

ANKARA
VE
İZMİR

TOB

TABİP ODALARI BÜLTENİ

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



1. Morocçan nıner. (Photo WHO/LO)

EYLÜL - EKİM 1977/SAYI : 24-25/YIL : 2/FİYATI : 10 LİRA

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

İÇİNDEKİLER

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

- 1 — TOB nöbeti TOPLUM ve HEKİM'e devrediyor
- 2 — Ankara Tabip Odasının son zamlar, «Akut Bağırsak Enfeksiyonu» ile ilgili basın açıklamaları,
- 3 — Ankara Tabip Odası Hastane Toplantıları Düzenledi,
- 4 — İşçi Sağlığı, İnsan Hakları Beyannamesi ve Anayasanın Bu Konuyla İlgili Hükümleri. Ankara Tabip Odası İşçi Sağlığı Bürosu
- 5 — İşçi Sağlığı ve Güvenliğinde Tanım ve İlkeler A.T.O. İ.S.B.
- 6 — 10. Yüzyılda Avrupada İşçi Sağlığı A.T.O. İ.S.B.
- 7 — Ergonomi ve İnsan Faktörleri Mühendisliği A.T.A. İ.S.B.
- 8 — Meslek Hastalıkları A.T.O. İ.S.B.
- 9 — İş Kazaları A.T.O. İ.S.B.
- 10 — İşyeri Dışında İşçi ve Ailesinin Sağlık Sorunları A.T.O. İ.S.B.
- 11 — İşyeri Çevre ve Çalışma Koşulları A.T.O. İ.S.B.
- 12 — SSCB'de Geçmişte İşçi Sağlığı A.T.O. İ.S.B.
- 13 — Gecekondular ve Kolera Sanayileşme ile Alay mı Ediyorlar? Dr. Süleyman KAYNAK
- 14 — Tıp Öğrencilerinde Uzmanlaşma Eğilimi Stj. Dr. Nejat AKAR, Stj. Dr. Mustafa YÜKSEL, Stj. Dr. Süleyman KAYNAK
- 15 — Yeni Tıp Fakülteleri Neler Getiriyor? Dr. Nejat AKAR
- 16 — Yine İlaç Sorunu TOB

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)
Yayınlanan yazılardaki görüş ve
düşünceler yazarlarına aittir. Oda-
larımızı ve TOB'u bağlamaz.

İlan Tarifesi :

Kapakla 1500 TL.

İç tam sayfa 1000 TL.

İç yarım sayfa 750 TL.

TOB OKURLARINA,

Önce ATOB, sonra TOB olarak iki yılı aşan bir süredir sizlerle beraberdik. Kasım 1977'de nöbeti bırakıyoruz. Türk Tabipleri Birliği 26. Olağan Genel Kurulunun aldığı karar gereği yayın organlarının merkezileştirilmesi gerçekleşmiştir. Kasım 1977 den sonra TOB, yerini merkez yayın kurulunun çıkaracağı Toplum ve Hekim'e bırakacaktır. TOB abonelerine Toplum ve Hekim ulaştırılmaya çalışılacaktır.

Bugüne kadarki yaşam boyunca bize ilgi duyan, eleştiri ve önerilerini ulaştıran arkadaşlarımıza teşekkürü borç biliriz. Bundan sonra Toplum ve Hekim içinde birarada olacağız.

.....

TOB

— ooo —

HEKİM ARKADAŞLARA VE TIP ÖĞRENCİLERİNE DUYURU

Doçent Dr. Gürler İliçin, Dr. Servet Arıoğul ve Doçent Dr. Aydın Karamehmetoğlu tarafından yazılan ADRENERJİK RESEPTÖRLER VE ETKİLİ İLAÇLARIN KLİNİK KULLANIMI adlı kitaptan elimizde vardır. İsteyen arkadaşların Ankara Tabip Odası, Hanımeli Sok. 16/2 adresine 50 TL. posta havalesi ile göndermeleri veya 96482 nolu posta çeki hesabına 50 TL. yatırımları yeterlidir.

TOPLUM VE HEKİM ÇIKARKEN,

Bu sayısıyla TOB, yerini TOPLUM VE HEKİM'e bırakıyor. Adını çok aşarak, bir bültenden bir dergiye dönüşerek işlev yapan TOB, artık kendini de aşıyor. Bundan böyle, Ankara ve İzmir Tabip Odaları dergisi, Türk Tabipleri Birliği'nin 29 Tabip Odasının dergisi olarak işlevini sürdürecektir. Daha genişleyerek, daha yaygınlaşarak, daha etkinleşerek.

