklar ölçüsünde en iyi sağlık hizmetini götürmektir.

2. Tıbbın kapsamının her gün biraz daha genişlemesi mezuniyet öncesi dönemde bütün bilgilerin verilmesini olanaksız kılmaktadır. Bazı bilgilerin mezuniyetten sonra verilmesi gerekmektedir.

3. İnsan sağlığı ile ilgili hizmet veren tüm görevliler için öğrenilip unutulmuş bilgilerin belirli aralıklarla tazelenmesi bir zorunluluktur.

4. Amaç yalnızca yeni buluşları ve yanlış olduğu saptanan bilgi ve uygulamaları hekimlere aktarmak değildir. Aynı zamanda toplumun sağlık sorunlarını ve meslekte yapılan yanlışları sürekli olarak araştırarak bunlara çözüm bulmaktır.

Sürekli eğitim, hizmet veren tüm hekimleri, yani genel pratisyenleri, uzmanları, eğiticileri, öğretim üyelerini ve araştırmacıları kapsamına alır.

Amerikalı bir sağlık yetkilisi sürekli eğitimi şöyle tanımlamıştır: «Sürekli eğitim inançları, davranışları, sağlık görevlilerinin değer yargılarını ve sağlık örgütlerinin yapılarını değiştirmeyi amaçlayan bir eğitim stratejisidir. Ama bunların yeni teknolojiye ve toplumun değişen isteklerine uyarlanmasıdır». Sürekli eğitimin özelliklerini aynı yetkili şöyle belirtmiştir:

1. Sürekli eğitim değer yargıları, davranışlar ve ilişkiler ile ilgilidir.

2. İsteklere göre gerekli değişiklikler araştırılır.

3. Katılanlar deneyimlerini birbirlerine aktarırlar.

4. Gezici konsültanlar katkıda bulunurlar. (Değişiklik ajanı)

5. Konsültan ile hekimler arasında anlayış ve güven gelişmeli, aralarında ortak bir sosyal felsefe olmalıdır (6).

Sürekli eğitimde değişik eğitim yöntemleri uygulanmaktadır. (18). Fakat bu konuda klasik eğitimden kaçınmak, çağdaş eğitim ilkelerinden, yöntemlerinden yararlanmak gerekir. ABD'

nde yapılan bir araştırmada hekimlerin 2/3 oranında görme-duyma (odiyovizuel) yoluyla daha iyi öğrendikleri ya da uygulama yapmadan öğrenemedikleri saptanmıştır (6).

Değişik eğitim yöntem ve araçlarını şöyle sıralayabiliriz:

1) Dergi ve kitaplar: Sürekli eğitimde değerli olan yayınlar, tıptaki değişme ve gelişmeleri hekimlere duyurmak ya da unutulmuş bilgileri hatırlatmak amacıyla düzenlenenlerdir.

2) Programlanmış öğretim araçları: Soru - yanıt biçiminde hazırlanmış yayınlar ya da odiyovizuel araçlardır. Kişiye öğrenmek istediği konuda sorular sorulur ve verdiği yanıtları doğru yanıtla karşılaştırması sağlanır.

3) Görme - duymaya dayanan eğitim araçları: Teybe alınmış dersler, sesle senkronize slayt ve film şeritleri, kısa metrajlı film şeritleri, kısa metrajlı filimler gibi araçlardır.

4) Mesleki toplantılar: Kongre, konferans, vaka takdimi toplantıları, dergi kulüpleri, kurslar bu bölüme girer (5,18, 19).

Tüm bu yöntemlerin başarısı, sürekli eğitimin ilkelerine uygunluğuna bağlıdır.

Konuya genel olarak değindikten sonra, değişik ülkelerdeki uygulamalar gözden geçirilecektir.

DEĞİŞİK ÜLKELERDEKİ UYGULAMALAR

Az gelişmiş ülkeler

Mezuniyet öncesi tıp eğitimindeki aksaklıkların ışığında, az gelişmiş kapitalist ülkelerde sürekli eğitim uygulaması olmayacağı açıktır. Tıp fakültelerinden ülkesinin sağlık sorunlarını bilmeyen, ileri ülke standartlarına göre yetişmiş hekimler mezun olmakta, hizmet alanında karşılaştıkları güçlükler karşısında bocalamaktadırlar. Sağlık hizmetinin alınıp satılan bir ticaret metaı olması ve yetersiz tıp eğitimi, hekimlerin, talebin daha çok olduğu, uzmanlık dallarına ve kentlere yığılmasına neden olmaktadır. Küçümsenmeyecek bir oran ise, eğitimi gördükleri, ülkelere göçmektedirler. Dünya Sağlık Örgütünün yayınladığı bir incelemeye göre az gelişmiş ülkelere yetişmiş 140 bini aşkın hekim ileri sanayi ülkelerinde çalışmaktadır (20).

Sağlık konularındaki tüm uygulamalar ileri ülkelere göre olduğundan ve o ülkelere sürekli eğitim konusu deneme aşamasında olduğundan, ülkemizde ve diğer az gelişmiş ülkelere hizmet içi eğitim hekimlerin kişisel çabasına bırakılmıştır. Hekimlerin çoğu da böyle bir gereksinme duymamaktadır. Çünkü bildikleri kadarıyla yeterli kazanç sağlamaktadırlar. Özet olarak ülkemiz gibi az gelişmiş ülkelere uzmanlık eğitimi ve üniversitelerde ça-

İşanlar dışında hekimler için eğitim ve araştırma olanağı yoktur denebilir.

İleri Kapitalist Ülkeler

Bu ülkelerdeki uygulamalar az sayıda fakültenin yürüttüğü araştırma çalışmaları biçiminde sürdürülmektedir. Onaylanmış standart bir eğitim sistemi ve hekimler için bir zorunluluk yoktur. Bazı ülkelerde hekim birlikleri konuyla ilgilenmektedir. (Norveç, ABD). Bazı ülkelerde ise yalnızca sürekli eğitim için dernekler kurulmuştur. (Kanada, İngiltere)

Norvec: Norveç'te Tabibler Birliği pratisyen hekimlere özel ünvan verir. Pratisyen hekimin beş yıl içinde kırk bilimsel hastane toplantısına katılması, üç ay hastanede gözlemci olarak çalışması zorunludur. Bu gerekleri yerine getirmese ünvanı geri alınır (18).

İngiltere : İngiltere'de mezuniyet öncesi eğitim sırasında hekimleri ilk basamak hekimliğine hazırlamak amacıyla girişimler vardır. 22 fakültede pratisyen eğitimi kursları uygulanmaya başlanmıştır. (8). Mezuniyet sonrası sürekli eğitim konusunda verilemiş bir sistem yoktur. Fakat konuyla ilgili olarak kurulan bazı dernekler çalışmalar yapmaktadır. (18, 21, 22).

Almanya : Yakın zamanlara değin hekimlerin sürekli eğitimi konusu ele alınmamıştır. Ancak 1974 yılı sonunda genel pratisyenlerin eğitimi için 4 yıllık bir program hazırlanmıştır (23).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) : Hekimlerin sürekli eğitiminin diğer ileri ülkelere göre daha yaygın ve kapsamlı olarak ele alındığı ülke ABD'dir. Bir çok Amerikalı hekim, tıp eğitiminin toplum gereksinmelerine yönelik olmamasından, mezuniyet sonrası eğitimin ise belirli standart bir programı olmamasından, üniversitelerin bu konudaki ilgisizliklerinden yakınmaktadır. Değişik yayınlarda tüm sağlık hizmetleri gibi tıp eğitimi ve mezuniyetten sonraki eğitim de eleştirilmektedir (4, 15, 24, 25, 26).

ABD'inde uzmanlaşma eğiliminin artması sonucu pratisyen hekim gereksinmesinin karşılanması amacıyla genel pratisyenlik uzmanlığı konması ve sürekli eğitimin önemle ele alınması önerilmektedir. Bazı fakülteler pratisyenlik uzmanlığı için eğitim programları düzenlemişlerdir. (29, 30).

Başka bir uygulama üniversitelerle bölge hastaneleri arasında bilgi alış verişidir. Bu uygulamada üniversiteler bölge hastanelerine eğitim amacıyla öğretim üyeleri göndermektedir. Ayrıca bu hastanelerde görevli hekimler eğitim programları için üniversiteye giderler. Eğitim sırasında eski bilgiler gözden geçirilir ve yeni gelişmelerle ilgili bilgi verilir (31).

Bu uygulamalar ön çalışmalar niteliğinde olup değişik tıp fakültelerinin raporları olarak yayımlanmıştır. Eğitim programlarına, isteyen hekimler katılmaktadır. ABD'nde sürekli eğitim uygulamasının eleştirilen yönleri ülke çapında yaygın olmaması, standart ilke ve yöntemlerden yoksun olması, hekimin isteğine bırakılması, böylece bireysel isteğin toplumsal yarardan üstün tutulmuş olmasıdır.

Sosyalist Ülkeler

Sovyetler Birliği (SSCB) ve Doğu Avrupa ülkelerinde tüm sağlık hizmetleri devlete bağlı kuruluşlarca merkezi olarak yönetilir. (32). Bu ilke, sağlık alanında çalışanların sürekli eğitimi için de geçerlidir. Merkezi kontrol standart ilkelere dayanan programların tüm ülkeye eşit olarak uygulanmasını olanaklı kılar. Örgüte bağlı tüm kuruluşların ilişkisini, iletişimini sağlar (4). Sosyalist ülkeler uygulamasına örnek olarak SSCB'nde hekimlerin sürekli eğitimi incelenecektir.

Sovyetler Birliğinde Hekimlerin Sürekli Eğitimi:

SSCB'nde hekimlerin sürekli eğitiminin temeli mezuniyet öncesi dönemde atılmaktadır. Tüm tıp fakültelerinde standart eğitim programları uygulanır. Tıp öğrencileri öğrenimleri süresince, her yıl belirli bir süre toplum içinde çalışarak görev başı eğitim görürler (33, 34, 35).

Hekimlerin mezuniyet sonrası ileri eğitiminin ilkeleri devletçe şöyle saptanmıştır (17) :

1. Toplumsal Sorumluluk : Devlet hekimleri ve diğer tüm sağlık personelinin kuramsal bilgi düzeyi ve çalışma yeteneğinin ulusal önemi olduğunu onaylamıştır. Bu nedenle sağlık personelinin sürekli eğitimi toplumsal bir sorumluluk olarak ele alınmış, büyük bir örgütlenme yapılmıştır. Bu eğitimin tüm harcamaları devletçe karşılanır.

2. Bireyin sürekli gelişimi : Sağlık alanında çalışanların işlerinden hoşnut olması, işlerine karşı ilgilerinin sürekliliği için çaba harcanır.

3. Ulusal sağlık planlaması ile ilişki : Planlama, öngörüler, hizmetin gerçekleştirilebilmesi için gerekli insan gücünü sağlar. Kişinin seçtiği bölüm ve yeni iş kadroları göz önüne alınarak planlama yapılır.

4. Yaygınlık : Sağlık alanında çalışan herkese ileri tıp eğitimi uygulanır. Eğitim zorunludur. Kırsal bölgede çalışan sağlık personelinin üç yılda bir, kentsel bölgede çalışanların ise beş yılda bir eğitim kurslarına katılması gereklidir. Eğitimde olanlar

işlerinden ayrı kaldıkları sürece aylıklarını alırlar. Masraflar devletçe ödenir.

5. **Entegrasyon** : 13 ileri Tıp eğitimi Enstitüsü eğitimin örgütlenme yönünü yürütmektedir. Bu enstitüler birçok hastane ve sağlık kuruluşunu eğitim amacıyla bir araya getirir. Eğitim bölümleri karar eğitileceklerin seçimini örgütler.

6. **Örgütlenme** : Tıp eğitimi sürekli olmalı, mezuniyet öncesi eğitimle başlamalı, uzmanlaşma ile ilerlemeli ve yaşam boyu sistematik biçimde sürmelidir. Bu nedenle sürekli eğitimin planlama ve örgütlenmesi üzerinde önemle durulmaktadır.

SSCB'nde hekimlerin ileri eğitimleri, 13 ileri Tıp Enstitüsü ve tıp enstitülerindeki 14 ileri tıp eğitim fakültesi ve eczacılar için 3 ileri eğitim fakültesinde yürütülmektedir. Ayrıca ülke çapında, yaygın yöresel eğitim merkezleri vardır.

İleri Tıp Eğitimi Enstitüleri :

İleri tıp eğitimi merkez enstitüsü Moskova'dadır ve 1930 da kurulmuştur. Kıdemli sağlık personeli bu enstitüde eğitim görür. Enstitünün bölümleri ileri eğitim kursları için eğitim yöntemleri geliştirirler ve enstitünün araştırma çalışmaları, eğitim çalışmaları ile yakından ilişkilidir. Ayrıca tüm sağlık personeli çalıştıkları özel konular ile ilgili olarak enstitüye baş vurabilir.

Eğitim Biçimleri :

1 — İki bölümlü kurslar :

Moskova merkez enstitüsü iki bölümden oluşan bir eğitim uygulamaktadır. Kursun birinci bölümü mektupla eğitimdir. Bu bölüm, hekim görev yerindeyken uygulanır. Enstitü okunacak kitaplar ve ek yayımlar önerir. İlgili bölümü, eğitim gören hekime, ödevler gönderir. Kursun mektupla eğitim bölümünün süresi dört-altı aydır.

Bu çalışmaları bitiren kişi enstitüye giderek, enstitüde mektup bölümünde kapsanan konuların ışığında hazırlanan derslerin uygulamasına yöneliktir ve 4-6 hafta sürer.

2 — Ekstramural kurslar (çevrede düzenlenen kurslar) :

Ucuz bir eğitim biçimidir. Küçük bir gezici ekiple, yerel çalışma koşulları içinde eğitim yapılmaktadır. Bu eğitimin en etkili düzeyle olması, aşağıdaki koşullarla sağlanmaktadır :

I — En uygun süre bir aydır.

II — Gezici ekib yüksek deneyimi olan öğretmenlerce oluşturulmalıdır.

III — Konferans ve tartışma konuları seçilirken, tüm katılanların ilgisini çekecek konulara öncelik verilmelidir.

Klinik bölümlerin gezici ekipleri merkezin günlük çalışmaları-

rında da yer almaktadırlar. Ayrıca, bu kurslar, merkez enstitüsü ile sağlık kuruluşları arasında yakın ilişkiler ve işbirliği de sağlamaktadır. Kursların ek bir yararı da eğiticilerin, eğitilmesidir. Eğiticiler çevre hastanelerinin çalışma koşullarını görürler ve öğretim yetenek ve becerilerini geliştirirler.

3 — Uzmanlar için tam zamanlı kurslar :

Uzmanların, çalıştıkları işlerinden tümüyle ayrılıp enstitülerden birinde çalıştıkları ve eğitim gördükleri kurslar şeklindedir.

4 — Özel Eğitim Kursları :

Bazı konularda daha çok bilgi edinmek isteyen bir hekimin istediği bir enstitüde bireysel eğitim kursu almasıdır ve hekimler yararlanabilir.

5 — Aralık Kurslar :

Bu kurslar ileri eğitim enstitülerine yakın yerlerde çalışan hekimler için düzenlenir. Bu hekimler haftada 1-2 gün, enstitüde konferanslara katılırlar. Kliniklerde çalışabilirler ve aynı zamanda da işlerini de sürdürürler.

Bilgi Servisleri :

Bu servisler hekimlere yeni gelişmelerle ilgili bilgi vermek için kurulmuştur. Yayınlardan bilimsel özetler ve sistemli yayınlar yapar. Yabancı tıp dergilerinde yer alan yayımların aylık listelerini yayınlar. Ayrıca Sovyet Tıp Literatüründen özetler yayınlanır ve tüm yayınlar ülkedeki sağlık kuruluşlarının hepsine gönderilir.

Özel Gurupların İleri Eğitimi :

1 — **Tıp Eğitim Kadroları** : Tıp Enstitülerinin eğitim kadrolarının ileri eğitimi merkez ileri tıp eğitimi enstitüsünün önemli çalışmalarından biri durumuna gelmiştir.

Öğretim üyeleri eğitiminin üç biçimi vardır :

I — Genel hatırlatma (Refresher) eğitimi: Bu kurslar eğitimin genel düzeyini yükseltmeyi amaçlayan kurslardır.

II — Öğretim becerilerini geliştirici seminerler: Amaç eğitim yöntemlerini öğretmektir.

III — Yöntem sorunlarının incelenmesi konulu seminerler: Bu seminerlerde öğretim programları, konferans ve pratik derslerin yöntemleri tartışılır.

2 — **Toplum sağlığı yönetimi** kadroları: SSCB'nde Toplum Sağlığı Yönetimi bir uzmanlık dalıdır. Bu dalda ileri eğitim şu konuları kapsar :

I — Sosyal Bilimler

II — Toplum sağlığı hizmetlerinin kuramsal ve örgütsel ilkeleri

III — Koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin örgütlenmesi

IV — Sanitasyon ve epidemiyoloji çalışmalarının örgütlenmesi ve sağlık eğitiminin örgütlenmesi.

Merkez enstitüsü yalnız SSCB için değil diğer ülkelerin toplum sağlığı yöneticileri için de eğitim yapmaktadır. Örneğin: «Moskova-Dünya Sağlık Örgütü toplum sağlığı yöneticileri Uluslararası Kurslar»1 bu programlardan biridir (12,33,34,35).

TÜRKİYE'DE DURUM VE ÜLKE KOŞULLARINDA ÖNERİLER

Ülkemizde hekimlerin eğitimine yönelik girişimler, dergi ve kitaplar, kongre, konferans, seminerler ve az sayıda kurslardır. Fakat bunlar eğitimden çok sunucuların bilimsel erkini göstermek ya da kazanç sağlamak için düzenlendiğinden hekimlerin ilgisiz, çekmemekte, katılanlara da uygulanabilir yararlar sağlamamaktadır. Hekimler için eğitim ve araştırma olanakları ancak üniversitelerde vardır. Fakat bunlar toplumdaki soyutlanmış olarak yürütüldüğünden hizmete ilişkin etkinlikleri çok sınırlıdır. Hekimlerin sürekli eğitiminde, en yaygın olarak çalışan kesim ilaç şirketleridir denebilir.

Ülkemizde hekimlerin ve diğer sağlık personelinin eğitimi konusunda en önemli adım sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programıdır. Bu program sağlık hizmetleri ile sürekli eğitimin bir arada örgütlenmesini, düzenli hastane toplantılarını, sağlık ocaklarına uzman gezilerini öngörmüştür. Sosyalleştirilmiş bölgelerde hizmetin başarılı olarak yürütülmesini engelleyen etkenler, doğal olarak öngörülen eğitimi de engellemiştir. Sosyalleştirilmiş bölgelerdeki aksaklıklar birçok ayrı tartışma konusunu içerir ve konumuzun dışındadır.

Topluma etkili sağlık hizmeti götürülmesine ve sağlık sorunlarının çözümüne yönelik girişimler ve örgütlenme sürekli eğitimi de birlikte getirecektir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasaının gerekleri yerine getirilirse, yani programın ülke çapında yaygınlığı ve sosyalleştirilmiş bölgelerde uygulanmasının gerekli koşulları sağlanırsa, ülke çapında yaygın sürekli eğitimin koşulları da hazırlanmış olur.

Böyle bir örgütlenme içinde sürekli eğitim nasıl olmalıdır? Bu soru Dünya Sağlık Örgütü Sürekli Eğitim Ekspertler Komitesinin şu önerileri ile yanıtlanabilir (16):

- 1) Ulusal bir merkez kurulması,
- 2) Ulusal bir plan hazırlanması,

3) Personel yetiştirilmesi,

4) Araç gereç geliştirilmesi,

5) Hizmetin etkinliğini sürekli olarak değerlendirme.

