

ANKARA
VE
İZMİR

TOB

TABİP ODALARI BÜLTENİ

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



AĞUSTOS — 1977 / SAYI : 23 / YIL 2 / FİYATI : 10 LİRA

SAYIN ABONELERİMİZ

Lütfen Aboneliğinizi Yenileyiniz

SAYIN OKUYUCULARIMIZ

**TOB'a Abone Olunuz
Abone Bulunuz**

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

İÇİNDEKİLER

— Çağrı	Dr. M. Levent ÖZSES	2
— Dr. Ömer Kutlu'yu Kaybettik	Ortodonti Uzmanı	3
— Bunalım Sürüyor	Uz. Tescil No: 93689	3
— Çağdaş Anlamda İşçi Sağlığı, İşgüvenliği Akımı ve Türkiye'de Durum Doç. Dr. İsmail Topuzoğlu		8
— İşçi Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi İçin Öneriler Dr. Engin Tonguç		15
— Türkiye'de Benzen Zehirlenmesi Epidemiyolojisi Dr. M. Akyol		23
— Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi Dr. Doğan Benli, Dr. Zafer Öztekin		27
— Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri ve Önemi Doç. Dr. Nevzat Eren		34
— Sovyetler Birliği'nde Sağlık Planlaması Çeviri : Dr. Çetin Duruk		39
— Hekimler ve Sendikal Mücadele Dr. Veli Lök		48
— «Türkiye'de Tıp Eğitimi Sorunları» Hakkında Dr. Özet Arat		51
— Mutlu Bir İntörnün Notları		52
— Zorunlu Hizmet Önerisinin Ardındaki Gerçekler ...		57
— Akut Barsak Enfeksiyonu (!) Ölüm Saçıyor		59
— Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Geziler Dü- zenliyor		63

TOB

Türk Tabipler Birliği
Ankara ve İzmir Tabip
Odaları Aylık Yayın
Organı

Sahibi :

Dr. Hamdi ÖĞÜŞ

Yazı İşleri Müdürü :

Dr. Recep AKDUR

Bilimsel Redaksiyon Kurulu
(Ankara Tabip Odasından)

Dr. Muzaffer AKYOL, Dr.

Doğan BENLİ, Doç Dr.

Nevzat EREN,

Dr. Özen ARAT

(İzmir Tabip Odasından)

Doç. Dr. Altan Kayan

Dr. Nuri Doğan Atalay

Dr. Erkan Sevinç

Yönetim Yeri :

Hanımeli Sokak. 16/2

Sıhhiye/ANKARA

Tel : 29 55 70

Basıldığı Yer :

Halkevleri Basımevi

Menekşe Sokak No. 11/A

ANKARA

Sayısı 10 TL. Yıllık Abone 100 TL.
Öğrencilere Yıllık Abone 60 TL.
Dış ülkelere 12 \$ (Normal Posta)
Yayımlanan yazılardaki görüş ve
düşünceler yazarlarına aittir. Oda-
larımıza ve TOB'u bağlamaz.

İlan Tarifesi :

Kapakla 1500 TL.

İç tam sayfa 1000 TL.

İç yarım sayfa 750 TL.

TOB. Okurlarına, Hekimlere ve TIP Öğrencilerine Çağrı

Başlangıçta ATOB, sonra TOB olarak yayın yaşamını sürdüren dergimiz iki yaşını doldurmak üzere. TOB sağlık alanındaki bir boşluğu doldurmuş, gerçek bir gereksinme yanıt vermiştir.

TOB'un daha verimli olabilmesi, daha ileriye gidebilmesi ancak ve ancak okuyucularının, üyelerimizin tüm hekimlerin ve tıp öğrencilerinin destek, katkı, eleştiri ve önerileriyle olanaklıdır.

Bu destek ve katkı değişik biçimlerde olabilir. Her biri ayrı ayrı önemli ve değerlidir.

Sayın TOB okuyucusu : TOB hakkındaki genel düşüncelerinizi, eleştiri ve önerilerinizi, ele alınmasını ve tartışılmasını istediğiniz konuları TOB'a yazınız. TOB'da çıkan yazılar hakkındaki özel görüşlerinizi, eleştirilerinizi yazınız. Çalışmalarınızı, yazılarınızı, araştırmalarınızı TOB'a gönderiniz. TOB'dan ve TABİP ODALARI'ndan istek ve beklentilerinizi yazınız.

TOB okuyucusu sayısının artması için çaba gösteriniz.

Okurlarımızın tüm yazılarına TOB sayfalarında olanaklar ölçüsünde yer verilecektir.

TOB



DR. ÖMER KUTLU

Dr. Ömer Kutlu'yu kaybettik

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi üyesi, devrimci arkadaşımız Dr. Ömer Kutlu, bozuk düzenin idam mangası olan bir trafik kazasının kurbanı oldu.

Ömer, tıbbiyeye girişinden başlayarak hergün ön safta mücadele eden bir arkadaşımızdı. O, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde gençlik hareketinin kopmaz bir parçası olmuş ve devrimci gençlik hareketinin ezilen yığınlarla kucaklaşma eyleminin bayrağını taşıdı. 1971 öncesi girdiği işsizlik ve Pahalılıkla Savaş Derneğinde (İ.P.S.D) uzun süre, halkla birlikte halk örgütlenmesi için çalıştı.

Fakülteyi bitirdikten sonra da eylemini sürdürdü. Bürokrasinin çarklarında ezilmedi, küçükburjuva dünyasına tutsak olmadı. Bir gün olsun kişicil çıkar veya mevki hırsı peşinde koşmadı. Haziran 1977 de yapılan T.T.B. 26. Kongresinde Merkez Konseyi üyeliğine seçildi. O güne kadar aldığı hiç bir görevi eksik veya yarım bırakmamış Ömer'i gelgeç dünyanın ölümü son görevinin daha başında aldı götürdü.

Acımız büyüktür. Dünya insanlığı ve Türkiye'nin emekçi hekimleri, tıbbiyeli bir devrimci genç oluşundan bu yana başını hiç yitirmemiş, insancılığından, alçakgönüllülüğünden bir an olsun kopmamış bir büyük insandan yoksun şimdi...

Ama anısı hiç silinmeyecek belleklerimizden... Onun örnek insanlığı yolumuzu aydınlatacak.

Başımız sağ olsun..

TOB

BUNALIM SÜRÜYOR

Türkiye oldukça karışık günler yaşıyor. Bombalamalar, soygunlar, cinayetler birbirini izliyor... Tablo 12 Mart 1971 öncesinden pek farklı değil. Bu neyi anlatır :

1. Hakim sınıfların içinde buldukları ekonomik çıkmazı, her geçen gün artan pahalılık ve işsizliği halkın gözünden «anarşi» haberleri ile saklamaya çalıştığını,

2. Bunalımdan kurtulabilmek için çalışan yığınların alabildiğine sömürülmesini sağlayacak, her türlü ekonomik ve siyasi muhalefetini en kanlıca ezecek faşizm özlemi içinde bulunduğunu... Yani ajan provakatörlerin ve gönüllü yardımcılarının provakasyon eylemleriyle halkın her türlü baskı, arama, tutuklamaya rıza gösterecek kadar bunaltılması amaçlanıyor. Elbette «tarih tekerrürden ibaret değildir», ama yeni 12 Martlar peşinde koşulduğu da açıktır.

Son günlerin olaylarını ve genel sorunları tartışan yüzbinlerce emekçinin temsilcisi 26 demokratik örgüt Bülent Ecevit'e bir mektup göndermiştir. Aralarında Ankara Tabip Odası'nda bulunduğu örgütlerin hazırladığı mektup metni şöyle :

SAYIN BÜLENT ECEVİT,

Türkiye'de II. MC iktidarının kurulmasından sonra yeniden hızlanan kanlı olaylar ve yeni gelişmeler karşısında biz aşağıda imzaları bulunan demokratik kitle örgütleri başkanları olarak görüşlerimizi size ve kamuoyuna açıklamayı görev sayıyoruz.

Sayın Ecevit,

Uzun yıllardır süren ve özellikle I. MC döneminden beri toplumumuzun en önemli sosyal ve siyasal sorunlarından birisi olan terör hareketleri şimdiye dek yerli yabancı egemen güçler tarafından, bilinçli bir şekilde «sağ - sol» çatışması şeklinde gösterildi ve halen gösteriliyor. Böylece olayların maddi, toplumsal nedenleri ve olayların tertipleycisi, destekleyicisi emperyalist mihraklar gözardı edilmek isteniyor.

Oysa olaylar hakkında birazcık bilgisi olan her kişinin de gayet iyi bildiği gibi «sağ - sol» çatışması şeklinde gösterilmeye çalışılan politik olgu; gerçekte demokrasi güçlerine yönelik emperyalist güçlerin CIA, kontr - gerilla vb. gizli açık servislerinin güdümünde ve belli bir plan dahilinde yürütülen, tek taraflı faşist saldırılardan başka birşey değildir. Ne var ki, durum böyle olduğu halde; faşist çevrelerin demagojik ve ikiyüzlü propagandaları, sahte barış ve ateşkes çağrıları birtakım anti - faşist kuruluş ve kişileri etkileyebilmekte böylece faşistler, olayların dışında görünebilme konusunda birhayli başarılı olabilmektedirler.

Faşizmi, onun çalışma ve propaganda yöntemlerini bilenler için bu durum şaşırtıcı olmayabilir. Ama aynı şeyi tüm anti - faşist, demokrat güçler için söyleyemeyiz. Nitekim son birkaç günün olayları da bu kanımızı doğrulamaktadır. Oysa Hitler'in «Raystag yangını», 12 Mart'ın «Kültür Sarayı, Eminönü - Marmara vapur olayları» henüz unutulmadı.

Şüphesiz tüm bu olup bitenler nedensiz değildir. Emperyalist - kapitalist sistemin ve ona bağlı Türkiye egemen güçlerinin ekonomik - politik çözümsüzlükleri her geçen gün daha da derinleşiyor. Korkunç hayat pahalılığı, işsizlik, yokluk ve hızlı tekelleşmenin yarattığı yoksullaşma artık dayanılmaz ölçülere varıyor. Buna bağlı olarak başta işçi sınıfı olmak üzere tüm ezilen, sömürülen sınıf ve tabakaların daha özgür ve adaletli bir yaşam istemleri giderek yoğunlaşıyor. Kitleler Anayasal demokratik haklarını kullanarak açlığı, yoksulluğu ve baskıları protesto ediyorlar.

İşte egemen güçler emekçi halkın bu demokratik direnişlerini boğmak ya da saptırmak istemektedirler. Halkın muhalefetini, varolan durumun nedeni gibi gösterip kitleleri yanıltmak istiyorlar. Demokratik toplumsal muhalefeti «anarşi» olarak gösterip «ezmek» istiyorlar. Ve emperyalist kapitalizmin her sıkıştığı zaman «istikrar - düzen - otorite» sloganlarını haykırma boşuna değildir. Nitekim yeni yapılan ve daha da yapılacak olan zamlarla beraber «anarşiyle mücadele programı» hazırlıklarının ve çılgınlıklarının aynı günlerle çıkışması boşuna değildir. Bu mizansenler faşistlerin bilinen en klasik ve kaba yöntemleridir. Hitler, Mussolini aynı şeyleri söylediler. Şimdilerde Şili kasabı Pinochet aynı şeyleri söylüyor. Türkiye'de de şiddetin ve terörün yaratıcıları, destekçileri de özellikle son günlerde barış meleşği pozlarında «huzur ve otorite» çılgınlıkları atıyorlar.

Sayın Ecevit,

Son gelişmelerin bizleri özellikle düşündüren ve kaygılandıran noktalarından bir ikisini size iletmek isteriz. Esasen mektubumuzun nedeni de bu hususlardır.

Birincisi : Faşist, emperyalist güçlerin son günlerde sosyal demokrat kitlelere yönelik ideolojik ve politik taktikleri, Faşistler; kanlı olayları ve terörü «bir avuç maceracı gencin ve bazı derneklerin devlete yönelik saldırıları olarak gösterip» herkesi o arada sosyal demokratları da «devleti korumaya» çağırma- tadırlar. Amaç gayet açıktır. Sosyal demokrat kitleleri yanıltıp kendi dışındaki demokratik toplumsal güçlerden tecrit etmek ve böylece herkesi tek tek teslim almaktır. Bunun ideolojik malzemesi de pek bilindiği gibi bir komünizm umacısı yaratıp kitleleri ürkütme veya en azından tarafsızlaştırmayı planlamaktadırlar. Ama herkes bilir ki, sosyal demokrat kitleler faşizme karşıdır. Ve demokratik hakların korunup, geliştirilmesinden yanadırlar. O yüzden faşizm özlemcileri ile demokratik güçler arasındaki bu mücadelede asla tarafsız kalamazlar. Aksine temel hak ve özgürlükleri koruma mücadelesinde etkin olmak durumundadırlar.

İkinci : II. MC'nin pek ünlü «anarşiyle mücadele» programıdır. Sayın İçişleri Bakanı «iki ay içinde anarşiyi yok edeceğim» diyor. Sayın bakan «iyi niyetli olabilir». Ancak sizin de defalarca belirttiğiniz gibi; anarşi bizzat birtakım devlet güçleri tarafından kışkırtılıp, desteklendğine göre, yine ölenlerin bir kısmını «vatan haini» diğer bir kısmını «şehit» sayan bir zihniyet iktidar ortağı ise, iki yıldan bu yana çalıştırılmayan yüksek okulların faşist çetelerin işgali altında olduğu bilindiğine göre, öldürülen 300 dolaylarında yurtsever ilerici öğrenci, öğretmen, memur ve işçinin, bombalanan demokratik kuruluş ve meskenlerin, okullarından uzaklaştırılan onbinlerce gencin sorunları artık herkesçe bilindiğine, göre sayın bakan demokratik hak ve özgürlükleri zedelemekten mevcut işleyiş içinde bu durumu nasıl önleyecektir? Bütün bunları yaparken hangi araç ve yöntemleri kullanacaktır? Sayın bakan yetkileri mensup olduğu hükümetin yapısı ve icraatı bilindiğine göre ve üstelik dört yıldan beri bir hükümet sorumlusu olduğuna göre bunu başarması bizce asla mümkün değildir. Ve MC'nin «anarşiyi» önlemesi eşyanın tabiatına da aykırıdır.

Aslında MC'ciler her geçen gün iflasa giden ekonomi-politikalarını «kurtarmak» istemektedirler. Nitekim başbakan

ve yardımcıları açık açık «memleketin çıkarları gerektiriyorsa ZAM da yaparız» diyorlar. Zamların dünyanın hiçbir yerinde halkın çıkarına olmadığı bilinen bir gerçektir. Çünkü zamların yarattığı işsizlik, açlık ve yoksulluk halkın çıkarına olamaz. Öyleyse MC'cilerin «memleketin çıkarlarından» kasdettikleri bir avuç parababasının çıkarlarıdır. Üstelik MC parlamentodan umudunu kestğini henüz ilan etmediğine göre, seçimlerden kısa bir süre sonra bu derece yüksek zamları hangi cesaretle yapabilmektedir? İşte bu cesareti «anarşiyle mücadele» programından alıyorlar. «Anarşiyle mücadele» adına emekçi halkın muhalefetini kan ve terörle bastırmak istiyorlar. «Güler yüzlü faşizm» çabalarının «huzur - istikrar» çığlıklarının amacının; kitlelerin yükselen anti - faşist muhalefetini boğmak ve baskıyı meşrulaştırmak olduğu böylece daha bir açıklık kazanmaktadır.

Sayın Bülent Ecevit,

Görüldüğü gibi saldırılar ve baskılar emekçi halkımıza ve onun temel hak ve özgürlüklerine yöneliktir. Hatta bu saldırılar partinize ve şahsımıza dek uzanmıştır. Amaç bu adaletsiz, acımasız sömürü ve soygun düzenini her ne pahasına olursa olsun devam ettirmektir. Bunun için de emekçi halkın her türlü demokratik hakları pervasızca çiğnenebilmektedir. Kısacası toplumumuz sonu belirsiz bir karanlığa götürülmek istenmektedir. Bu amaçlarına daha kısa yoldan ulaşabilmek için demokratik güçlerin aralarındaki diyalogu, dayanışmayı bozmak istiyorlar. Onları birbirinden koparmak istiyorlar. Bu oyuna gelmemek, halka ve demokrasiye karşı kurulan bu tuzakları boşa çıkarmak ve faşist terörü geriletme hepimizin ertelenmez tarihsel bir ödevidir.

İnsanlık tarihi göstermiştir ki, faşizm karşısında gösterilen en ufak bir tereddüt ya da gecikme ancak ve ancak faşistlerin işine yaramaktadır. Nitekim bunun sayısız acı örnekleri de vardır. Bunun için faşizme karşı tüm demokratik güçlerin; her alanda -parlamento içi ve dışı- en geniş anti-faşist birliğini yaratmak önümüzde duran acil bir görevdir.

Bizler temsil ettiğimiz milyonlarca insan adına bu konuda üstümüze düşen görevin ve sorumluluğun bilincinde olduğumuzu tüm demokratik kamuoyuna ilan ederiz.

Bu düşüncelerle; önerilerimizi dikkate alacağımıza, gerekli duyarlılığı ve etkin çabaları göstereceğinize inanıyoruz. Saygılarımızla.

Çağdaş Anlamda İşçi Sağlığı, İş Güvenliği Akımı ve Türkiye'de Durum

Doç. Dr. İsmail TOPUZOĞLU *

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği (İSGÜ) Akımının Başlıca Özellikleri

İSGÜ Çalışma ve üretim ile ilgilidir. Çalışma - Üretim ise insan yaşamının vazgeçilmez bir bölümüdür. Bu nedenle İSGÜ sorunu hiç kuşkusuz çok eski tarihlerden bu yana var olan bir konudur. Tarihsel gidiş içinde İSGÜ akımını belirleyen öğeler şöyle sıralanabilir : Teknolojik gelişme, sağlık alanında yeni bilgiler kazanılması ve toplumsal ahlakda insana saygınlık düzeyinin giderek artması.

Üretim Teknolojisi ve İSGÜ

İnsanın çalışma ve üretim sürecinde gösterdiği değişimler genel bir deyimle teknolojik gelişme olarak adlandırılmakta ve kabaca şu dönemlere ayrılmaktadır.

1) İnsan kas gücüne dayalı İlkel İş. Örneğin insanın el ile ağır yük kaldırması, taşınması; kazma, kürekle maden elde etme vb. Bu tür işlere sanayileşmiş ülkelerde son derece az rastlandığı halde, az gelişmiş ülkelerde yaygın olarak rastlanır. Ülkemizde de bu tür iş oldukça yaygındır.

2) Buhar/elektrik gücüne dayalı Mekanizasyon - makina ile üretim; sanayileşmenin ilk aşaması. 1750 yıllarından bu yana İngiltere ve Batı Avrupa'dan başlayarak bütün dünyaya yayılan teknoloji türü.

3) Mekanizasyonun bir ölçüde geliştirilmesiyle oluşan Zincirleme (Band) Sistemi Üretim. Yaşadığımız yüzyılın başından bu yana üstünlük kazanmış üretim sistemi.

* Hacettepe Üniversitesi, Toplum Hekimliği Enstitüsü Öğretim Üyesi.

4) Otomasyon, en hızlı ve en az sayıda insan gücüne gereksinme gösteren üretim türü. Makinaların kendi kendini kontrollerini sağlayarak, işçilerin üretim akışını kumanda tablolarından gözlemleri ve zaman zaman üretimde oluşan arızaları gidermelerine dayalı üretim. Örneğin 15-20 kişilik işçi kadrosu ile binlerce ton petrol işleyen büyük rafinerilerin işletilmesi gibi.