Türk Tabipleri Birliği Büyük Kongresinde alınan, yayınların merkezileştirilmesi kararına uygun olarak Birliğimizin iki yayın organı yaşama geçiyor. Ama, iki yayın organımız da, bugünden başlamıyor. TOPLUM VE HEKİM, insan sağlığına, insanın sağlık hakkına, çağdaş sağlık ilkelerine sosyal bilimin ışığında bakışımızı getirecek. Sosyal araştırmalar, bilimsel çalışmalar, grup incelemeleri yoluyla, ülkemiz özelinde insanın sağlığını, durumunu, haklarını anlamaya çalışacağız. Aylık dergimiz olarak yayın yapacak. HEKİMİN SESİ, gene aylık çıkacak, gazetemiz olacak. Güncel konuları, toplumumuzun çeşitli konularıyla ilgili sesimizi yükseltmek. Olaylara bakışımızı, yorumlarımızı, kararlarımızı, eylemlerimizi kitlemize ve kamuoyuna ileticek. İstanbul Tabip Odası'na çıkarılan SESİNİZ de artık kendini aşıyor, HEKİMİN SESİ olarak 29 Tabip Odasının gazetesi olarak işlevini sürdürüyor.

TOPLUM VE HEKİM dergisi, TOB abonelerine gelecek. Dergi aboneleri gazetemizi de öncelikle alacaklar. Belirli bir abone sayısı, yayınların yaşamı için çok önemli. Abone kampanyasını genişleterek sürdüreceğiz.

Genişleyelim, büyüyelim, etkin olalım. Başarı hepimizin olacak.

Türk Tabipleri Birliği Merkez
Konseyi Adına
Başkan
Dr. Erdal Atabek

Ankara Tabip Odası «Akut Bağırsak Enfeksiyonu» ile ilgili bir basın bildirisi vermiştir

Metin aşağıdadır

Son üç ay içinde ülkemizde «Akut Bağırsak Enfeksiyonu» adı verilen, yaygın ve bulaşıcı bir hastalık, hemen her yerde görülmüş ve basında geniş tartışmalara neden olmuştur. Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu bu konuda, aşağıda belirtilen gerçeklerin basına ve kamuoyuna açıklanmasını halkın sağlığı açısından zorunlu görmektedir.

1. Akut Barsak Enfeksiyonu diye bir hastalık yoktur ve olamaz. Böyle bir isim hekimlikte bir grup hastalığa verilmektedir. Bu hastalık grubu içine şu hastalıklar girmektedir :

- Tifo,
- Paratifo,
- Basilli ve amipli dizanteriler,
- Kolera,

Tüm sağlık kuruluşları «Akut Bağırsak Enfeksiyonu» olduğundan kuşku duyulan her durumda, gerekli laboratuvar incelemeleri yaparak yukarıda belirtilen hastalıklardan hangisi ile karşı karşıya bulunduğunu saptamak durumundadırlar. Bu laboratuvar incelemeleri yapılmakta ve hastalığın ne olduğuna ilişkin kesin tanı ortaya konmaktadır. Sonuçlar, sorumlu sağlık yöneticilerine sunulmaktadır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilileri, eğer hastalık tifo, paratifo ya da dizanteri ise açıklamakta, yayınlamaktadırlar. Ancak hastalık bunlardan biri değilse, adı gizlenmekte ve akut bağırsak enfeksiyonu gibi, ne olduğu belirsiz bir ad verilmektedir. Kesin olarak belirtmek isteriz ki, böyle bir hastalık adı olamaz.

2. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1971 yılından beri, böyle bir hastalık adı kullanarak Türk Hekimlerini ve Türk Tıbbını küçük düşürmektedir. Türk hekimleri bu belirsiz hastalığın ne olduğunu kesin olarak ortaya koyacak bilgi düzeyine yıllarca önce gelmişlerdir. Gene Türk hekimleri, yıllardan beri bu hastalığa kesin tanıyı koy-

muş ve sorumlulara bildirmişlerdir. Ancak sorumlular, bu hastalığın adını açıklamaktan kaçınmışlardır.