Eğitim planlarının hazırlanmasında üç aşama vardır :

1) Eğitim amaçlarının saptanması ve tanımlanması,

2) Eğitim uygulamasının seçimi ve örgütlenmesi,

3) Eğitim sonuçlarının değerlendirilmesi (36).

Ülkemizde hekimlerin sürekli eğitiminin planlanması bu önerilerin ışığında yapılmalıdır. Önce bu planlamayı gerçekleştirmek ve uygulamak üzere bir merkez kurulmalıdır. Bu merkez Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığında oluşturulabilir. Doğal olarak bu, hekimlerin sürekli eğitiminin devlet politikası olarak benimsenmesini gerektirir. Hekimlerin sürekli eğitimi sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Tüm sağlık hizmetleri gibi hekimlerin eğitimi de devlet kontrolünde ve sorumluluğunda yürütülmesi gereken bir hizmettir. Çünkü hekimin topluma en iyi hizmeti verebilmesi ancak sürekli eğitimle sağlanabilir.

Hekimlerin sürekli eğitiminin ön koşullarından ilki: Toplum yararına bir sağlık hizmeti örgütlenmesidir. İkinci koşul ise, topluma yönelik tıp eğitimidir. Toplumsal bir yaklaşımla ele alınmamış tıp eğitimi, sürekli eğitimin başarısını büyük ölçüde kısıtlar. Sürekli eğitimin durumunu ve başarısını, bu koşullar belirler. Bu nedenle sürekli eğitim için öneriler tartışılırken, bu koşulların sağlanmasıyla ilgili girişimlerin de birlikte ele alınması gerektiğini unutmamak gerekir.

Ülke çapında yaygın bir sürekli hekim eğitimi planlamasında ilk adım eğitim amaçlarının saptanmasıdır. Bunu gerçekleştirmek için kurulacak merkez, topluma yönelik hizmetin ilkelerini benimsemiş ve deneyimi olan uzmanlardan, tıp fakülteleri temsilcilerinden (Öğretim üyeleri ve asistanlar), hekim ve diğer sağlık personeli örgütlerinin temsilcilerinden (Tabip Odaları gibi), toplum içinde çalışmakta olan hekimlerden oluşmalıdır.

Eğitim amaçlarının saptanmasında hekimlerin görüşleri, toplumun sağlık durumu, gereksinimleri, sosyal - kültürel özellikleri göz önüne alınmalıdır. Amaçlar durum saptayan araştırmalara dayanarak geliştirilmelidir. Amaçlar ölçülebilir olmalı, eğitimin sağlanması beklenen bilgi, beceri ve davranışları belirlemelidir.

Planlamada ikinci adım eğitim programlarının yapılması, uygulama biçiminin seçimi ve örgütlenmesidir. Üçüncü aşama ise, eğitimin değerlendirilmesidir. Değerlendirme saptanan amaç-

ların ne kadar gerçekleştirildiğinin ölçülmesidir. Eğitim görenlerin bilgi, beceri ve davranışlarından olumlu yönde değişiklikleri saptayan ölçütlere dayanmalıdır.

Eğitim planlamasına genel olarak değindikten sonra, ülkemiz koşullarında bu aşamalarla ilgili somut öneriler şöyle özetlenebilir:

Hekimlerin sürekli eğitiminin temel amacı topluma daha iyi hizmet vermek, hizmetin niteliğini sürekli geliştirmek ve toplumu eğitmek olmalıdır. Bu temel amaca varabilmek için hekimlerin bu amacı benimsemesi gerekir. (Kuşkusuz, bu amaca varabilmenin tek koşulu hekimlerin sürekli eğitimi değildir. Bu amacın gerçekleştirilebilmesi, ilgili birçok sorunun çözümüne yönelik girişimleri içerir.) Hekimlerin eğitiminin amacı, onlara toplumun geniş kesimlerine yönelik hizmetin ilkelerini benimsetmek, bilgi, beceri ve davranışlarını olumlu yönde değiştirmek ve sürekli geliştirmektir.

Eğitimin uygulama aşamasının iki yönü örgütlenme ve programlamadır. Eğitim programları amaçlara göre planlanmalıdır. Programların saptanmasında deneyimi olanların ve hizmet içinde olan hekimlerin istekleri, ve gereksinimleri göz önüne alınmalı, bunların ışığında değişik hekim kesimlerine (Pratisyen hekim, uzmanlar, eğiticiler) özel, fakat her kesim için standart programlar hazırlanmalıdır. Eğitimde eşitlik ve yaygınlık sağlanmalı, bunun sağlanabilmesi için yaptırımlar konmalıdır.

Eğitim uygulamanın etkin olabilmesi için ülke çapında örgütlenme gerekir. Bu konuda üniversitelere önemli görevler düşer. Üniversitelerde sürekli eğitim fakülteleri, tıp fakültelerinde sürekli eğitim bölümleri kurulması gerekir. Bu fakülte ve bölümler, ulusal merkezle işbirliği içinde ve onun denetiminde eğitimin tüm aşamalarında (Planlama, programlama, uygulama, değerlendirme) görev almalıdırlar. Ayrıca yerel hastanelerde o bölgedeki hekimlerin eğitimi için merkezler oluşturulabilir.

Uygulamanın değişik yönleri vardır. Her yönüyle ayrıntılı olarak ele alınması gerekir. İlke olarak benimsenmesi gereken bazı konular şunlardır:

1 — Sürekli eğitim, tüm hekimleri kapsamalıdır. Yani yalnız pratisyen hekimler için değil, tüm uzmanlar, öğretim görevlileri, araştırmacı hekimler için hizmet içi eğitim zorunlu olmalıdır. (Konu dışı olduğu için değinilmeyen bir başka konu hekimler dışındaki sağlık personelinin sürekli eğitimidir. Aslında her

gurup sağlık personeli için sürekli eğitim planlaması zorunludur.)

2 — Hekimlerin sürekli eğitimini gerçekleştirmek için eğitilmiş personele gerek vardır. Eğitici yetiştirilmesi gerekir.

3 — Eğitim programlarında kuramsal ve uygulamalı yönere eşit önem verilmelidir. Kuramsal bilginin hizmet için gerekli olan konu ve yönlerine ağırlık verilmeli, gereksiz ayrıntılardan kaçınılmalıdır.

4 — Eğiticilerin ülkemiz gerçeklerini, çalışma koşullarını bilmesi, toplumla ve toplum içinde çalışanlarla sürekli ilişki içinde olması, eğitimi buna göre düzenlemeleri gereklidir.

5 — Tıp yalnız biyolojik değil aynı zamanda toplumsal bir bilim olduğundan toplum bilimleri konuları da eğitimde yer almaktadır.

Eğitim uygulaması, eğitim bölümleri olan hastanelerde yapılabileceği gibi, eğiticilerin hekimin çalışma yerinde, çalışma koşulları içinde görev başı eğitimi biçiminde de olabilir.

Eğitim merkezi ve sürekli eğitim bölümleri tüm hekimlere, hizmete katkısı olabilecek nitelikte yayınlar sağlamalı, bu amaçla yönelik örgütlenme yapılmalıdır.

Son aşama olan değerlendirme, eğitimin sağladığı bilgi, beceri ve davranış değişikliklerini saptamaya yönelik olmalıdır. Bunların her biri ayrı olarak değerlendirilmeli, her biri eğitimden önce ve sonra saptanarak eğitimin etkinliği ölçülmelidir. Ayrıca eğitimi görenlerin istekleri, eleştiri ve önerileri saptanmalıdır. Bunların hepsinden eğitimin etkinliğinin sınılanması ve programların geliştirilmesi için yararlanılmalı, gerekli değişiklikler yapılmalıdır. Sonuçlar, eğiticilere de yön vermelidir.

KAYNAKLAR

1. Garrard J., Weber R. G. : Comparison of Three and Four-Year Medical School Graduates. The Journal of Medical Education, 49: 547—553, 1974
2. Pauli, H.G. : Undergraduate Medical Education and Health Care. The Journal of Medical Education, 48: 51—56, 1973.
3. Portos, J. L. : Medical Education Reform in France. Ibid : 57—59, 1973.
4. Prywes, M. : Medical Education - Comparative International Characteristics. Ibid : 11—27, 1973.

5. Zinai, M. : Medical Education in Developing Countries
6. Meyer, T. C. : Toward a Continuum in Medical Education. The Journal of Medical Education, 48 : 76—70, 1973
7. Preparation of the Physician for General Practice. WHO Public Health Papers No: 20, Geneva, 1963.
8. Barber, J. H. : A Teaching Course in General Practice. The British Journal of Medical Education, 7 : 165—173, 1973.
9. Barber J. N., Haroldsson, E. T. : Development and Evaluation of Teaching Course in General Practice. Ibid : 9 : 42—48, 1975.
10. Harvey, E. : The Vanishing Practitioner. The British Journal of Medical Education, 48 : 718—724, 1973.
11. Kaplan D., Plotz, C. : A Controlled Analysis of Medical Students in a Family Practice Program. The Journal of Medical Education, 49 : 154—157, 1974.
12. Radford, A. : The Use of Allied Health Workers by General Practitioners in Various Situations. The Medical Journal of Australia, 2 : 860—862, 1973.
13. Vandervoort, H. E., Ransom, D. C. : Undergraduate Education in Family Medicine. The Journal of Medical Education, 48 : 158—165, 1973.
14. Leeson, J. : Social Science Health Policy in Preindustrial Society. International Journal of Health Services, 4 (3) : 437, 1974.
15. Fry, J. : Medical Care Systems - Comparative International Characteristics. The Journal of Medical Education, 48 : 31—35, 1973.
16. Continuing Medical Education for Physicians. WHO Tech. Rep. Ser. No : 534, 1973.
17. Post Graduate Education for Medical Personnel in the USSR. WHO Public Health Papers No : 39, Geneva, 1970.
18. Fişek N. H. : Hekimlikte Sürekli Eğitim. Türkiye Tıp Akademisi Mecmuası, 10 : 9—27, 1976.
19. Wart, A. : A Problem - Solving Oral Examination for Family Medicine. The Journal of Medical Education, 49 : 673—680, 1974.
20. Cumhuriyet Gazetesi, 22 Ocak 1976.
21. Aitken, J. M. : Training for General Practice. The British Medical Journal, 2 : 275—276, 1974.
22. Horder, J. : Discussion on Vocational Training in General Practice. Practitioner, 210 : 685—689, 1973.
23. Livesey, P. G. : Medicine in Germany. Practitioner, 213 : 851—857, 1974.
24. Dickson, R. G. : Graduate Education of the Physician : Are We Meeting the Country's Needs? Bulletin of the New York Academy of Medicine, 50 (11) : 1181—1185, 1974.
25. Haynes, H. M. : Influence of Social Background in Medical Education. The Journal of Medical Education, 48 : 45—58, 1973.
26. Krevans, J. K. : Post doctoral Education. The Journal of Medical Education, 48 : 60—64, 1973.
27. Lauria, D., Kidwell, A. P. : Letters to the Editor, Primary Physicians and Internist - Pediatricians. Ibid : 1038—1039, 1973.
28. Luckey, E.H. : Symposium on the Changing Scene in Graduate Medical Education. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 50 : 1173—1180, 1974.
29. Vuturo, A.F. : Career Choice Variability in a University Based Family Medicine Program, The Journal of Medical Education, 49 : 698—700, 1974.
30. Taylor, J. M., Johnson, K. G. : A Residency Program in Primary Medical Care the Physician as Provider Manager. The Journal of Medical Education, 48 : 654—660, 1973.
31. Rubenstein, E. : Continuing Medical Education at Stanford. The Back to Medical School Program, Ibid : 911—918, 1973.
32. Popov, G. A. : Principles of Health Planning in the USSR. Who, Geneva, 1971.
33. Butrov, V. N. : The Education of Medical Personnel in the USSR. American Journal of Public Health, 64: 149—154, 1974.
34. Miller, J. E., Faye, G. : The Soviet Health System, New England Journal of Medicine, 286 : 693—702, 1972.
35. Cooper, J. A. D. : Education for the Health Professions in the Soviet Union. The Journal of Medical Education, 46 : 412—418, 1971.
36. Post graduate Education in Public Health WHO Tech. Rep. Ser. 1973.

**Üretime Yönelik
Sürekli
Sağlık Eğitimi**

Sürekli Eğitim Üzerine

Dr. Ali MENTEŞ

İzmir Tabip Odası / Eğitim Bürosu Üyesi

Yüzyılın hemen başında bir Fransız hekimi, «19. cu yüzyıl bize sadeliğin, kesinliğin ve bilginin hüküm sürdüğü bir devre gibi görünüyor. Buna karşılık yirminci yüzyıl bir karmaşıklık, bir tereddüt, daimi oynaklık, bulanıklık ve olasılıklar içinde bocalama devri olarak beliriyor» demişti. Bu yorum belirli ölçüde tutucu bir felsefeyi de içermekle birlikte çağdaş tıp biliminin açık bir değerlendirilmesi, hekimlerin mesleksel çalışmalarına ışık tutan bir deyiş niteliğindedir.

Çteden beri tıp biliminin sürekli değişken güncelliği ve bunun belirli merkezlerde bile izlenme zorluğu nedeni ile, alan uygulaması yapmakta olan hekimlerin kuramsal planda geri kalmaları ve bunun kılğısal planda ortaya çıkardığı sonuçlar belirtilmekte, ancak çözüme gitme yönünde kalıcı çalışma yapılmamaktadır. Bu çözümün temel taşlarından olasılıkla en önemlisini sürekli eğitim oluşturmaktadır.

Sürekli eğitim hekimlerin mezuniyet sonrası (ve öncesi) eğitimlerini tamamladıktan sonra görgü ve bilgilerini sürekli, bir amaca yönelik ve plânlı olarak arttırmaları sürecidir. Burada amaç yalnızca hekimlikteki son gelişmeleri üyelere iletmek değil, bu yolla doğrudan doğruya, topluma yöneltilen sağıtıcı (tedavi edici) hizmetleri halk yararına düzenlemek için gerekli bilgi eksikliklerini sürekli olarak tamamlamaktır.

Bu yazının amacı, bu yönde örgütlenme ve planlama için bir taslâm oluşturmaktır.

Uygulama içinde çağdaş (ya da güncel) gelişmeleri izleyemeyen hekimlerin bu katkılardan yararlanırl duruma gelmeleri için ilk adımda, bu hizmeti sağlayacak bir örgütün gerekliliği tartışılmaz bir açıklıktadır.

Bireysel ilişkiler dışında bu hedefe yönelik iki temel uygulamadan söz edilebilir. Bunlardan bir tanesi genel tıp ve ayrı ayrı her uzmanlık dalında bir meslek örgütü kurmak, bu topluluğa üye kaydetmek ve bu üyeleri topluluğun kurs programlarından etkin bir şekilde sorumlu tutmaktır. Ancak günümüzde Türk Tabipler Birliği olsun, yerel tabip odaları olsun, mesleksel örgütlerin pratik etkinliklerinin sınırlı olması, bu yolu yurdumuz için geçersiz kılmakta, gerçekleşebilmesi için uzun dönemde ciddi çalışmalar öngörmektedir.

İkincisi Üniversitelerde ya da belirli özel konularda uzmanlaşmış sayılabilecek kurumlarda belirli aralarla, sınırlanmış ve önceden saptanmış konularda değişken sürelerde seminer, kurs, konferans ve forumlar düzenleyerek bunlara katılmayı sağlamaktır. Bu yol ülkemizde yakın zamanda uygulanabilecek en önemli seçenek olarak gözükmektedir.

Bu toplantılara katılmış olmak ya da böyle bir topluluğun üyesi olmuş bulunmak, üyenin herhangi bir alanda uzman olarak eğitildiği anlamına gelmeyecek olmakla birlikte, daha ileri eğitimden sonra bu konuda uzmanlaşmak için uygun eğitim almaya başladığını gösterecektir. Böyle bir ilke ile, katılanların kursu başlangıçta şu ya da bu şekilde aldatici bir araç olarak kullanmalarını bir ölçüde engellenebilecek, bunu meslek hayatlarında bir aşama olarak kullanabilmeleri için eğitimi sürdürmelerini sağlayabilecektir.

Bu tasarının yönetsel işlerini yürütmek için öncelikle bir yürütme kuruluna gereksinim vardır. Bürokrasi ve «atıl gücü» teşvik etmemek için çok çok iki üç kişi ile sınırlandırılması gereken bu kurulda programın sorumluluğunu taşıyan bir yönetici olacaktır. Önceden saptanacak ilke ve kriterler içinde eğitimin şu ya da bu yolla yürütülmesi, artık bu yürütme kuruluna ve özellikle yöneticiye kalmıştır. Gerek hangi programın ne zaman, ne şekilde yürütüleceğini saptamak, gerekse diğer çalışmalar bu kişinin görev sorumluluğunun kapsamındadır.

Buna benzer sürekli eğitim programları çeşitli uluslarda uygulanmakta olup, değişik sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Akla ilk gelen soru programa gerek kayıt, gerek devam açısından katılmanın ne oranda olacağıdır. Bu, sınama yanılmaları da önemini göstermiştir. Bunun dışında çok önemli bir sorun programa katılacak hekimlerin bilgi açıklarının saptanmasıdır. Bu gerçekleştirmeksizin tam anlamı ile sonuca varıcı uygulama yapmak olası değildir. Yanısıra tıp eğitimindeki aksaklıklar ve ortam; karşılaşılan zorluklar arasında sayılmıştır. Göz önünde tutulması gereken bir diğer özellik öğretilenin, öğrenenin çalışma koşullarına uygulanabilir olmasıdır. Program öğrenenin ilgisini çekmeyen bir konuda ise emek boşuna harcanmış olacaktır.

Bu tür bir eğitim programı çoğunlukla bir hastane ya da sağlık kurumunda çalışan meslekdaşlara uygulandığından dikkat isteyen temel nokta eğitimi bu kişilerin günlük çalışmalarını aksatmadan sürdürebilmektir. Bu amaçla bazı düzenlemeler uygulanmıştır. Örneğin; konunun gerektirdiği uzunlukta bir sürede her hafta yarım günlük kurslar yöneterek, çalışan bir doktorun

haftanın bir günü bir kaç saatliğine eğitim programına katılması sağlanabilir.

Bütün kolaylıklara karşın yapılan istatistikler, bu programlara katılanların sadece % 25 inin sürekli devam ettiklerini ortaya çıkarmıştır. Kitle ile ilişkinin nasıl sürdürülebileceği bunu, bir ek sorun olarak tamamlamaktadır. Yine bu konuda şimdiye kadar bulunan en başarılı yol, nispeten geniş hastanelerde sürekli eğitim merkezleri açmak olmuştur. Buralarda görevli ve yaptığı iş karşılığında sembolik bir ücret («memorandum») alan sorumlunun başkanlığında adeta bir kulüp kurulmaktadır. Bir kütüphane konferans salonu, oturma odası her hafta belirli zamanlarda yemekli bir toplantı düzenleyen ve bundan sonraki tartışmalı konferansları ya da bir dizi vaka takdimini izleyen doktorların okuma, tartışma ve eğitimine hizmet etmektedir. Bu yöntemin zaten bir yemek molası vereceği düşünülen pratisyen ya da uzman hekimin ilgisini daha çok çektiğinin saptandığı söylenmektedir.

Yine bir başka uygulamada bütün doktorlara her 4 ayda bir o dönemdeki bütün aktiviteleri içeren bir bülten yollanmakta, ayrıca belirli bir konu saptanıp bölge doktorlarının bu konuda yazı yazmaları ile onlarla aynı zamanda yazılı ilişki de kurulmuş olmaktadır. Bu sistemin başarı ilişkin veri yoktur.