İSGÜ bu teknolojik aşamalarda değişik sorunlarla karşı karşıyadır. İlkel iş'de fizyolojik yıpranma, düşük üretim düzeyi nedeniyle düşük ücret, beslenme yetersizliği başta olmak üzere yetersiz yaşam standardı söz konusudur. İSGÜ uğraşlarının bu koşullarda genellikle belirgin, olumlu bir katkı niteliğini kazanması güçtür. İşyerleri küçük, dağınıktır, yatırım olanakları sınırlıdır, çevre koşulları (içme kullanma suyu, atık, konut) olumsuzdur. Çoğu kez toplumun eğitim düzeyi yetersizdir, örgütlenme eksiktir. İSGÜ uğraşları bu ortamda ancak genel kalkınma çabalarının başarısı oranında ve bunlarla bağıntılı olarak değer kazanır.

Mekanizasyonda işyerlerinde belli bir ekonomik güç vardır, üretim bir ölçüde artmıştır. Siyasal rejimlerin özelliğine göre çalışanlar sınıfı az ya da çok korunmak istenmiştir.

İşçilerin kendi çıkarlarını savunma bakımından sendikalaşmaları önemli bir etkidir. İSGÜ uğraşları bu ortamda şu konulara yöneliktir : İş yerinin fiziksel ve kimyasal faktörlerine (aşırı ısı farkları, havalandırma, aydınlatma, gürültü, toz zehirli maddeler gibi) ve kaza tehlikelerine. Çalışanların işyerlerinde sağlık açısından korunmalarını zorunlu gösterici meslek hastalıkları ve iş kazaları daha çarpıcı biçimde ortaya çıkmıştır. Bu sakıncaların kontrolü için değişik yasal ve ekonomik müeyyideler, mekanizmalar harekete geçirilmiştir, sosyal sigorta kuruluşları, tazminat (ödenek) hakları gibi.

Zincirleme üretim sisteminde işyerinin ekonomik gücü üstün düzeydedir, işçi başına üretim artmış, dolayısıyla ücretin işçi refahını makul ölçülerde karşılayacak ölçüye ulaşması beklenir. İşyeri yönetimi ilerici işletmecilik görüşlerine genellikle daha açıktır. İşçiler organize, isteklerini etkili biçimde yönetime duyuracak örgütlere sahiptir. İşyerinin daha kuruluşunda, üretim düzeninin plânlama sırasında belli sağlık ve güvenlik standartlarına uygunluğu üzerinde durulmuştur. Burada İSGÜ uğraşları çalışma ortamında öngörülen, yeterli havalandırmanın, aydınlatmanın sağlanmasına, sağlığa zararlı olabilecek gürültü ve zehirli maddelerden korunma tedbirlerinin belli kontrollerle işler durumunda yürütülmesine yöneliktir. Üretim

bandındaki çalışma temposu zaman, zaman iş fizyolojisi bakımından değerlendirme konusu olabilir. İş ve işçi uyumu sürekli bir denetim altında tutulmağa çalışılır. Bu amaçla işe giriş ve aralıklı sağlık muayenelerinden yararlanılır. Meslek hastalıkları açısından erken tanı ilkeleri uygulanır. İş kazaları sürekli analize tabi tutulur, alınacak sonuçlara göre bir yandan koruyucu tedbirler takviye edilir, öte yandan da eğitim çalışmaları aralıksız yürütülür.

Otomasyon sistemiyle üretim Türkiye'de henüz söz konusu değildir. Bu tür teknolojiye İSGÜ sorunlarının önemli ölçüde işçinin ruh sağlığına yönelik olduğu bildirilmektedir.

Sağlık Alanındaki Gelişme ve İSGÜ

İşyerlerinin, üretimin sağlıkla ilişkisine değinen görüşler iki bin yıl öncesine Hipokrat'a kadar uzanmaktadır. Hipokrat kurşunla çalışan işçilerde görülen sağlık şikâyetlerinden söz etmiştir. Onaltıncı yüzyılda Alp Dağlarında madencilerde görülen hastalıklar özel çalışmalara ve kitaplara konu olmuştur. Onsekizinci yüzyılda İtalyan bilgini Ramazzini iş ve sağlık konusunu çok daha kapsamlı biçimde sergilemiştir. Bununla beraber tıp biliminin çalışma hayatına etkili biçimde katkısı 19. yüzyıl ortalarından itibaren daha açıkça görülmektedir. Şöyleki, birinci sanayi devrimi sonucu oluşan işyerlerinde iş kazaları tedavisi, hasta işçi tedavisi, hekimlerin işyerlerinde görev almalarını zorunlu kılmıştır. Başka bir deyişle tıp, işyerlerine, tedavi edici rolü ile adım atmıştır. Ancak 1900 yıllarına doğru belli bilimsel yöntemleriyle güçlü bir akım durumuna erişen Koruyucu Hekimlik çalışmaları çok geçmeden işyerlerine de yansımıştır.

Gerçekte hasta kişilerin tedavileri yanı sıra, hastalık nedenlerinin araştırılması ve bilimsel olarak saptanması oldukça geç başarılabilmiş bir konudur. Tıp, bilimsel anlamda hastalık nedenlerini ancak 1900 yıllarına doğru açıklama olanaklarına kavuşmuştur. Bundan sonra hasta tedavisi yanı sıra hastalıklardan korunma giderek önem kazanmış ve belli ilkelere bağlanmıştır. Bugün koruyucu hekimliğin en verimli uygulama alanlarından biri İş Sağlığı konularının bilinçli biçimde uygulanmasını benimseyen tıp dalı İş Hekimliğidir. Ülkemizde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği (İSGÜ) olarak kullanılan deyim batıda genellikle İş Sağlığı ve Güvenliği olarak adlandırılır. Bunun nedeni işyerlerindeki sağlık sorunlarının iki ayrı noktada toplanması ile açıklanabilir. Bir, işçi - çalışan kişi (insan yönü); iki, işyeri çalışma ortamı - üretim sürecini oluşturan

fiziksel, kimyasal, mekanik koşullar : İş Sağlığı ve Güvenliği üretimdeki bu iki yönü, işçiyi ve çalışma ortamını sağlıklı biçimde bağdaştırmak amacını güder. İSGÜ'ni bu kavram içinde görmek yerinde olur. Bundan sonra İSGÜ uğraşlarının çağımızdaki yöntemlerini daha akılcı bir tabana oturtmak olanağı vardır.

Şimdi İSGÜ uğraşları değişik bilim dallarından (bilim disiplinlerinden) oluşur. Burada çalışan kişiyi - işçiyi sağlık açısından, sürekli olarak değerlendiren tıp (İş Hekimi) çalışmaları vardır. Ayrıca çalışma ortamındaki fiziksel, kimyasal faktörleri (ısı, havalandırma, radyasyon, zehirli kimyasal maddeleri vb). değerlendiren İş Hijyenisti dediğimiz uzmanlar (özel öğrenim görmüş kimyager, kimya mühendisleri, fizikçiler, tesisat mühendisleri) vardır. Kazalardan korunmanın mekanik yönlerine ağırlık veren İş Güvenliği mühendisi vardır. Nihayet işçinin ruhsal yeteneklerini ölçme, kişinin işe karşı tepkilerini değerlendirme, işyerindeki insan ilişkilerini düzenleme bakımından yararlı hizmet sağlayan İş Psikoloğu vardır. Böylece İSGÜ Uğraşlarının çağdaş anlamda bir ekip ürünü olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu açıklamalar ışığında diyebiliriz ki; İSGÜ akımının amaçları öncelikle ikidir; birincisi sağlıklı, güvenli çalışma ortamı yaratmak ve sürdürmek, ikincisi işçiyi yeteneklerine (bedensel ve ruhsal kapasitesine) uygun plânlanması ve kuruluşu ile sonra sürekli kontrollerle gerçekleştirilebilir. Kontrol yöntemlerinin önemli olanlarını şöyle sıralayabiliriz : İşe girişte sağlık muayenesi, aralıklı tıbbi kontrol muayeneleri, genel tarama muayeneleri, iş yeri ortamının hijyenik kontrolleri - İş hijyeni kontrolleri işyeri havasından örnekler alıp, yerine göre toz, gaz, buhar ölçümleri yapılmasını ve başka fiziksel etkenlerin değerlendirmesini kapsar. Özel durumlarda iş psikologlarınca yetenek testleri uygulamaları da söz konusu olabilir. Nihayet bunlar dışında işyerinin kaza olasılıkları bakımından özel olarak görevlendirilmiş teknik niteliği taşıyan kişilerce sürekli biçimde denetime tabi tutulması da iş güvenliği gereğidir. Tüm İSGÜ çalışmalarının işçilere olduğu kadar işverenlere yönelik düzenli eğitimle desteklenmesi zorunludur. İşte bu uğraşlar sırasında hasta işçi veya yaralı işçi tedavisi de üzerinde durulan konu olmaktadır Şu kadar ki, tıbbi tedavi hizmeti İSGÜ çalışmalarında koruyucu hizmetlerin bir tamamlayıcısıdır. Yoksa İSGÜ uğraşları, kimi çevrelerde düşünüldüğü gibi hasta, yaralı işçi tedavisinden ibaret değildir.

TOPLUMSAL GİRİŞİMLER ve İSGÜ

İSGÜ Konusu çalışanlara yöneliktir. Birçok ülkelerde ağır bir iş türü olan madencilerin sağlığını korumak için öne sürülen tedbirler bu alanda başlangıç niteliği taşımıştır. Kimi ülkelerde ise çocuk işçilerin, kadın işçilerin korunması, iş sürelerinin sınırlandırılması önce üzerinde durulan sorunlar olmuştur. Ne var ki bu girişimlerin tümü toplumsal tepkilerin birer sonucu biçiminde görülmüştür. Ağır, yıpratıcı işde, karanlık, loş, havasız yerde boğazı tokluğuna sayılacak koşullarda çalışan kişiye, çocuk yaşında insafsız baskı altında çalıştırılanlara, sırasında gebe ya da emzikli olarak ağır işlerde çekingenlik duymadan çalıştırılan kadınlara karşı duyulan yardım hisleri 1800 yıllarında insancıl toplum liderlerini eyleme geçirmiştir.

Batıda çalışma düzeni yasalara, normlara bağlanmak istenmiştir. İSGÜ akımının uygulamaya yansıyan etkili başlangıcı bu dönemdir. Batıda birinci sanayi devriminin olduğu süreler, daha sonra çalışanların sağlığını ve güvenliğini koruma devlet tarafından benimsenmiş açık bir sosyal politika ögesine dönüşmüştür. Bugün uygar sayılan her ülkede iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin bir dizi yasama bulunması son derece olağandır. Bu yasal tedbirlerin ortak özelliği İSGÜ konularında yükümlülüğün birinci derecede işverene bırakılmış olmasıdır. Başka bir gelişme işçi sendikalarının İSGÜ politikasına etkili biçimde katılmalarıdır.

Türkiye'de İSGÜ Durumu

İSGÜ ne ilişkin genel açıklamalardan sonra ülkemizdeki duruma özet olarak değinmekte yarar var. Acaba Türkiye'de İSGÜ durumu nedir?

Bizde tarihsel olarak İSGÜ ile ilgili ilk hükümlere 1865 yılında hazırlanan Dilaver Paşa Nizamnamesinde rastlanır. Ereğli kömür yöresinde çalışan maden işçilerinin çalışma koşullarını düzenlemek amacı güden bu belgede çalışma süresinin onar saatlik vardiya biçiminde saptanması, hasta işçilerin muayene ettirilmeleri gibi hükümler yer almıştır. Daha sonra yürürlüğe giren yasamalardan önemli saydıklarımız şunlardır. 1930 yılında yayınlanan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu; en az çalışma yaşını (12) olarak saptamıştır (halen de yürürlüktedir); İSGÜne' ilişkin ayrıntılı tüzükler yapılması olanağını sağlamıştır (yürürlükteki tüzüklerin dayanağıdır). Bu olumlu gidiş 1936 da yayınlanan İş Kanunundaki hükümlerle daha çok güç kazanmıştır. (1971 yılında 1475 sayılı İş Kanunu ile

değiştirilmiştir). 1945 yılında Çalışma Bakanlığının, 1946 da SSK örgütlerinin kurulması İSGÜ olanaklarını genişletmiştir. 1963 yılında Çalışma Bakanlığına bağlı SSK nca finanse edilen İş Güvenliği örgütünün oluşturulması, bu alanda uzman eleman yetişmesine ve çalıştırılmasına yönelik bir girişim biçiminde başlamıştır. Ne var ki aradan geçen 13 yıllık sürede bu örgüt bir türlü kararlı düzene kavuşamamış, beklenen verimi sağlayamamıştır.

Su anda (200) kadar mühendis, hekim, sosyal bilimci kadrosu bulunan İş Güvenliği örgütünün geleceği belirsizdir. İş yerlerinin İSGÜ teftişi, ilgililerin eğitimi ile görevli olan bu kuruluşun amaçlarına uygun duruma getirilmesi İSGÜ'ne yapılacak büyük hizmetlerden biri sayılmalıdır.

Gerçekte Türkiye İSGÜ yasama durumu bakımından oldukça yeterli sayılacak bir düzeydedir. Ancak uygulamada büyük boşluklar vardır. Bu yüzden İSGÜ durumu ilkel sayılacak işyerleri sayısı yaygındır. Araştırma niteliğindeki projelerin ortaya koyduğu gerçek meslek hastalıkları vakaları küçümsenmeyecek sayıdadır. Ayrıca iş kazaları tekrarlama ve ağırlık hızlarının da başka ülkelerle karşılaştırılmasında durumun büyük farklarla aleyhimize olduğu görülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

İSGÜ birinci sanayi devrimi sıralarında, 1800 yıllarında çalışanların korunması biçiminde bir sosyal akım olarak ortaya çıkmış sonra giderek devletlerin sosyal politikalarında ağırlık kazanmıştır. Olumlu İSGÜ durumu sanayi toplumlarında sosyal barışın ve iş verimliliğinin temel öğelerinden biri sayılmaktadır. İSGÜ uğraşları çağdaş anlamda değişik bilim disiplinleri mensuplarının bir ekip çalışması olarak görünmektedir. Bu ekipte İş Hekimi, İş Hijyenisti, İş Psikoloğu, İş Güvenliği uzmanı gibi elemanlar yer almaktadır. Burada amaç öncelikle (1) sağlıklı, güvenli çalışma ortamı yaratma ve sürdürmeye, (2) kişileri kendi bedensel ve ruhsal yeteneklerine uygun işde çalıştırmaya yöneliktir.

Türkiye'de İSGÜ'ne ilişkin girişimlerin yüz yıldan fazla bir tarihçesi olduğu halde, bugünkü durum yeterli olmaktan çok uzaktır. Yetersizlik kendini yasamada değil uygulamada belli etmektedir. İlkel işyerlerinin yaygınlığı; deneme niteliğindeki sınırlı araştırmaların ortaya koyduğu veriler, meslek hastalıkları vak'a sayılarının çokluğu, iş kazaları hızlarının yüksekliği, İSGÜ alanındaki yetersizliğin kesin belirtileridir.

Çalışanların korunması, yasal haklarının sağlanmasından başka birşey değildir. Bu hukuksal gereklilik yanı sıra iş veriminin artması gibi ekonomik üstünlükleri de olan İSGÜ koşullarının düzeltilmesi için gerekli tedbirlerden birinci derecede önemli saydıklarımız şu başlıklar altında toplanmaktadır :

1. İSGÜ konularında işçi ve işverenlerin etkili biçimde yaygın eğitimi sağlanmalıdır. Türkiye'de sayıları az olmakla beraber uygun eğitim plânları düzenleyecek ve uygulayacak uzmanlar vardır. Bu fonksiyon Çalışma, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıklarından, Üniversitelerden ve seçilmiş sanayi kuruluşlarından sağlanacak personel ile gerçekleştirilebilir. Eğitim uygulamalarında işçi sendikaları ile işbirliği yapılmalıdır. Bu fonksiyonu Çalışma Bakanlığının üstüne alması en normal çözümdür.

2. İşyerlerinin yasamada öngörülen İSGÜ tedbirlerini yerine getirmeleri bakımından etkili biçimde teftişi (denetim) kesin bir zorunluktur. Bu maksatla İş Güvenliği örgütü karsız durumdan bir an önce kurtarılmalı, gerekiyorsa reorganizasyona tabi tutulmalıdır. Çalışma Bakanlığı, İSGÜM Kuruluşunun daha verimli çalışması için olanaklar sağlamalıdır.

3. İSGÜ Konusunda uzman insan gücü; iş hekimi, iş hijyenisti, iş psikoloğu, iş güvenliği elemanları yetiştirilmesi için Çalışma Bakanlığı ile Üniversiteler arasında işbirliği yapılmalıdır.

4. Çalışma, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıkları, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), sanayi kuruluşları, sendikalar ve Üniversiteler arası işbirliği ile İSGÜ konularında uygulamalı araştırmalar yapılmalıdır.

5. Çalışma, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıkları, SSK, sanayi kuruluşları, sendikalar ve üniversiteler arası işbirliği ile İSGÜ konularında eğitim, tanıtma yayınları hazırlanması ve dağıtımını titizlikle ele alınmalıdır.

İşçi Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi İçin Öneriler

Dr. Engin Tonguç

AMAÇ :

İşçinin bedensel ve ruhsal sağlığını bozacak her türlü etkenin ortadan kaldırılmasıdır. Bunun için;

- 1) İşyeri çalışma koşullarının sağlığa zarar vermeyecek durumda olması,
- 2) İşle işçi arasında bedensel ve ruhsal uyum sağlanması,
- 3) İşyeri koşullarının ve çalışanların sağlık durumlarının sürekli ve etkin denetim ve gözetimi,
- 4) Koruyucu ve tedavi edici işçi sağlığı hizmetlerinin çağdaş iş hekimliği ilke ve yöntemlerine göre yürütülmesi gerekir.

BUGÜNKÜ DURUM :

- 1) Birçok işyerinde çalışma koşulları sağlığa zarar verecek derecede bozuktur,
- 2) İşyerlerinde etkin bir denetim yapılamamaktadır,
- 3) İşyerlerinde etkin bir koruyucu sağlık hizmeti kurulmamıştır.
- 4) Tedavi edici işçi sağlığı hizmetleri bir genel sağlık hizmeti anlayışı ile yürütülmekte olup, çağdaş iş hekimliği ilke ve yöntemlerinden yoksundur,
- 5) İşçi sağlığı hizmetlerinin yürütülebilmesi için gerekli bir kısım kuruluş ve birimler henüz bulunmadığı gibi olanlar arasında da başarının temel koşulu olan bir işbirliği ve koordinasyon sağlanamamaktadır.
- 6) Bu nedenlerle bugün ülkemizde ciddi bir işçi sağlığı sorunu vardır. Ne var ki, geçim ve asayiş sorunlarının ön planda bulunduğu bugünkü ortamda, bu sorun geriye

itilmiş durumdadır. Konunun dikkati az çekmesi, işçilerin bu konuda bilinçli olmamaları, işverenlerin konuyu geri planda tutmaları, bugün için oy getirici bir konu olmaması nedeniyle sendika ve yöneticilerinin de konuya eğilmemeleri sonucudur. Aslında konu, elverişli bir ortamda hızla güncelleşmeye ve siyasal tartışmalara çok elverişlidir.