3. Ankara Tabip Odası, toplanan bilgilerin ışığında, bu hastalığın koleradan başka bir hastalık olamayacağını kesin olarak açıklar. Hastalığa ve yaygınlığına ilişkin tüm bilgiler sorumluların eli altındadır. Ankara Tabip Odası, bulaşıcı hastalıkların ihbar edilip kaydının tutulduğu bir yer değildir. Dolayısı ile, hastalığın kolera olduğuna ilişkin belgeleri ve kesin kanıtları, Ankara Tabip Odası'ndan istemek yanlıştır, yanlıştır. Altı çizilerek yeniden belirtmek gerekir ki, edinilen bilgilere göre bu hastalığın koleradan başka bir hastalık olması tıbben olanaksızdır. Kesin açıklamayı yapmak ise sorumluların görevidir. Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu, sorumluları bu açıklamayı yapmağa çağırır.

4. Ankara Tabip Odası, hastalığın adı çevresinde oluşturulan tartışmaların, çok önemli bazı gerçekleri arka plana ittiğini açıklamayı da bir görev sayar. En az hastalığın adının konması kadar önemli olan bu gerçekler şöyle sıralanabilir.

4.1. Kolera ya da diğer bağırsak enfeksiyonları ancak, su, kanalizasyon ve besin sağlığı bozuk olan yerlerde salgın yaparlar. Altyapı adı altında toplanan bu hizmetler, ANCAK HÜKÜMETLER DÜZEYİNDE ele alınınca çözümlenebilir. Türk hekimleri bu gerçeği, kolera ile ilgili olarak, ta 1965 yılında, zamanın başbakanına resmen bildirmişlerdir. O zamandan bu yana, temel sağlık yatırımlarının yapılmasında kaçırılan fırsatların sorumluları siyasi iktidarlardır. Olayı hekimler ve sağlık personelinin, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının olanakları içindeymiş gibi sınırlamak gerçek suçluyu saklamak demektir. Bu önemli sağlık sorununun gerçek suçlusu SİYASİ İKTİDARLARdır.

4.2. 1970 yılında kolera, İstanbul - Sağmalcılarda salgın yapmıştır. Bu salgından kaynaklanan kolera vakaları, Kars ili dahil, ülkenin her yanında saptanmıştır. İçme ve kullanma sularının % 70 den çoğunda koli basili bulunan diğer bir anlatıyla, içme ve kullanma sularının % 70 den çoğuna hela ya da kanalizasyon muhteviyatı karışan bir ülkede, Türkiye'de, El-Tor kolerasını onlarca yıl içinde temizlemek bile olanak dışıdır, tıp bilimi açısından imkânsızdır.

4.3. Gene hekim kuruluşları 1971 ve izleyen yıllarda, Suudi Arabistan'daki kolera salgınları nedeniyle, haccın engel-

lenmesi için siyasi iktidarları uyarmışlardır. Ancak iktidarlar bu uyarıya gereken önemi vermemişlerdir. Bu umursamazlığın sonucu, yalnız 1975 yılında Mekke'de, 231 Türk vatandaşı koleradan ölmüştür.

4.4. Hastalık en çok şehir merkezlerinde görülmektedir. Siyasi iktidarlar hem belediye gelirleri yasanın ivedi olarak çıkması için gereken girişimleri yapmamışlar, hem de özellikle büyük kent belediyelerine parasal yardımları durdurmuşlardır. Oysa kentlerin çevre sağlığına ilişkin hizmetlerini yürütmek görevi yasalarla belediyelere verilmiştir. Siyasi iktidarların böylece kendi, doğrultularında oy kullanmayan halkı cezalandırdıkları görüşü yaygındır. Bu bölücü ve cepheleştirici görüş hem çağ dışıdır, hem de siyasi iktidarlar böylece her türlü bağırsak enfeksiyonları ve bu arada koleranın da kolayca salgın yapacağı ortamı, bizzat kendileri oluşturmuşlardır. Sonra da hastalık salgın yapınca, olayı yalnız sağlık - hastalık kavramları içinde gösterip hekimleri, sağlık personelinin ve giderek Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın sorunu durumuna indirgemeye çalışmaktadırlar. Kolera, halk sağlığını tehdit eden tüm diğer sorunlar gibi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın boyunu çoktan aşmıştır. Sorun ancak hükümetler düzeyinde ele alındığında çözümlenebilir. Eğer sorun ele alınmıyorsa gerçek sorumlu siyasi iktidarlardır. Ankara Tabip Odası, gerçek sorumluyu ortaya koymakla, görevlerinden birini yapmaktadır.