Cörüldüğü gibi, ülkemizde son yıllarda gündeme gelmekte olan mezuniyet sonrası sürekli eğitim sorunu, uluslararası düzeyde bazı sonuçlara varacak kadar geniş bir süredir uygulanagelmektedir. Toplumsal koşullar ve üretim ilişkileri ne boyutta olursa olsun, temel olarak aynı olan bir sorunun farklı ülkelerdeki uygulamalarının sonuçları kolaylıkla yabana atılabilecek gibi değildir. Ülkemizde kurulacak eş amaçlı bir organ için planlamada bu sonuçların ve ilişkin verilerin göz önünde bulundurulması hem bilimsel açıdan zorunlu, hem de eş kuruluşların «çocukluk hastalıklarının» tanı ve tedavisinde bir kolaylıktır.

KAYNAKLAR

- FİŞEK N. H., Hekimlikte Sürekli Eğitim, T. T. Ak. Mec., 10:4, 9, 1976
PURCELL E., (Ed.), World Trends in Medical Education, The Johns Hopkins Press, Baltimore and London, 1971, 207
LERICHE R., Şiirünin Felsefesi (çev.), Ankara, 1965

Bilimde, Eğitimde ve Özellikle Temel Tıp Eğitiminde Bütünleşme (İntegrasyon) Düşüncesi

Dr. Ferit PEHLİVAN

Ank. Üni. Tıp Fak. Medikal
Fizik Kürsüsü

Eğitimde, özellikle tıp eğitiminde bütünleşme (integrasyon) düşüncesine nasıl ulaşıldığını anlamak için, yüzyılımızın ortalarında bilim ve teknolojiadaki önemli bir niteliksel değişim sürecini incelemek yararlı olacaktır. Bu niteliksel değişim sürecini incelenmesi sorumuza bir çözüm getireceği gibi, çağdaş bilimsel tavrın nasıl olması gerektiğine de ışık tutacaktır.

Zamanın bir yönde ve ileriye doğru akışı içinde, insanların bilimsel bilgi düzeyleri ile bilim sonuçlarının teknolojik uygulamaları ve toplumsal yaşantı düzeyi arasında, sürekli, gelişimsel bir ilişki vardır. Bunların birindeki niteliksel bir değişiklik, bir evre farkı ile de olsa, diğer alanlarda da niteliksel değişimlere yol açmaktadır. Niteliksel değişimlerin birbirini nasıl etkilediğini görmek için, orta çağa kadar gitmekte yarar vardır. Teknolojideki niteliksel değişimler daha somut olduğu için, iki önemli değişim sürecine I. ve II. Sanayi Devrimleri olarak ad takılmıştır.

I. SANAYİ DEVRİMİ VE BİLİMDE ÖZELLEŞMELER SÜRECİ .

Ortaçağın sonlarına dek insanlığın madde ve maddenin hareket biçimlerini yöneten yasalar hakkındaki bilgisi oldukça sınırlı olduğundan, tek bir beyin bu bilgilerin tümüne sahip olma yetisinde idi. Böylesine sınırlı bir bilgi düzeyine karşılık teknolojik ürünler ise, ancak bir insanın veya hayvanın kas gücünü işe dönüştürmede verimi artırıcı türden basit el araçları ve makinelerdi. Örneğin, hem kuramcı, hem uygulayıcı ve hatta hem de sanatçı yanları ile çok değişik alanlarda verdikleri yapıtları günümüze kadar ulaşan Leonardo da Vinci, Hermann Helmholtz gibi nice seçkin insan biliyoruz. Bu bilimsel

bilgi ve teknoloji düzeyine karşılık, toplumsal yaşantı düzeyi toprağa bağlı feodal toplum düzeni idi.

Bilimsel bilgide rönesansla birlikte başlayan birikimler, 18. yüzyılda niteliksel değişimlere dönüştü. Bilimsel bilgi artık bir tek beynin kapsayabileceği sınırların dışına çıkmıştı. Madde- nin farklı hareket biçimlerini inceleyen bilim dalları astronomi, mekanik, fizik, kimya, biyoloji, adları altında birbirinden ayrılı- yorlardı.

Mekanik ve ısı bilgilerindeki gelişmeler, teknolojiye buhar makinesinin bulunuşunu olanaklı kılıyor ve teknolojiye bu ni- teliksel değişim, sonraları, I. Sanayi Devrimi diye adlandırılıyor- du. Buhar makinesinin bulunuşu niteliksel bir değişimdi, çünkü o zar ana kadar birkaç insan veya hayvan gücünde etkinliği olabilen basit makinelerin yerini insan veya hayvan gücünün çok üstündeki bir makina alıyordu. Bilimsel bilgi ve teknolojiye- ki bu değişimler toplumsal yaşantıyı da etkiliyor, küçük el sa- natlarının yerini büyük sanayi merkezleri almaya başlıyor, kentleşmeyi zorunlu kılıyordu. Feodal toplumun yerini kapita- list toplum biçimi alıyordu.

Bilimlerdeki özelleşme süreci içinde, örneğin biyoloji ve tıp bilimleri, başarılı olabilmek için canlılık olayını atomik büyük- lüklere ve kısmi süreçlerle çözmeye, ve canlılığı bu süreçlerin bayağı bir toplamı olarak açıklamaya çalışmıştır. Benzer şe- kilde psikoloji bireylerin davranışlarını duyumların bayağı bir toplamı, sosyal bilimlerde sosyal olayları bireysel özelliklerin bayağı bir toplamı olarak anlamaya çalışmıştır. Bu anlayış için- de öğelerin biraraya gelerek bir bütünü (sistemi) oluşturmala- rında öğeler arasında yeni türden etkileşimlerin ortaya çık- a- bileceği gerçeği gözden uzak kalmıştır.

Maddenin bir hareket biçimi daha alt hareket biçimlerine ayrıştırıldıkça yeni bilim dalları ortaya çıkmıştır. Bilimsel bil- ginin üretimi ve eğitimini üstlenmiş olan üniversitelerde, bu özelleşmeye paralel olarak kürsü sistemi gelişmiş ve kurumlaş- mıştır.

19. yüzyıl, bilimsel bilgi, teknik ve toplumsal yaşantıda ni- cel birikimlerle geçerken, bu birikimler 20. yüzyılda yeni ni- teliksel değişimleri zorunlu kılıyordu. Bilim ve teknolojiye önem- li niteliksel değişimler olurken, toplumsal yaşantıda kapitalist toplum biçiminden sosyalist toplum biçimine dönüşüyordu. Bi- limsel bilgi ve teknik uygulamalardaki bu yeni niteliksel de-ğişimleri, biraz daha yakından inceleyelim.

II. SANAYİ DEVRİMİ VE BİLİMSEL BİLGİNİN BÜTÜN- LEŞTİRİLMESİ (İNTEGRASYONU)

18. yüzyılda beş-altı tane olan bilim dalı sayısı, yirminci yüzyıl ortalarına kadar öylesine çok sayıda alt disiplinlere ay- rılmış ve ayrılmaktadır ki, artık bilim dallarının sayısını say- mak bile olanaksız bir duruma gelmiştir. Örneğin bir ansiklo- pedide, yalnızca eski Yunan veya Latince bir köküm ardına -loji (Logy, logos) eklenerek oluşturulan ve yaygın olarak kul- lanılmakta olan (antropoloji, astroloji, biyoloji, vb.). 386 bilim dalı adı sıralanmaktadır (1). Ansiklopedoloji dışındaki son ek- lerle türetilen (astronomi, mekanik, fizik, akustik, kimya, ana- tomi, vb.) bilim dallarını bu sıralamanın içine sokmamıştır. Başlangıçta salt beyin sığamızın sınırlılığından ötürü zorlan- mış olan bu bölümler, bilim dallarının birbirinden tama- men bağımsız ve farklı gerçeklere dayalı olduğu yanlış görünü- münü uyandırır olmuştur. Halbuki bütün bilim dallarının tek konusu madde ve onun hareket biçimleridir. Özelleşme sonucu farklı bilim dalları içinde bulunan araştırmacılar kendi özel dünyalarını öylesine bir kılıfla çevirmişlerdir ki, birinin dilini diğeri anlamaz duruma düşmüştür. Özelleşmenin getirdiği so- runlara iki ayrı yönden bakmak ve birbirlerini tamamlayıcı iki çözümün nasıl saptandığını görmek anlamlı olacaktır.

1. Maddenin hareket biçimleri oldukça karmaşıktır. Belirli özelliklerle ortaya çıkan bir doğa parçasının (sistemin) hare- ket biçimleri ve işlevsel özellikleri çok sayıda bilim dalına konu olabilmektedir. Örneğin, bir canlı hücrelerini ele aldığımızda, bu doğa parçası, yapısal ve işlevsel özellikleri bakımından, biyo- loji, biyokimya, fizyoloji, sitoloji, biyo fizik, vb. çok sayıda bi- lim dalının inceleme alanıdır. Ancak farklı bilim dalları bu doğal sistemi kendi «özel dünyalarının» geleneksel yöntem- leri ile kavramaya çalışma ve yorumlama eğilimindedir- ler. Her bilim dalı bu doğal sistemin hareket biçimlerin- den veya işlevsel özelliklerinden yalnızca birine ağırlık verdiğin- den, sistemin diğer hareket biçimleri arasındaki ilişkileri, etkileş- meleri önemsemediğinden, sistemin davranışını betimlerken bir tamlığa ulaşamamaktadır.

Özelleşmenin getirdiği bu soruna şöyle bir çözüm bulun- muştur. Hareket biçimleri karmaşık olan bir sistem, değişik bi- lim dallarının disiplinlerini kazanmış kişilerin bir araya gelmesi ile incelenmelidir. Böyle bir etkinliğe girebilmek için asgari bir kavram ve dil birliği olmalıdır.

2. Bazı doğa parçaları (sistemler), yapısal özellikleri bir-birinden tamamen farklı niteliklerde olduğu halde, işlevsel bakımdan benzerlik göstermektedir. Bu nedenle farklı bilim dallarında benzer problemlerle, yasalarla, ilkelerle ve modellerle karşılaşmaktadır. Ancak kendilerini özel dünyaları içine hapsetmiş bir alandaki araştırmacılar, daha gelişmiş bir alandaki kuramsal (teorik) yapıdan habersiz olduklarından, farklı alanlarda benzer ilkelerin yeniden keşfedildiği görülmektedir. Halbuki, farklı yapılarıdaki doğa parçalarının hareket biçimlerini yöneten yasalar, benzer kavramlarla anlatılabilir ve bu benzer kavramlar, bir çok bilim dalı tarafından ortaklaşa kullanılabilir şekilde genelleştirilebilir.

İki grup altında toplamaya çalıştığımız bu sorunlar, yirminci yüzyılın tam ortalarında bilimsel etkinliği yeni bir niteliksel değişime uğrattı, ayrılan bilim dalları bir başka düzeyde yeniden bütünleştiriliyordu. Doğal sistemleri incelemek üzere farklı bilim dalları ortaklaşa etkinliğe girerlerken, bir yandan da bilimin birliği amacınayönelik genel disiplinler doğuyordu.

Örneğin biyolojiyi ele aldığımızda, artık yalıtılmış öğelerin ve süreçlerin incelenmesi ile yetinilmeyip, canlıyı oluşturan öğelerin karşılıklı etkileşimlerinin canlılık özelliklerinin oluşmasındaki rolü de dikkate alınmaktadır. Canlıyı oluşturan öğelerin özellikleri ve kısmi süreçler yine incelenmekte, ancak canlı, organize bir sistem, bir bütün olarak anlaşılmaya çalışılmaktadır. Çağdaş toplum bilimleri de bir toplumu öğelerin (biyeylerin, örgütlerin vb.) bayağı bir toplamı olarak değil, öğelerin ekonomik, kültürel ve siyasal etkileşim halinde bulunduğu bir bütün olarak ele almaktadır. Benzer gelişimlerden bugün birçok bilim dalının ortaklaşa kullanmaya başladığı sistem kavramına ulaşılmıştır. Karşılıklı etkileşim halindeki parçalardan (öğelerden) oluşmuş fiziksel veya düşünsel herhangi bir büyüklüğe sistem adı verilmektedir (2) ve bir sistemin özelliklerinin ortaya çıkışında öğelerinin sayısı ve özellikleri yanında öğeler arasındaki karşılıklı etkileşim biçiminin de rolü vardır.

Yapıları ve öğelerinin özellikleri farklı olan sistemlerin işlevsel benzerliklerinin genel planda incelenmesi biyolog Bertalanffy'nin önerisi olan «Genel Sistem Teorisi» adlı bir genel disiplinin konusu olmaktadır (3,4). Bertalanffy özellikle açık sistem düşüncesini geliştirerek fizik ve biyoloji arasında önemli bir köprü kurmuştur.

Bilimsel bilgi düzeyindeki bu niteliksel değişikliğe paralel olarak teknoloji de II. Sanayi Devrimi diye adlandırılan bir niteliksel değişime uğruyordu. Bu dönemde yapılan makineler artık insanların yalnızca kas gücünü değil, beyin etkinliklerini de taklide başlıyordu. İnsan ve makineler arasındaki işlevsel benzerlikleri konu edinen **sibernetik** adlı bilimlararası ortak bir disiplin doğuyordu (5).

İKİ BİLİMSEL BİLGİ DÜZEYİNE UYAN İKİ AYLICI TIP EĞİTİM MODELİ

Yöntemler değişse de, tıp eğitiminin çağlardır değişmeyen bir tek amacı olmuştur. Tıbbi bakımdan eğitilmiş insan yetiştirmek Çağın bilimsel bilgi ve teknik uygulamalarının insan sağlığı hizmetine sokulabilmesi için tıp eğitim programlarının, çağın bilimsel bilgi düzeyi ve teknolojisine göre değişmesi doğaldır. Bu programların değişmeyen niteliği çağın koşullarına uygun **standart pratisyen hekim** yetiştirmeyi amaçlamasıdır. Lisans düzeyindeki tıp eğitiminin bu amacı eğitimde özelleşme ve uzmanlaşmaya engel koyar. Örneğin tıp eğitiminin amacı, içerisinde bir cerrah veya kardiyolog veya biyokimyacı yetiştirilmesi söz konusu değildir. Özelleşme ve uzmanlaşma hastane pratiğinin ağırlıkta olduğu Lisans sonrası eğitimlerle sağlanır.

Tıp eğitiminin amacı; içerisinde özelleşmeye yer olmadığı halde, bilimlerin özelleşme sürecinde, tıp eğitimi de bu süreçten etkilenmiş, eğitim tıbbın alt dallarında özelleşmiş, uzmanlaşmış birimlerce yürütülmeye başlanmıştır. Ortodox sistemi (6) adı verilen bu eğitim sisteminde temel tıp dallarında eğitimleri sürdürmek üzere kürsüler, uygulamalı eğitim için uzmanlaşmış klinikler açılmıştır. Özelleşme sürdükçe kürsü ve klinik sayıları da artmıştır.

Ancak tıp eğitiminin tek konusu sağlıklı ve hasta durumda insan yapısı ve işlevidir. Her kürsü bu tek konuya farklı açılardan bakmış kürsüler ve klinikler arası ilişkiler giderek tamamen kopmuş, bütünleştirme (integrasyon) haksız ve yararsız olarak öğrenciye bırakılmıştır. Bugün ülkemizde geleneksel tıp eğitimi yine bu şekilde sürdürülmektedir.

Çağımızın bilimsel bilgi ve teknoloji düzeyine uygun tıp eğitimi modelinin iki ana çizgisi «**bütünleştirilmiş (integrated)** ve **insan biyolojisi yaklaşımları** ile özetlenmektedir (6).

Çağdaş tıp eğitimi modelinin bütünleştiricilik özelliği, kürsüler ve eğitim konuları arasındaki geleneksel duvarların yıkıl-

masını öngörmektedir. Kursüler artık işlevini tamamlamış ve çağdışı kalmış kurumlardır. Ad değişmesi önemli değil, eğitimde, araştırmada ve uygulamada bütünleştiriciliğe yönelik bir bölüm sistemine gidilmesi zorunlu hale gelmiştir.

İnsan biyolojisi yaklaşımı tıp eğitiminin temel konusunu tanımlamaktadır. Biyolojik bir varlık olan insanın alt sistemleri (dolaşım, solunum, sinir sistemleri vb.) klinik öncesi eğitimde birer konu olmalı ve konular farklı disiplinler kazanmış, uzmanlaşmış öğretim üyelerince birlikte işlenmelidir. Gerektiğinde tıp öncesi genel bilim eğitimi de kaldırılarak üç ya da dört yıllık bir program içerisinde, temel konu **insan biyolojisi** alt konu başlıklarına paralel olarak matematik, istatistik, fizik, kimya gibi temel disiplinler, ve sistem analizi, biyosibernetik vb. ortak disiplinler uzmanlarınca verilmelidir.

Amaçta daima bütünlük olduğu halde, çağımızın bilimsel bilgisi ve teknolojisi zorladığı halde, çoğu tıp eğitimi hâlâ artık çağdışı kalmış bir modele göre yürütülmektedir. Tıp eğitiminde bütünleşmede geç kalınmasının sorumluluğundan tıp fakültelemiz bir an önce kurtulmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1 — McWHIRTER, N.; McWHIRTER, R. (Ed.): Dunlop Illustrated Encyclopedia of Facts, Bantam Books, New York, Sayfa 388—398, 1971.
- 2 — ACKOFF, R.L.: Systems, Organizations and Interdisciplinary Research (Systems Thinking, Ed.: F.E. Emery, Penguin, sayfa: 340—348, 1969).
- 3 — BERTALANFFY, L. Von: General System Theory, Breziller, New York, 1968.
- 4 — BERTALANFFY, L. Von: The Theory of Open System in Physics and Biology, Science, 111: 23, 1950.
- 5 — GEORGE, F.O.: Cybernetics, Teach Yourself, London, 1972.
- 6 — TAVERNER, D.: The Imperding Medical Revolution, Hodder and Stoughton, London, 1968.

Eğitim Üretim İçindir

Amerikan Ölçülerine Göre Türkiye İnsanı Zeka Testleri Zekayı Ölçer mi ?

Gündüz VASSAF

Hacettepe Üni. Psikoloji, Rehberlik ve
Danışma Bölümü

ZEKA NEDİR?

- Çocuğumun zekasını ölçtürmek istiyorum.
- Siyah insanların zekası beyazlarınkinden düşüktür.
- Zekayı belirleyen çevredir.

Yukarıdakiler gibi zeka hakkında o kadar çok yarı doğru yarı yanlış varsayım var ki psikolog, öğretmen, anne, baba hepimizin kafasını karıştırıyor. Çocuğunu yuvaya, okula gönderen zeka testlerinden bir anlam çıkartmaya çabalyor. Çok da önemli bir konu, çünkü politik yansımaları oluyor görüşlerin. Örneğin Amerika'da siyahların zekasının düşük olduğunu savunan görüş sonucu 20 milyon kadar siyah insana götürülen eğitimin daha az parayla daha düşük düzeyde yapılması öneriliyor. Nasıl olsa daha fazlasını öğrenemezler diye.

Bu tip görüşlerin, insan ve toplumların kendilerini gerçekleştirmelerinde ne kadar zararlı olacağı, üstün ırk gibi tehlikeli düşünce akımlarına yol açacağı ortada. Dolayısıyla çok dikkatli olmamız gerekiyor bu konuyu tartışır, yazar, araştırma yaparken.