ÖNERİLER :

A. Çalışma - Sosyal Güvenlik Bakanlığı :

- 1) Ayrılmaları, işbirliği ve koordinasyonu çok zorlaştırmış olan bu iki bakanlık tekrar birleştirilmelidir,
- 2) İşçi sağlığı hizmetlerinin yürütmesinden bu Bakanlık içinde birinci derecede :
 - a. İşçi Sağlığı Gn. Md. lüğü (işyerinde koruyucu sağlık hizmeti, denetim ve gözetim),
 - b. Sosyal Sigortalar Kurumu Gn. Md. lüğü (tedavi edici işçi sağlığı hizmeti, iş kazaları, meslek hast. rehabilitasyon),sorumlu tutulmalıdır.
- 3) Bu bakanlık ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı arasında işçi sağlığı konularındaki görev ve yetki karışıklığı giderilmelidir. İlke olarak endüstri kesiminden ve işyerlerinin içinden Çalışma Bk.lığı, tarım kesiminden ve işyerleri dışındaki çevresel sağlık sorunlarından SSB. sorumlu olmalı, bu iki bakanlığa bağlı kuruluşların (İSGÜM ve SSB. Hıfzıssıhha Okulu gibi) çalışma ve görev alanları buna göre ayrılmalıdır.
- 4) Bakanlık, izlenecek genel stratejinin saptanmasında yardımcı olmak üzere, iki yılda bir bütün ilgililerin katılacağı bir «Ulusal İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kongresi» toplanmalıdır.
Kongrenin çalışma esasları çıkarılacak bir yasa ve tüzük veya yönetmelik ile belirlenmelidir.
- 5) Konu ile ilgili çeşitli kuruluşlar arasında koordinasyonu sağlamak, üst düzeyde danışmanlık yapmak üzere ilgili kuruluş temsilcilerinden oluşan bir «İşçi Sağlığı ve İş Güv. Yüksek Kurulu» kurulmalıdır.
Bu kurulun çalışma esasları, ilgili kuruluşların sorumluluk ve hizmet dereceleri ile orantılı olarak kurulda temsil edilmeleri yasa ve yönetmelikle saptanmalıdır

(ilgili bakanlıklar, işçi ve işveren kuruluşları, ilgili meslek kuruluşları, üniversiteler vs....).

- 6) Bakanlık, iki yılda bir, işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda parlamentoya ayrıntılı bir çalışma raporu sunmalıdır.

Bu raporun sunulması Anayasa hükmü şekline getirilmeye çalışılmalıdır (B. Almanya örneği).

B. İşçi Sağlığı Genel Müdürlüğü :

- 1) Bu Gn. Md.lüğe bağlı İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi (İSGÜM) ile 6 yerde yöresel olarak kurulması tasarlanmış Bölge Laboratuvarları kısa zamanda gereksinmelere karşılık verecek şekilde işler duruma getirilmelidir. Bunun için gerekli kadro, teknik araç ve gereçler sağlanmalıdır.

İşçi ve işverence tarafsızlığından şüphe edilmemesi gereken referans laboratuvarları niteliğindeki bu kuruluşların olumsuz siyasal etkilerden uzak kalarak çalışabilmeleri için, bunlar, yönetimde yarı özerk olmalı, yönetimlerine işçi, işveren ve üniversite temsilcileri de katılmalıdır. Yönetim şekilleri, çalışma esasları, yetki ve görevleri bir yasa ve yönetmelikle belirlenmelidir.

- 2) Bu Gn. Md. lüğe bağlı iş güvenliği müfettişlerinin sayıları arttırılmalı, eğitim programları uygulanarak nitelikleri geliştirilmeli, işyerlerini etkin bir şekilde denetleyebilmeleri için gerekli teknik gereçler sağlanmalıdır.

İş Güv. Müfettişlerinin bugünkü mevzuatta dağınık ve yetersiz olarak belirtilmiş görev, yetki ve sorumlulukları yeni bir yasa ile düzenlenmeli, ayrıca bir türlü hazırlanamayan İşyeri Teftiş Tüzüğü çıkarılmalıdır. İş Güvenliği müfettişlerinin olumsuz siyasal etkilerden uzak kalarak çalışabilmeleri ve işçi kesiminde güvenlik kazanabilmeleri için atama ve nakilleri güvence altına alınmalıdır.

- 3) İşyeri kurma izni ile işletme belgesi alınması bugünkü mevzuatta birçok bakanlığın yaptığı işlemlerle gerçekleşmektedir. İş Kanununun 74. maddesinde öngörülen işyeri kurma izni ile işletme belgesi alınışları hk. tüzük, hazırlanmalı, ilke olarak bunların verilmesinde bir bakanlık öncelikle görevli kılınarak açıla-

lacak işyerlerinde sağlık koşullarının yeterli olması sağlanmalıdır.

- 4) Bugünkü mevzuata göre ,bir kere işletmeye açılmış işyerini sağlığa aykırı oluşu nedeniyle kapamak ve ya işi durdurmak çok zordur. «İşyerlerinde İşin Durdurulması veya İşyerlerinin Kapatılmasına İlişkin Tüzük» de gerekli değişiklikleri yaparak işin durdurulmasına karar verecek kurulun çalışması kolaylaştırılmalı, kapatma için öngörülen en büyük mülki amirin onayı gibi hükümler kaldırılmalı, işi durdurmaya veya işyerini kapama, objektif, bilimsel verilere bağlanmalıdır.
- 5) İşyerlerinde kurulması öngörülen İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kurullarının çalışmaları olanakları sınırlı orta işletmelerde de yapılabilecek şekilde pratikleştirilmeli, kurulların oluşmasında işverenin etkisi azaltılmalıdır. Bu konudaki tüzükde gerekli değişiklikler yapılmalıdır.
- 6) İşyerlerinde koruyucu sağlık hizmetini yürütecek olan işyeri sağlık hizmeti ve işyeri hekimliklerinin ülkemizde geliştirilmesinden, kurulmasından, amaca uygun şekilde işletilmesinden açık ve seçik olarak bu Gn. Md. lük sorumlu olmalıdır. Bu amaçla Gn. Md.lük;
 - a. 50 den az işçi çalıştıran işyerleri için İş Kanununda öngörülen yöresel «İşçi Sağlığı Dispanserlerini» bir an önce açmalıdır (İş Kanunu, madde 79),
 - b. 50 ve daha çok işçi çalıştıran işyerlerinde bulunması zorunlu işyeri hekimliği sorununa ciddi olarak eğilmelidir. İşyeri hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları, çalışma esasları belirlenmelidir. Bu, İşçi Sağlığı ve İş Güv. Tüzüğü'nün 91. maddesinde öngörülen ve henüz çıkarılmamış olan yönetmelikle sağlanabilir. Bu yönetmelikle ayrıca, işyeri hekimliğini işverenin adamı olmaktan kurtaracak yeni atama esasları da getirilmelidir.
 - c. İşyeri hekiminin ve ona bağlı örgütün ücreti ve harcamaları yine işverence karşılanmalıdır. Çalışması İşçi Sağlığı Gn. Md. lüğü örgütlerince etkin olarak denetlenmelidir, İşverenin isteği üzerine yöresel tabip odasınca önerilecek birkaç aday arasında işverence seçilerek atanmalıdır,

İşine son verilmesi belli esaslarla ve tabip odası onayı ile yapılmalıdır.

C. Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü :

- 1) Kurum sağlık hizmetleri bir genel sağlık hizmeti anlayışı ile yürütülmekten vazgeçilerek bir işçi sağlığı hizmeti yapıldığının bilincine varılması ve bu esasa göre reorganize edilmesi gereklidir.
Bu amaçla;
 - a. 1972 yılında Kurumda görevli bütün hekimlerin düşünceleri alınarak örnek bir demokratik yöntemle hazırlanmış «SSK Sağlık Hizmetleri Reorganizasyon Raporları»ndaki esaslar uygulanmalıdır. (SSK Yayını No. 204).
 - b. Buradaki esaslara ek olarak çağdaş iş hekimliği yöntem ve ilkeleri SSK sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde dikkate alınmalıdır.
 - c. Kurumda çalışan hekimler, sağlık hizmetlerinin yönetiminde etkin olarak söz sahibi yapılmalıdır. Kamu görevlisi hekimler içerisinde, tam gün çalışma, sosyalizasyon, mesleki örgütlenme gibi konularda SSK hekimleri en az tutucu hekim kesimidir. Bu potansiyelden hem SSK sağlık hizmetlerinin düzeltilmesinde, hem de ülkenin sağlık sorunlarının genel çözümünde yararlanmak olanağı vardır.
- 2) Endüstrinin yoğun olduğu bölgelerde, bölgesel «İs Hekimliği ve Meslek Hastalıkları Klinikleri» kurulması için önerilmiş ve SSK tarafından kısmen kabul edilerek uygulamasına geçilmiş plan, geliştirilmeli, kurulmasına başlanan kliniklerin bir an önce tamamlanması sağlanmalıdır. Bu klinikler, işçi sağlığı sorunlarının çözümünde en önemli merkezler olarak çalışacaklardır.
- 3) Sürekli işgöremezliği gerektiren meslek hastalıkları ve iş kazalarının değerlendirilmesinde — Uluslararası Çalışma Örgütü — (İLO) nün antlaşmalarla bağlı olduğumuz tavsiye kararlarına uyularak, yeni ve çağdaş esaslar getirilmeli, bunun için «Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü»nde ve gerekirse 506 sayılı SSK yasasında değişiklik yapılmalıdır.

- 4) SSK bünyesinde rehabilitasyon hizmetleri gerçek anlamı ile geliştirilmeli, rehabilitasyon merkezleri bir an önce kurulmalıdır.
- 5) SSK Meslek Hast. Kliniklerinin öncülüğü ile bir «Toksikoloji Arşivi» kurulmalı, Türkiye'de üretilen veya dışarıdan getirilen her türlü maddenin kimyasal bileşiminin bu Merkeze bildirilmesi ve arşivlenmesi için Sağlık ve Ticaret Bakanlıklarıyla da işbirliği yapılarak gerekli yasa çıkarılmalıdır.
- 6) SSK görevlilerine her kademede planlı bir hizmet içi eğitim ve öğretim uygulanarak, bir işçi sağlığı hizmeti verildiğinin bilinci yerleştirilmeli ve bunun için gerekli bilgiler verilmelidir.
- 7) SSK tedavi hizmetleri ile işyeri hekimlikleri, işyerlerini denetleyen örgütler ve İşçi Sağlığı ve İş Güv. Merkezi ile Bölge Laboratuvarları arasında sıkı bir işbirliği ve koordinasyon sağlanmalı, sürekli olarak bilgi alışverişini, kolaylaştıracak, formalitelerden uzak bir çalışma sistemi oluşturulmalıdır.

D. Eleman Yetiştirme ve Eğitim :

- 1) İşçi Sağlığı ve güvenliği ile ilgili örgütlerde çalışacak elemanların yetiştirilmesi;
 - a. Üniversiteler,
 - b. SSK Meslek Hastalıkları Klinikleri,
 - c. İsci. Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi (İSGÜM),
 - d. SSB. Hıfzıssıhha Okulu,
 - e. Uygulama için seçilecek, yeterli işçi sağlığı ve iş güvenliği örgütleri bulunan bazı büyük işyerleri, başta olmak üzere, çeşitli örgütler arasında işbirliği ve koordinasyon yapılarak çok yönlü bir planlama sağlanmalıdır.
- 2) Bunların arasında işyeri hekimliği yapacak hekim elemanının yetiştirilmesinin özel bir önemi vardır. Bugün yalnız bazı üniversitelerimizin Tıp Fakültelerinde bulunan Toplum Sağlığı Kürsülerinin bir yan dalı olarak kabul edilen iş hekimliği bölümleri, geliştirilerek bağımsız «İş Hekimliği Araştırma Enstitüleri» durumuna getirilmeli ve iş hekimi uzmanları öncelikle buralarda yetiştirilmelidir. İş hekimliği alanındaki bilimsel araştırma ve çalışmalar da bu Enstitülerde yürütülmelidir.

- 3) Bugün halk sağlığı uzmanlığının bir yan uzmanlık dalı olarak kabul edilen «işçi sağlığı ve iş güvenliği» uzmanlığı, hekimler için çekici bir uzmanlık dalı durumuna getirilmelidir. Bunun için de, «Tababet Uzmanlık Tüzüğü»nde gerekli değişiklikler yapılarak, özel bir «iş hekimliği» uzmanlığı kabul edilmeli ve uzmanlık öğrenim süresi kısaltılmalı ve pratikleştirilmelidir.
- 4) İşçi sağlığı ve iş güvenliği konuları her düzeydeki teknik okullar başta olmak üzere, bütün okullarda ders kapsamına alınmalı, ayrıca işyerlerinde çalışanlar için bu konularda seminer ve kurslar düzenlenmelidir.

E. İşçi Kesimi ve Sendikalar :

- f) İşçi sağlığı alanında başarının ön koşulu sendikaların konuyu benimsemesi, önemsemesi ve desteklemesidir. Bu olmadan hiçbir demokratik ülkede, bu alanda başarı sağlanamamıştır. Sendika desteği bu konudaki gelişmenin dayanağı, güvencesi ve itici gücüdür. Ne yazık ki, bugüne kadarki uygulamada sendikalardan gereken ilgi ve destek görülememiştir. Kanımızca, sendikaları konu ile ilgilendirmenin tek yolu, işçilerin sendikalarının bu konu ile ilgilenmesini istemelerini sağlamak, başka bir deyişle, işçi sağlığı sorunlarını sendikacı için bir «oy sorunu» yapabilmektir. Bu da ancak tabandaki işçiye konunun anlatılması ile gerçekleşebilir.
- Yukarıdaki nedenle, tabandaki işçinin işçi sağlığı konusunda uyarılmasına, aydınlatılmasına ve haklarını arayacak düzeye getirilmesine çok önem veriyoruz. Bu amaçla işçi kitlelerine yönelik çok yönlü; eğitim çalışmaları, yararlı olacaktır.

F. İşveren Kesimi ve İşveren Kuruluşları :

- 1) İşveren kesimi, bugüne kadar işçi sağlığı alanında mevzuatın gerektirdiği yükümlülüklerini genellikle yerine getirmemiştir. Belirli bazı büyük işletmelerin dışında işyeri sağlık koşulları yasalara uygun değildir, işyeri sağlık örgütleri gerektiği şekilde işletilmemektedir.
- Teorik olarak sağlıklı bir işletmede verimin artarak işverenin bundan çıkar sağlayacağı, bu nedenle işçi sağlığı için işverenin yapacağı yatırımın aslında onun gelirini arttıracığı ileri sürülmekte ise de, ülkemizdeki

özel işveren kesiminin böyle bir gerekçe ile işçi sağlığı konusunda olumlu çalışmalara itilebileceğini sanmak fazla iyimserlik olur.

İşveren kesiminde eğitim, kanımızca işverenin yükümlülüklerinin anlatılması ve bunları yerine getirmese bir takım cezai müeyyidelerin uygulanmasından kaçınamayacağına inandırılmasına yönelik olmalıdır.

- 2) İşçi sağlığı alanındaki görev ve yükümlülüklerini yerine getirmek için işverenin önemli ölçüde parasal bir yük altına gireceği bir gerçektir. Ülkemizde sayı ve çokluk bakımından başlıbaşına bir sorun olan küçük ve orta işletmelerde parasal yükün işveren için daha da önemli bir ölçüye ulaşacağı da kabul edilmelidir.

Küçük ve orta işletmeleri kendi aralarında örgütlemek, yardımlaşma ve işbirliği ile bu gibi işletmelere ağır gelecek parasal yükü hafifletmek işveren kuruluşlarına salık verilecek bir önlem olabilir.

Türkiye'de Benzen Zehirlenmesi Epidemiyolojisi

Dr. Muzaffer Akyol

İstanbul Tıp Fakültesi
Öğretim Üyesi

Sanayi ve benzeri işyerlerinde kullanılıp sağlığa en sakıncalı olduğu anlaşılan kimyasal maddelerin başında benzen (benzol) gelir. Bilindiği gibi benzen bir aromatik hidrokarbondur ve ikinci cihan savaşına kadar yalnız taşkömüründen, kok üretilirken bir yan ürün olarak elde ediliyordu. Bugün ise Türkiye dışındaki Batı ülkelerinde, daha çok petrolden katalitik yollarla üretilmektedir. Benzenin en önemli özelliklerinden biri ideal denecek kadar iyi bir eritici ve uçucu olmasıdır. Bu iki özelliği onun sayısız işyerinde kullanılmasına sebep olmuştur. Bunlar : ayakkabıcılar, terlikçiler, el çantası, deriden yapılmış konfeksiyon işyerleri, fotoğrafhane, lastik ayakkabı, bot endüstrisi, renkli basma sanayii, yer cilası, deterjan sanayii, konserve kutuları ve lastik sanayii her türlü, özellikle hormon laboratuvarları, saatçiler, hasır şapka üretim yerleri vs. gibi. Bunun dışında, daha da önemli olmak üzere, benzen bir çok maddelerin esas maddesidir. Örneğin : fenol, deterjanlar, plastik poliestren, sikloheksan, nitrobenzen, styren (vinylbenzen) ve klor benzen v.s. gibi. Ayrıca, benzen patlayıcı maddeler ve boyaların yapımında kullanılır. İnceltici olarak (thinner) bir çok sıvılara örneğin boyalara veya temizleyicilere karıştırılır. Motor yağı veya benzine karıştırılabilir veya yağları temizleyici olarak kullanılır. 19'uncu yüzyılın sonuna doğru benzenin sağlığa sakıncalı olduğu anlaşılmağa başlamış ve özellikle kan sistemine etki gösterdiği saptanmıştır. İlk kez Santesson, İsveç'te bisiklet lastiği fabrikasında çalışan 4 işçinin fatal sonuçlanan ve benzene bağlı aplastik anemiye tutulduğunu göstermiştir. Amerika dahil birçok Batı ülkesinde benzenin sorumsuz biçimde kullanılmasının kan hastalıklarına sebep olduğunun anlaşılması üzerine, benzen yaptığı sakıncaları önlemeğe çalışan tedbirler alınmağa başlanmıştır.

Bu tedbirler iki biçimde özetlenebilir : 1) Olanak varsa benzen yerine, sakıncası olmayan başka bir maddeyi kullanmak. Örneğin benzenin homoloğu olan toluen, yapıştırıcılarda benzenin yerini bütün uygar ülkelerde almıştır. Toluenin, kan sistemi üzerine kötü etkisi yoktur. Aynı kimyasal madde yine boya ve vernikler içinde kullanılır. Yine boya gidericisi olarak, benzenin yerini toluen veya xylene kolaylıkla almıştır.