4.5. Hac konusunu da siyasi iktidarlar yıllardan beri sömüregelmışlerdir. Suudi Arabistanda koleranın salgın olduğu 1970 yılından beri bilinmekte, Dünya Sağlık Örgütü'nce açıklanmaktadır. Siyasi iktidarlar Mekke'deki salgın koleranın inançlı vatandaşlarımız için sakıncalarını 6 yıl sonra, mı farketmektedirler?.. Bu 6 yıl süresince hekim kuruluşları uyarı görevlerini yapagelmışlerdir. Ancak nasıl oluyorsa bu uyarılar, ülkenin ilaç hammaddesi almak için 30 milyonluk döviz bulamayacak kadar döviz sıkıntısına düştüğü bir sırada etkin olmaktadır. Ankara Tabip Odası olarak dindar vatandaşlarımızın hac görevini yerine getirmek istemelerini saygıyla karşılıyoruz. Şu noktayı da belirtmeği bir görev sayıyoruz ki, ülkemiz, vatandaşlarımız ve hacı adayı insanlarımızın sağlıkları açısından, haccin engellenmesi vazgeçilmez bir zorunluktur. Ancak M.C. cilerin hacı engelleme girişimlerinin arkasında döviz sıkıntısı gerçeğinin yattığını da belirtmek istiyoruz. Va-

tanın, halkın ve hacı adayı yurttaşlarımızın sağlığı MC cileri ilgilendirseydi, hacı yıllardan beri engellemeleri gerekirdi.

5. Sonuç olarak şu noktaları kamuoyuna yeniden sunmayı bir görev biliyoruz :

5.1. Akut Bağırsak Enfeksiyonu diye bir hastalık olamaz. Tıp bilimi açısından bu ad altında anlatılan hastalık koleradan başka bir hastalık da olamaz. Sorumlular gerçekleri halka açıklamalıdır.

5.2. Kolerayla savaşın temelinde su, kanalizasyon ve besin sağlığı konularında alınacak önlemler vardır. Bu konularda etkin savaşım, hükümetler düzeyinde yapılabilecek işlere bağlıdır. Sağlık kuruluşlarını ve sağlık personelinin hedef alan yayınlar yanıltıcıdır. Koleranın sorumlusu siyasi iktidarlardır. SUÇLU SİYASİ İKTİDARLAR'dır. Basın ve TRT gerçek suçlu kamuoyuna duyurma görevini yerine getirmelidir.

5.3. Kitle haberleşme araçları kolerayla nasıl savaşılacağını, koleradan nasıl korunulacağını, siyasi iktidarların neleri yapmaları için sıkıştırılmaları gerektiğini halka sürekli açıklamalıdır.

5.4. Hükümet koleranın varlığını açıklamalı ve sorumluluğuna sahip çıkmalıdır. Sorun «Akut Bağırsak Enfeksiyonu» gibi gayri ciddi adlarla savuşturulamıyacak kadar ciddi- dir.

5.5. Hacca gidiş kesin olarak engellenmelidir. Böylece binlerce kolera mihrakına bir o kadar yenisinin eklenmesine de engel olunmalıdır. Hac dönüşü kolera vibriyonunu getirecek onbinlerce portörün ülke ekonomisine zararı, koleranın resmen açıklanması durumunda ortaya çıkabilecek zarardan asla az olmayacağı gerçeği akıldan çıkarılmamalıdır.

Ankara Tabip Odası gerçekleri böylece kamuoyuna sunmakla görevlerinden birini yerine getirdiği kanısındadır. Ankara Tabip Odası ayrıca, hiç bir politik ya da ekonomik gerekçenin, gerçekleri halka açıklamaya engel olamayacağına ilişkin inancını da belirtmeği, ayrıca görev sayar.

Basına Açıklama

Ankara Tabip Odası son zamlarla ilgili olarak basına şu açıklamayı vermiştir

İkinci MC'nin ekonomik bunalımın tüm yükünü dar gelirli emekçi halkımıza yükleme politikasının bir gereği olarak temel maddelere uyguladığı zamlar, tüm malların fiyatlarına yansımış ve özellikle yiyecek fiyatlarında büyük artışlar olmuştur. Son zamlardan beri temel yiyecek fiyatlarındaki artışlar yüzde 10 ile 300 arasında değişmektedir. Asgari ücretin net 43 TL olduğu günümüzde, ortalama bir ailenin yalnızca yiyecek gereksinmesini karşılamak için değişik uzmanlara göre en az 75-170 TL. ya gerek vardır.