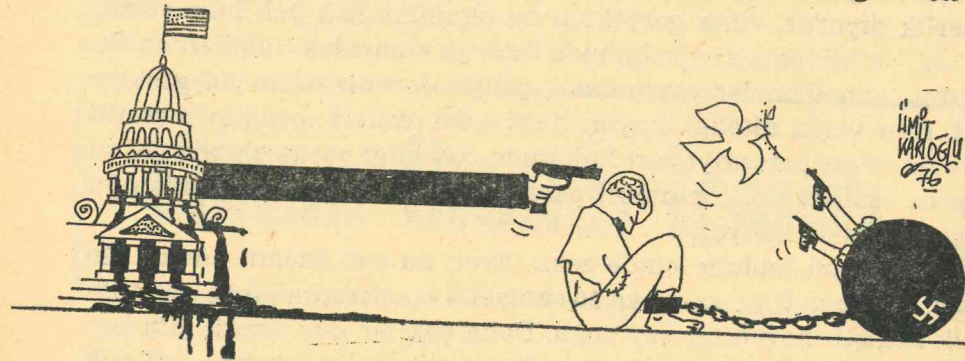
Çok kesin olarak bildiğimiz birşey varsa, o da zekanın ne olduğunu pek bilmediğimiz. Azıcık körlerin fili tanımlamalarına benziyor çalışmalarımız. Her biri filin bir parçasını filin tümüymüş gibi anlatmış. Biz de çok bilimsel bir görünüm içinde birşeyler ölçüyoruz, istatistiksel ölçütler kullanarak güvenilirlik, geçerlik diyoruz. Ama gerçekten ne ölçtüğümüzü pek bilmiyoruz. Tabii az bildiğimizi göz önünde tutarak elimizdeki bilgilerden tutarsız genellemeler yapmazsak, çalışmalarımızın bir yol gösterici, fikir verici niteliği oluyor. Kimi zeka testleri çocukların çeşitli yetenekleri potansiyelleri hakkında çok bilgi verici olabilir. Kimi zeka testleri de, toplumun gerçeklerine, insanına ters düştüğü için yetersiz kalıyor.

Değişen toplum içinde zeka. Evet, bu çok önemli çünkü 20 cm. «x» veya 6 kg. «x» veya 10 saniyede «z» titreşim gibi sabit, nite lik değiştirmeyen bir şey değil. Daha çok bir güç, enerji gibi birşey. Nasıl elektrik enerjisiyle çok değişik şeyler, yapıyor, bir çok

şeyleri harekete geçirebiliyorsak, zeka da çok değişik koşullar altında, değişik olaylarda, insanın çeşitli davranışlarında görülüyor

İnsanoğlunun aşağı yukarı 50.000 kuşaklık bir tarihi var. Bu süre içinde insan, zekasını çok değişik ve çeşitli davranışlarında göstermiştir. Ancak, mağara insanının zekasını göstermesi başka, uzay yolunda evrenin gizlerini arayan insanın zekasını göstermesi başka. Biri diğerlerinden daha akıllı veya aptal değil, ancak, bu iki değişik toplumun insanında zeka belirtisi olarak farklı ölçü ve nitelikler üzerinde duruyoruz. Bugünkü dünyamızda da bir Zambia'lı için çok zekice olan bir davranışı bir İzlanda'lı çok aptalca bulabilir. Endüstri toplumunda insanı başarılı kılan yetenekler başka, tarım toplumunda insanı başarılı kılan yetenekler başka. Zekanın insanda görülüş biçimi üretim araçları ve üretim ilişkilerine bağlı. Bugün Türkiye'de yaşayan bir köylü çocuk ile İstanbullu bir çocuk için zeka ölçütleri başka. Kısaca toplum ile, insanı toplum içinde başarılı kılacak davranış arasında diyalektik bir ilişki var. Hangi davranışların başarılı davranışlar olacağını toplumun gereksinimleri belirliyor. Toplumunu oluşturan ise insan. Yani bir kişinin zekasını ölçerken kişide kendisini o toplumda başarılı kılacak yetenekleri ölçüyoruz.

Çin'in A.B.D.'inde araştırmacılar, zengin çocuklarının yoksul çocuklara göre daha zeki olduklarını bulmuşlar. İlk önce çok şaşıyor insan bu bulgu karşısında. Eh zenginler daha zekiye zengin olmaları da doğal diyoruz, kendi kendimize. Zenginlikle yoksulluğu belirleyen zekaymış diyoruz. Ancak araştırma derinlemesine incelendiğinde hiç de zenginler daha zekiymiş diye bir sonuç çıkmıyor. Tek doğru, zengin çocuklarının yoksullara göre zeka testlerinde daha yüksek puan aldıkları. Fakat testlerin toplumdaki egemen sınıfın yargı değerleri ve başarı ölçütlerine göre geliştirildiği göz önünde tutulursa, zenginlerin yoksullara göre ba-



şarılı olmaları çok normal bir sonuç. Bundan da farklı sınıf, ve kültürlerin kendi niteliklerine göre testleri olması gereği ortaya çıkıyor. Her halikarda, zeka boyutunun bir ucunda biyokimyasal, organik, ve kalıtsal nedenlerden ötürü geri zekalı olarak nitelendirdiğimiz kişiler var. Geri zekalılar, bırakın toplumda başarılı olmayı kendilerine bakabilecek, örneğin kendi kendine giydirecek, evinin yolunu bulabilecek yeteneklerden bile yoksun olabilirler. Öbür uçta da dahiler var. Dahiler de, bir yerde zeka testlerinin sınırlarını aşıyor. Çünkü bunlar, yaratıcı geleceğin teknolojisini, sanatını, toplum yapısını görebilen kişiler. Üstelik yaşadıkları toplumun değer yargıları önünde başarısız bile sayılabilirler. Örneğin: A.B.D.'de en çok kullanılan Wechsler Adult Intelligence Scale, (WAIS), Wechsler Yetişkinler Zeka Ölçeğinde şuna benzer bir madde var, «Niçin kötü insanlardan kaçınmalıyız?» yani buna vereceğimiz yanıtı göre zekanızın bir kısmının ölçüleceği iddiası var ortada. Düşünün, Mark Twain, Maxim Gorki, Nazım Hikmet gibi dahiliğini kabul ettirmiş insan sarrafı yazarların bu ve benzer maddelerde nasıl başarısızlığa uğrayacaklarını.

Bu iki ucun dışındaki büyük bir çoğunluk da tam ortalarda, yani ne pek zeki ne de pek geri-senin benim, hepimiz gibi dediğimiz insan tipi. Bu üç büyük ayırım, yani, geri - normal - ileri arasında da daha fazla ölçütsel ayırımlar yapıp, benim zekam 99, seninki 98 demek, biraz gereksiz ve gülünç kalıyor. Ama gene de yapıyoruz. Ve her halde bir süre daha yaparız. Sanki birşey kesin rakam ve ölçütlerle belirtince daha bilimsel oluyormuş gibi.

Bütün bu ölçümlerde soyut bir zeka enerjisini ölçemiyoruz tabii. Testin geliştirildiği ilgili toplum da başarılı olmamaz için gereken yetenekleri ölçüyoruz. Onun için de artık «zeka testi» deyimini daha az kullanır olduk. Yanlış çünkü. Bilmediğimiz şeyi nasıl ölçeriz ki? Bugünlerde psikologlar daha çok «Yetenek Testi» adı üzerinde duruyor. Ancak hiç olmazsa neyin zekayı etkilediğini biliyoruz. Kalıtımın da etkisi var çevrenin de. Kalıtım da daha çok potansiyel (gizli güç) söz konusu. Yani, bireyde zeka gücü var. Çevrenin önemi, bu gücün eylemde kendini gösterebilmesi için gerekli ortamın bulunup bulunmaması. Çocuğun çevreyle etkileşimi, taa annesinin karnundayken başlıyor. Annenin hamileyken ruhi durumu, sigara, alkol, vs. kullanması çocuğun gelişmesini olumsuz yönde etkileyebiliyor. Doğduktan sonra çocuğun aldığı gıda da çok önemli zihinsel gelişmesi için. Protein yerine, gıda rejimleri tahıla bağlı olan çocukların zekası, potansiyeline erişemiyor araştırmalara göre. Türkiye'de durum çoğun-

luk için, yani şehirdeki işçi aileleri ve köylüler için böyle. Gıda emperyalizmi tartışmaları da buna dayalı. Zihnin gelişmesi için biyolojik çevrenin yanı sıra sosyo-kültürel çevrenin de çok önemi var. Çocuk susturulup, sarılıp, uyutulup bir köşede pasif bırakılacağına, kendisine ne kadar çok çevresiyle iletişim ve etkileşim olanağı tanınırsa yetenekleri daha güçlü olarak gelişiyor.

Biraz önce zeka testlerine, giderek yetenek testi dendiğini belirtmiştik' Yetenek testi denilmesi bir yerde «Acaba benim veya çocuğumuzun zekası kaçtır?» merakını da ortadan kaldırıyor. Gelişi güzel otomobil lastiğindeki havayı kontrol etmek gibi bir olay çıkmaktan çıkıyor test uygulanması isteği. Böylece testlerin, özellikle okula başlamakta olan çocukların, okuma-yazma öğrenmeye hazırlığının, veya kendisine göre bir eğitimin verilmesi için yeteneklerinin, saptanmasında kullanıldığını görüyoruz. Bugün psikologlar birçok yeteneği ölçen testler kullanmaktadır. Örneğin müzik yeteneği, sayısal yetenek, pilot olma yetenekleri gibi.

Testlerde aranan minimum teknik özelliklerin korunabilmesi ve testlerin amaçlarından saptırılmaması düşüncesiyle, psikologlar mesleki örgütleri çerçevesi içinde belli ilkeler uygulayarak testlerin kullanılmasını denetlemektedirler. Türkiye de henüz böyle bir denetim mekanizması yoktur. Ankara'da yeni kurulan Psikologlar Derneği bu konuda çalışmalara başlamak üzeredir. Ancak psikolojik testlerin topluma yararlı olabilmesi, testlerin salt anlaşılabilir ve kullanılabilir olmalarıyla değil hangi amaçla kullanıldıklarına da bağlıdır. Bu nedenle psikolojik testleri, kullanışları açısından incelemek yararlı olacaktır.

PSİKOLOJİK TESTLERİN KULLANILIŞI VE TOPLUMLA İLİŞKİSİ :

Zihin yetenekleri ve kişilik testlerinin yaygın olarak kullanıldığı batı ülkelerinde, bu tür testlerin geliştirilmesi, uygulanması ve sonuçların yorumlanması birçok yönlerden eleştirilere neden olmaktadır.

Halktan, «Benim çocuğum bu testin gösterdiği gibi değildir,» diye gelen tepki, testlerin kurumlaşmasından ve yorumların katılaşmasından doğmuştur. Testlerin, toplumun özellikleri gözünde tutularak hazırlanması gerekirken tersine bir tutumla bireyleri testlerde başarılı olacak şekilde yetiştirme yolu izlenmiştir. (1)

Uygulamada testlerin ilgili toplumlara ne gibi yararlar sağlayabileceği yerine de, çoğu çalışmalar salt bilim için destek gör-

müştür. Çeşitli okulların kuramlarını kanıtlamak uğruna araştırmacılar yetiştirilmiş, testler geliştirilmiş ve egemen çevrelerden en çok maddi yardım sağlayabilenler görüşlerini ve buna dayalı ölçü araçlarını geniş bir aydın ve halk kitlesine zorla kabul ettirme yolunu denemişlerdir.

Bilim adamlarının uğraşlarında kullandıkları temel kavramların tanımlanması çok önemli bir sorundur. Bir kimyager deneyini, astronom yeni bir buluşunu, iktisatçı araştırmasını meslektaşlarına ve bilim dünyasına iletebilmek için, tanımlar bulduğunda büyük bir sorun çözülmüş olmaktadır.

Davranış bilimcileri de aynı sorunla karşı karşıyadır. Örneğin, «psikolojide zeka testi nedir?» diye sorulduğu zaman yanıtı çeşitli tanımlarla verilmektedir. Amerikalı ölçme uzmanı Cronbach, testi, «İki veya daha fazla bireyin davranışını karşılaştıran sistematik bir yöntem,» olarak tanımlamaktadır. Test geliştiricisi Anastasi ise «bir davranış örneğinin nesnel ve standardize edilmiş öçeği,» tanımını vermektedir. Bunlar gibi birçok tanım verilebilir. Ancak en yalın tanım olan «Zekayı ölçmek üzere hazırlanmış bir dizi soru ve problemler» tanımına diğer tanımlardan daha fazla başvurulmaktadır.

Zeka testinin olduğu gibi, bu çalışmaların dayanağı olan zeka kavramının da bir çok tanımı vardır. Zeka alanında çalışma yapan bireylerin sayısı kadar zekanın da tanımı vardır denilebilir. «Zeka nedir, ne değildir,» gibi sorular ancak soyut tartışmalar ile yanıtlanmaktadır. Soyutluktan kaçmak isteyenler ise, «Zeka, zeka testlerinin ölçtüğü şeydir,» tanımı ile, aracı amaca egemen kılmaktadırlar.

Bu koşullar altında psikolojik testler alanında çalışan bireylere büyük sorumluluklar düşmektedir. Ne olduğu kesinlikle tanımlanmayan bir «şeyi» ölçmek için dünyanın bir çok ülkelerinde araçlar geliştirilmekte ve uygulanmaktadır.

Örneğin, bundan bir kaç yıl öncesine kadar A.B.D.'nin başkenti Washington'un ilk ve orta dereceli okullarında «track system» denilen bir eğitim programı yürütülüyordu. Çeşitli psikolojik testlerin sonuçları, bu eğitim uygulamasının doğruluğunu pekiştiriyordu. Bu görüşe göre, çocuklar doğal olarak hızlı ve ağır öğrenenler diye gruplara ayrılmakta ve bu ayrımı gösterebilecek testler uygulanmaktaydı. Sonuç olarak, özellikle beyazların kültürünü dikkate alarak geliştirilmiş testlerde siyah çocuklar genellikle başarısız olmaktadır. «Ağır öğrenenler» programını izlemekle yükümlü tutulan siyah çocukların, eğitim sistemi gereğince üniversitelere girmeleri engellenmekte ve uygulanan sözde bilimsel testler aracılığı ile bir ırkçılık politikası güdülmekte

çocuğun ve kuşağının geleceği kösteklenmiş olmaktadır.

Boyle bir uygulamanın sonucu olarak testler, değil topluma hizmet veya onu yansıtmak, tersine bilim adamlarının ve onların temsil ettikleri kurum ve güçlerin yargı değerlerini topluma zorla kabul ettirmiş olmaktadır.

Psikologlar için ahlak ilkelerinden biri, psikoloğun başlıca ilgisinin üzerinde çalıştığı birey olması gerektiğini belirtmektedir. Ancak gerçekte psikoloğun çalıştığı kurumu benimsediği görülmektedir. İlgilendiği birey ile çalıştığı kurumun çıkarları arasında bir yeğleme sorunu olduğunda, psikolog rahatlıkla bireye karşı bir tutumla kurumdan yana çıkmaktadır. (1)

Bu durum göz önünde tutularak bilim adamlarının değer yargıları ve politik inançlarının bilimsel çalışmalarındaki etkisini de gözetmek gerekmektedir. Pastore (2), bu konuyla ilgili bir çalışmada, biyolog ve genetikçilerin çevre-kalıtım sorununa ilişkin düşünceleri ile politik inançları arasındaki bağlantıyı araştırmıştır. Sonuçta, Pastore bilim adamlarının politik inançlarının, araştırma sonuçlarını, ve sonuçların toplumun gelişmesinde ne anlam taşıyabileceğine ilişkin düşüncelerini manidar bir şekilde belirlediğini görmüştür. Yani, politik tutum ve bilimsel düşüncenin birbirinden ayıramıyacağını göstermiştir.

Sosyal bilimcilerin çalışmalarını değerlendirirken de bu özelliği göz önünde tutmak gerekmektedir. Ancak, sorunu salt bilimcinin politik inancı değil toplumdaki egemen düzen de oluşturmaktadır. Bilimin toplumdaki yeri, bilimciyle toplum sorunlarının ilişkisi, düzenin koşulları içinde belirlenmektedir.

Her ne kadar testler belirli amaçlarla geliştirilse de testlerin gerçek işlevlerini uygulandığı toplumun koşulları belirler. Herkes için eşit eğitim ve iş olanağı olmıyan toplumlarda testler, başlıca kimin okuyacağını, kimin çalışacağını saptamak üzere kullanılmakta, bireyler doğal haklarını elde etmek için test ortamında bir birlerine karşı yarışa itilmektedirler. Plânlı iktisadi kalkınma ile sosyal adaletin birlikte sağlandığı ortamda, testin olanak eşitsizliğini yansıtacak bir araç olarak kullanılmasına gerek kalmamaktadır. Tersine, testler, eşit olanakların sağlandığı bir ortamda en iyi bir şekilde bireyin yararlanabilmesi için yeteneklerinin saptanması ve geliştirilmesinde yardımcı olmaktadır.

Örneğin, biri kapitalist diğeri sosyalist olmak üzere birbirlerinden ayrı toplum yapıları gösteren Amerika Birleşik Devletleri ve Sovyetler Birliğinde psikolojik testler değişik amaçlarla kullanılmaktadırlar. A.B.D.'de devlet, okullar, endüstri, danışma kurumları, ve klinikler çoğunlukla testleri bireylerin geleceklelerini etkileyecek konularda karar verebilmek için kullanmakta-

dırlar. Bir çocuğun okula kabul edilebilmesi, karıkocanın evlatlık edinmesi, siyahlara burs verilmesi gibi sorunlar, genellikle test sonuçlarının ışığında değerlendirilmektedir. S.S.C.B'de ise testler özellikle topluma verilen eğitim hizmetlerinin değerlendirilmesinde karar verici araç olarak değil, karar vermede yardımcı araçlar olarak kullanılmaktadırlar. Bir konunun yeterince öğretilip öğretilmediği, hizmet götürülecek bireylerin öğrenme ve yeteneklerinin saptanması gibi konular testlerin aracılığı ile araştırılmaktadır.

Batı ülkelerinin yaşantılarına bakılarak Türkiye için test geliştirilmesinin gereksiz olduğu ileri sürülebilir. Ancak yanlışlığı bu tür araçların kullanılıp kullanılmamasında değil, kullanılış biçimlerinde aramak gerekmektedir. Testler gereğince geliştirildiği ve kullanıldığında bir çok yararlar sağlanabilir. Önemli olan aracın geliştiriliş amacı ve kullanılış biçimidir.

Türkiye'de karar işlemleri için uygulanacak herhangi bir test doğada eşit hakları olan bireyler arasında ayrımlar göstererek, bazılarını ilerleme kapısını açıp, bu kapıyı başkalarının yüzüne çarparak bir yargı değer sistemini zorla kabul ettirecekse, batı ülkelerinde bazen içine düşülen yanlış tekrarlanmış olunur. Testler ancak bireyi daha iyi tanımada ve verilecek kararların olasılık derecesini yükseltmekte yararlı araçlar olabilir. Testleri ve test sonuçlarını kendi başına bir karar mekanizması olarak alıp kullanmak olumsuz sonuçlara yol açabilir.

Eğitimdeki amaç «Matematığı Memet'e değil, Memet'e matematik öğretmek ise,» Memet'in tüm yönleriyle zihinsel gelişmesini güvenilir olarak yansıtacak araçlara gerek vardır. Ancak bu şekilde Memet'in neyi, ne zaman ve hangi miktarda öğrenmeğe hazır olduğu saptanabilir. Yeni yürümeğe başlamış bir çocuğa dans etmesini öğretmek ne kadar boş bir çaba ise, sayısal işlem yapma gücü henüz belirlenmekte olan bir çocuğa da aritmetik işlemler öğretmek o kadar boş bir çaba olur. İsviçreli psikolog Piaget çocuk gelişim kuramını bu temel üzerine oturtmuştur. Öğretebilmek için ilk önce bireyin neleri ne seviyede ve ne zaman öğrenmeye hazır olduğunu, geçerli ve güvenilir bir biçimde saptamak gerekmektedir. Psikolojinin ortaya koyduğu öğrenme ilkelerine göre birey belli bir anlama aşamasına ulaşmadan, bazı konuların kendisine gereğince öğretilmesi olanaksızdır. Aynı şekilde, bireyin çok önceleri öğrendiği bazı konuların da kendisine insafsızca talim ettirilmesi öğrenme ilkelerine ters düşerek çocuğun öğrenme hevesini kırmaktadır.