2) Eğer bu olanak yoksa, o zaman işyerinin çevre veya havasındaki benzen değeri, sağlığa sakıncalı olmayacak kadar düşük seviyeye indirilir. Bugün için bütün dünyada bu amaçla kullanılan birim ppm dir. Yani, bu parts per million (milyona düşen parça) dir. Bir kaç örnek vermek gerekirse : Birleşik Amerika'da bu değer, 1973 den önce 25 ppm olduğu halde, 1973 de 10 ppm'a düşürülmüştür. 1976 sonbaharında ilgili çalışma bakanlığı dairesi (OSHA) bunu 1 ppm'a düşürmüştür *

Batı Almanya'da bu değer 0 olarak alınmıştır. Sovyet Rusya'da 6 ppm'dir. Türkiye'de ise 1973'de 20 ppm olarak kabul olunmuştur. Bu yüzden Birleşik Amerika dahil Batı ülkelerinde çokdan beri benzen ancak yerine geçecek bir madde yoksa özellikle bir başlangıç maddesi ise kullanılmaktadır. Birleşik Amerika'da 2 milyon kişi saniyede benzene maruzdur. Bu yüzden benzenin kötü etkisinin önlenmesi için tedbir üzerine tedbir alınmakta, kurallar sürekli olarak değiştirilmekte ve işyerleri sıkı bir kontrol altında bulundurulmaktadır. Türkiye'deki durum ise bundan tamamen değişiktir. Öyle gözüküyor ki, Türkiye'de benzenin işyerlerinde kullanılması, büyük çapta ve yaygın bir biçimde 1955-1960 senesinden sonra başlamıştır. Buna rağmen bu tarihten öncede seyrek de olsa benzenin bazı işyerlerinde bulunduğu kuşku yoktur. Şöyle ki, Prof. Frank ikinci iç hastalıkları kliniği 1949 senesi derslerinden birinde bir süre benzenle karışmış boya kullanan işçide aplastik aneminin geliştiğini bildirmiştir. (2) Ayakkabıcılar, sayaları yapıştırmak için kullandıkları yapıştırıcıyı, yani onların terimi ile siliksyonu kendileri, lastik veya kauçuğu benzinde eriterek hazırlıyorlardı. İşte, yukarıda bildirdiğimiz tarihlerde piyasaya benzenden yapılmış, yapıştırıcılar sürülme-

* Bu karar, Blood mecmuasında 1974 senesinde (44 : 837,1974) yayınlanan ve ayakkabıcılarda benzenin istatistik metodlarına göre lösemi yatığının kanıtlayan yazımız üzerine alınmıştır.

ğe başlandı. Bunların hem ucuz ve hem de daha iyi olması kısa sürede eski benzenden yapılmış olanların yerini tam olarak almasını olanaklı kıldı. Bir süre sonrada yani 1960'dan itibaren benzenin çalışanlarda oluşumlaştırdığı hematolojik bozukluklar gözükmeğe başladı. Bu arada bir bölümü fatal sonuçlanan ağır kemik iliği depresyonu yani aplastik anemi vakaları meydana çıktı. Batı'da, 19'uncu yüzyılın sonu ile 20'inci yüzyılın başında gözüküpte çok azalan «benzen kurbanları» Türkiye'de 1960 da saptanmağa başlandı. Biz 1960 ile 1975 seneleri arasında en azından 46 benzen aplastik anemisi vakasını incelemek olanağını bulduk. Bu 46 hastanın 22 si iyileşmiş yani % 50 oranında bir şifa gözükümüştür. Buna karşıt, 14 vaka yani % 31.9 u aplastik anemiden, 1 hasta sonradan gelişen sekonder myeloid metaplaziden ve yine 4 vaka yani % 9'u lösemiden yitirilmiştir. Toplam olarak fatal sonuç % 43.2 dir. Bir hasta oldukça düzelmiş ve yine iki vakada durum ciddiyetini korumakta olup bunların fatal sonuçlanması kuvvetle olanaklıdır. Bu sonuçlar bize benzene bağlı kemik iliği depresyonunun ne kadar ağır olduğunu göstermektedir. Yine 1969-1970 seneleri arasında, 217 sağlam gibi gözükene ve benzen kullanan işyerinde çalışan işçide yaptığımız araştırmada, bunların % 23.4'ünde bu kimyasal maddeye bağlı hematolojik değişiklikler saptadık. Örneğin: lökopeni, trombopeni, pansitopeni, pseudo-pelger anomalisi v.s. gibi. Diğer taraftan 1967'den sonra benzenli yapıştırıcıların kullanıldığı işyerlerinde çalışan işçilerde özellikle ayakkabıcılarda lösemi vakaları gözükmeğe başladı. Biz 29'u kendi kliniğimizde incelenmek üzere benzene bağlı 40 vaka saptadık. Bunlardan 34'ü İstanbul'da ayakkabı, terlik, ve el çantası üreten işyerlerinde çalışmakta idiler. Bu vakalarda lösemi insidansı yani çokluğu 100.000'inde 13.2 bulunmuştur ki, bu normal popülasyonda gözükene aynı kan malignitesine yani 100.000 de 6'nın iki kezinden fazladır ve istatistik metodlarına göre anlamlı olduğu saptanmıştır. İşte bu suretle dünyada ilkkez benzenin lösemi yaptığı saptanmış daha doğrusu kanıtlanmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarını incelemek için, Birleşik Amerika Çalışma Bakanlığı OSHA dairesi, Infante ve arkadaşlarına benzer bir araştırma yaptırmışlardır. Bu araştırmacılar en çok 25 ppm benzene maruz kalmış bir işçi grubu ile diğer bir kontrol işçi topluluğunda 25 senelik süre içinde lösemi çoğunluğunu saptamışlar ve benzene maruz kalanlarda kontrol grubundakine göre yaklaşık olarak yedi kez lösemisinin daha çok gözüküğünü

bildirmişlerdir. Kısaca, ülkemizde ve sonradan Birleşik Amerika'da gerçekleştirilen bu araştırmalar kesin olarak benzenin lösemi yaptığını kanıtlamıştır. Bu bulgu, benzenin sağlık bakımından çok sakıncalı bir kimyasal madde olduğunu göstermektedir. Benzene bağlı lösemilerin çoğunluğunun akut tipten olduğu anlaşılmaktadır. Yukarıda bahis konusu ettiğimiz 40 lösemi vakasından ancak ikisi kronik myeloid tiptendi. Gerisi, çeşitli akut lösemi bulgularını göstermişlerdir. Ayrıca vakalarımızın % 23 ünde lösemiden önce kemik iliği depresyonu ve % 12.5 inde genetik faktörler saptanmıştır.

Türkiye'de benzen problemi, işçi ve halk sağlığı bakımından bir örnektir. Son zamanlarda bu problemin iyice incelenmesi, memleketimizde işçi ve halk sağlığının ne derece ihmal edilmiş olduğunu ve bu durumun halen sürmekte bulunduğunu açık bir biçimde göstermektedir. Türkiye'de, işyerlerinde pratikman ya sağlık kontrolü yoktur, veyahutta üzerinde durulmayacak kadar yetersizdir. Sağlık problemlerini ilgilendiren tüzüklerin hiç biri uygulanmamaktadır. Sağlık tedbirleri yazılarda kalmakta ve çoğu kez pratiğe geçmemektedir. Ben gerek sağlık ve gerekse çalışma bakanlığına bağlı bir resmi sağlık ekibinin işyerlerinde, örneğin benzen değerini saptadığını duymadım. Halbuki bu kontroller Batıda senede bir çok kez yapılıp kayda geçmektedir. Ayrıca ülkemizde sağlık problemlerine gönüllü doktor ve bilim adamlarının insanlık ve ülke sevgisi ile yaptıkları uyarımları dinleyen hiç bir sorumlu makam yoktur. Çoğu kez bu sözler, bu uyarımlar, bir çölde yanık bırakmayan bir feryat gibi etkisiz bir biçimde uçup gitmektedir.

S.S.C.B. de Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda olan sağlık hizmetleri ise iki ana grupta organize edilmiştir. Bunlar terapötik ve profilaktif hizmetlerdir. Tedavi edici hizmetler hastahaneler poliklinikler büyük fabrikaların sağlık departmanları ve kasabalardaki epidemioloji ve sanitasyon istasyonlarıyla yürütülmüştür. Hastahane ve polikliniklerdeki doktorlar çalışan halkın tıbbi bakımı ve iş hastalıklarının tanısı ve tedavisinden sorumlu tutulmuşlar ve Epidemiolojik istasyonlarda da bu çalışmaların ve çevrenin kontrolünden sorumlu tutulmuşlardır.

Kaynaklar :

1. Schilling R.S.F. : Occupational Health Practice London 1973.
2. DİSK (28) Ekim 1976 - Sosyal Güvenlik.

Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi

Dr. Doğan BENLİ *

Dr. Zafer ÖZTEK **

«Umumi Hıfzıssıhha Kanunu»nun 57. maddesi, Türkiye sınırları içinde görüldükleri zaman bildirilmeleri zorunlu olan bulaşıcı hastalıkları belirtmiştir. Aynı kanunun 58. maddesi ise tüm hekimlere bu hastalıkları bildirme görevini vermiştir. **Bütün yurttan** bildirilen vak'a sayıları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından aylık ve yıllık bültenler şeklinde yayımlanmaktadır. Bildirimi zorunlu hastalıklarla ilgili istatistikler Devlet İstatistik Enstitüsü'nce yıllık olarak yayınlanan «Hayati İstatistikler» bülteninde de yer almaktadır. Ancak, bu yayınların ülkemizdeki bulaşıcı hastalıkların gerçek durumunu yansıtmadığı yönünde yaygın bir kanı vardır. Her şeyden önce D.İ.E.'nin sağlık istatistikleri ile ilgili yayınları yalnızca il ve ilçe merkezlerini kapsamaktadır. Bu bakımdan hem kentsel hem de kırsal verileri kapsayan S.S.Y.B. yayınlarının tüm ülkeyi yansıtmaya açısından gerçeğe daha yakın olduğu kabul edilebilir. Oysa, bu yayınların da gerçek değerleri yansıttığı çok şüphelidir. S.S.Y.B. ve D.İ.E. yayınları arasındaki tutarsızlık bu şüphelerin doğruluğunu kanıtlayabilir. Örneğin, D.İ.E. istatistiklerine göre 1973 yılında il ve ilçe merkezlerinde 64 kişi difteri nedeni ile ölmüştür. (1) S.S.Y.B.'nin aynı yıla ait yayınlarına göre tüm ülkede aynı hastalıktan 58 kişi ölmüştür. (2) Yine, aynı yıldaki D.İ.E. yayınlarına göre boğmaca nedeni ile 24, dizanteri nedeni ile 14 kişi ölmüştür. S.S.Y.B. ise 1973 yılında boğmaca nedeni ile 18, dizanteri nedeni ile 6 ölüm vakası bildirmiştir.

* Hacettepe Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bölümü

** Hacettepe Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bölümü

Görülmektedir ki, D.İ.E. yayımlarında S.S.Y.B. yayımlarına göre daha fazla ölüm bildirilmiştir. Oysa, tüm ülke verilerinin yer aldığı S.S.Y.B. yayımlarında, yalnızca il ve ilçe merkezlerine ait bilgilerin yer aldığı D.İ.E. yayımlarına göre aynı hastalıklar nedeni ile daha az değil, daha fazla sayıda ölüm bildirimini beklemek çok doğaldır. Öte yandan, aynı yayınlara bakıldığında, kızamık sonucu ölüm sayılarının D.İ.E.'ne göre 1973 yılında 512, S.S.Y.B. na göre ise 545 olduğu görülür. Bu rakamlara göre kentsel bölge ölümlerinin her iki yayında eş olduğu varsayılırsa kentsel yörelerdeki 512 kızamık ölümüne karşılık kırsal yörelerde 33 ölüm olduğu yargısına varılabilir. Ülke nüfusunun % 58,2 sinin yaşadığı kırsal yörelerde Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin sunulduğu dengersizlik de göz önüne alındığında, bu denli ölüm olabileceğini kabul etmek büyük bir yanılığ olur.

Yukarıda belirtilen olgular göz önüne alındığında görülmektedir ki, ülkemizde bildiri zorunlu hastalıklarla ilgili istatistiksel yayınlar, ülke gerçeklerini yansıtmaktan uzaktır, ve bu yayınların kuşku ile karşılanmasında geçerli nedenler vardır. Oysa, bir ülkede bulaşıcı hastalıkların morbidite ve fatalite hızlarının bilinmesi bulaşıcı hastalık savaşının plânlanması, yönlendirilmesi ve başarının değerlendirilmesi açısından çok önemlidir.

Bu çalışma, yayınlanan bildiri mi zorunlu bulaşıcı hastalık istatistiklerinin gerçeği ne derece yansıtabildiğini incelemek ve bunun nedenlerini tartışmak amacı ile yapılmıştır.

Materyel ve metod :

Çalışmada, Hacettepe Üniversitesi ile S.S.Y.B. arasındaki protokol çerçevesinde sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü Etimesgut ve Çubuk bölgeleri ile Ankara ili ve tüm ülkede 1976 yılında bildirilen seçilmiş bulaşıcı hastalıkların görülme sıklıkları karşılaştırılmıştır. Kaynak olarak adı geçen iki bölgenin «bulaşıcı hastalık bildirim kayıtları» ve S.S.Y.B. tarafından yayınlanan «Türkiye Aylık Bulaşıcı Hastalıklar Bülteni» alınmıştır.

Bulgular ve tartışma :

Etimesgut ve Çubuk bölgeleri ile Ankara ili ve tüm Türkiye'de 1976 yılında bildirilen bulaşıcı hastalıklar Tablo 1 ve Grafik 1 de gösterilmiştir.

TABLO 1
ETİMESGÜT VE ÇUBUK BÖLGELERİ İLE ANKARA İLİ VE TÜM TÜRKİYE'DEN
BİLDİRİLEN BULAŞICI HASTALIKLAR
(1976)

	Etimesgut ve Çubuk		Ankara		Diğer iller		Türkiye	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tifo	16	2.3	99	14.2	596	85.8	695	100
Paratifo	104	22.1	266	56.5	205	43.5	471	100
Dizanteri	537	43.1	1085	87.0	162	13.0	1247	100
Boğmaca	96	3.9	401	16.4	2039	83.6	2440	100
Kızıl	93	3.7	508	20.4	1985	79.6	2493	100
Kızamık	1453	6.6	4906	25.6	16834	74.4	21740	100
Epi. Menenjit	20	1.2	82	4.9	1607	95.1	1689	100
Enf. Hepatit	144	1.1	1337	11.0	10766	89.0	12103	100
Brusella	6	8.7	17	24.6	52	75.4	69	100
Şarbon	10	3.2	27	8.9	278	91.1	305	100
NÜFUS (*) (1976)	122138	0.3	2710240	6.6	38460212	93.4	41170452	100

(*) 1976 Türkiye, Ankara ve diğer iller nüfusu, nüfus artış hızı ve göç oranları göz önüne alınarak yansıtma yöntemi ile saptanmıştır.

1976 YILINDA BİLDİRİLEN BULAŞICI
HASTALIKLARIN YÜZDE DAĞILIMI



Yukarıdaki tablo ve grafikte belirtilen oranlara bakıldığında edinilen ilk izlenim Etimesgut ve Çubuk bölgelerinde 1976 yılında çok fazla sayıda bulaşıcı hastalık görüldüğü şeklindedir. Bir başka deyişle bu iki bölge bulaşıcı hastalıklar açısından Türkiye'nin diğer bölgelerine kıyasla oldukça kötü durumdadır. Özellikle, bir bölgenin çevre koşulları ile yakından ilgili olan tifo, paratifo ve dizanteri vak'a sayılarına bakıldığında Etimesgut ve Çubuk bölgelerinin çevre koşulları yönünden çok geri düzeyde olduğu söylenebilir. Yukarıdaki çizelgelere göre Ankara ili için de aynı şeyler söz konusudur. Örneğin, dizanteri ele alındığında görülür ki, bu hastalığın morbidite hızı Etimesgut ve Çubuk bölgeleri için onbinde 44, Ankara ili için ise onbinde 0.4 dür. Ankara ili dışında kalan 66 ilde ise bu hız onbinde 0.004 dür. Buna göre Ankara dışındaki iller dizanteri yönünden Federal Almanya, Belçika, Hollanda, Japonya, A.B.D. gibi ülkelerden daha iyi durumda gözükmektedir. (Tablo 2)

Tablo 2

Dizanteri Morbidite Hızı Yönünden Etimesgut ve Çubuk İle Ankara İli, Ankara Dışındaki İller ve Türkiye'nin Bazı Geliştirilmiş Ülkelerle Karşılaştırılması

	Dizanteri morbidite hızı (Onbinde)
Etimesgut ve Çubuk (1976)	44.0
Ankara ili (1976)	0.4
Ankara dışı iller (1976)	0.004
Türkiye (1976)	0.03
F. Almanya (1972)	0.1
Belçika (1972)	0.1
Hollanda (1972)	0.1
Japonya (1972)	0.6
A.B.D. (1972)	0.1

Kaynak: World Health Statistics Anual - 1972, WHO, 1975, Vol. I

Yukarıda belirtilen durumlara bakarak iyimser bir şekilde Türkiye'nin ve özellikle Ankara dışındaki illerimizin dizanteri ve dolayısıyla çevre koşulları yönünden gelişmiş ülkelere göre daha iyi bir durumda olduğu söylenemez. Çünkü, ülkemizdeki çevre koşullarının bu ülkelere kıyasla hayli kötü olduğu bir gerçektir. Aynı kıyaslama yolu ile Etimesgut ve Çu-

buk bölgeleri ile Ankara ilinin Türkiye'nin diğer bölgelerine kıyasla daha bozuk çevre koşullarına sahip olduğu da söylene-
mez. Kaldı ki, Etimesğut ve Çubuk bölgelerindeki sağlık düze-
yinin ülkemizin diğer bölgelerinden daha iyi olduğu, bu bölge-
lerdeki bebek ölüm hızının, orantılı ölüm hızlarının Türkiye
ve Başkent hızlarından düşük oluşuna ve ortalama hayat sü-
resinin Türkiye ortalamasından yüksek oluşuna bakarak söy-
lenebilir.

Bu görüşün ışığı altında çıkan sonuç şudur : S.S.Y.B.'nin bildirdiği bulaşıcı hastalık vak'a sayıları ülkedeki durumu ke-
sin olarak göstermekten çok uzaktır. Yayınlanan istatistikler-
de eksiklik söz konusudur.

Etimesğut ve Çubuk bölgelerinden bildirilen vak'a sayıları nüfus oranlarına göre beklenenin çok üzerinde olmuştur. Da-
ha doğru bir deyişle, bu iki bölge dışında kalan yerlerden bildi-
rilen vak'a sayıları nüfus oranlarına göre beklenenin çok al-
tında olmuştur. Öyle ki, tüm ülkeden bildirilen dizanteri vak'a-
larının % 43.1 i, paratifo vak'alarının % 22.1 i, brusella vak'a-
larının % 8.7 si, kızamık vakalarının % 6.6 sı Etimesğut ve Çu-
buk bölgelerine aittir.

Adı geçen iki bölgenin teşhis olanakları diğer bölgelerimiz-
den çok farklı olmadığı gibi, bildirim zorunlu hastalıkların çoğu ileri teşhis yöntemlerini de gerektirmemektedir. Aksine, Etimesğut ve Çubuk bölgelerinin teşhis olanakları Ankara, İstanbul, İzmir gibi bölgelerimize göre daha sınırlıdır. Buna karşın bu iki bölgede bildirimlerin fazla oluşu iyi bir hizmet modeli, sağlık hizmetlerinin diğer yörelere göre daha yeterli ve bilinçli olarak sunulduğu, laboratuvar olanaklarının iyi değerlendirilmesi ve hastalık bildirim konusuna özel önemin gösterilmesi ile açıklanabilir.