Görüldüğü gibi, halkımızın büyük bir kesimi son zamlardan sonra açlığa terk edilmiştir. Yalnızca besin gereksinmesini bile karşılayamayacak düzeyde olan ücretlerin yetersizliği ortadayken MC yetkilileri zamların bir zorunluluk olduğunu belirtmekle yetinmektedirler. Oysa beslenme ile birlikte temel gereksinmelerden olan barınma, ısınma, aydınlanma, giyim, taşıt, sağlık, eğitim harcamaları, sağlıklı ve insanca bir yaşam için zorunludur.

Yüksek fiyat artışlarına karşı ilk aşamada ve ivedi olarak asgari ücret en az 5000 TL ya çıkarılmalı ve asgari ücretten vergi alınmamalıdır. Katsayı yeniden düzenlenmelidir. Fiyat artışlarına orantılı olarak ücretlerde artış sağlayan değişen bir sistem getirilmelidir.

**ANKARA TABİP ODASI
YÖNETİM KURULU**

ANKARA TABİP ODASI HASTANE TOPLANTILARI DÜZENLEDİ

Eylül ayı içerisinde çeşitli hastanelerde düzenlenen toplantılarımıza üyelerimiz büyük ilgi gösterdi. Eylül başında kurulan özlük hakları komisyonu tarafından düzenlenen rapor üyelere okundu iş yerlerindeki arkadaşlarla özel sorunları üzerinde çok geniş ve yararlı tartışmalar yapıldı. Tartışmalarda ülkemizin GENEL SAĞLIK SORUNLARI ve günümüzde hekimlerin içinde bulunduğu güçlüklerin neler olduğu ve bu sorunların hangi kademelerdeki girişimlerin sonunda çözümleneceği dile getirildi.

Toplantılar sonucunda

1 — Parlamento düzeyinde yapılacak çalışmalar şu konuları içeriyordu.

- a) Tam gün çalışma yasasının en kısa zamanda yasalaştırılması,
- b) Emekli Sandığı Yasasının üyeleri lehine yeniden düzenlenmesi,
- c) İş güvenliği yasasının çıkarılması,
- d) Sendikâ hakları için savaşımların verilmesi,
- e) 6023 sayılı Tabipler Birliği yasasının değiştirilmesi,
- f) Sağlık personelinin adil bir atama ve terfi sistemine kavuşturulması,
- g) Sağlık personeline yıpranma zammı yasasının uygulanması.

2) Bakanlar kurulu düzeyinde yapılması istenen çalışmalar ise;

- a) Nöbet hizmetlerinin fazla çalışma sayılması,
- b) Özellikle devlet hastanelerinden ihtisas verenlerin hepsinin geçici bir önlem olmak üzere full - time uygulaması içerisine alınması,

1) Sosyalize bölgelerdeki hekim ve dişhekimlerine ödenen mahrumiyet tazminatı arasındaki adaletsizliğin giderilmesi.

3 — Bakanlıklar düzeyinde yapılması istenen çalışmalar;

a) Kadro tıkanıklığının giderilmesi ve zamanında terfilerin yapılması,

b) Diş hekimleri kadrolarının ülke gereksinimine göre genişletilip doldurulması ve diş kalfalarıyla savaşım.

c) Diş malzemelerinin bakanlıkça ithali ve satışı

d) Mezuniyet sonrası eğitimin yeniden düzenlenmesi,

e) Sağlık personelinin çağdaş anlamda her düzeyde yönetime katılması.

4 — Baş hekimlik ve Fakülte dekanlıkları düzeyinde yapılması istenenler;

a) Polikliniklerde bakılan hasta sayısının en çok 30 hasta ile sınırlandırılması ve daha yararlı bir hizmetin halka verilmesi,

b) Nöbet sonrası personele görev verilmemesi ve izinli olmaları hakkındaki yönetmelik maddesinin uygulanması,

c) Eğitimin öğrenciler ve asistanlar için gerçek anlamda yeniden gözden geçirilip düzenlenmesi, olanakların artırılması.

d) Döner sermayeden herkese hakkı olanın verilmesi ayrıcalıklı ve haksız ödemelere karşı çıkılması,

e) İş yasası gereğince işyerlerinde sağlığa uygun kreş ve emzirme odalarının açılması hükümlerinin işveren durumunda olan başhekim ve dekanlarca uygulanması mevcutların düzeltilmesi,

İçeriklerini saydığımız yukarıdaki maddelerin çok detaylı açıklamasını ayrıca bütün üyelerimize ve çeşitli yetkili kurum ve kuruluşlara gönderip örgüt olarak girişimlerimizi şimdiden başlatmış bulunuyoruz. Her yeni gelişmeden bütün üyelerimizi haberdar edeceğiz. Üyelerimizin ilgi ve dayanışmalarına teşekkür eder yeni önerilerini bekleriz.