Türkiye ulusal eğitiminde öngörülen görüşlerden biri de ilk okul süresini sekiz yıla uzatıp, bu süre sonunda gençlerin ya-

bir meslek okuluna, ya da üniversite öncesi eğitime devam etmesini öngörmektedir. Buna göre gençler geleceği için daha erken bir yaşta seçime itildiklerinden, ilk okulda verimli eğitim olanaklarının sağlanması üzerinde özellikle durmak gerekmektedir. Testler bu olanakların sağlanmasında bireyi daha iyi tanıma araçları olarak yardımcı olabilirler.

Bugün Türkiye'de yapılan psikoloji çalışmaları da bugünün Türküvesi'nin nesnel koşullarına uygundur. Genel olarak psikolojide kullanılan ölçme araçlarının niteliği ilgili ülkenin kalkınma düzeyine bağlıdır. (3)

Bazı yabancılar simdiye dek Türkiye'de psikolojinin ve dolayısıyla nesnel zeka ölçeklerinin gelişmemesinin nedenini İslam dininin bilimsel gelişmevi engellediği kanısına vararak açıklamışlardır. Mckinney Türk kültüründe şiire olan ilgi ve şiirin yaygınlığı, İnsan davranışının nesnel bir açıdan incelenmesini engellenerek, davranışın öznel yorumlarla açıklanmasına yol açmıştır demektedir. Ancak bu tip sorunlar incelenirken olav tüm yönleriyle ele alınarak Türkiye'nin politik ve ekonomik gelişmesiyle birlikte, incelenmeli ve Türkiye'nin geri bırakılmış bir ülke olması nedenleriyle birlikte yorumlanmalıdır. Nitekim İslam temelleri olan Osmanlı uygarlığı yükselme çağında iken, ruh hastalıklarını ele alış açısından zamanın Avrupa'sından çok daha ileriydi. Fatih Sultan Mehmet zamanında İstanbul'da bir ruh hastalıkları hastanesi yaptırılmış ve burada ruh hastalığı tedavi edilebilir herhangi bir hastalık gibi ele alınmıştır. Ruh hastalıklarının tedavisinde hastavla ilişki kurmak, müzik tedavisi, spor gibi yaklaşımlar kullanılmıştır. Bu devrede Avrupa'da akıl hastalarına «Demonoloji» yani şevtanı ruhtan çıkarmak için işkence uygulanmaktaydı (4) (Bayülken, 1970)

TÜRKİYE'DE TESTLER: PSİKOLOJİK KATLIAM

Bugün ülkemizde bilimin diğer dallarında olduğu gibi, psikologlar da genellikle Amerika'da ihtisas yapmış kişiler tarafından Amerikan toplum için yazılmış kitaplar okutularak yetiştirilmektedir. Üniversitelerimizde B. Amerika'da okutulanın aynıısını okutmak bir başarı ölçütü olarak kullanılmaktadır. Bu yüzden kendi toplum ve insanını tanımak, anlamak ve açıklamakla yükümlü olan psikolog ve psikiyatrisler Amerikan ve batı toplumunu esas alarak çalışmaya zorunlu kaldıklarından, kendi toplumlarına bir yabancı gözüyle bakmaktadırlar. Örneğin, son İstanbul'da toplanan 12. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Konseyinde bilim adamlarımız genellikle Türk insanının davranışlarını, aile ilişkilerini, tutumlarını, vs. ancak bir Amerikalıyı ölçüt olarak tartışabiliyorlardı. Yani, Memet böyledir diyemiyor, Memet John'dan şu bakımda farklıdır demekle yetinmeye zorun-

lu kalıyorlardı. Görüyoruz ki kendi kendimizi anlamaya çalışırken bile dışarıya ve özellikle Amerika'ya bağımlıyız.

Bu yüz kızartıcı, esef verici durum ülkemizde psikolojik testlerin uygulanmasında en çarpıcı biçimde ortaya çıkmakta. Memleketimizin insanların psikolojik testler aracılığı ile değerlendirilmesinde adeta bir zeka katliamı söz konusu. Türkiye'de bu gün akıl hastanelerinde, Üniversitelerde, Okullarda, yuvalarda, adli, Tıp vak'alarında ve çeşitli kurumlarda zeka ve kişilik testleri uygulanmakta, sonuçlar kişilerin akıl hastası, geri zekalı vs. gibi tanımlanabilmelerine yol açmakta. Ancak uygulanan testlerin hepsi Amerikalılar tarafından Amerikan toplum koşulları göz önünde tutularak geliştirilmiş. Türkiye insanının Amerikan insanının ölçülerine göre geçerli bir şekilde değerlendirilemeyeceği ise ortada. Türkiye'de her gün kullanılan testlerin hiçbirisi memleketimiz insanları için geçerli değil. Sonuçları yanıltıcı. Gene de ülkemizde her gün uygulanan bu testler sonucu kişilerin geleceği tedavisi gibi hayati önem taşıyan konularda karar veriliyor Ahmet okulda geri zekalılar sınıfına veriliyor, Amerikan testine göre, zekası düşük çıktığı için Memet hastaneve yatırılıyor Amerikan testleri akli dengesinin yerinde olmadığını gösterdiği için Burada bir psikolojik cinayet söz konusu. Buna rağmen Üniversitelerimiz bu tip testleri Amerika'dan ithal etmekte devam ediyor, üniversite hocalarımız her yıl sayısı giderek artan öğrencilerine bu testlerin nasıl uygulanacağını öğretiyor.

Bu gidişe derhal dur denilmesi gerek. Bilimsel bağımsızlıklarını ilan ederek psikologlar Türkiye'ye uygun testler geliştirene dek, tüm testlerin uygulanmasına son verilmeli. Yoksa bir gün sizde Türkiye'de doğma büyümeye çocuğunuza Amerikan psikoloji ölçülerine ters düştüğü için geri zekalı diyen bir Türk sözde bilim adamıyla karşılaşabilirsiniz. Sakın inanmayın.

KAYNAKLAR

- (1) Drenth, P.J. «Implications of Testing for Individuals and Society», Mental Tests and Cultural Adaptation, Yararlanılan kaynak: (Ed.) L.J. Cronbach, P.J. Drenth (Mouton: The Hague, Paris, Mouton Publishers 1972). Part 1. sf. 23.
- (2) Pastore, N. The Nature Controversy», Intelligence and Ability, (Ed). Stophen Wisemen (Suffolk: The Chaucer press, Ltd. 1968), s. 14.
- (3) Arıcı, H. «Laying the groundwork for test application in less-developed countries.» Yararlanılan kaynak, Mental Tests and Cultural Adaptation, (Ed) L.J. Cronbach, P.J. Drenth (Mouton, The Hague, Paris, Mouton Publishers, 1972), Part 1. s. 15.
- (4) Bayülkem, F. Some views on the application of rehabilitation and a summary of the historical evaluation of rehabilitation in Turkey, 1970.

İntern'lik Üzerine

Ankara Tabip Odası

Eğitim-Sorunları Komitesi

Hacettepe Hastanelerinde, adına "intern"lik denen bir uygulama sürdürülüyor. Bu uygulama, son sınıf tıp fakültesi öğrencilerinin, yarı-doktor durumunda çalıştırılması olarak tanımlanabilir. "İntern'lük, adından da anlaşılacağı gibi, Hacettepe Üniversitesi'ne batıdan alınmış bir kurum. Şimdiye dek olan uygulaması da sürekli tartışmalara yol açıyor. Söylendiğine göre Türkiye'de bir kaç tıp fakültesinde daha bu uygulamanın başlatılması düşünülüyor.

"İNTERN"LÜK UYGULAMASI

«İntern»lük kurumunun tartışmasına girerken, amacının ne olduğunun saptanması gerekiyor. Bu kurumun şimdiki durumunu savunanlar, asıl amacın hekim adaylarının mesleğe uyumlarını sağlamak, onların bilgilerini, görgülerini, davranış rahatlıklarını artırmak olduğunu söylemektedirler. Yine bu kişilerin görüşlerine göre, internlere ayda 598 lira cep harçlığı verilmesi, ücretsiz yemek, kimi internlere de ucuz lojman sağlanması bulunmaz birer nimet sayılmalı. Bütün bu düşüncelerin temelinde, «İntern'lük kurumunun amacı, internlere yararlı olmaktır» düşüncesi yatıyor.

"İntern"lüğün gerçek amacının ne olduğunu anlamak için ise, uygulamaya bakmak gerekiyor. Asıl amaç, şu anda varolan eksik-gedik düzenin sürebilmesi için hizmet sunabilecek ucuz bir kaynak bulmak. Gerçekten de uygulamada internler, hastaneye çalışan adam gereken yerlerde, hastaneye gereken sürelerde, hastaneye gereken biçimde çalıştırılıyorlar. Böylece varolan hastane düzeninin sürdürülebilmesi için, hizmetin aksaklıklarını gidermede bir kaynak olarak kullanılıyorlar. Bunun sonucunda da internlük ancak kimi yerlerde, kimi zamanlarda internlere yararlı olabiliyor, hastanenin gereksinmeleriyle internlerin gereksinmeleri çakıştığı zaman. Fakat uygulamada temel amaç hiç bir zaman internlerin yararlanması olmamakta. Durumun böyle olduğu uygulamanın yönteminden anlaşılıyor.

1. İnternlükte çalışma yerleri hastanenin gereksinmesine göre düzenleniyor.

İnternlerin bölümlere dağıtımı yapılırken her bölümün çalışan adama olan gereksinmesi göz önünde tutuluyor. İnternlere hemen hiç bir eğitim vermeyen bir çok yerde intern çalıştırılıyor. Örneğin iki ay süreli yanık bölümünde çalışmanın ne gibi bir eğitim yönü olabilir? Bir ay yalnızca bebeklerde kan transfüzyonu yapılan bir serviste çalışan bir intern, burada öğrendiklerini başka hangi hastanede uygulayabilir?

İnternlükte sözde "elektif", yani seçmeli çalışma ayları da var. Bu süreler, internin kendi eksikliklerini tamamlayabilmesi için gerek duyduğu bölümlerde çalışması amacıyla konulmuş gibi gösteriliyor. Ancak, istenilen bölümleri seçebilme hakkı öylesine sınırlı, istenilen bölümlerde çalışabilme şansı da öyle az ki, bu üç ayda "elektif" staj yapıldığını söylemek çok zor. Bunun da nedeni, internlerin yararlarının değil, hastanenin gereksinmelerinin ön planda tutulması.

2. İnternlükte çalışma süreleri hastanenin gereksinmesine göre düzenleniyor.

İnternlerin her bölümde çalıştırılma süreleri çok değişik. Örneğin pediatri servislerinde çalışmakta olan internler gün aşırı nöbet tutarlar, kırksekiz saatlerinin otuzaltı saatleri hastanede geçer. Dahiliye servislerinde nöbet dört günde bire düşer, kimi bölümlerde de hiç nöbet tutulmaz. Bu çalıştırılma süreleri de bütünüyle bölümdeki gereksinmeye göre düzenlenmiştir. Eğitim niteliği tartışmalı olan transplantasyon gibi kimi bölümlerde internlere gün aşırı nöbet tutturulması da, hastaneye eleman



sağlanabilmesinin, İnternlerin eğitiminden daha önemli sayıldığını gösteriyor.

3. İnternlükte alışma yöntemleri, hastanenin gereksinmesine göre düzenleniyor.

Her serviste internlerin yaptıkları işlerin biçimleri çok değişik. Bazen hasta muayenesi gibi hekimlik yönü ağır basan, bazen izlemediği hastaların çıkış özetlerini yazmak gibi yazmanlık yönü ağır basan işler internin görevi oluyor. Bir çok bölümlerde tetkik sonuçlarını, röntgen filmlerini servise taşımak gibi postacı işleri de internlerden beklenenler arasında. Yani bir çok işler interne bir yararı olacağından değil, o işlerin yapılması gerektiği için internlerden isteniyor. Sonuçta hastanede işler yürüyor mu, yürümüyor mu, buna bakılıyor, internün birşeyler öğrenip öğrenmediğine değil.

Bütün bu söylediklerimizden yanlış bir sonuç çıkarılmaması için bir noktayı açıklamak gerek: İnternleri asıl yıldırان şey çalışmanın çokluğu, ordan oraya koşturmak değil, bütün bu çabaların sonunda internlerin hemen hiç bir kazancının olmaması. "İntern eğitimi" diye bir kavram bile yok. Birlikte çalıştığı asistanın kişisel çabalarıyla intern ne öğrenirse öğrenebiliyor. Hemen hiç bir bölümde özel olarak intern eğitimi yapılmamakta. Eğer hastane çalışmaları planlı, intern programları internlerin yararlanabileceği gibi olsaydı, hiç bir intern, üzerine düşen görevlerine ağırlığından yakınmazdı. Oysa, şimdiki durumda, adeta, hastane kocaman bir muayenehane olarak çalışıyor, internler de bu muayenehanede "bir yıl sonra diploma almak" karşılığı çalıştırılıyorlar.

Bu noktada şu saptamanın da yapılması gerek: İnternlerin yaptıkları işler, biçimleri ne olursa olsun, vazgeçilmez işler. Bu işler internlerden istenmezse, her internün yerine bir asistan bulmak gerekli, eğer hastane şimdiki kapasiteyle çalışmayı sürdürecektse. Çünkü birçok servis ve poliklinikte internlerle asistanlar aynı işleri yapmaktalar.

Geçen ders yılı uzadığı için yaz tatili 15 güne inmişti. O günlerde üniversitede internlerin çalışmaya geç başlamaları konusu tartışılıyordu. Bu tartışmalarda, bir pediatri profesörünün, "Eğer internler Eylülde gelmeyeceklerse, bana kırk asistan kadrosu daha verilmeli" dediği, dillerde dolaşiyor. Bu söz ister söylenmiş olsun, ister söylenmemiş, internler olmasa, yerlerine birer asistan alınmasının gerektiği bir gerçek. Oysa, bir asistan aylığı ile on intern çalıştırılabilir. Yani internler hastanenin ucuz emek kaynağı oluyorlar.

Artık Hacettepe'de öğrencilerin çalıştırılması bir gelenek olmuş. Yalnız internler değil, öğrenci hemşireler, öğrenci teknisyenler, öğrenci fizyoterapistler hep birer stajyer eleman olarak hastaneye hizmet sunmaktalar. Böylece hastane bu personel kaynağından hiç ücretsiz ya da çok ucuza yararlanmakta. Sonuçta, öğrenciler yaptıkları işin karşılığını alamadıkları gibi, hastaya nitelikli bir hizmet de gitmemekte. Ama artık hizmetin niteliği ikinci planda kalmış görünüyor.

SAATTE YÜZ ON KURUŞ ÜCRET

Uygulamanın somut koşulları, internlerin çok ucuza hizmet sağlayan bir kaynak olarak kullanıldığını gösteriyor. Buna karşılık, şimdiki sistemin internlere yeterli bir eğitim sağlamadığı da açık. Geride kala kala internlere verilen "öğrenci harçlığı" ve bir iki sosyal hak kalıyor.

Her ay sonunda internlere yıllardır değişmeyen altıyüz liradan az bir ücret, "öğrenci harçlığı" adıyla ödenmekte. Bu rakamın gülünçlüğü küçük bir hesap daha açıkça gösterecek! Günübirer nöbet tutulan bölümlerde, internin kırksekiz saatinin otuz altı saati hastanede geçiyor, bu ayda beşyüzkırk saat eder. Yani intern bu servislerde, **saat başına yuzon kuruş** kazanmaktadır! Nöbet tutulmayan kimi yerlerde bile, saat ücreti ikiyüzelli kuruşu geçmemektedir.

Öteki sosyal haklara da bir göz atalım. "Ücretsiz yemek"ten asistanlarla birlikte internler de yararlanıyor. Ancak verilen yemekler öyle niteliksiz ki, asistanlar gibi internler de zaman zaman oldukça pahalı olan kafeteryada yemek yemek zorunda kalıyorlar. Ücretsiz kafeteryada verilen yemek için "birinci sınıf malzeme" parası ayrıldığı biliniyor. Malzemeye ayrılan paranın büyük bir kısmının nelere gittiği sorusu da, yolsuzluk söylentilerini doğruluyor.

"Ucuz lojman" internlerin ancak üçte birine sağlanıyor, üstelik iki kişilik kimi odalarda üç kişi kalan internler var. Yani bu uygulama da "dostlar alış-verişte görsün" anlayışını aşamıyor.

NEDENLERİ

İntern sorunlarının doğru temele oturabilmesi, ancak öteki sorunlarla olan ilişkisini görebilmekle olur. "İnternlük kurumu" çevresinden kopuk değildir, olamaz da. İnternlerin sorunlarının temelinde, eğitim sorunları, hastane sorunları, Türkiye'nin sağlık sorunları yatmaktadır.

1. İntern sorunları öteki eğitim sorunlarından ayrılamaz.

Bugün Türkiye'de planlı, ülkenin gereklerine göre yönlendirilmiş bir eğitim sistemi yoktur. Yüksek öğrenimi bitiren kişiler, okuduklarını, öğrendiklerini uygulamamakta, ancak varolan eleman gereksinmesini karşılamaktadırlar. Bir çok mühendisin büro işlerinde ya da tekniker görevlerinde çalışması bunun çarpıcı bir örneğidir. Tıp eğitimi de, genellikle Türkiye gerçeklerinden uzak, üst uzmanlığa yönlendiricidirler. Bunun yanında, her hekim'e yeterli bir düzeyde "pratisyenlik" öğretilmemektedir. Çünkü, her geçen yıl sınıflar kalabalıklaşmakta, eğitim araçları ve hasta sayısı artan öğrenci sayısına yetmemekte, hocalar, giderek zamanlarının daha çok kısmını "özel muayene" ye ayırmaktadırlar.

Sonuçta, her geçen yıl tıp öğrencilerinin bilgi ve beceri düzeyleri daha da düşmektedir. «İntern'lerin de her geçen yıl gerek kuram, gerek uygulama yönünden zayıf kalmaları, bu sürecin doğal bir sonucudur. Gerek tıp öğrencilerinin, gerek internlerin, gerek asistanların temelde bir eğitim sorunu vardır. Bu sorun da büyük ölçüde Türkiye'de eğitimin plansız-programsız olmasından kaynaklanmaktadır.

2. İntern sorunları öteki hastane sorunlarından ayrılamaz.

Hacettepe Hastanesinde çalışan herkes, hastanenin eski çalışma düzeninden gittikçe uzaklaştığından, "Hacettepe'nin artık eski Hacettepe olmadığından" yakınmaktadır. Gerçekten de, hastanede hasta basına düşen sağlık personeli sayısı giderek azalmaktadır. Bir kaç yıl önce onbeş yirmi yardımcı sağlık personelinin çalıştığı bir serviste bu sayı artık on kadardır. Hastanede arac gerecede eskisi gibi istendiğinde bulunamamaktadır.

Hastaneye, yeni servisler eklenmekte, hasta sayısı artmakta, ama sağlık personeli ve malzeme bununla orantılı olarak artmamaktadır.

Bütün bu sorunların temel nedeni, hastanenin amacının hizmetten çok, kar etmesi olmasıdır. Gerçekten de artık Hacettepe Hastanesi her geçen gün hizmetlerinin fiyatını artırmakta, aldığı yeni servislerle daha çok hastadan gelir elde edebilmektedir. Buna karşılık, malzeme giderleri, personel giderleri alabildiğine kısılmaktadır.