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin sunulduğu Etimesğut ve Çubuk bölgelerinde homojen olarak, yaklaşık her 5000 kişiye halk sağlığı görüşüne sahip bir hekim düşmektedir. Hekim - nüfus oranının düşük olduğu bölgelerde sağlık hizmetlerinin daha verimli ve teşhislerin daha doğru olacağı açıktır. Bu faktörden daha önemlisi; adı geçen bölgelerdeki halk, hizmetin bir başarısı olarak, sağlık örgütlerinden diğer yörelere oranla daha fazla yararlanmaktadır. 1976 yılında Etimesğut bölgesinde kişi başına düşen muayene sayısı 0.8 dir. Sağlık örgütlerinin halk tarafından daha fazla kullanıldığı yerlerde daha fazla sayıda hasta görüleceği ve dolayısıyla daha fazla sayıda bulaşıcı hastalık tanısı konulabileceği açıktır. Öte yandan, bu bölgelerde hekim dışı sağlık personelinin bu-

laşıcı hastalıklar konusunda da yararlanılmakta ve ev ziyaretleri sırasında hasta aramalarına önem vermeleri istenilmektedir. Etimesğut ve Çubuk bölgelerinden fazla sayıda bulaşıcı hastalık bildirilmesinin en önemli nedeni sağlık örgütünün ve hekimlerin «bildirim» (ihbar) konusuna inanmış ve önemini benimsemiş olmasıdır. İzlenimler öyledir ki, Türkiye'nin birçok bölgesinde çalışan hekimlerimiz laboratuvar hizmetlerinden yeterince yararlanmamakta ve bildirim konusunun önemini benimsemiş gözükmemektedirler.

Sonuç ve öneriler :

S.S.Y.B. na bildirilen bulaşıcı hastalık vaka sayıları gerçeğin çok altındadır. Bunun en önemli nedeni sağlık hizmetlerinin özellikle kırsal yörelerde yeterli bir biçimde yürütüle-
memesi yanında hekimlerimizin hastalık bildirimlerine gereken önemi göstermemeleridir.

Ülkemizde bulaşıcı hastalık bildirimlerinin gerçeğe daha yakın olarak elde edilebilmesi aşağıdaki koşulların gerçekleşmesine bağlıdır :

1. Sağlık hizmetlerinin ve sağlık insan gücünün ülke düzeyinde dengeli bir biçime getirilmesi.
2. Laboratuvar olanaklarının arttırılması, eldeki laboratuvarların amaca yönelik olarak verimli biçimde kullanılması ve sağlık personelinin laboratuvarı teşhis aracı olarak kullanma alışkanlığı kazanması.
3. Hekimlerimizin bulaşıcı hastalık bildirim konusuna önem vermeleri yönünde eğitilmeleri,
4. Hekim dışı sağlık personelinin bulaşıcı hastalıklar konusunda eğitilmeleri ve bu personelden aktif ve pasif olarak vaka taramalarında yararlanılması.
5. Bulaşıcı hastalıkların önemi konusunda kamu oyu yaratılması ve halk eğitimi,
6. Her düzeydeki sorumlu sağlık yöneticilerinin, sağlık hizmetlerinin başarısını kanıtlamak istercesine gerçek olmadığı halde «aşı sayılarını yüksek, bulaşıcı hastalık vaka sayılarını düşük» gösterme eğiliminden vazgeçmeleri.

Kaynaklar :

1. Hayati İstatistikler, İl ve İlçe Merkezlerinde Ölümler - 1973; Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, yayın no : 768.
2. Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1973 - 1974; Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, yayın no : 456, Başbakanlık Yayınevi, Ankara, 1977.
3. Etimesğut ve Çubuk Bölgeleri bulaşıcı hastalık kayıtları.

Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri ve Önemi

Doç. Dr. Nevzat EREN

Konunun Önemi:

Tüm ülkelerde ve özellikle geri bırakılmış ülkelerde Ana ve Çocuk sağlığı hizmetlerinin önemli bir yeri vardır. Belki de «geri bırakılmış ülkelerin başta gelen sağlık sorunu ana ve çocuk sağlığı hizmetleridir.» demek daha doğrudur. Bu önemin akla uygun olan nedenleri şöyle sıralanabilir:

A — Sayısal önemi:

1 — Geri bırakılmış ülkelerde 0-14 yaş grubu bebek ve çocuklar nüfusun en önemli yüzdesini oluştururlar. Bu oran Türkiye'de % 43'tür. Ülkenin 1977 nüfusu 42 milyon olduğuna göre 18 milyon bebek ve çocuğa bakım verilmesi gereği ortaya çıkar.

2 — Gene geri bıraktırmış ülkelerde doğurganlık çağındaki kadınlar tüm nüfusun % 22'sini oluştururlar. Ülkemizde bu kadınların sayısı 9 milyondan çoktur.

Böylece ana ve çocuk sağlığı hizmetleri kapsamına alınması gereken nüfusun 27 milyonu geçtiği görülmektedir. Bu sayı ülkenin tüm nüfusunun % 65'dir. Genel bir anlatıyla ülkede yaşayan her üç kişiden 2'si AÇS. hizmetleri kapsamına alınmak durumundadır.

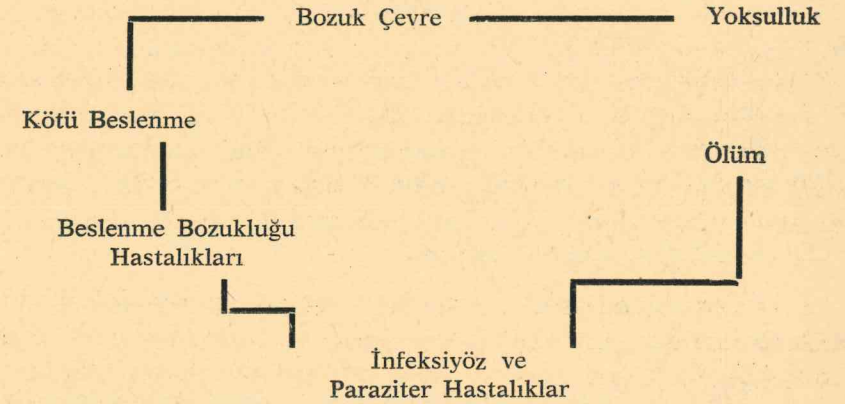
B — Tıbbi bakım açısından önemi:

1 — Bebek ve çocuklar ölme ve hastalanma riski açısından önem ve öncelik verilmesi gereken bir nüfus bölümüdür. Türkiye'de çok yüksek olan bebek ölümlerinin başta gelen nedenleri bronkopnömoniler ve gastroenteritlerdir. Bu hastalıklar bebek ve çocukları bir kaç günde, bazan'da saatlerle anlatılabilecek kadar kısa zaman içinde öldürebilmektedir. Bu ölümleri önleyebilmek için, tedavi hizmetlerini halkın içinde örgütlemek ve bundan da önce, bebek ve çocukların bu hastalıklara yakalanmasını engellemek gereklidir. Bu engelleme ve örgütlenmenin nasıl olabileceği aşağıda tartışılacaktır.

Bebek ve çocukların en çok yakalandığı hastalıklarda infeksiyöz ve paraziter hastalıklardır. Ancak, bilinen önemli bir nokta da ülkemizde, bebek ve çocukların sık hastalanması ve ölmesinin altında da beslenme bozukluklarını yatmasıdır. Bebek ve çocukların hastalanma ve ölümleri ile beslenme bozukluklarının ilişkisi Şekil 1. de gösterilmiştir.

ŞEKİL : 1

BEBEK VE ÇOCUK HASTALANMA VE ÖLÜMLERİ İLE BESLENME BOZUKLUKLARININ İLİŞKİSİ



Şekilde görüldüğü gibi ortada bir kısır döngü vardır ve bu kısır döngünün herhangi bir yerden kırılması gerekmektedir. Çağdaş bilimsel veriler ve kazanılan deneyimler bu kısır döngünün en etkin bir biçimde koruyucu hizmetlerle kırılabileceğini göstermektedir.

2 — Türkiye'de, sayılarının 9 milyonu aştığından söz edilen doğurgan kadınlar arasında, gebelik ve doğuma bağlı nedenlerden hastalanma ve ölüm hızı çok yüksektir. Bu konulardaki güvenilir istatistiklerin azlığına karşın:

— Ana ölüm hızının binde 10'unun,

— Gebelik ve doğuma bağlı hastalıkların da % 10'unun altında olamayacağı bilinmektedir. Bu hızları sayılara çevirdiğimizde, her yıl 90.000 dolayında kadının gebelik ve doğuma bağlı nedenlerden öldüğünü, 900.000 kadının da iyileştirilmeyi beklediğini görmekteyiz. AÇS. Hizmetleri çerçevesinde çok önemli bir bölümü önlenebilecek olan bu ölüm ve hastalıkların ülke ekonomisine etkisi, açıklık kazanmayı bekleyen çok önemli bir sorundur. Kuşkusuz her şey para ile ölçülemez. 900.000 hasta kadının ve ölen 90.000 ananın yakınlarının karşı karşıya kalacakları sorunlar, konunun önemini daha da artırmaktadır.

SORUNA YAKLAŞIM

Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, 1950'lerde ülkemizde, sağlam çocuklara yönelik olarak başlamıştır. Bu yarışımnda, batı ülkelerindeki uygulamaların etkilerini görmekteyiz. Oysa ülkenin geleneğinde, hasta olmayanları hekime, denetime götürme yoktur. Hekime, ancak hastalık durumunda gidilir. Bu nedenle AÇS. Hizmetlerinin başlangıçta, önemli gelişmeler gösterdiğini söylemek olası değildir. Soruna bu tür yarışım aslında tutarlı da değildir. Bebek ve çocuklarda % 40'a varan beslenme bozukluğu olan bir ülkede sağlarn çocuklar için merkezler açmayı savunmak güçtür. Bu nedenle ve zamanla, hasta bebek ve çocuklara önem ve öncelik verilerek AÇS. merkezlerinin etkinliği artırılmak istenmiştir. Bu yeni yarışımnda, uygun beslenmeyi ve gelişmeyi sağlamak amacı yanında, hasta olan ya da beslenme bozukluğu bulunan çocuklara önem ve öncelik verilmesi amaçlanmıştır. Böylece iki önemli konunun göz önüne alındığı anlaşılmaktadır :

1 — Ülke geleneklerine daha uygun bir örgütlenme yöntemi getirilmekte ve,

2 — Hasta ve beslenme geriliği olan bebek ve çocuklara tıbbi bakım sağlanarak bu bebek ve çocukların hasta olmadıkları zamanlarda, denetim (Kontrol) için bu merkezlere gelmesi sağlanmak istenmektedir.

Ana ve çocuk sağlığı merkezlerinde analara tıbbi bakım verilmesi, daha sonraları ele alınan bir konudur. Bu tıbbi bakım da 3 bölüme ayrılarak incelenebilir.

1 — Doğum öncesi tıbbi bakım. (Antenatal bakım)

2 — Doğum yardımı.

3 — Doğum sonrası ana bakımı. (Postnatal bakım)

Sözü edilen ve 3 bölüme ayrılan ana bakımı hizmetlerinden beklenen sonuçlar da iki ana başlık altında toplanabilir :

1 — Anaların sağlıklı bir gebelik öncesi, doğum ve gebelik sonrası devresi geçirmesini sağlamak,

2 — Anaların sağlıklı bir bebek sahibi olmalarını sağlamak.

Ana ve Çocuk Sağlığı hizmetlerini kısaca özetleyen bu bilgilerin ışığında, anaya ve çocuğa yöneltilen tıbbi bakım hiz-

metlerinin birbirinden ayrılmayacağı sonucu kolaylıkla çıkmaktadır. Bu hizmetlerin birbirlerine ne derece bağlı olduğu, koruyucu sağlık hizmetlerinin neler olduğuna kısa bir göz atmakla daha kolay anlaşılacaktır.

KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

«Koruyucu sağlık hizmetleri» denildiğinde nelerin anlaşılması gerektiği Tablo I'de gösterilmiştir :

TABLO I

KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ

KİŞİYE YÖNELİK KORUYUCU HİZMETLER	ÇEVREYE YÖNELİK KORUYUCU HİZMETLER
1 — Sağlık Eğitimi	1 — Besin Sağlığı
2 — Beslenme	2 — Su Sağlığı
3 — Nüfus Planlaması	3 — İnsan Dışkı ve İdrarının Yok Edilmesi.
4 — Aşılama	4 — Vektör Kontrolü
5 — Erken Tanı	5 —
	6 —

Tablo I'in incelenmesinden «Koruyucu Sağlık Hizmetleri» kavramının kapsamında, geçmiş yıllara göre önemli gelişmeler olduğu gözlenmektedir. Geleneksel koruyucu hizmet kavramı yalnız aşılama ve fizik çevrenin denetimini kapsamaktadır. Diğer yandan, anaya uygulanacak etkin bir sağlık eğitiminin, doğacak çocuğun sağlığını pek yakından ilgilendireceği kolayca söylenebilir. Çünkü, sağlıklı bir gebelik ve doğumun doğal sonucu, sağlıklı bir bebek sahibi olmaktır. Bunun gibi, iyi beslenmiş bir gebenin gelişmiş bir bebeği olacaktır. Nüfus planlaması yöntemi kullanan, dolayısı ile yeterli aralıklarla belli sayıda doğum yapan kadın, yalnız kendi sağlığını korumakla kalmayacak, sık gebeliğin bebek sağlığı üzerindeki kötü etkilerini de önlemiş olacaktır. Aşılama bir gebenin doğuracağı bebek yeni doğan tetanezuna karşı korunmuş olacak, erken tanı

hizmetlerinden yararlanan gebenin malformasyonlardan olabileceğince korunmuş olacaktır.

Kuşkusuz, sağlıklı bir çevre, herkesin, bu arada ana ve bebeklerin de, enfeksiyöz hastalıklar ve enfestasyonlara yakalanmalarını azaltacaktır. Bazı enfeksiyonların anadan, plasenta yoluyla fetüse geçtiği, gene anaların enfeksiyon etkenleri ve parazitleri bebek ve çocuklarına geçirdiği bilinmektedir. Genel bir kural olarak «Hiçbir Hastalığın Yalnız Hasta Kişiyi İlgilendiremeyeceği», hastalığın toplumsal bir olay olduğunu belirtmek gerekir. Bunun gibi, herkesin sağlıklı olmayı, topluma karşı yerine getirme zorunluğu olan bir görev saymalıdır. Bu görev bireyin, devletin her bireye sağlıklı bir yaşantı sağlama görevine karşı yüklendiği bir vatandaşlık borcudur. Sağlıklı bebeklere sahip olmak da, topluma karşı yerine getirme zorunluğu olan bir görevdir. Çünkü sağlıklı bebekler topluma önemli görevler yükler. Sağlıklı bebekler dünyaya getirmenin ön koşulu da sağlıklı bir gebelik devresi geçirmek ve sağlıklı bir doğum yapmaktır. İşte bu nedenle de, Ana ve Çocuk Sağlığı hizmetleri ayrı bir önem kazanmaktadır.

ÖRGÜTLENME

Diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, AÇS hizmetlerinde başarılı olmak için de, temelde iyi işleyen bir halk sağlığı örgütlenmesinin bulunması ön koşuldur. Bu örgütlenme olduktan sonra verilecek politik bir karar söz konusudur:

Ana ve Çocuk Sağlığı örgütlenmesini, bu temel halk sağlığı örgütüne dayalı yeni bir örgüt olarak mı kurmalıdır, yoksa

Ana ve Çocuk Sağlığı hizmetlerini bu temel halk sağlığı örgütü içine entegre mi etmelidir?

Bu soruya verilecek yanıt, öyle görünmektedir ki, iki konuyu gözönüne almaya sıkı sıkıya bağlıdır. Birincisi, sağlıklı ya da hasta olmak bir bütündür. Dolayısı ile sağlık bakımı veren örgütleri birbirinden ayırmak doğal olmayan bir yansımadır. İkincisi ise, ayrı örgütler kurmanın maliyeti arttırıp yönetimi güçleştireceği ve yararlanmayı azaltacağı gerçeğidir. Denilebilir ki, ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini, temel halk sağlığı örgütüne entegre etmek en doğru yoldur. Bu doğru, ancak, çok önemli ayrıcalıklar varsa bir yana bırakılabilir ve ülkemizde böyle ayrıcalıklar olduğu da savunulamaz.

(Yazının ikinci bölümü gelecek sayıda yayınlanacaktır)

Sovyetler Birliğinde Sağlık Planlanmasının Teorisi

Çeviren : Dr. M. Çetin DURUK

A — GİRİŞ

Birçok ülkede, toplumun sağlığını koruyup geliştirmeye yönelmiş değişik servisler, gelişigüzel bir biçimde gelişmektedir. Bu rastgele gelişme toplumun epidemilerden ve bulaşıcı hastalıklardan korkuları, değişik sağlık hizmeti isteklerine bağlı olarak bir ölçüye kadar kaçınılmazdır. Zaman zaman yapılan tıbbi araştırma ve buluşlar da bu gelişmeyi etkilemektedir. Günümüzde tıbbın ve sağlık sorunlarının karmaşıklığı toplum kesimlerinde etkisini gösteren toplumsal ekonomik ve kültürel etkenlerin, toplumun sağlık düzeyini de etkilemesi ekonomik planlamanın önemini birinci sıraya almıştır. Bu durum sağlık alanındaki çalışmaların gelişigüzel gelişimi yerine düzenli ve verimli gelişmesini gerektirmektedir. Bu amaca ulaşabilmek için sağlık planlaması gereklidir.

Son 10 yılda sağlık planlamasına ilgi bütün dünyada görünür ölçüde artmıştır. Devletlerin ekonomik ve sosyal gelişmeyi bütün olarak ele almaları, ulusal ekonomi ve insan gücü kaynaklarını sistemli bir biçimde organize etmeleri sonucu bu olay ortaya çıkmıştır. Ulusal düzeyde ekonomik planlaması olmayan ülkelere de sağlık planlaması yapılabilir. Ancak ekonominin tümüyle planlandığı ülkelere göre karşılaşılan sorunların daha çok ve karmaşık olacağı açıktır.

Sağlık planlamasına gösterilen ilginin artmasının başka nedenleri de vardır. Örneği : Hastalar ve zayıflar ekonominin geliştirilmesinde önemli bir engeldir. İş gücünün korunması ile bu kayıplar önenebilir. İş gücü korununca işe, hastalığa bağlı gelmeme azalacaktır. Çalışma hayatı uzayacaktır v.b. Toplum sağlığının geliştirilmesi ekonomik ve toplumsal gelişmenin ana unsurudur. Ekonomik gelişmenin planlanmasının integral (tamamlayıcı) parçası sağlık planlamasıdır.

Sağlık servisleri kişiler ya da gönüllü kuruluşlarca planlı olarak kurulamaz. Çok pahalıdır. Devletin bu çalışmalarda araya girmesi gerekir.

Günümüzde bulaşıcı hastalıkların denetiminde kullanılan değişik epidemiolojik yöntemler diğer bulaşıcı olmayan hastalıklarda (Trafik kazaları, cardiovascular hastalıklar, kanser) uygulanmağa başlanmış ve başarılı sonuçlar alınmıştır. Bu gelişmeler toplum sağlığı çalışmalarının alanını daha genişletmiştir.

Tüm bu sorunlar son yıllarda W.H.O.'nın sağlık planlaması ve sorunlarına önem vermesine yol açmıştır. 1951'den beri W.H.O. bu konuyu araştıran değişik toplantı ve araştırmalar yapmıştır.