Bu düzensizlik içinde oluşan aksaklıklar, kişisel çabalarla düzeltilemez. İşte, internlerden bu aksaklıklar nedeniyle ortaya çıkan gedikleri kapatmaları beklenmektedir. Oysa hastanede asıl amaç hizmet olmadığından, planlı programlı, ileriye yönelik bir hastane hizmet politikası kurulmadan, yardımcı sağlık personeli sorunları çözümlenmeden bu aksaklıklar düzeltilemez.

3 İntern sorunları Türkiye'nin sağlık sorunlarından ayrılamaz.

Eğer bu gün Hacettepe Hastanesi kâr amacıyla çalışıyorsa, bunun nedeni Türkiye'de sağlık hizmetlerinin parayla satılmasıdır. Eğer bugün Hacettepe Hastanesi planlı programlı bir hizmet götüremiyorsa, bu Türkiye'de sağlık sorunlarına planlı programlı bir yaklaşım yapılmadığındandır.

Eğer bugün Hacettepe Hastanesinde hocalar tam gün çalışmayı bırakıp «özel muayene» lere ağırlık veriyorlarsa bunun nedeni Türkiye'de koruyucu - iyileştirici sağlık hizmetlerinin ücretsiz olmamasıdır.

Türkiye'nin sağlık sorunları şimdiki kargaşadan kurtarılıp, herkesin sağlıklı yaşama hakkı sağlanmadıkça da hastanelerin eleman bulma sorunları da, malzeme sorunları da, elemanların eğitimi sorunları da kesin ve sürekli bir çözüme kavuşamaz.

NE YAPILMALI

Ne yazık ki şimdiye dek intern sorununa sağlıklı bir yaklaşım olmadı. Süregiden haksızlığı düzeltme yolunda pek bir girişimde bulunulmadı. Bunun en önemli nedenlerinden biri de internlik süresinin kısa, internlük kurumunun kaypak olması. Yıllardır internler birleşip sesini duyuramıyorlar, yöneticilerle bir diyalog kuramıyorlar. Çünkü bir kısmı asistan olması engellenebilir diye haklı olduğu şeyleri savunmaktan kaçınmakta, bir kısmı da kısa bir süre sonra hekim olup bu sorunlardan kurtulmayı ummakta. Oysa hekim olan kişinin durumu da bu hastanede çok farklı olmayacaktır.

Bu duruma yönetim bilicli olarak tanı koymuştur. Her yıl internlere "küçük bir oyun" oynanmaktadır. Yönetim, her çalışma yılı başında örgütsüz olan internlerin tepkisini değerlendirmekte, ortaya ücretlerin artacağı söylentisini yaymakta, böylece zaten homurdanma ve dedikodu düzeyini aşmayan tepkiyi de kolayca söndürmektedir.

En başta, bizdeki internlüğün ne olduğu belli değildir. Internlerle gereğinde öğrenci, gereğinde doktor olarak bakılıyor. Bunun çok çarpıcı örnekleri ilan tahtalarından izlenebilir. Çıkış özeti eksikliği olan interlerin listeleri başına "Epikriz eksikliği olan doktorlar" yazılarak internler doktor diye nitelenir, ama öğrenim harcı yatırmak gerektiği «Dönem 6 stajyerleri (İnternler)» başlığıyla duyurulur. Henüz internlük kurumunun sınırları belirsizdir, internün kim olduğu da belli değildir. Bu konuda mec-

lise bir yasa tasarısı verilmiş olduğunu bir çok kimse duymamıştır bile.

Bu durumda ne yapılabilir? Söylenecik en doğru şey, yıllardır çözümlenemeyen bu sorunun bir kaç ayda çözümlenmesinin beklenemeyeceğidir. Asıl önemli olan, atılan adımların, doğru, sağlıklı ve kararlı olmasıdır. Her intern, intern sorunlarını geniş bir çerçeveden, Türkiye'nin sorunları içinde doğru yere oturarak görebilmelidir. Her kesimde, her alanda haksızlığa karşı çıkanlarla birlikte olmak gerektiği unutulmamalıdır. İnternler örgütlenmeli, görüşlerini saptamalı ve seslerini duyurabilmelidirler. Bir iki yıl sonra intern olacakların sorunları öğrenmeleri gerekir. Hastane içinde de tüm çalışanların örgütlenmesiyle iş birliği yapılmalıdır. Demokratik örgütlerle, meslek odalarıyla, ülkenin ilerici kesimleriyle ilişki kurulmalıdır. Ancak bu şekilde internler seslerini duyurabilir, bir varlık gösterebilir, haklarını alabilirler.

SONUÇ

Şu anda yalnız Hacettepe Hastanesi'nde var olan internlük uygulamasının incelenmesinde şu sonuçlara varılmaktadır :

1 — İnternlük uygulamasının tıp fakültesi son sınıfı öğrencilerine eğitim yönünden katkısı olmamaktadır.

2 — İnternler, artık amacı kâr sağlamaya yönelik çalışma haline gelmiş büyük üniversite hastanelerinin gereksinmelerini karşılamada kullanılmakta, bu yüzden de sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması yönünden internlük uygulamasının önemli bir katkısı yoktur.

3 — İnternler asistanlarla aynı işleri yaptıkları halde emeklerinin karşılığını alamamaktadırlar.

4 — İnternlükte geçen yedinci yıl tıp fakültesi öğrencileri için bir kayıp niteliğindedir.

Bu durumda şu andaki ve benzeri uygulamanın savunulacak bir yönü yoktur. Öğrenildiğine göre de, Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda internlük uygulamasının tüm Tıp Fakültelerine konulması düşünülmektedir. Bu konuda bir yasa tasarısı da TBMM'de bekletilmektedir. Bu yasa tasarısı ve benzeri düşüncelerin eleştirisini de önümüzdeki sayılarda tartışacağız.

Üniversiteye Girişte Bölgesel İnceleme

(Diyarbakır Tıp Fakültesi)

Dr. M. Tahir HATİBOĞLU

Diyarbakır Üni. Tıp Fak. Öğr. Görevlisi

Son beş yılda üniversite, akademi ve yüksek okullara giriş bir hayli zorlaşmıştır. Bu, giderek daha da zorlaşacaktır. Görünen odur. Böylece pek çok öğrenci açıkta kalacak; bir yığın küskün, yığın öğrenci ve aileler olacaktır. Ayrıca liseler, öğretim düzeyine göre, keskin bir sınıflaşma içine girecektir. Nitekim son iki yılın sonuçları bunu iyice belirginleştirmiştir.

Lisede çocuk okutan ana ve babanın gözü üniversite sınavlarında. Veliler, çocuğun bilgisinden çok şansına güvenmekte; ister istemez yazgıcılığa kapılmaktadırlar. Buna karşılık büyük kentlerde özel eğitim gören çocuklar, böyle bir korkuya kapılmadan sınava girmekte ve kazanmaktadırlar.

Başarısızlık oldukça yaygınlaşınca, halkın büyük bir bölümü yüksek öğretimle yakından ilgilenir olmuştur. Halkın bu ilgisi, doğal olarak politikaya ve politikacıya yansımaktadır. Bu yansımanın etkisiyle bazı politikacılar diğer kentlerde de yüksek öğretim kuruluşu açmaya yönelmişlerdir. «Okumak istiyorsunuz, okulu ayağınıza getirdik», demektedirler. Bu düşünce içerisinde yurdun çok sayıda ilinde üniversite, akademi ve yüksek okul açıldı. Üniversite sayısı 18'e çıktı. Yüksek okul açılmayan il hemen hemen kalmadı.

Bu arada liselerarası eğitim dengesizliği alabildiğine gelişti. Araç, gereç ve öğretmen yokluğu içinde yetişenlerle en iyi olanaklarla yetişen öğrenciler aynı koşullarda yarışa çıkarıldı. Bunun eşit bir sonuç vermeyeceği ise açıktı. Hakkari lisesini bitiren öğrenci, Saint Joseph veya Galatasaray Lisesini bitiren öğrenci aynı minderde yarışıyordu. Minder aynı, eğitim farklı.

İşte bu koşullarda üniversiteyi halkın ayağına getirmek yararlı olmamaktadır. Lisedeki dengesizlik bir yana, ilkokuldaki öğretim dengesizliği bile sonuçta etkili olmaktadır. Ankara Çankaya İlkokulunu bitiren Akara liselerine girerken, Hakkari'nin Başkaya ilkokulunu bitiren ancak Hakkari lisesine girebilmektedir. Böylelikle kısa sürede bölgelere okul açmanın ora halkına yararlı olmadığı ortaya çıktı. Başarılı liseleri bitirenler ülkenin her ye-

rindeki yüksek öğretim kuruluşlarını doldurmaya başladı. Bu durum halkça da kolayca gözlenir oldu.

Yukarıda belirttiğimiz savımızı kanıtlamak için Güneydoğu bölgemizde, Diyarbakır'da açılan Tıp Fakültesini inceleme alanına aldık. Bölge halkının hekime gereksinimi ve öğrencilerin genel eğilimi nedenleriyle bölge öğrencilerinin büyük çoğunluğunun ilk tercih olarak Diyarbakır Tıp Fakültesini yazdıkları saptandı.

MATERYAL

Son dört yıl içinde, 1972—73, 1973—74, 1974—75 ve 1975—76 ders yıllarında Diyarbakır Tıp Fakültesine giren öğrenciler incelemeye alındı. Toplam 360 öğrenciye soru yöneltildi. Bu ders yıllarında giren öğrencilerin tamamı incelemeye girdi. Sorular öğrenciye yüzyüze sorulduğu için yanıtların sağlıklılık olasılığı oldukça fazladır.

BULGULAR

Öğrencilere dört soru soruldu. Bu sorulara göre değerlendirme ayrı ayrı aşağıya yazılmıştır.

A. Liseyi bitirdikleri kol:

Liseler fen ve edebiyat kolu olarak öğretim yapmaktadır. Tıp Fakültesi fen puanla öğrenci alıyor.

		Fen	Edebiyat
1972—73	Ders yılı	% 77	% 23
1973—74	»	% 89	% 11
1974—75	»	% 93	% 7
1975—76	»	% 86	% 14
Ortalama		% 86,3	% 13,7

B. Kurs alma - almama durumu:

Son yıllarda üniversiteye giriş kursları bolca açılır olmuştur. Kimi öğrenciler başarıyı bu kursların sağlayacağını düşünmekte; lisedeki öğretim açığını buralarda kapatmak istemektedir. Nitekim son yıllarda kurslara katılan öğrenci sayısında fazlaca artış gözlenmektedir.

		Kurs alan	Kurs almayan
1972—73	Ders yılı	% 34	% 66
1973—74	»	% 39	% 61
1974—75	»	% 30	% 70
1975—76	»	% 31	% 69
Ortalama		% 34	% 66

C. Kaç kez sınava girdikleri:

Bugünkü uygulamaya göre bir öğrenci istediği kadar sınava girebilmektedir. Başarısızlık oranı arttıkça sınava giren bir o kadar her yıl artmaktadır.

		1 Kez	2 kez veya daha fazla
1972—73	Ders yılı	% 26	% 74
1973—74	»	% 25	% 75
1974—75	»	% 35	% 65
1975—76	»	% 50	% 50
Ortalama		% 34	% 66

D. Bölge liselerine göre dağılım:

Diyarbakır Üniversitesi Tıp Fakültesinin bölgesel hizmet alanına giren iller, biraz geniş tutularak şöyle saptandı. 12 il şunlardır: Diyarbakır, Malatya, Adıyaman, Urfa, Elazığ, Mardin, Siirt, Bingöl, Muş, Bitlis, Hakkâri, Van.

Yıllara göre bu illerden tıp fakültesine giren öğrenci:

		12 il	12 ilin dışından
1972—73	Ders yılı	% 47	% 53
1973—74	»	% 40	% 60
1974—75	»	% 33	% 67
1975—76	»	% 27	% 73

Son yıllarda pek çok ilçede lise açıldı. Bölgedeki başarının ilçe liselerine yansması incelendi. Dört ders yılında bölgeden Tıp Fakültesine giren öğrenci sayısı 130'dur. Bunun 105'i (% 81) il merkezindeki liseleri, 25'i (% 19) ilçe liselerini bitirmiştir.

İl merkezi liselerinden en başarılı olanı 47 öğrenci ile Diyarbakır'dır. Sırasıyla: 17 öğrenciyle Elazığ, 11 öğrenciyle Mardin, 9 öğrenciyle Malatya, 6'şar öğrenciyle, Urfa ve Van, 4'er öğrenciyle Siirt ve Adıyaman, 2 öğrenciyle Muş, 1 öğrenciyle Bitlis, gelir. Bingöl ve Hakkari liselerini bitiren öğrenci yoktur.

İlçe liselerini bitiren 25 öğrencinin dağılımı: Ergani 5, Midyat 4, Siverek 3, Maden 3, Batman 2, Kızıltepe 2, Silvan 2, Tatvan 1, Nusaybin 1, Derik 1, 1, Birecik 1. Görüldüğü gibi 11 ilçe lisesini bitiren öğrenciler imtihan kazanmıştır. Oysa Bölgede 43 ilçe lisesi vardır.

TARTIŞMA

A — Tıp Fakültesini kazanan öğrencilerin büyük bir kısmı fen kolu mezunudur (% 86,3). Edebiyat kolunu bitirenlerin başarısızlığı dikati çekecek düzeydedir. Tıp biliminin fen bilimleri arasında sayılması böyle bir başarıyı olumlu yönde sayar.

B — Son yıllarda «Üniversiteye giriş kursları» adında pek çok alışveriş evi açıldı.

Parasını veren buralarda eğitilmekte, bilgi alımında bulunmaktadır. Paralı ve büyük kentlerde oluşu her öğrencinin bu kurslara katılmasını engellemektedir. Tıp Fakültesini kazanan öğrencilerin % 34'ü kurs almıştır. Ortalama üç kişiden biri kurs alarak kazanmaktadır. Böyle bir olanak her öğrenciye sağlanamıyor. Örneğin: Sınava katılan öğrencilerden ailesinin aylık geliri bin liranın altında olanların % 7,1'i, aylık geliri 5000 liranın üzerinde olanların % 28'i kursa katılmakta (10).

C — Bir sorumuzda öğrencilerin kaç kez sınava girdiklerini sorduk. Son yıllarda başarısız liselerin öğrencileri birkaç kez sınava girmekte; böylelikle kazanma olasılıklarını artırma yönüne gitmektedirler. Böylece liseden sonra birkaç yıllarını da yitirmektedirler. Bu arada bazıları kurs alıyor, kimi kendi gücüyle ders çalışıyor; böylelikle öğretimdeki açıkları kapatmaya uğraşıyorlar.

İncelememize alınan öğrencilerin % 34'ü bir girişte kazanmıştır. % 66'sı birden fazla sınava girerek fakülteye girebilmiştir. Türkiye ortalamasına göre öğrencilerin % 43,9'u birkaç kez şans denemektedir. (10) Diyarbakır Tıp Fakültesine girenlerin şans denemesi gözleendiği gibi Türkiye ortalamasının çok üstündedir.

Yıllara göre incelenirse, sınavı birkezde kazanan sayısı artmakta, buna karşılık Diyarbakır çevresi illerden kazanan azalmaktadır. (Bkz. D). Bu iki bulgu arasında şöyle bir bağlantı kurulabilir. Başarı giderek büyük kent liselerine geçmekte bölge liseleri ile büyük kent liseleri arasındaki öğretim açığı giderek artmaktadır.

D — Son yıllarda bölge üniversiteleri açımı oldukça hızlanmış. Bunların ana amacı, bölge çocuklarına daha ucuz, daha kolay okuma olanağı sağlamaktır. Aynı zamanda bölgeye öğretimi yaymaktır. Tıp Fakültelerinin açılması bu ana amaçların dışında bölgenin sağlık sorununu çözmeye yöneliktir. Bölge çocuklarının hekim olması sağlanarak hekim dağılımındaki dengesizliği gidermektedir (I).

Bölgeye giren il sayısı yüksek tutulduğu halde, 12 ilden Tıp Fakültesini kazanan öğrenci sayısı hızla düşmektedir. Dört yılda % 20 düşüş olmuştur. Bu şekilde bir düşüş sürerse beş-on yıl sonra bu yöreden tek öğrenci giremeyecektir. Öğrencilerin en çok benimsediği ve beğendiği hekimlik mesleği, böyle giderse bölge öğrencilerine kapalı olacaktır. (2).

Başarısızlığın son halkasında ilçe liseleri vardır. Günlük politik yatırım için pek çok ilçede lise açılmıştır. Gözlenebilen başarıya göre bu liseler, halkı oyalamaktan ileri gidemiyor. Bu incelememiz bunu doğrulamaktadır. Tıp Fakültesine girişteki başarıya göre, bölge liseleri arasında ilçe liselerinin başarısı % 19'dur. Bu oranın içinde 43 ilçe lisesinden ancak 11'i girmektedir.

Üniversitelerarası giriş sınavına girdikten sonra sınavı kazanma olasılığı, Türkiye ortalamasına göre, bölgemizde şöyledir: Adıyaman 0,38, Bingöl 0,40, Bitlis 0,50, Diyarbakır 0,96, Elazığ 0,51, Hakkari 0,25, Malatya 0,71, Mardin 0,56, Muş 0,76, Siirt 0,60, Urfa 0,62, Van 0,47'dir (9). Buna göre bölge liselerinin başarı oranı Türkiye ortalamasının çok altındadır.

Yukarıda belirtilen oranlar diğer illerimizde şöyledir: Ankara 1,56, Bursa 1,47, İstanbul 1,24, İzmir 1,84.

Bölge liselerinden sınava girip kazananların oranı ile diğer bazı illerin oranları Bölgeye ait liseleri bitirdikten sonra sınavda başarı gösterenlerin oranı % 11,1'dir. Bu oran Ankara'da % 21,4 İstanbul'da % 25,6, Hakkari'de % 3,3, Bingöl'de % 5,4, Denizli'de % 17, Vanda % 6,5, Balıkesir'de % 17,6'dır. (8).

Anılan bulgulara göre ilçelerde lise açmak günümüz koşullarında gereksizdir. En doğal, mevcut liselerdeki öğretim düzeyini yükseltmektir. Liseler arasında büyük ilçe liselerinin daha başarılı olduğu gözlenebilmektedir. (Bkz. D). İl merkezi liseleri arasında bölgede en başarılı olanı, Diyarbakır merkez liseleridir. Merkez liselerine göre başarısı % 44,7'dir. Bu bize, bir tek merkez lisesinin diğer 11 merkez lisesine Tıp Fakültesine sokabildiği mezun bakımından denk olduğunu kanıtlar. Diyarbakır'ı Elazığ izliyor. Demek ki, bölgelerde, bölge merkezi olan ilin lisesi daha başarılıdır. Örneğin Diyarbakır ve Elazığ. Bu da bize, öğretim düzeyinin bölge içinde bile dengesiz olduğunu vurgular.

Fakültede Hakkari ve Bingöl liselerini bitiren tek öğrenci yoktur. Öğretimdeki kalite düşüklüğünün derecesini bu sonuç ayrıca vurgular. Dört yılda, kendilerine en yakın tıp fakültesinde, tek hekim adayının olmayışı önemlidir. Milliyet Gazetesinin İlkokullararası bilgi yarışmasında en düşük puan alan (100 üzerinden) dört ilimiz şunlardır: Hakkari 28, Bingöl 29, Siirt 32, Muş 33 (4). 28-39 puan alan 14 ilden 11'i Doğu Anadoludandır. Bu sonuçlarla üniversiteye giriş sınavları sonuçları arasında bağ kurulsa şu yargıya varabiliriz. İlkokul evresindeki başarı düşüklüğü, kendini, üniversiteye girişte aynen göstermektedir. Nitekim

yukarıda yazılan başarısız dört ilden ikisi, tek öğrenci kazandıramamıştır. Diğer ikisinden de birkaç kişidir.