Bu araştırmalar da göstermiştir ki sağlık planlamasında değişik ve karmaşık sorunlar vardır. Toplumsal, ekonomik ve kültürel etkenler toplum sağlığını etkilemektedir. Bu durum planlama ekiplerinde bilim uzmanlarının bulunmasını gerektirmektedir. Planlama ekibinde toplum hekimliği uzmanlarına ek olarak sosyologlar, demograflar, istatistikçiler, ekonomistler yer almalıdır. Planlamanın bir diğer sorunu ise yalnız bir tek ülkede bile değişik bölgelerin demografik, ekonomik, coğrafi ve tıbbi özelliklerinin ayrı olmasıdır. Bu durum tıbbi koruma ve bakım için özel gereksinimleri ortaya çıkarabilmektedir. Bu karışıklık kuşkusuz sağlık servislerinin kendiliğinden gelişmesine yol açmamalı, bir çok ülkede olduğu gibi toplum «deneme tahtasına» dönüştürülmemelidir.

— SAĞLIK PLANLAMASININ TANIMLANMASI —

Sağlık planlaması W.H.O.'nın 4 nolu raporunda şöyle tanımlanmıştır : «Toplum sağlığı servislerinin planlanması, bu servislerin özenle ve akıllıca yorumu, çağdaş bilgi ve deneylerden yararlanarak o toplumun olanakları ve sağlık gereksinimlerine göre düzenli olarak geliştirilmesi» demektir. 1967 yılında gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık planlaması konulu raporda ise «Ulusal sağlık planlaması genel, toplumsal ve ekonomik planlamanın tamamlayıcı bir bölümüdür» demiştir. Planlamada profesyonel politikacıların plana yön verebilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Bu kişilere tıbbi personel kadar gerek olduğu savunulmuştur. Aynı raporda, planın sürekli olmadığı, değişik kısa yıl aralıklarında yeniden toplumdaki değişimler ve gereksinimlere göre gözden geçirilmesi gerektiği söylenmiştir.

— SAĞLIK PLANLAMASI VE ULUSAL PLANLAMA —

Her iki plan arasında büyük ilişki vardır. Ulusal planlaması olan ülkelerde sağlık planlaması bunun ayrılmaz bir parçasıdır. Bu ülkelerde sağlık planlaması kalkınmanın itici bir gücü durumuna gelmektedir. Toplumun tıbbi bakım istekleri ise sürekli artmaktadır. Bu istekler de ancak ekonominin gelişmesi ile sağlanabilir. Bazılarının sandığının tersine sağlık servisleri yalnız ekonomik amaçlara değil, ekonominin gelişmesine de etkili olur.

W.H.O. gelişmekte olan ülkelerde sağlık planlaması ile ilgili raporunda bu ülkelerde sağlık servislerine ulusal kaynaklardan ne kadarının ayrılmasını saptamanın zorluğunu belirtmiştir. Bu sorunun derinlemesine araştırılması gerektiğini, buna karşılık sağlık planına ayrılmış olan kaynakların bir plan ile ulusun gereksinimlerine göre çok özenle harcanmasını önermişlerdir.

— SAĞLIK PLANLAMASININ İLKELERİ —

W.H.O. ilgili raporunda bu ilkeleri şöyle saptamıştır :

1 — Toplum sağlığı konusunda devletin politikası açıkça belirlenmeli, planın özellikleri ve kapsadığı alan açıkça saptanmalıdır.

2 — Ulusal toplum sağlığı politikası ülkenin ekonomik ve toplumsal gelişmesi ile uyumlu olmalıdır.

3 — Sağlık planlaması yetkili bir kurul, konşül, bakanlık ya da benzeri kuruluşça yürütülmeli, bu kuruluşta diğer toplum sağlığı ile ilgili olabilecek kuruluş ve bakanlıklardan temsilciler yer almalıdır.

4 — Sağlık servisi türlerinin alanı ve planın kapsadığı nüfus geniş olmalıdır.

5 — Sağlık planı hazırlanırken, o ülkenin, yönetim sorunları, demografik, toplumsal, kültürel, ekonomik durumu ile ilgili somut verileri göz önünde tutmalıdır.

6 — Plan sağlığı koruyucu ve geliştirici programlar arasında koordinasyonu sağlamalı, toplum sağlığı konusunda değişik yönlerden görev almış olan bakanlıklar arasındaki ilişkiyi göz önünde tutmalıdır.

7 — Plan, başarısı için gerekli olan belli bir süreye göre düzenlenmelidir. Değişik durumlar ya da uygulanma sırasında elde edilen yeni bilgiler karşısında gerekli olduğu kadar esnek olmalıdır.

8 — Plan için gerekli finansman, insangücü ve bilgi, kaynakları gibi ülkelere göre değişen ölçüler tama yakın olmalı, plan bu kaynakların gelecekte düşünülen durumunu da göz önünde tutmalıdır.

9 — Ulusal sağlık planının yürütülmesi ve geliştirilmesi sırasında çok dikkatli ve doğru kayıt tutulması, gözlemlerin yapılması, planın bu verilere göre geliştirilmesi gerekir.

SAGLIK GÖSTERGELERİ, NORMLARI VE STANDARTLARI

Bir toplumun sağlık düzeyini ölçebilmek için, tıbbi bakım olanakları ve gerekli olan insangücüne ilişkin bilgi veren göstergeler gereklidir. Bunlar 3 ana grupta toplanırlar.

a. Verilen bir bölgede kişilerin ve toplumun sağlık durumu ile ilgili değişik bilgiler, (Vital istatistikler, beslenme v.s.)

b. Araştırılan bölgenin sağlık düzeyine az ya da çok etki yapan fizik çevre koşulları ile ilgili bilgiler.

c. Sağlık düzeyini yükseltme amacına yönelmiş sağlık servisleri ile ilgili bilgiler. (Hastahaneler, doktorlar, yardımcı sağlık personelinin sayıları ve kullanılış yöntemleri)

Bunlara ek olarak çocuk ölüm hızları, bulaşıcı hastalıklarda mortalite hızları, sağlık servisleri ve çalışmalarını ile ilgili özel göstergelerin de bilinmesi gerekir.

1966 yılında W.H.O.'nın uzmanlar komitesi bu göstergeleri iki bölümde toplamıştır.

a. Kaynaklarla ilgili göstergeler. (Para, insangücü, diğer olanaklar, organizasyon)

b. Sağlık ve hastalıklarla ilgili göstergeler. (Sağlık düzeyi, mortalite, morbidite, sakatlık oranları)

Bu göstergelerin sayısının arttırılması, sağlık planının bunlara göre düzenlenmesi, planın toplumun sorunlarına daha yakın olmasını getirir. Bu göstergelerin aralarındaki ilişkiyi araştıran istatistik veriler ise soruna daha geniş bir bakış açısı getirir. Değişik verilerin büyüklüğü, kullanılan özel yöntemlere göre değişmeler gösterebilir. Karşıt etkenlerin ölçülmesi ile bu büyüklük saptanabilir. Doğruluğu ilgilendiği olayı yansıtmaması ile ortaya konulur.

Kitlelere götürülen sağlık hizmetlerinin temel göstergelerinden biri de kullanılan tıbbi personel sayısıdır. Ayaktan ve polikliniklerden bakılabilen hasta sayısı, hastahane ve sanatoryum bakımı, epidemiyoloji ile ilgili değişik servislerin durumu, hekimlerin dağılımı, yüklendikleri görev sayısı, sağlık hizmetleri ile ilgili nesnel göstergelerdir.

Bu göstergeler bütün ülke için saptanmış norm ve standartlara göre ortaya konulursa, değer kazanırlar.

— GERÇEKÇİ BİR PLANIN ÖZELLİKLERİ —

18. W.H.O. Sağlık Kongresinde gerçekçi bir planın özellikleri şöyle saptanmıştır.

Plan basit, anlaşılır, esnek, değişik aşamalara bölünmüş, toplum tarafından kabul edilebilir, hesapları yapılmış, bütün aşamalarının süresi doğruya yakın olarak öngörülmüş, her aşamasının gelişmeye açık ve birbiriyle uyumlu olması gerekir.

Bu özellikler önem sıralarına göre şöyle sıralanabilirler.

a. Anlaşılır ve düşünülen amaçlarla düzenleme arasında dengeli olmak,

b. Esnek olmak,

c. Kaynakların kullanımında dengeli olmak,

d. Var olan ve potansiyel olan insangücü, kaynaklar ve gereksinimlerin doğru saptanması.

Bir plan uygulanırken tıbbi bakımın nicel ve nitel yanlarının teknik ve ekonomik hesaplarla saptanması, uzmanların bunları halk sağlığı ve demografik açıdan yorumlamaları gerekir.

Böyle bir çalışma gereksinmelerin irdelenmesi, bunların ne kadar sağlanabildiği, eldeki kaynakların ortaya konması ve planın her aşamasında toplum sağlığını etkileyen etkenlerin iyi saptanması ile oluşabilir. Gereki finansmanın sağlanması ve geliştirilmesi, tıbbi personelin eğitiminin geliştirilmesi, toplum sağlığının geliştirilmesinin nitel bulgularıdır. Bu bulgular aynı zamanda toplum sağlığının ulusal ekonomi içindeki önemini de belirler.

Plan, toplum sağlığı içindeki değişik bölümler (Epidemiyolojik ve sağlık servisleri, koruyucu ve önleyici servisler, tedavi edici servisler, tıbbi personelin eğitimi v.b.) arasındaki ilişkileri doğru olarak saptamalı ve bunların içindeki değişik bölümlere ne kadar ağırlık vereceğini hesaplamalıdır.

Örneğin : Tedavi edici çalışmalar; ayaktan bakım, evde ve işyerinde bakım, hastahanedeki bakım, sanatoryumda bakım, dinlenme evleri, v.b. gibi çok değişik bölümleri içerir. Plan bunların dağılımlarını, oranlarını belirlemelidir.

Plan düzenli yapılmazsa, bazı alanlarda birden fazla sağlık hizmeti götüren örgütler varken, bazı çalışma alanlarında ise kaynaklardan yoksun, zayıf sağlık servisleri ortaya çıkabilir.

Yanlış yapılan bir planın uygulamada başarısızlığa uğradığı, bir tür sağlık bakımının sağlanamaması ve bu gereksinimlerin başka yollardan sağlandığının ortaya çıkması ile anlaşılır. Örneğin hastahane yataklarının sayısının azaltılması durumunda ayaktan bakılan hastaların sayısı ve başvurma oranı artar. Yapılan hesaplara göre bu durum yataktan daha pahalıya gelmektedir. Hastahane yataklarının çok fazla artırılması ise topluma başka yönlerden pahalıya gelmektedir.

ÖNEM SIRASININ SAPTANMASI VE TOPLUM SAĞLIĞI POLİTİKASI

Bir sağlık planı öncelik sistemine göre kurulmamışsa gerçekçi sayılmaz.

Eldeki kaynakların kaçınılmaz olarak sınırlı oluşu yüzünden toplum sağlığı uzmanlarının karşılaştıkları bütün sorunları arka arkaya çözebilmeleri olanaksızdır. Bu yüzden önceliklerin belirli bir düzen içinde sıralandırılması dikkatin değişik aşamalarda toplum sağlığının belirtilen bir bölümüne yoğunlaştırılıp, sorunların çözümü gerekmektedir. Her ne kadar bu, diğer bölümlerin gelişmesini geçici olarak geciktirse de sağlık planının birbiriyle uyumlu olarak değişik parçalara ayrılması gereklidir. Öncelik saptandıktan sonra toplum sağlığının değişik kaynakları bu bölüme yöneltilir. Onun sorunları gündeme getirilir. Bu anahtar bölümün saptanması, doğaldır ki halk sağlığının diğer pekçok değişkeninin ihmal edileceği anlamına gelmez.

Öncelik saptanması sorunu sağlık planının amaçlarına ve toplum sağlığı politikasına bağlıdır. Soruna bu açıdan bakınca plan sağlık politikasının rakamlarla anlatılması olarak düşünülebilir.

Planın amaçlarının saptanması ve değişik bölümlerinin öncelik sırasına göre sıralandırılması karışık bir sorun olup ancak varolan durumun doğru bir incelenmesinin yapılması ile ve planın gelecekteki umulan gelişmesine göre çözümlenebilir.

Örneğin 1966 - 1970 S.S.C.B. halk sağlığı planının ana noktaları şu çalışmalara öncelik tanınarak hazırlanmıştır. (Önem sırasına göre)

1. Özellikle çocuklar arasında mortalite ve morbidite hızlarını azaltmak.

2. Bulaşıcı hastalıkların eradikasyonunu, devam edenlerin insidansının azalmasını,

3. Tıbbi bakımın (kalitesinin) bütün yönleriyle geliştirilmesi.

4. Tıbbi araştırmaların yönetimi, araştırmacı personelden sağlanan yararın geliştirmesini,

5. Kalifiye personelden yararlanmanın artırılması tıbbi eğitimin geliştirilmesini,

6. Sağlık servislerinin araç gereç ve teknoloji açısından geliştirilmesini,

7. Halkın çalışma ve yaşam koşullarının denetiminin geliştirilmesini sağlamak.

W.H.O.'nun toplum sağlığı yönetimi uzmanları öncelik saptanmasında koruyucu çalışmalara öncelik verilmesini savunmuşlardır Buna ek olarak, ana ve çocuk sağlığı üretimde bulunan halk kesimlerinin sağlığını ve özellikle bunu etkileyen beslenme durumunu düzenleyen çalışmaları önermişlerdir.

Bununla birlikte toplum sağlığının ekonomik görünümü, toplum sağlığı politikası ve öncelik saptanması belirli bir uyum içinde olmalıdır.

— TOPLUM SAĞLIĞININ EKONOMİK GÖRÜNÜMÜ —

Birçok ülkelerde önceliklerin saptanmasında bilinçli ya da bilinçsiz olarak ekonomik kuralları kullanılır.

1. Ağırlığın daha ucuz olan koruyuculuğa yönlendirilmesi böyle ortaya çıkar.

2. Yaşama şansları daha çok olan genç insanların hayatının kurtarılması üretimin artırılması açısından gereklidir.

3. Daha ucuz korunulabilen hastalıklarda öncelik tanınması daha ekonomiktir.

4. Kalifiye işgücü ve çalışma saatlerinin kaybının azalması durumunda daha iyi sağlık servislerine gidilmektedir.

Toplum sağlığının ekonomik gelişmeye katkıda bulunması gerçeği bu konunun ekonominin bir dalı anlamına geleceği demek değildir. Bu konu üretimin artırılması ile değerlendirilmeli, tıbbi bakım ve endüstriyel hijyenin geliştirilmesi ise yalnızca kârlılık açısından alınmamalıdır. Toplum sağlığı karakter olarak insancıldır, ve onun görevi kişilerin sağlıklı bir yaşam gereksinimlerini sağlamaktır. W.H.O.'nın da belirttiği gibi sağlık servislerinin kişilerin refahında diğer yönlerinin de ölçülmesinin zor olmasına rağmen, çok yakından etkilidir.

Toplum sağlığının yönetimi ekonomik sorunların zorunluluğunu göz önünde tutmalıdır. Tıbbi bakımın sağlanması için değişik tür organizasyonların karşılaştırılması, verimli olan

için tıbbi personelin yetiştirilmesi, değişik tıbbi bakım türlerinin ücreti gibi konularla her zaman karşı karşıya kalırlar. Bu yüzden toplum sağlığı yöneticileri ekonominin temel ilkelerini, tekniklerini bilmek zorundadırlar. Bu kişilere verilecek eğitimde maliyet hesapları ve bütçe hazırlanması öğretilmelidir.

— PLANLAMADA SÜREKLİLİK —

Bir ülkenin ekonomisi sürekli olarak değişim gösterir. Bu nedenden planlama için seçilen zaman dilimi değişik olabilir. Ayrıca hiç bir plan uygulama sırasında ortaya çıkabilecek bilimsel ve teknolojik gelişmeleri tam olarak saptayamaz.

Plan uygulanmaya başladıktan sonra, bazı bölgelerin durumu ve diğerleri ile ilişkisi değişim gösterebilir. Bu nedenle plân sürekli olarak düşünülmeli, zaman zaman düzeltmeler yapıp gözden geçirilmelidir. Toplumun sürekli değişen ve gelişen gereksinimleri ile bunları karşılayabilecek kaynaklar arasında denge kurulmalıdır. Bu açıdan planda öngörülen süre yeterli olmalı, düşünülenlerin başarıya ulaştığı görülmelidir. Sonuç olarak, planlama devresinin uzunluğu karar verilerin gerçekleşmesi için gereken zamana bağlıdır. Örneğin sağlık bakım kuruluşlarındaki araç ve gereçlerin gelişimi (gereklilik istatistik verilerin bulunduğu düşünülürse) kısa bir zaman içinde denetlenebilir. Bunun için kısa süreli bir plan yeterlidir. Oysa bir başka örnekte durum daha değişiktir. Hekimlerin ve hemşirelerin yetiştirilmesinde 3 ve 6 yıl geçmeden planın düşünülen sonuçları ortaya çıkmadığı için uzun süreli bir plan gereklidir. Planlamanın sürekli oluşu demek, planlanan her aşamanın birbirine bağlı olması demektir. Kesintiler olmamalıdır.

— SAĞLIK PLANLAMASI YÖNTEMLERİ —

Sovyetler Birliği'nde «analitik yöntem» kullanılmaktadır. Bu yöntem şu aşamaları içerir:

- a. Asıl sorunun araştırılması için genel süreç (process) in parçalanması (bölünmesi).
- b. Bütün olarak genel süreç üzerine parçaların, özellikle en önemli olacağı düşünülenlerin etkisinin belirlenmesi.
- c. Uygun genel sonuçların saptanması. Diğer bir kullanılan yöntem ise «xpert evaluation» yöntemidir. Bu yöntemde tıbbi bakım için gerekenlerin kapsamlı olarak değerlendirilmesi, bunların sağlanabilme yolları, eldeki kaynaklar vb. gibi konular araştırılır. Diğer yöntemlerden bazıları kısaca şunlardır.

Cost benefit analizi : Bir özel projenin maliyeti ile ondan elde edilen yararların karşılaştırılması yöntemidir.

Balans yöntemi : Kaynaklar ile gereksinimler arasında denge kurmaya çalışan bir yöntemdir.

Ratio - Proportion yöntemi : Planın değişik bölümlerinin oranının düzenli olmasını amaçlar. Örnek : S.S.C.B.'de tıbbi olanakların nüfusa oranı sağlık gelişmesinin planlamasında önemli bir ölçüttür.

Planlamada asıl olan kaynakları en az kullanarak en çok verimin elde edilmesidir. Günümüzde sağlığı etkileyen etkenlerin çok değişik oluşu bu hesapların çok zorlaşmasına ve ancak kompiter yapılabilmemesine sebep olmuştur.

— SAĞLIK PLANLAMASI İÇİN GEREKENLER —

Planlama, eğer elimizde gerekli veriler varsa yapılabilir. Nüfus, yaş, cins, meslek ile ilgili veriler en önemlileridir. Nüfus dağılımı ile ilgili veriler de önemlidir.

İkinci sırada, gün geçtikçe daha çok insangücü kaybına neden olan morbidite verileri, bebek ölümleri, ve ölüm nedenleri ile ilgili veriler gelmektedir.

Son olarak ise sağlık alanında insangücü kaynakları, tıbbi bakım olanakları ile ilgili veriler gereklidir.

Eğer bu veriler yetersizse ya da hiç yok ise sağlık durumunu belirleyen özel araştırmalar, planlamadan önce yapılmalıdır. Bunlar genel nüfusu temsil edebilecek örnekler üzerinde yapılabilir.

— PLANLAMA ÇALIŞMASININ ÖRGÜTLENMESİ —

1. Mevcut durumun doğru saptanması,
2. Bölgelerdeki çalışmada verimi arttıracak önerilen düşüncelerin tanımlanması ve açıklanması.
3. Değişik aşamalarda sağlık personelinin gereksinim ve eğitimleri için gerekenlerin doğru olarak öngörülmesi.
4. Düşünülen projelerdeki değişik çalışmaların maliyeti ve bunların ayrı ayrı yazılması.
 - a. Ana harcamalar. (binalar, araçlar, taşıtlar v.b.)
 - b. Sürekli harcamalar (personel ve materyal)
5. Beklenen sonuçların açık olarak yazılması.
6. Beklenen ekonomik etkilerin olabildiğince doğru öngörülmesi.
7. Diğer alanlardaki çalışmalar için öneriler. (Örneğin sağlık eğitimi, çevre sağlığı v.s.)

KAYNAK :

— G.A. POPOU — PRINCIPLES OF
HEALTH PLANNING IN U.S.S.R.
W.H.O. YAYINLARI NO : 43

Hekimler ve Sendikal Mücadele

Prof. Dr. Veli LÖK
İzmir Tabip Odası Başkanı

HERKESİN, ÇIKARLARININ KORUNMASI
İÇİN SENDİKALAR KURMAĞA, BUNLARA
KATILMAĞA HAKKI VARDIR.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi
Madde : 23. Bend 4

Hekimlerin ve diğer memurların sendika kurma hakları, uluslararası antlaşmalara geçmiş bir haktır. İnsan Hakları Beyannamesinin 23. maddesinin 4. bendi «Herkesin çıkarlarını koruma için sendikalar kurmağa ve bunlara katılmağa hakkı vardır.» hükmünü getirerek, içinde hekimlerin de bulunduğu memurların sendika kurma hakkı olduğunu kabul ediyor. Bazı kuramcılara göre sendika kurma ve buna katılma bu gün için yalnız kişisel hak olmaktan çıkmış, devletin varlığının sürdürülmesi için alınması gerekli önemli bir önlem olarak da kendisini kabul ettirmiştir. Diğer bir deyimle sendikal hakların kullandırılmayışı, yalnız kişiyi değil, dolaylı olarak devletin varlığının sürdürülmesini de zarara uğratmaktadır.

Çağdaş devlet anlayışında, çalışanlarla işverenler arasında sanayileşmenin oluşturduğu dengesizliği düzeltmek için bizzat devlet tarafından bazı önlemler alınması gerekmektedir. «Toplumsal, siyasal önlemler» adı verilen bu önlemlerin en önemlilerinden birini sendikalaşmaya olanak verilmesi oluşturmaktadır. Sendikalaşma yoluyla emeğini daha iyi ko-

şullarda satabilen çalışanlarla, çalıştıranlar arasında reaksiyonlar önlenemekte, dengeli bir yaşantıya doğru gidilebilmektedir. Bunun tersi bir tutum kanunsuz ve anarşik olayların oluşması için potansiyel hazırlamaktadır. Buradan çıkan sonuç, sendikalaşmaya olanak vermeyen iktidarların geçici bir süre bundan yararlınsalar da uzun sürede bu işten zararlı çıkacaklarıdır. Ayrıca bir ülkede sendikal hakların varlığı demokratik rejimin ölçütü olarak kabul edilmektedir.

İlk memur sendikalarını geçen yüzyılın son yarısında Fransa'da öğretmenler oluşturmuştur. Bu sendikaların grev ve toplu sözleşme haklarını elde edişi ancak 1963 yılında olanak içine girebilmiştir. İleri demokratik ülkelerde genellikle memurların grevli sendikal hakları kabul edilmiştir. (İskandinav ülkeleri, Hollanda, Belçika, İtalya, Fransa). Buna karşın A.B.D.'de gerici-faşist bir yasa olan Taft-Hartley yasası (1947) memurların grev yapmasını yasaklamıştır. Bunun gibi Federal Almanya, Avusturya, İngiltere, Kanada ve Kolombiya'da memurların grev hakları yoktur.

Ülkemizde memur sendikaları 1965 yılında çıkartılan 624 sayılı yasayla kuruldu. Anayasanın 46. maddesine göre çıkarılan bu yasa Anayasanın verdiği bir çok hakları da kısıtlayarak, memurların etkin sendika kurmalarını önlemek üzere bir çok tuzakları getiriyordu. Bu yasa derneklere tamnan toplantı ve yürüyüş hakkını bile yasaklıyordu. Bu yasaya dayalı olarak bir çok hekim sendikası kuruldu. Ve bu sendikalarda yasadaki «Böl ve Yönet» tuzaklarına düşüldü ve önemli etkinlik gösterilemedi. Diğer sendikalar yanında özellikle «TÖS» (Türkiye Öğretmenler Sendikası) bölünme tuzagından kurtulup merkezi bir sendika kurarak üyelerinin hakları yönünden övgüye değer savaşım verdi. Faşist gelişimler için elverişli bir ortam yaratan 12 Mart muhtırasından sonra Anayasanın 46. maddesi değiştirilerek memurların kısıtlı sendikal hakları da ellerinden alındı. Bir çok sendikacı hapsilere tıkıldı. Anayasanın 46. maddesi değiştirilirken gerekçe olarak bu tür sendikaların ülkenin koşullarına uymaması, devlet örgütünün yıkılmak istenmesi, yönetimde disiplinin ortadan kalkması ile halkımızın bundan çok şikâyetçi olması bahaneleri öne sürülüyordu. Aslında olay demokratik yolla haklarını aramaya çalışan memurların girişimlerinden korkan ve her zaman devlet bütçesinden aslan payını alan egemen güçlerin, çalışanların alın terlerini bir süre daha sömürmeye devam etme çabaları-

nın bir parçası idi. Sonuçta bu amaçlarına ulaştılar. Artan hayat pahalılığı karşısında memur maaşları kat sayısı 17 olması gerekli iken Milli gelirden payını alan egemen güçler bunu 11 olarak saptamışlar, sözde memur dostları da kat sayısının 12 olmasının gülünç savunusunu vermektedirler. Memurların ve bunların içindeki hekimlerin artan hayat pahalılığı karşısında kendi çıkarlarını korumalarının yolu, egemen güçlerden sadaka beklemek değil, bir araya gelip Anayasada işçilere verilen grevli, toplu sözleşmeli sendikâ haklarını memurlara da sağlanmasına çalışmalarıdır. Neler yapılabilir?

Bazı hukukçular Anayasanın 46. maddesinin memur sendikalarının kurulmasına engel olucu bir nitelik taşımadığı kanısındadırlar. Eğer bu kesin ise Anayasa değişikliği yoluna gidilmeden, meclislerden çıkarılacak bir kanunla memur sendikaları yeniden kurulabilir. Ancak şu anda meclislerde memur sendikalarının yeniden kurulmasından yana bir çoğunluk yoktur. Seçim programına grevli, toplu sözleşmeli kamu personeli sendikalarının yeniden kurulması maddesini almayan partiye oy verilmemesi gibi bir tutum ortaya konmalıdır. Ayrıca, sürekli yayın ve toplantılarla kamu oyu oluşturulmaya çalışılmalıdır. Hekimlerin özel muayenelerde sağladıkları ve çok aşırı yıpranma sonucu elde ettikleri gelirlerle yetinerek bu savaşıma katılmamaları hatalıdır. Zira hekim yalnız hastabakan ve bununla çalışması biten bir görevli olmayıp, oldukça fazla mesai dışı zamanını bilimsel ilerlemelere ayırması, yayın ve araştırmalar yapması gerekli bir kişidir. Bunun dışında olağan yaşam için gerekli geliri fazla çalışma ile karşılamak zorunda kalan hekim aşırı yıpranmaya uğrayacaktır. Hekimlerin de diğer kamu görevlileri gibi grevli toplu sözleşmeli sendikâ haklar savaşımına girmeleri kişisel çıkarları gereğidir.

« Türkiye’de Tıp Eğitimi Sorunları » Hakkında

Dr. Özen ARAT

TOB’un bir önceki sayısında yayınlanmış olan stajyer Dr. Süleyman Kaynak’ın «Türkiye’de Tıp Eğitimi Sorunları» başlıklı yazısı, ülkemizde tıp öğrencilerinin ve genç hekimlerin ulaştıkları bilinçli aşamanın bir göstergesidir. Bir çok hekimin ancak acı deneyimlerden sonra kavradıkları gerçekleri genç hekim adayları bilmekte, giderek bu gerçekleri yetkililere ve çevrelerine duyurmak istemektedirler. Fakat bilimsel gerçeklere kapalı olan çevreler bu sesi duymak istemezler.

TOB’un en önemli işlevlerinden birisi de gençliğin, genç hekim adaylarının ve hekimlerin sesini duyurmak olmuştur. Şimdiye değin olduğu gibi bundan sonra da TOB’un daha ileri bir düzeye ulaşmasında gençliğin önemli katkısı olacaktır.

TOB’un önceki sayısında yer alan söz konusu yazı kuşkusuz sorunu tüm boyutlarıyla ele alan geniş kapsamlı bir yazı değildir. Bu konuda söylenecek, araştırılacak, tartışılacak çok şey vardır. Ancak tıp eğitimi sorunlarının temel gerçeklerine ışık tutması açısından Süleyman Kaynak’ın yazısı övgüye değer bir yazıdır. Öğrencilerin yönetimde söz sahibi olmasını bile çok görenlerin bu yazıyı okuduktan sonra başlarını önlerine eğip uzun uzun düşünmeleri gerekir.

Mutlu Bir İntörnün Notları

İntörn sorunları tartışıldıkça değişik görüşler ortaya çıkıyor. Örneğin, geçenlerde bu konuyla ilgili bir mektup aldık. Bu mektubu yazan intörn arkadaş, sorunlarımız konusunda bizlerden farklı düşünüyor. İntörnlükten ucuz bir emek kaynağı olarak kullanıldığını kabul etmiyor. Görüşlerinin ilginizi çekeceğini umduğumuz için mektubu sizlere de sunmak istedik. Yalnız ricası üzerine imzasını ya yınlamıyoruz.

İntörnlük konusunda Tabib Odaları Bülteninde yazılanları okudum da, şaşım kaldım. Nasıl olur da yararlı bir yıl olan intörnlüğü böyle kötülersiniz? Güzide bir bilim yuvası olan HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ'ne, yurdun dört bir bucağından gelen özel ve genel hastalara hizmet vermek için çırpınan HACETTEPE HASTANESİ'ne o sözleri nasıl söylersiniz? Şahsen ben sizin düşüncelerinize hiç mi hiç katılmıyorum, intörnlüğünden de memnunum. İntörnlükte neler kazandığımızı sizlere bir bir sayayım da görün. İntörnlüğün daha yararlı hale getirilmesi için de ufak tefek bazı önerilerim olacak.

Diyorsunuz ki, «İntörnlük, hem eğitim, hem de hekimlik hizmeti yönleri olan on aylık bir dönemdir. İntörnlüğün eğitim niteliği bir pratisyen hekime gerekli bilgi ve becerileri sağlayacak şekilde geliştirilmelidir. Hekimlik hizmeti de yapmakta olan intörnlere emeklerinin karşılığı verilmelidir. Hekimlik hizmetinin ve tıp eğitiminin kapsamına girmeyen görevler de intörnlükten beklenmemelidir.»

İlkönce şu eğitim konusunu ele alalım. Kardeşim, sizin istediğiniz gibi pratisyen hekime gerekli şeyleri öğrenip de ne olacak? Aramızda pratisyen hekim olmayı düşünen kaç kişi var? Asistana gerekli tıp bilgisi olarak da stajyerlikte öğrendiklerimiz neyimize yetmiyor? Gerisini de asistanlığımızda öğreniriz. Nasıl olsa Hacettepe'ye asistan olanlarımızın hayatı-

nın dörtte üçü bir kaç yıl! Hastanede geçecek. Üstelik öğleden sonra hocalar özel hastalarına gittiklerinden bütün hastane biz asistanlara kalmış olacak.

İntörnlükteki seçmeli çalışma aylarında hastanenin gereklerine göre dağıtım yapıldığını söylüyorsunuz, «kendi istediğimiz yerlerde çalışabilelim» diyorsunuz. Aslında hastanenin çıkarı demek bizim çıkarımız demektir. Ben derim ki, «seçmeli» çalışma aylarının adları değişsin, «zorunlu» çalışma ayları olsun. Bu aylarda hastaneye nerede adam gerekliyse orada çalıştırılalım. Böylece hem hastanede işler daha iyi yürütülmüş olur, hem de daha az asistan alınarak ödenen asistan maaşları azaltılabilir.

Diyorsunuz ki, hocalar özel muayeneler yaptıkları için eğitime vakitleri kalmıyor, Ayıp, ayıp...Bizi yetiştirmek için bu kadar uğraşan hocalarımıza birazcık para kazanmayı da çok mu görüyorsunuz? Onlar ki, her ne kadar birçoğu henüz ders kitabı yazamamışsa da, on yıl önce yazılmış teksirleri, heryıl yeniden basıp yayınlamak gibi bir işten kaçınmamışlar, böylece bize eğitim materyali sağlamışlardır. Onlar ki, öğrenci sayısının artışıyla eğitimin niteliğinin düştüğünü görmüş, bu duruma ne denli üzülüklerini biz öğrencilerine de defalarca anlatarak konuyla yakından ilgilendiklerini ispatlamışlardır. Ben diyorum ki, özel muayene olanaklarını daha da geliştirelim. Örneğin, polikliniklere şöyle birer duyuru asalım: «Ey hasta! Seni burada ya bir intörn ya da bir iki yıllık bir hekim muayene ediyor. Halbuki paran varsa uzmana, doçente, ve hattâ profesöre bile muayene olabilirsiniz. Hastalığın basit bir hastalık olsa bile, hocanın yazdığı reçetede bir keramet vardır. Fazla bilgi için şu şu numaralı telefona başvuru.» Böylece hem gelenlere gerçekleri göstermiş oluruz, hem de polikliniklerin giderek artan yükü biraz hafifler.

Özel muayeneler yüzünden hocaların derslere daha az gelebilmeleri konusunda da bir önerim var. Madem illâ hocanın yüzünü görmek, dersini dinlemek istiyorsunuz, bir saatte özel muayeneden hocanın kazandığı parayı aranızda toplayın, kendinize özel ders verdirtin. Böylece hem hocaların «para kazanma özgürlüğü»ne dokunmamış, hem de kendi «eğitim özgürlüğü»nü kullanmış olursunuz.

Gelelim ikinci iddianıza. Sözde intörnlük hastanede hekimlik hizmeti de yapıyorlarmış, bu yüzden emeklerinin karşılığı

verilmeliymiş, şimdi verilmekte olanlar çok yetersizmiş. Ben bu düşüncelerinize de katılmıyorum. Bugün kendi emeklerimizin karşılığını alamıyorsak bile, ilerde başkalarının emeklerinin karşılıklarını oturduğumuz yerden, ameliyata falan girmeden alabilme şansımız yok mu? Üstelik gazetelere «büyük doktor, hayırsever insan gibilerden reklamımız yapılaraktan. eh, bu olanaklardan da hepimiz değil de, en açık göz bir kaçımız yararlanabilecekmış, ne yapalım? O kadar kusur kadı kızında da olur. Üstüne üstlük, şimdiki intörnlik uygulamasının sizin hiç farkedemediğiniz başka yararları da var.

Örneğin, intörnlere çok sık nöbet tutturulduğunu söylüyorsunuz. Düşünmüyorsunuz ki, böylelikle asistanlık koşullarını görüyoruz, Hacettepe'ye asistan girmek isteyenlerimizden bazıları, bu planlarımızdan vazgeçiyorlar. Böylelikle önlerinde dükkân... afedersiniz, muayenehane açmak gibi pırıl pırıl yollar açılıyor, ömtirlerini bilim bilim diye kitap dolu odalarda geçirmek hevesinden kurtuluyorlar. Ben diyorum ki, seyrek nöbet tutulan yerlerde nöbet gümüşü olsun, zaten gümüşü nöbet olan yerlerde de hep hastanede kalalım, eve gidip gelme derdi de olmaz. Yalnız dış dünyayla ilişki kurabilmemiz için önlemler alınmalı. Örneğin ziyaret saatleri ve odaları olsun, bizim ziyaretçimiz de gelebilsin, dışarıyla telefonlaşmak, mektuplaşmak da serbest olsun.

Yemeklerden de yakınıyorsunuz. Oysa yemeklerin niteliğinin düşük olmasının da yararları var. Bir kere, biraz parası olanlarımız pahalı kafeteryada yemek yiyerek hem toplumsal ilişkilerini geliştirebiliyorlar, hem de Hacettepe Camiasının kazancını arttırmış oluyorlar. Parası olmayıp da ücretsiz yemekhanede yemek yemek zorunda kalanlarımız ise, fakir halkımızın nasıl beslendiğini öğrenmiş oluyorlar ki, bu da az şey değildir.

Size kalırsa intörnlere ayda verilen 598 TL öğrenci harçlığı çok az. Halbuki, aslında bu bile fazla. Çünkü 598 TL yaptığımız işlere karşılık olarak verilmiyor ki, o bize üniversitenin bir «jest»i... Hastanenin ve üniversitenin geliri her yıl artıyor diye bu «jest»in de artması gerektiğini doğrusu kimse savunamaz. Bana kalırsa, biz de bir «jest» yapalım, bu parayı yürekleri bizlerin eğitimi için çarpan hocalarımıza dağıtmak üzere döner sermayeye katalım.

Yine sizin düşüncelerinize göre, intörnlere postalık, sekreterlik filan gibi işler beklenmemeliymiş. Ne kadar yanlış!

Madem ki biz bu hastanenin bir parçasıyız, bu hastanede işlerin iyi gitmesi için uğraşmalıyız. Çalışanlara hak ettikleri ücret veriliyor mu, personel sayısı yeterli mi gibi konular ise bizi hiç mi hiç ilgilendirmez. Onun için ben şöyle bir çözüm öneriyorum : İntörnlükte bir ay «genel hastane hizmetleri» adıyla ayrılınsın. O ay hastaneye hangi personel gerekiyorsa, intörnlük o işte çalışsınlar. Sonuçta hem hastanemizin personel giderleri azalmış olur, hem de hastane hizmetlerinin değişik yönlerini görmüş oluruz, eh, o da bir eğitimidir. Bakarsınız, ara sıra işçilerin neden «bu para bize yetmiyor» dediklerini de öğrenebiliriz böylece.

Az kalsın unuttuyordum, sizin bir de «yedinci yıl öğrenim yasa dışıdır» savınız vardı. Yasada tıp fakültesinin altı yıl olacağı söyleniyormuş da, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin yedi yıl öğrenim yapması yasadışıymış. Aslına bakarsanız, hazırlık sınıfının üniversitenin öteki fakültelerinde olduğu gibi öğrenimin bir yılı olduğu çok açık bir gerçek. Ama ben HÜTF'nin yedi yıl olmasını çok doğal karşılıyorum. Bakın, üniversite giriş sınavlarında herkes HÜTF'yi istiyor. Bunca talibi olan bir fakülte de kendini biraz nazı çekmesin mi yani? Altı yıl yüksek öğrenim yapabilecek parayı bulabilen gençler bile öyle çok ki, yedinci yıl da okuma koşulu olsun, sayıları biraz azalsın. Ben derim ki, hazır yolu açılmışken fakültemizi sekiz, dokuz, hattâ gerekirse on yıl yapalım. Nasıl olsa kitaba uydurması da kolay, Dönem I'ın, Dönem II'nin adını değiştirir, Hazırlık II, Hazırlık III deriz, kimse de karşı çıkamaz. Böylece ancak en sağlam, kaya gibi (üstelik zengin) gençlerin girebilmeleri sağlanır fakülteye.