SONUÇ

Görülen, kolayca gözlenebilen odur ki, artık bugün için, üniversiteye giriş belli bazı liselerin eline geçmiştir. Bu liseler daha çok büyük kentlerde. Buralarda eğitim gören kentli ve varlıklı aile çocukları daha şanslıdır. Buna, kurs alan varlıklı aile çocuklarını da ekleyebiliriz.

Diyarbakır çevresindeki 12 ilden, bu ildeki Tıp Fakültesini kazanan öğrenci % 27'e düşerken, Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin % 59'u yalnız Ankara liselerini bitirenlerdir. (5). İstanbul Kimya Mühendisliğini kazananların % 82'si İstanbul merkez liselerini bitirenlerdir (6). 1975-76 ders yılında İstanbul Tıp Fakültesini kazanan öğrencilerin % 12'si, yalnız İstanbul Erkek lisesindedir (7).

Liselerarası başarı dizisinde başarılı ilk 40 liseden 18'i yabancı ve azınlık liseleridir (3).

Yukarıda belirtilen sayılar bize, üniversiteye girişteki çarpıklığı gayet güzel yansıtıyor. Böyle giderse bir gün gelecek, bu öğretim düzeyiyle, bu sınav yöntemiyle taşra liselerini bitirenler yüksek öğretim kapılarından geri döneceklerdir. Bölgelerde fakülte açmanın yararı olmayacaktır. Bir gün gelecek, halk, okumamayı yeğleyecektir. Bunun belirtileri görülmeye başladı. Öğneğin: Son yıllarda ortaokul sayısı arttığı halde, bu okullara kayıt olan öğrenci sayısında düşme vardır. 1972-73 ders yılında 335.569 olan yeni kayıt, bir yıl sonra 318.322'ye düşmüştür. Düşüş 67 ilimizin 60'ındadır. İnceleme alanına aldığımız illerin hepsinde düşüş görülmektedir. Bu da bize, ortaokula yazılmamanın ne derece yaygınlaştığını gösterir (8).

1972-73 ders yılında bölgede 171 ortaokul vardır. Yeni kayıt olan öğrenci sayısı 26478'dir. Bir yıl sonra ortaokul sayısı 188'e çıkmış, kayıt olan öğrenci sayısı 23694'e düşmüştür. Ortaokullara yaygınlaştığı halde, 2784 öğrenci eksik kayıt olmuştur. Böyle bir azalmayı, öğrenci velilerinin üniversiteye girişteki umutsuzluklarına bağlamak yerinde olur kanısındayız (8).

Kısaca durum şudur: Bölge liseleri ile bunların düzeyinde öğretim yapan tüm ülke liselerini bitiren öğrencilerin kazanma şansları giderek hızla düşmektedir. Böyle giderse bir gün gelecek, sınavdaki başarıda tekelleşme olacaktır. Bu günkü durumda bile toplumda geçerli, beğenilen, parasal yönü ağır basan mes-

leklere ait okullar başarılı liselerin tekelindedir. Örneğin hekimlik, mühendislik, hukukçuluk vs. diğer liselerin az başarılı öğrencileri ise mektupla öğretime, yaykura girmektedir.

Anılan bulgulardan anlaşıldığı gibi, liselerarası öğretim dengelessnessi giderilmeli, eşit koşullarda yetişenlerle yarışma düzenlenmelidir.

KAYNAK

1. Diyarbakır Tıp Fakültesinin Dünü, Bugünü ve Yarını. Tıp Fak. Yayını, Diyarbakır, 1971.
2. Hürriyet Gazetesi, 16 Eylül 1975, İstanbul.
3. Milliyet Gazetesi, 31 Mart 1976, İstanbul
4. Cem, I. : Türkiye'de Geri Kalmışlığın Tarihi, S. 507, İstanbul, 1975.
5. Cumhuriyet Gazetesi, 1 Haziran 1976, İstanbul.
6. M. Mihrioğlu, C. : «Üniversiteye girişle ilgili araştırma. Cumhuriyet, 1 Haziran 1976, İstanbul.
7. Milliyet Gazetesi. 92. Yılında İstanbul Erkek Lisesi, 16 Mayıs 1976, İstanbul
8. DİE Millî Eğitim İstatistikleri. 1972-74 Öğretim yılı başı, Ankara, 1974.
9. TÜMAS HABERLER. Sayı 6, Ankara, 1976
10. Cumhuriyet Gazetesi, 10 Kasım 1976, İstanbul.

Yoksulluğun Beyin için Çifte Tuzağı

Dr. Roger LEVIN

İzmir Tabip Odası Çeviri Bürosu

Bugün, artık kronik beslenme yetersizliğinin bebeklerde beynin gelişmesinde bozukluklar yarattığı konusunda kuşku kalmamıştır - kronik beslenme yetersizliği günümüz dünyasında 300 milyon çocuğun acı çektiği bir durumdur. Ayrıca, yine kuşku yoktur ki beyinde gelişen hasar kalıcı ve sürekli. — 2. ci yaşta sonra çocuğa yeterince beslenme verilmesi bile beyindeki yetersizliği düzeltmeyecektir.

Biyoloji uzmanları bu yargılara varmada son on yıl içinde hayvan deneylerinden elde ettikleri sonuçlarla, insanlar üzerinde yapılan gözlemlere dayanmaktadırlar. Ancak, son birkaç yıldır ki insan yavrusu beyininin bir yüksek incinebilirlik özelliğini vurgulayan bilgiler elde edilmiştir. Beynin hafif derecedeki beslenme yetersizliğine dahi pek yüksek incinebilirlik göstermesi, şaşkınlıkla karşılanmalıdır.

«People ve «Medicine Digest» Dergisinden alınarak Türkçeye çevrilmiştir. People (1976) No. 1, ve Medicine Digest (1976) 2/5, 15—19

lık yaratıcı bir bulgu olarak karşımıza çıkmıştır. Şu halde, kronik beslenme yetersizliği, bundan böyle insan bedeninin dayanabildiği bir durum olarak asla kabul edilemez bu durum akut besi yetersizliği kadar dramatik değil ama daha sinsi bir belâ.

İnsan beyninin gelişimi üzerine, beslenme yetersizliğinin etkileri konusundaki bu yeni anlayış, başlıca üç alanda yapılan araştırmalardan köken almaktadır: birincisi, beyinin gelişim özelliklerinin saptanması; ikincisi, hayvan deneylerinde beslenme yetersizliği sonucu ortaya çıkan fiziksel ve davranışsal durumların ölçümü; ve sonuncu olarak da, besi yetersizliği içindeki insan topluluklarının performansının saptanması ve çeşitli besi türlerinin alımındaki etkilerin gözlemlenmesi.

Deneylerden pek inandırıcı olarak ortaya çıkarılan bir etmen, besi yetersizliği ile çevreden gelen uyarımlar arasındaki karşılıklı ilişkidir. Hayvanlarda bu her iki durumun deneysel olarak yetersizliği, ağır gelişme geriliği gösteren bireylerle sonuçlanır, insanda ise bu yetersizlikler ve bunların sonuçları çoğu kez araştırmacıların «yoksul çevre» adını verdiği faktörlerdir. Yoksul çevre konusunda ayrıntılara girilecektir.

İlk olarak, beyinin gelişmesi. Son zamanlara kadar bir çok kimse, bebek doğduğunda beyninin gelişmesinin hemen hemen tamamlanmış bulunduğunu, ve bu denli gelişmişliğin beyni doğum sonrası besi yetersizliğine karşı koruyacağını düşünürdü. Ama bu düşüncenin doğru olmadığı ortaya çıkmaktadır. Manchester Üniversitesinde, John Dobbing ve Jean Sands'ın gebeliğin 10. cu haftasındaki fötüs ile yaşamın 7. ci yaşları arasındaki 150'yi aşkın insan beyni üzerine yaptıkları çalışmalar, beyinin gelişmesindeki kritik bir dönemin doğumdan sonra başladığını ve hemen hemen 2 ci yaşta bu dönemin sonlandığını göstermişlerdir.

YETERSİZ BESLENEN FARELERDE % 40 SİNAPS AZLIĞI

Temelde beyin iki aşama geçirerek gelişim gösterir. Birincisi gebeliğin 10 ile 18 haftaları arasındaki dönemdir ki yetişkin beyinlerdekine uyan sinir hücreleri oluşup tamamlanır. İkinci dönem gebeliğin 20 ci haftasından, doğumdan sonraki ikinci yıla kadar uzanır, bu dönemde beyinin destek hücreleri oligodendroglia) ve sayılamıyacak kadar fazla sayıda sinir liflerini sarmalayan kılıfları oluşturan madde gelişip biçimlenmektedir.

Bu dönemde sinir hücreleri, aynı zamanda, hücreler ile sinir liflerini birbirine bağlayan incelikli bağlantılardan kurulu bir ağı meydana getirmektedir, ki bu beyin'i «beyin» yapan kompleks

sistemi oluşturmaktadır. Hemen hemen kesinlikle normal beyin işlevlerini yaratan en temel ve gerekli beyin parçası bu kompleks ağdır. Bu ikinci gelişme döneminde geniş çapta bir gelişme olayı ilerlemektedir ve Dobbing bu dönemi «atılım dönemi» olarak adlandırır. Bu dönem içinde yüksek düzeydeki gelişimden ötürü, bir beslenme yetersizliği özellikle ve büyük olasılıkla beyin yıkımına yol açıcı bir etmendir.

Sözü geçen yüksek incinirlik döneminde beyin besiden yoksun kalırsa ne olur? Bu konu ile ilgili ayrıntılı bilgiler, kuşkusuz hayvan denemelerinden ve başlıca John Dobbing'in laboratuvarındaki araştırmalardan elde edilmiştir. İnsan beyininin fışkırtma - atılım dönemine uyan dönemde yetersiz beslenen sıçanlarda Dobbing, beyin'in büyüklük ve ağırlığında % 25 eksiklik bulunmuştur. İnsan beyin'inde yetişkinde bulunması gereken sinir hücreleri besi yetersizliğine karşı incinirlik döneminden önce tamamlandığından, beyin'in ağırlığındaki eksiklik (serebellum adı verilen beyin bölümünün dışında) sinir hücrelerinin azalmasından değil, fakat destek hücrelerinin ve sinir liflerinin kılıflarının eksikliğinden ileri gelir. Sinir hücrelerinin kimyasal metabolizmasının da bozukluklara uğradığı anlaşılmaktadır.

Yetersizliklerin sonucu olarak, kuşkusuz, beyin işlevleri üzerinde bazı zararlı etkileri vardır, fakat aktif beyin'in en önemli bölümü sinir hücreleri arasındaki ayrıntılı bağlantılar ve lifler düzenidir. Avusturalya'da Monash Üniversitesinde Bernard Cragg yaptığı, son derece zaman harcamayı gerektirdiğini düşünebileceğimiz, bir araştırmayı: normal ve yetersiz beslenmiş sıçanlarda sinirler - arası bağlantılar gibi mini - minnacık bölgelerin (SİNAPS'ların) sayımını yapmıştır. Araştırmacı, yeterinden az beslenmiş sıçanlarda normallere göre % 40 oranında sinaps azlığı gibi son derece şaşırtıcı bir bulgu elde etti, ve yazar ayrıca şöyle bir yorum yapmaktadır: «Hatta sağlam görülen bağlantıların çoğunun da moleküler defektten ötürü işlev yapmaktan yoksun kaldığı düşünülebilir.»

Dobbing de, Crag da yetersiz beslenmiş deney hayvanlarının ne denli düzelme gösterebileceklerini araştırmak amacı ile rehabilitasyon çalışmaları yaptılar. Sonuçlar umut kırıcı idi. Kendi deney hayvanları arasında hatta orta dereceden yetersiz beslenmiş olanların dahi-ki bu dünyamızın alışlagelen günlük yaşamındaki 300 milyondan fazla çocuğun beslenme düzeyine eşdeğerdir- asla tam düzelme görülmedi. Beyindeki yıkım kalıcı ve sürekli idi.

Doğal olarak kestirilebileceği üzere besi yetersizliği olan deney sıçanları davranış bozuklukları da göstermişlerdir: bunların iritabilitesi (irkilebilirliği) fazla idi, daha saldırgan ve daha beceriksizdiler ve normal hayvanlara göre öğrenme yetileri daha azdı. Bu yeteneksizlikler, yetersiz beslenme süresi içerisinde zengin c miyan mental çevre de rastladığında daha da kötü olarak kendini gösterdi. Slavka Frankova, Prag'da İnsan Beslenmesi Enstitüsünde yaptığı araştırmalarda ya yalnız başına yiyecekte ya da yalnız başına çevre uyaranlarından yoksun bırakılan sıçanlarda yalnızca % 70 oranında normal araştırıcı davranış geliştiğini gösterdiler. Öte yandan hem çevre uyarımlarından yoksun bırakılan hem de yetersiz beslenme gibi çifte yoksunluğa maruz bırakılan hayvanların bu gelişiminin acınacak bir düzey gösterdiğini, ancak % 10'unun normal düzeydekilerinkine ulaşabildiğini gördüler.

Bu buluş insanlar konusunda özellikle önemlidir, çünkü insanlar için yetersiz besi veren çevre, aynı zamanda tipik olarak düşük düzeyde entellektüel uyaran veren çevre özelliği gösterir. Şu halde hatta küçük ölçüde besi yetmezliği çevre uyarımı yoksunluğu ile birleştiğinde, ve örneğin geniş ailelerde olduğu gibi, her hangi bir etmen anne - çocuk ilişkisini azaltmış bulunduğu, sözü edilen tehlike daha da kötüye gider.

Yoksul çevre tuzasının önemi hakkındaki bir araştırma da Adolfo Chavéz tarafından Meksika'da yoksul bir tarımsal bölge köyünde, Tezonteop'an'da yapılmıştır. Tezonteop'an'da akut malnutrisyon az görülen bir durumdu, ama kronik (süreğen) kötü beslenme halkın alışlagelen özelliği idi. Çocuklar yaşamlarını sürdürüyorlardı, fakat çok passif idiler, ve özellikle geniş ailelerde anne ile karşılıklı ilişkiler minimal düzeyde idi. Chavéz, annenin gebeliğinden başlayarak basitçe, çocuklara daha fazla besi verme yolu ile beslenmenin etkisini araştırmağa başladı. Sonuç dramatik idi. Daha iyi beslenen çocuklar verilen fazladan besinden fiziksel yönden yararlandıkları gibi, bunların sosyal ve zihinsel başarılarında da düzelme görüldü. Ve bu düzelmenin doğrudan bir sonucu bir değiştirme - aile dinamiğinde bir güçlenme: Bu çocuklardaki daha fazla hareketlilik, daha fazla dil öğrenme yetisi, ve çevre hakkında daha fazla bilinçlilik, ana - babalarında, kardeşlerinde ve akrabalarında da bu çocuklara karşı daha büyük bir ilginin başlamasına yol açtı. Anneler bu bebeklerdeki gülümseme eğilimindeki fazlalığı ödüllendirici buldular. Dikkate değer ki bazı babalar çocukların bakımından kendiliğinden rol

aldılar, bu Tezonteop'an aile yaşamında ender görülen bir durumdu.

Yeterli besi tamamlayıcı ikinci bir çalışma da Kolombiya'da «Cali» de Leonardo de Sinistera'nın gözetimi altında etkin bir şekilde yürütülmektedir. Araştırmacı çocuklara yeterli besi kadar «oyun grubu aktiviteleri» içinde entellektüel uyaranlar da vermektedir. Bu iki tamamlayıcı etmeni bir arada elde eden çocuklar belirgin bir biçimde hem sosyal hem de entellektüel yönden düzelme göstermektedirler. Fakat bu çalışma, çifte tamamlayıcı verme, başladığında çocuklar 3.5 yaşlarına varmış bulunmaktaydılar, ve her ne kadar bu çocuklar, Cali'deki refah içinde yaşayan çocuklara bir ölçüde avak uydurmağa başladılarsa da bunların yaşam boyu öbür çocuklardan geri kalmış bulunma kaderini taşıyacakları anlaşılmakta, ve zeka'nın bir yönü, yakın geçmişle ilgili bellek'in besi ve çevre uyarımı tamamlaması işlemine tümüyle direnc gösterdiği anlaşılmaktadır - bu zeka yetisindeki bozukluk hic düzelmez. Sinistera'nın çalışmasındaki çocuklar arasında fazladan besi verilen ama fazladan entellektüel uyaran verilmiyenler biraz düzelme göstermekte, ancak çifte tamamlayıcı olan çocukların çok gerisinde kalmaktadır.

ÇİFTE YOKSUNLUĞUN KÖTÜLÜĞÜ

Eksik besi ve entellektüel uyarımı tamamlamağa yönelik olmayan iki baska araştırma da yetersiz beslenmiş insan beyin'inin entellektüel voksulluğa uyardığı ve besi - ile - çevre arası karşılıklı ilişkilerin önemli olduğu konusundaki yargıları destekleyici nitelikte sonuçlar vermiştir. Bu araştırmaların birincisi Jamaica'da Steven Richardson ve ark. tarafından yapılmıştır, erken bebeklikte klinik düzeyde kötü beslenme göstermiş 77 çocuğun sosyal ve entellektüel aktivite yönünden genellikle normal beslenmişlerin altında oldukları gösterilmiştir. Aynı sonuç Güney Batı Meksika'da Joaquin Crauioto tarafından gözlemlenen ve bebekliklerinde klinik malnutrisyon göstermiş 22 çocuk için de söz konusu idi.

Richardson da araştırılan «test» çocukları ile kontrol grubundaki çocukların en-ard-yetişimlerini incelemiştir. Zekâ testleri ilginç örnekler vermiştir: uyaran verici ailesel ard-yetişimden gelmiş normal çocuklar ortalama 71.4 puan tuttururken, uyaran vermeyen çevrelerden gelen ama iyi beslenmiş çocuklar ortalama 60.5 tutturmuşlardır: kötü beslenme gösteren fakat uyaran veren evlerden gelen çocuklar 62.5, fakat hem kötü beslenme hem de uyaran yoksulluğu olan evlerden gelenler yalnızca 52.9

zekâ düzeyi göstermişlerdir; kaçınılmaz biçimde bu son grup geniş aileleri temsil etme durumundadır. Verilen rakamlar yorumu gerek kalmaksızın gerçeği açığa vurmakta ve çifte yoksunluğun yaptığı ağır yıkımı vurgulamaktadır.

Cravioto'nun araştırmaları bebeklikte kötü beslenmişlerin konuşma öğrenmede geri kaldıklarını göstermiştir. Bir yıl içerisinde bu çocuklar, kendi topluluklarında normal beslenmiş çocukların 334 günlük öğrenme düzeyine karşılık 289 güne eşdeğer konuşma öğrenmişlerdir; üçüncü yıl sonunda fark 657 ye karşılık 947 olarak belirmiştir. Cravioto verbal mantık ve kavram-kurma testleri ile benzer yetersizlikleri de incelemiştir. Ve, Richardson gibi Cravioto'da en kötü durumdaki çocukların yoksul çevre uyurumu olan evlerden geldiğini bulmuştur.

Yoksulluk (sefalet) ortamının tuzağı, şu halde çarpıcı bir biçimde açık ve seçik kanıtlanmıştır: **yetersiz beslenme ve uyarı vermiyen ortam**'ın zararlı etkileri birbirini tümlenmekte ve bireyin içinde bulunduğu kısır döngü'yü kırabilme açısından daha da fazla olanaksızlıklar içinde bırakmaktadır.

Ord. Ford. Prof,

Grof. Dr. Zrr.

Hürfettin Hüseyl bey

Aziz NESİN

Türk ilim âleminde çok mühim bir yer işgal eden (numaralıdır) Hürfettin Hüseyl Bey, ilmi ile amel etmiş ve ameli salih, kıymetli bir şahsiyet idi. İlim âleminde, işgal ettiği yerden çok daha geniş olarak, siyaset âlemlerinde, kiyaset âleminde, habaset, cinaset, sekâşet âlemlerinde ve bilhassa eski «defter-i hakani» yeni **Tapu dairesi** kayıt defterlerinde yerler ihraz ve pek çok arsalar **ifraz** etmiş eshab-ı emlak ve allâme-i fellâk ve gayretle allâk bir **zat** idi

Ç rütbe kıymetli bir ilim adamı idi ki, bir bakışta karşısındakının cebinde, bozuklukları kadar kuruşu kuruşuna, kaç para olduğunu derhal tahmin eyleyen memleketimizin muhammin ve insan sarraflarından ve meşhur bankacılarımızdan biri, Hürfettin Hüseyl Bey'i daha ilk görüşünde «Ben bu kıymetli ilim adamını böylece on milyon liraya satın alırım ve de yüzde beşyüz kâr

ederim» demişse de, Hürfettin Hüseyl Bey daha önceden angaje olduğu makamdan pey almış bulunması hasebi ile, miktarı az bulduğunu bahane ederek pazarlıktan imtina etmiş ve meşhur bankacımızın yirmibeş milyona kadar yapmış olduğu bütün açık arttırmaları reddetmiş idi. Yani selâbet-i ahlâkı şetafet-i şakşakına her zaman galebe çalmış idi. Fevkalâde oynak ve harikulâde kıvrak bir zekâsı olmakla son derece müteharrik ve otomatik (bir litre benzinle yük kilometre kat eder) ve her iktidar için gayet kullanışlı ve müsait ve aynı zamanda seri ül-intikal ve acib-ül eşkâl ve dahil olduğu kabın şeklini alan sıvı gibi seyyal ve cıva gibi cevval idi. Bu oynaklık, bu kıvraklık, bu fart-ı cevvaliyet ve bu fart-ı zekâ bu fart-ı kekâ, bir rivayete göre, validesi çok fart-ı fırtınalı bir havada oynak bir denizde vapur yolculuğunda iken ve yine bir diğer rivayete göre validesi şimendüfer yolculuğunda iken doğmuş olmasından neşet ediyor idi ki, bulunduğu mahalle ve mahalleye intibak kabiliyeti hesabı ile daha doğar doğmaz tren sallantısı ve deniz çalkantısı sebebi ile faaliyet-i cevvaliyet-i seyya'iyete başlamış, fevkalâde oynak ve harikulâde bir sahib-i zekâ ve kekâ olmuş idi.

Bizde alelumum itimada câiz ve hakikatı haiz olmayan nüfus kayıtlarına göre pederinin Ahmet Efendi namında bir zat olduğu tahmin edilmektedir.

Hürfettin Hüseyl, daha pek küçük yaşta iken validesinin gözünden sürmeyi çeker ve sinekten yağ çıkarır ve iyilik olsun diye her zeytin tanesi verdiği fakire yarım litre zeytinyağı iştir cinsinden olduğundan, görenler «Bu çocuk istikbalin sürmecisi veya meşhur yağcısı olacak» derler idi. Yani yavrunun tersinin cesametinden ileride büyük bir ödem olacağı keşfediliyor idi. Bütün mektep hayatında hiç bir muallimi, onu kopya yaparken yakalamaya muvaffak olamamış ve aliyülalâ (Pekiyi) dereceleri sınıflarını terfi etmiş idi.

Fırar-ı efkâra ve ishâl-i kelâma ve basur-u zebana ve dır dır-ul-lisana müptelâ olduğundan muallimleri onun dava vekili olacağını söylerler idi. Filhal, avukatlara taş çıkartacak kadar nâtika perdâz-ı devlet, nadide emsal bir perandabaz-ı millet ve düzenbaz-ı vatan idi.

Tıfil iken büyümüş de küçülmüş gibi idi ve fakat sinn-i ke-male erişince, küçülmüş de bir daha büyümemiş olarak kaldı. Hasis ve cimri denilecek nisbette hesabı ve fevkalâde muktesit olduğundan aklının boyuna gidip ziyan ve büyük bedende israf olmaması için bilhassa uzamayıp kısa kalmak sureti ile, «küllü

taivilün ahmak ve küllü kasiden fitne» kelâm-i kibarının sıhhati- ni isbat eyledi. Sinn-i kemâle vusulünde dahî, artık boyunun uzamıyacağını anlayınca enini uzatma yoluna gitmiş ve bu sebeple eni boyundan fazla uzamış idi ki göbek nahiyesi ile mâbadı nahiyesi arasındaki kutru, tulünden üç parmak uzun gelir idi.

(2 PR + DH)

Mekteb-i Osmani'den mezun olduktan sonra Hürfettin'i Tıbbiye-i Şahâne Şakirdanından bir genç olarak görüyoruz. Tıbbiye-i Şahâne'den mezun olduktan sonra, müderrislerin ev hizmetlerini ifa, getir götür işlerini eda eyleyerek ve çantalarını taşıyarak ve türlü bin tatlı diller dökerek müderrislerinin gözlerine girmek sureti ile ilme olan bu hizmetlerine mükâfeten ihtisasını itmam ile Darülfünuna müderris muavini olmuş ve bilghare müderrislerin de lisan-ı garb'den yanlış olarak tercüme ettikleri kitapları, büyük bir gayretle bazı kelimelerin yerlerini değiştirip, büsbütün bozmak suretiyle memleket irfanına numune-i intihal olan eserini kazandırmış ve bu muvaffakiyetine binaen müderrisliğe terfi etmiştir.

Bundan sonra muhterem ilim adamımızı ilim sahasına sığamadığı için, içtimai faaliyet sahasına atılmış görmekteyiz. «Kabugunu delmeden yumurta yiyenler cemiyeti»ni tesis ile bu cemiyetin reisi olmuştur. Daha sonra! Altına idrar kaçırانlarla mücadele cemiyeti»ni tesis ile cemiyetin yine reisi olmuş ve memlekete ve evlâd-ı vatana pedaran-ı millete büyük hizmetler ifa eylemiştir. Memleket dahilinde kırk pâre cemiyetin reisliğini uhdesine aldıktan sonra, memleket haricine el atarak bir çok beynelmilel ilim cemiyetinin de azası olmuştur ki, yalnız azası olduğu cemiyetlerin isimleri kaydedilse, üç büyük cilde ancak sığdırılabilir. Azası bulunduğu beynelmilel teşekküllerin en mühimlerinden bazısı şunlardır:

«Beynelmîlel Hıristiyan fakir fukaralarını himaye cemiyeti», «Dünya abazaları yardımlaşma kurumu», «Dünya kadınlarını yatak çarşafından kurtarma derneği», «Beynelmîlel bel gevşekliği konseyi», «Enternasyonal himaye-i inek ve izale-i sivrisinek birliği» vesaire...

Hürfettin Hüseyl Bey'in memlekete binlerce doktor yetistirdiği söylenirse de, sayılamıyacak kadar çok bu içtimai faaliyetlerinden vakit ve fırsat bulup kürsüsüne oturmağa zaman ayırabildiği şüpheli olup, iki aralık buna imkân bulsa dahi talebelerine verdiği dersin sıhhati şüpheli addedilmekte ve muarızları, «onun yetistirdiği doktorların tedavi maksadı ile öldürdüğü hastaların yekûnu, Birinci ve İkinci Cihan Harplerinde ölenlerin ye-

kûnundan beş misli fazladır» demektedirler.

En büyük ve tek eseri ise, memleketimizde ilme kıymet vermediği yolundaki umumî kanaatin hatalı olduğunu bizzat kendi hayatı ile isbat etmiş olmasıdır. Başka profesörler kifayet-i ilmiyelerinin beceriksizlikleri sebebi ile maaşları ile geçinemezlerken muhterem Hürfettin Hüseyl Bey, gerek menkul ve gerek gayri menkul gerek nakten ve gerek malen ve gerek emlâken muazzam servet sahibi olmuş ve böylece memleketimizde madrabazan-ı ilme verilen azim kıymeti isbat eylemiş ve elhak tıbb-ı ticarî ordinaryüs profesörlüğü makamını ikraz eylemiştir.

İşte bu hengâmededir ki, birdenbire memleket millet ve vatan aşkı galeyana gelen tıbb-ı ticarî kürsüsünün kıymetli profesörü tıbb-ı siyasi sahasına da merak sararak, Meşrutiyet Halk Fırkası Vilâyet Reisi olmuş ve Fırkanın reisinin vilâyeti teşrifinde, fasulye sırikalarını göstererek,

-- İşte efendim, asma kabakları! demiş olması (bu büyük söz siyasi tarihimize geçmiştir) ve bilâhare intihabat olunca hakikatin anlaşılması neticesinde gözden düşerek tekrar kısa bir müddet tıbb-ı ticarî kürsüsüne dönmüşse de kendisine bir kaymakamlık merakı arız olmuş, yeni iktidara hulûl ederek, cübbeyi ve kürsüyü terk ile, Yalova kaymakamlığına tâyin olunmuştur. Kaymakamlığı sırasında seyyar hıyar satıcılarını sokaklarda bizzat kovalıyarak hıyar fiyatlarının yükselmesine mani olmak suretiyle milletin bol bol cacık yemesini ve memlekette hıyar ve hayat ucuzluğunu temin eylemiş ve sokaklara küçük su dökenleri birer birer yakalayarak bellerinden iğne ile su almak suretiyle vatandaşların vücudundaki büyük ve küçük su guddelerini kurutarak, onları tedip ve terbiye eylemiştir.

Aynı zamanda diplerine küçük su dökülen duvarlara «Burası eşeklere mahsus helâdır» diye yazdırarak merkeplere dahi ne rütbe kıymet verdiğini göstermiştir.

Her mevzuda yed-i tulâ sahibi ve her sahada selâhiyetle fikir beyanında mütehassis olan âlimimiz bayramdan bayrama da Bayram gazetelerinin demirbaş muharrirliğini yaparak matbuata da hizmet ifasından geri kalmamıştır. Bilhassa «Helâdan çıkarken pantolon düğmelerinizi iliklemeği unutmayın» sernâmeli makalesi çok kıymetli ilmi bir tetkik mevzuudur.

Kendisi ile mülâkat yapan bir çok muhabirin «Genç kalmanızın sırları nedir?» sualine verdiği cevap, «Çok spor yaparım, istikbal ve teşyi merasimlerinin hiç birini kaçırmam, baş ve bel hareketleri ile gençliğimi muhafaza ederim,» olmuştur.

Bu beyanından sonra bu husus, mülakatı yapan muharririn kalemi ile gazetede aynen şöyle neşredilmiştir:

«Genç kalmanın sırrı spordur.» dedi ve şöyle ekledi: «Ben çok spor yaparım, teşyi ve istikbal merasimlerinin hiç birini kaçırmam ve merasimlerde boyun, bel idmanları yaparak gençliği mi muhafaza ederim.» Bu beyanından sonra göbek noktası merkez olmak üzere öne ve arkaya 180 derece eğilip bükülerek değişme cambazların yapamayacakları maharetler göstererek hayretimi mucip oldu.» (Bak: Kâmus-u tabasbus-ı Osmanî Cild 4 mukaddimesi).

Bilâhare memlekette darbe-i koltuk ve taklib-i sandalya olmuş ve tozdan dumandan ferman okunmayan bu hengâmede muhterem tıbb-ı ticarî ve tıbb-ı siyâsî Ord. Prof. atik davranarak her nasılsa bir ara boş kalan eski nâzır desturun ishal olduğundan kademhaneye koşmuş idi- Meskenet Nezareti iskemlesine oturmuş idi.

Muhterem âlim, bedava elde edilmiş, kendisine gönderilmiş veya hediye edilmiş veya şurdan burdan tedarik edilerek elinde kalmış veya âriyet alınarak iadesi unutulmuş kitaplardan mürekkep çok muazzam bir kütüphaneye malik idi. Muhterem âlim bu kütüphaneyi satmak istemişse de, eski tarihli işbu kitapların hiçbir ilmi kıymeti kalmamış olduğu bahanesi ile alıcılar para vermemişler, bunun üzerine muhterem âlim, kitapları okkayla satıp, bu hiç işe yaramaz, kuru gürültüden kurtulmak istemişse de, bu kitaplardan kesekâğıdı yapılamıyacağı için kitapları okkayla da satamamış, muhterem âlim de memleketimizde ilme hiç kıymet verilmediğine teessüfle, birden aklına gelen çok vatanperverane bir tedbiri tatbik ile muazzam kütüphanesini Nezaret'e hediye ederek nâmını bir kere daha ebedileştirmiş, böylece de bu belâdan kurtulmuş idi.

Bi haddi hudud ihtirasına ne vücudu, ne memleketin hududu kâfi gelmemekte idi. Meselâ Sultan Unkapanlı Arpacıoğlu Feyzullah-ı sanî'nin zaman-ı saltanatında dünyaya gelmiş olsaydı, muhakkak bir nezareti işgal eder, bilâhare sadareti istirdat eder, krallığını ve bâdehu imparatorluğunu ilân eder, bunlarla tatmin olmayarak ve iktifa etmeyerek çaresizlikten ve mecburen vefat eyler idi.

Ne yazık ki merhum, lâyük olduğu yerini bulamamış ve güm-bürdeyip gitmişti.

Bilim Ama Nasıl?

İnt Dr. Caner FIDANER

Sıklıkla yapılan yanlışlardan biri, kavramlara dokunulmazlık, yücelik, eldeğmezlik yüklemek onları başka olgulardan bağımsız düşünmektir. «Bilim» kavramı içinde sık sık bu yanlış düşüldüğü görülür. «Hayatını bilime adayanlar», «Tek amaçları bilim için çalışmak» olanlar, «Bilim herşeyin üstündedir» diyenler, «Bilim, bilim içindir» diye düşünenler, «Bilime siyaseti karıştırmayanlar», hiç de az değildir.

İlk önce durup düşünelim, nedir bilim? Ünlü sözdür: EN GERÇEK YOL GÖSTERİCİ BİLİMDİR. Aynı sözü bir de şöyle okuyalım: «Bilim en gerçek yol göstericidir.» Gerçekten de bilim gittiğimiz yolu aydınlatan ışıktır, ama gideceğimiz yer değildir. Bilim, gece köyüne giden kişinin elindeki fenerdir; ama köyün kendisi değildir. Hangi yoldan, nereye gitmemiz gerektiğini gösterir, ama asıl gidilecek yer, «saf bilim sarayı» ya da bir «fildişi kule» olmaz, olmamalıdır.

Bilim, herşeyin üstünde, herşeyden bağımsız bir kavram değildir. Bilim adamının çalışmasını içinde bulunduğu toplumun koşulları yönlendirir. Derebeyi kaleleri olmasaydı, top gelişmezdi. Her buluş, toplumdaki bir gereksinimden etkilenmiştir. Hele günümüzün kitle iletişim araçları olan, örgütlü, haberleşmesi gelişmiş toplumunda, bu ilişki iyice belirginleşmiştir. Her laboratuvarın dış dünyaya açılan bir kapısı vardır. Her bilim adamı da ister istemez dış dünyadan etkilenecektir.

Ama sözü burada kesmek olayı tek yönlü görmek olur. Bilim adamı toplumdaki etkilenir, buluşlarını yapar, bu buluşlar da toplumu etkiler. Yani, derebeyi kalelerinin yıkılması gerektiği için toplar yapılır, bu toplarla kaleler yıkılır. Toplumun gidişi de yeni bir boyut kazanır. Böylece, bilim ile toplum arasında iki yönlü bir ilişki kurulmuş olur. Bu iki yönlü ilişkiyi görebilen bir bilim adamı da, «ben bilim adamıyım, buluşlarımın nasıl kullanılacağı beni ilgilendirmez» diyemez.

Bu noktada sorulması gereken bir soru akla geliyor. «Öyleyse, bir bilgin istediklerini yapamaz, ancak zorunlu olduğu şeyleri mi yapabilir?» Elbette hayır. Toplum, bilim adamının yapacağı şeyleri yönlendirir, ama belirlemez. Bir bilgin, eğer düşünebiliyorsa, bilimin bir amaç değil, bir araç olduğunu bilir; bilimini hangi amaç için uygulayacağını seçer. Tarih önündeki görevini sezer, her hareketinin nedenini, sonucunu düşünür, anlar ona göre davranır.

Hastalanma Özgürlüğü

Dr. Taner FILİZER

Bugün Türkiye'deki özgürlüklerden biri de hastalanma özgürlüğüdür. Hepimiz, her an, her dakika bu özgürlüğü kullanabiliriz. Hele açık kanalizasyonların çevresinde yaşayanlar, hele içme suları klorlanmayanlar, hele çöpleri toplanmayanlar zahmetsizce hastalanabilirler.

Ölme de özgürsünüz. Hiç kimse yakanıza yapışmaz, 'Niye öldün?' diye. Hiç kimse size «Bu dünyada güzel güzel yaşamak dururken, niye ilacı bulunmuş, tedavisi bulunmuş hastalıklardan bir yaşında, beş yaşında ölüp gidiyorsun?» demez. Zaten yeni doğan her bin çocuğun yüzelliden fazlası ölmek özgürlüğünü ilk yaşları içinde kullanıyorlar, Türkiye'de.

Yalnız bu kadar özgürlük içinde, hastalıktan korunma, hastalanınca tedavi olma özgürlükleri biraz kıyıda köşede kalır, unutulur. Sağlık hizmetlerini halkın ayağına götürme amacıyla kurulmaya başlanmış olan sosyalleştirme hareketi baltalanır, sosyalleştirme bölgesinde çalışan hekimlerin yan ödemeleri kesilir, ücretleri düşürülür. Hekimler de büyük kentlerde kalıp muayenehane açma özgürlüklerini kullanırlar. Eh, hastalanma, ölme özgürlükleri de sürer, gider.

Sürer gider, ta ki sağlık hizmetleri her bireye parasız sağlanana dek. Yurt çapında bir tek sağlık örgütü kurulup, sağlık personeli (hekimler de içinde) her yere hizmete gönderilinceye dek. Sağıtıcı hekimlik yerine koruyucu hekimliğe ağırlık verilinceye dek. Muayenehane hekimliğinin sağlık hizmeti değil, ticaret olduğu kabul edilinceye dek sürer gider.

Böyle olmuyor diye hekimleri suçlamak ne kadar yanlışsa, tek tek hekimlerden «doğuya gidip bir kaç yıl çalışmalarını» beklemek de o kadar yanlıştır. Hastalanma özgürlüğünün ortadan kaldırılması, tek tek kişilerin işi değil, bir örgüt işidir. Ol-
sa olsa, tek elden yönetilen ve bütün Türkiye'yi kapsayan bir «sağlık hizmetleri örgütü» ile herkese gereksinmesine göre sağlık hizmeti götürebilir. Çünkü ancak böyle bir örgütle kaynaklar planlı bir şekilde kullanılabilir. Ama böyle bir örgüt, muayenehane kurup zengin olma özgürlüğünü, halkın salgınlardan kırılmasını seyretme özgürlüğünü, bebek ölüm hızının yüksekliğiyle ilgilenmeme özgürlüğünü hekimlerin elinden almamış ne yapalım?

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 ADRESİ-
NİZLE BİRLİKTE 100 TL. YATIRMANIZ YETERLİDİR.

ESKİ SAYILARIMIZ ÖDEMELİ GÖNDERİLİR.