Hem siz üniversiteye girerken kaydolduğunuz fakültenin kaç yıl olduğunu bilmiyor muydunuz? On sekiz yaşında koca adam kendi hakkını hukukunu düşünmeden üniversiteye kaydoluyorsa, onun hakkını sonradan üniversite mi arasın yani?

Bütün bunlar yetmiyormuş gibi, kalkmış daha nelerle uğraşıyorsunuz. Okulu bitirip asistan olursak yok altı yıllık mezun olarak mı aylık alacakmışız, yedi yıllık mezun olarak mı... Böyle gündelik maddi çıkarlarla uğraşmak sizin gibi kendini ülkesine, halkına adanmış genç hekimlere yakışır mı hiç? Böyle bugünkü üç beş kuruşun peşinde koşacağımıza, okuduğunuz fakültenin size hayat boyu kazandıracaklarını düşünün bir. «Hacettepe'yi bitirmiş bir hekim» olarak ömür boyu öteki hekimlerden daha çok ve daha kolay para kazanabileceğiniz hiç aklınıza gelmiyor mu? Bu gerekçelerle ben diyo-

rum ki, hepimiz toplanalım, bir dilekçe yazıp altını imzala-
yalım, «Ben hayatımın bir yılını bu hastaneye gönlümün ri-
zasıyla verdim» diye.

Özet olarak diyebilirim ki, benim görüşüme göre Hacette-
pe'nin yararları bizim yararlarımızdır. Hepimizin umudu, bu
hastaneden karın doyurmak değil mi? O halde kendi çıkarla-
rımız için hastanenin çıkarlarını savunalım ve hep birlikte
haykıralım :

**İNTÖRNLER İÇİN İNTÖRNLÜK DEĞİL, HASTANE İÇİN
İNTÖRNLÜK !**

İşte benim intörlük sorunları üzerine sizlere söyleyecekle-
rim aşağı yukarı bunlardan ibarettir.

H.C.F.

**Eşit İşe Eşit Ücret
Verilmelidir.**

Eğitim Üretim İçindir.

Zorunlu Hizmet Önerisinin Ardındaki Gerçekler

Son günlerde Sağlık Bakanı sık sık demeçler vererek hal-
kımızın istek ve özlemlerine yanıt vermeye çalışmaktadır. Bu
demeçler Sağlık Bakanı'nun temsil ettiği partinin ve siyasal
görüşün tarihsel süreç içinde bir çok ülkede uyguladığı yön-
temlerin bir bölümüdür. Örneğin, yıllardan beri ilerici, yurt-
sever hekimlerin, sağlık personelinin, onların örgütlerinin ve
diğer demokratik örgütlerin savundukları Sağlık Hizmetleri-
nin Sosyalleştirilmesi Programının, halkın sağlık sorunlarını
çözümleyebilecek tek yol olduğunu belirten Sağlık Bakanı tüm
ülkede 1979 sonuna değin sosyalleştirmenin yaygınlaştırılaca-
ğını açıklamıştır.

Sağlık Bakanı buna benzer başka sağlık önlemleri de öner-
mektedir. Hangi güçleri temsil ettikleri artık geniş halk kesim-
lerince bilinen ikinci MC iktidarı gibi bir iktidarın bunları na-
sıl yapacağı, daha doğrusu gerçekleştirmesinin olanaksız ol-
duğu konusu ayrı bir tartışma konusudur. Bugün hekimleri-
mizi ilgilendiren güncel bir konu Sağlık Bakanı'nın zorunlu
hizmet konusunda verdiği demeçtir.

Sağlık Bakanı 20.8.1977 tarihinde verdiği demeçle, hekim-
lere uzmanlığa başlamadan önce zorunlu hizmet uygulanaca-
ğını, bunun bir yönetmelik değişikliğiyle yürürlüğe girmesi-
nin düşünüldüğünü belirtmiştir. MC böyle bir uygulamayı
yürürlüğe sokabilir. Üstelik, yasal yol yerine yönetmelik de-
ğişikliği düşünüldüğünden uygulama kolaylıkla başlatılabil-
ir. Çünkü böylece siyasal iktidar halkımızın hiçbir özlemini
yerine getiremezken, hekimlere zorunlu hizmet uygulamakla
halka sağlık hizmeti sağlar görünerek hekimlerin sırtından
parsa toplayabilecektir. Böyle bir uygulama, egemen güçlerin
temsilcisi MC iktidarının, bunalımlarının tüm yükünü halkı-
mıza yüklemek politikasının başka bir yönüdür.

Yeterli sağlık örgütlenmesi, araç, gereç, finansman sağlanmadan, sağlık hizmeti bir ekip çalışması olarak gerçekleştirilmeden, eşit ve yaygın sağlık hizmeti sağlamanın tüm gerekleri yerine getirilmeden, soyut olarak hekimi sağlık hizmeti sağlamak üzere göndermeyi düşünmek çağdaş sağlık ilkeleriyle ve halkımızla alay etmektir. Tüm ülkede yaygın, eşit ve yeterli sağlık hizmeti sağlamanın gerekli koşulları, sağlık sorunlarının doğru çözüm yolları Tabip Odaları, diğer demokratik örgütlerce bir çok kez belirtilmiştir. İlerici, yurtsever hekimler halkımıza hizmet vermekten kaçmazlar. Bu gerçeği bir çok olayla, bir çok kez kanıtlamışlardır. Ancak hekimlerimiz, MC'nin ve MHP'li bakanın politikasına da alet olma-yacaklar, buna karşı en kararlı savaşımları vereceklerdir.

Sağlık Bakanı'nın zorunlu hizmet konusundaki demecinin ardında nelerin yattığı hekimlerimizce merak konusudur. Zorunlu hizmet acaba hangi hekimlere uygulanacaktır? Şu anda yeni hekimlerimizden, SSB bünyesinde daha elverişli, daha önemli yörelere tayin için istenen belgeler (MHP'nin yan kuruluşlarına kayıt belgeleri) acaba zorunlu hizmet uygulaması için de geçerli olacak mıdır? Acaba öngörülen bu uygulama, MC'nin baskı, kıyım ve sürgün politikasının hekimlere yönelik bölümü müdür?

Hekimlerimiz bu soruların yanıtlarını bilmektedirler. Bu nedenle, tüm ilerici, yurtsever, demokrat üyeleriyle birlikte Ankara Tabip Odası Anayasa'nın temel ilkeleriyle çelişkiye düşen zorunlu hizmet uygulamasına karşı çıkacak, bu konuda en kararlı savaşımları verecektir.

**Sağlık Personeline
Grevli Toplu Sözleşmeli
Sendikal Hak
verilmelidir.**

Akut Barsak Enfeksiyonu (!) Ölüm Saçıyor

Her geçen gün yurdun dört bir bucağından akut barsak enfeksiyonu (!)'ndan ölen yurttaşların haberleri geliyor... Hastane klinikleri koridorlarına kadar dolup taşıyor. Yetkililer, «hastalığın kolera olmadığını ve gerekli tedbirlerin alındığını» söylüyorlar. Plansız, programsız, yolsuz, kanalizasyonsuz ülkeye «tedbir» diye yuturulmaya çalışan bir iki göstermelik işlemin yararlı olabileceğine kim inanır, bilmiyoruz..

T.T.B. Merkez Konseyi konuyla ilgili şu basın bültenlerini yayınlamıştır :

BULAŞICI HASTALIKLAR KONUSUNDA BASIN BÜLTENİ

Ülkemizdeki bozuk kentleşme nedeniyle çevre koşulları, bulaşıcı hastalıklara çok açık bir ortam yaratmaktadır. İstanbul, Bakırköy ilçesinde görülen tifo salgını, bulaşıcı hastalık tehlikesinin ne ölçüde içinde yaşadığımızı gösteren yeni bir örnektir. Bu salgın da, ne iltir, ne de son olacaktır. Kanalizasyon sorunu çözülmemiş, içme suyu sağlık koşullarına uygun sağlanmamış yerlerde her zaman beklenebilecek bu tür salgınlar, ancak toplu hastalık yaptığı zaman dik-kati çekmektedir. Bulaşıcı sarılık, tifo, paratifo, gastro-enterritle seyreden çeşitli mikroplu hastalıklar bir tür «mevsim hastalığı» sayılacak sıklığa ulaşmıştır. Oysa, bunlar, mevsim hastalığı değil, «kötü çevre koşulları hastalıkları»dır.

Bu hastalıkların asıl sorumluları, hastalık yapan etkenlerin besinlere ve içme suyuna geçmesini önleyemeyenler, bu durumun sürüp gitmesine yol açan bozuk düzeni sürdürenlerdir. Bulaşıcı hastalıklardan tek başına sağlık örgütünü sorumlu tutmak da yanlıştır. Sağlık örgütü, ancak, çevre koşulları iyileştirildiği ölçüde başarılı olabilir.

Ancak, bulaşıcı hastalıklar konusunda halk yeterince uyarılmamaktadır. Resmî makamlar, bulaşıcı hastalıklarda

aydınlatici açıklamalar yapmalıdır. Alınacak önlemler olarak, 1 — Klorlanmış şehir suyu, içmek, ya da içme suyunu kaynatmak, 2 — Çiğ yenen sebze ve meyveleri bol suyla yıkamak, bu besinleri mümkün olduğu kadar haşlayarak yemek, 3 — Hastalık başlangıcında gecikmeden hekime, gerekirse hastaneye başvurmak, 4 — Toplu hastalanmalarda resmi sağlık makamlarına hemen haber vermek, 5 — İshal, terleme gibi su kayıplarında eksilen suyu ve tuzu tamamlamak, önem taşımaktadır.

Kuşkusuz, temel çözüm, sağlıklı bir kentleşmeyi amaç bilerek çevre koşullarını düzeltmek olacaktır.

BULAŞICI HASTALIKLAR KONUSUNDA BASIN BÜLTENİ (II)

Son haftalarda yurdumuzda büyük kentlerin sağlık ve diğer sosyal koşulları yetersiz bölgelerinde bulaşıcı bağırsak hastalıklarına yakalanan ve bunun sonucu hayatlarını yitiren vatandaşlarımızın sayısı alışlagelenin çok üzerine varmıştır. TTB Merkez Konseyi'nin 11/8/1977 tarihli basın bülteninde konuya dikkatleri çekmesine rağmen salgının giderek genişlediği görülmektedir. Salgın artık günlük gazete haberlerinde geniş bir şekilde yer almakta ve resmi makamlarca yetersiz olarak yapılan açıklamalar kamu oyunda giderek bir panik reaksiyonu doğrultusunda gelişmektedir. Bu haberlere ve resmi açıklamalara göre, kısa bir süre içinde yüze yaklaşan sayıda vatandaşımız henüz kesin tanısı konulamamış ve bu nedenle «akut bağırsak enfeksiyonu» diye isimlendirilen bu hastalık sonucu kaybedilmiştir.

İlkin belirtmek gerekir ki, bu hastalık tablolarındaki nedenin (yada nedenlerin) bulunamaması veya bilindiği halde kamu oyuna açıklanmaması söz konusu hastalıkların yayılmasını kolaylaştırıcı ve tedavisini güçleştirici bir tavidir. Kesin tanısı konulamayan veya politik nedenlerle açıklanmayan bulaşıcı hastalıklarla savaşım, gerekli tedavi ve koruyucu önlemlerin alınmasını engellediği için çok daha zordur. Ayrıca kesin adı konamamış salgın bir hastalıktan ölümlerin uyandıracığı yanlış yorumlar ve panik reaksiyonları bilinen bir hastalığınkine oranla çok daha fazladır.

Diğer yandan ileri sürüldüğü gibi, «Akut bağırsak enfeksiyonu» diye belirlenen tek bir hastalık yoktur. Bu ifade ile tifo, paratifo, kolera ve dizanteri etkenlerinin ve diğer bazı mikropların yol açtığı bir grup sindirim sistemi hastalığının, ye-

rinde olmayarak kastedildiği anlaşılmaktadır. Çünkü, sindirim sistemiyle bulaşan ve gerekli önlemler alınmazsa öldürücü olan bu hastalıkların birbirinden ayrılması belli klinik belirtilerine ve laboratuvar incelemelerinin sonuçlarına göre yapılabilmektedir. Bu bakımdan, akut bağırsak enfeksiyonu ifadesinde ısrar etmek, ya bilgi eksikliğinden veya bilinen bir tanıyı gizlemek için bir kavram yaratmaktan başka bir şey değildir. Olayı bilemeyeğe bağlamak, yani Ankara ve İstanbul gibi büyük kentlerimizin sağlık olanakları içinde bulaşıcı bir sistem enfeksiyonunun yayılmasına ve giderek ölümlere yol açmasına rağmen tanısının konulamadığını ileri sürmek, en azından Türk Tıbbının düzeyini küçültücü bir değerlendirmedir. Fakat biz, TTB Merkez Konseyi olarak, Türk Tıbbının adı geçen hastalıkların kesin tanısını koyabilecek bilgi ve gereç donanımı içinde olduğu kanısındayız. Bu kanımızı İstanbul'un çeşitli sağlık kuruluşlarından edindiğimiz bilgiler doğrulamaktadır :

1977 ağustos ayının başından 24üne kadar İstanbul Sağlık Müdürlüğü'ne laboratuvar bulgularıyla doğrulanmış 92 tifo ihbarı yapılmıştır. Ayrıca bizim incelemelerimize göre, ilimizdeki bazı yataklı sağlık kuruluşlarında klinik bakımdan tifo uyan ve o yönde tedavisine başlanmış, fakat laboratuvar bulguları çıkmadığı için kesin tanısı bildirilmeyen yüzden fazla hasta yatmaktadır. Ayrıca bu kuruluşların bazılarında tifonun laboratuvar tanısında kullanılan araçların eksikliğinden sıkıntı çekildiği öğrenilmiştir. Oysa İstanbul'da 1977 yılının ilk 7 ayında toplam 40 ve 1976 yılının tüm süresi içinde 73 tifo vakası saptanmıştır, ve bütün ağustos ayı boyunca 1975'te 7, 1976'da ise 3 tifo ihbarı yapılmıştır. Bu gözlemler İstanbul'da ara sıra (endemik olarak) raslanan tifo hastalığının şu anda bir salgın haline (epidemiye) dönüşmekte olduğunu göstermektedir. Bu duruma göre hekimlerimizin, hastalığın tanısını koymakta her hangi bir eksikleri söz konusu değildir ve ilgililerce kullanılan «Akut bağırsak enfeksiyonu» ifadesi gizleyici bir nitelik kazanmaktadır. Nitekim 26/8/1977 günkü basın toplantısında, daha önce akut bağırsak enfeksiyonu deyimini kullanan sayın SSY Bakanı da İstanbul tifo salgını olduğunu açıklamak zorunda kalmıştır. Böylece yetersiz bir ifadenin kullanılmasına devamda, diğer kent ve kasabalarımızda bulaşıcı bağırsak enfeksiyonuna yakalanıp ölen yurttaşlarımızın kesin tanısının gizlenmek istendiği kanısı uyanmaktadır.

Diğer yandan, İstanbul'da bulaşıcı hastalıklarla özellikle savaşmak üzere kurulmuş bulunan SSYB'na bağlı 100 yataklı Tropikal Hastalıklar Hastanesinde yalnızca bir tek uzman hekim (aynı zamanda baş hekim) mevcuttur. Şu anda yatmakta olan 85 hastanın teşhis ve tedavisinde sınırlı sayıda yardımcı sağlık personeli ile birlikte bu tek hekim, üstün bir görev anlayışı ve yoğun bir çaba içinde çalışmaktadır. Kuruluş laboratuvar hizmetlerinde yardım için bir tek mikrobiolog bir gün önce atanmıştır. Diğer yandan, tek hekimin gece nöbet tutması söz konusu olmadığından hastanenin gece nöbeti hizmetleri gereğinde Bakırköy Akıl ve Sinir Hastalıkları Hastanesindeki nöbetçi asistanlar tarafından karşılanmaktadır. Bu durum SSYB ilgililerinin olaylara ne derece hazırlıklı olduğunu ve verdikleri önemi göstermektedir.

Bu salgınlar nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlığı etkileyen çevre koşullarının önemi somut olarak ortaya çıkmaktadır. Benzer hastalıklara genellikle, ekonomik olanakları sınırlı ve çevre sağlık koşulları bozuk, kötü yerleşme bölgelerinde yaşayan işçi ve emekçiler arasında rastlanmaktadır. Başka bir deyişle, büyük kentlerin içme ve temizlik suyu, kanalizasyon, çöp, konut, ısınma, beslenme ve eğitim olanakları çok bozuk ve yetersiz gecekondü semtlerinde bu gibi hastalıklar çok daha sık görülmektedir. Bu nedenle İstanbul'daki salgının Bakırköy'e bağlı Kocasinan Cumhuriyet mahallesinden başlayıp hızla yayılması doğaldır. Tıpkı 1970 yılı kolera salgınında olduğu gibi, bu son salgınla birlikte ilgililer bir takım önlemler almış ve alacaklardır. Fakat yeni yeni salgınları önlemek ve halkımızın sağlıklı bir yaşam sürmesi için köklü değişiklikler şarttır. Bunları kısaca : tıpta koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren bir sosyalizasyon uygulaması ile birlikte sağlık durumunu belirleyen sosyo-ekonomik alt yapının düzeltilmesi şeklinde özetleyebiliriz.

TÜRK TABİBLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ ADINA

Doç. Dr. Esat Eşkazan

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Geziler Düzenliyor

TABİP ODALARINA

Merkez Konseyi; üyelerimizin çeşitli konulardaki inceleme isteklerini ve dinlenme gereksinmelerini birtakım gezi programlarıyla karşılamak kararındadır.

Bu geziler turistik bir amacın yanında çeşitli konuların incelenmesini de programlayacaktır. Böyle sistemli bir çalışmanın yapılabilmesi için de Türk Tabipler Birliği olarak gidilecek ülkelerdeki hekim kuruluşları ve yetkili makamlarla önceden ilişki kurulması gereklidir.

Odalarımızın üyeleri arasındaki istekleri alması ve bu istekleri Merkez Konseyine iletmesi uygundur.

Bu amaçla :

- 1 — Üyelerin genellikle hangi dış ülkelere ve hangi iç bölgelere gitmek istedikleri,
- 2 — Nereleri ve neleri görmek istedikleri,
- 3 — Genellikle nasıl bir sürenin düşünüldüğü, (bir hafta, iki hafta bir ay gibi)
- 4 — Hangi tarihlerin geziler için uygun görüldüğü.

Konuları, gerekirse bir anket çalışmasıyla saptanmalı ve bilgi alınmalıdır.

Şimdiden düşünülen geziler arasında «Sosyalist Ülkeler Gezisi» «Balkan Ülkeleri Gezisi», «Avrupa Gezisi» ön görülmektedir.

Katılacaklar sayısının önceden bilinmesi daha uygun programların yapılmasını sağlayacaktır.

Bilginizi rica eder, başarılar diler saygılarımızı sunarız.

SAYIN OKUYUCULARIMIZ

**TOB'a Abone Olunuz
Abone Bulunuz**

SAYIN ABONELERİMİZ

Lütfen Aboneliğınızı Yenileyiniz

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.