— o o o —

İşçi Sağlığı, İnsan Hakları Beyannamesi ve Anayasanın bu konu ile ilgili hükümleri

Dr. Semiha BÂKİLER*
ATO İşçi Sağlığı Bürosu
Üyesi

İnsan toplumları başından beri doğaya ve kendi içine yönelik olmak üzere birbirine sıkı sıkıya bağlı köklü bir mücadeleden gelmektedirler. Doğaya egemen olma sürecinde sosyal sınıflar ortaya çıkmış, tarihi yapan, toplumları bir yerden başka bir ileri düzeye çekip götüren bu sınıf mücadelesi olmuştur. Sınıflı toplumların oluşması ile birlikte başlayıp gelen sınıf mücadelesi sonucunda; sömürülen baskı ve zulüm altında tutulan sınıflar, emekçi kitleler, kanlı mücadeleler sonunda haklarına ve özgürlüklerine kavuşabilmişlerdir. Köleler efendilerine, selfler, senyörler ve feodal beylere karşı, daha sonralarda ise işçi ve emekçi sınıflar burjuvaziye karşı çetin mücadeleler vermişlerdir.

Bu mücadelelerden üretim araçlarının mülkiyetine, iktidara, devlete egemen olarak çıkan sınıfların damgasını taşımakla beraber hukuksal üst yapı söz konusu mücadeleler sonunda ortaya çıkmış bir tür «sözleşme» niteliğinde olmuştur. Ne varki egemen sınıflar her zaman kendi damgalarını taşıyan hukuku çiğnemedi geri durmamışlardır. Egemen sınıfların, emperyalist devletlerin tek tek ülkelerin anayasalarını, uluslararası yasaları ihlâl ettikleri sık sık görülen olaylardandır.

İnsan hak ve özgürlüklerinin kazanılması yolunda önemli bir adım olan 1789 Fransız Burjuva Demokratik Devriminin doğurduğu sonuçları bu açıdan değerlendirmek gerekmektedir. 1789 devrimi sonunda ilan edilen «İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirisi» iktidarı, devleti işçi ve emekçi kitlelere dayanarak ele geçiren burjuvazinin kitlelerle arasında doğan bir «Söz-

leşme» nin ifadesidir. Söz konusu bildirge kuşkusuz burjuvazinin damgasını taşımaktadır, bireycidir.

1789 Fransız Burjuva Devrimi geniş kitlelere feodal boyunduruktan kurtulma olanağı verdi. Kitleler vatandaşlık ve siyasal haklarına kavuştular. Ne varki insanlara tanınan hak ve özgürlükler, maddi dayanaklardan yoksun, işçi ve emekçi büyük halk kitleleri için kullanma olanakları son derece imkânsız olan sözde hak ve özgürlükler olarak kâğıt üzerinde kaldı. Söz konusu hak ve özgürlükler fiilen ancak egemen sınıflar tarafından kullanılabilen hak ve özgürlükler olarak kaldı. İşçi sınıfı ve emekçi kitleler fiilen kullanılmayan hak ve özgürlükleri, özellikle çalışma hayatı ile ilgili hakları için yoğun mücadelelere giriştiler. Burjuva devrimlerinin gerçekleştiği ülkelerde burjuvazi ile işçi emekçi kitleler arasındaki «sözleşme» lerin işçi ve emekçilerin aleyhine geçersizliği ortaya çıktı. Sınıf mücadelesi işçi sınıfının itici gücü altında gelişti. Burjuva demokratik devrimlerinin gerçekleşmediği ülkelerde insan hak ve özgürlüklerini içeren sosyal ve siyasal mücadeleler sürüyordu.

Kapitalizmin tek tek ülkelerdeki rekabetçi dönemi yerini tekelleşmeye bıraktı. 1900'lara doğru tekelleşme ulusal olmaktan çıktı, uluslararası niteliğe ulaştı. Kapitalizm emperyalist aşamaya vardı.

Burjuvazi tek tek ülkelerde de, uluslararası düzeyde de tutuculaştı, gericileşti. Sömürge, yarı sömürge ülkelerin yer altı, yer üstü zenginliklerine el attı. Geri ülkeleri pazar haline getirdi. Ülkelerin iç işlerine, toprak bütünlüklerine, ulusların, halkların, insanların hak ve özgürlüklerine karıştı. Emperyalist aşamada kapitalizm burjuvazinin uğrunda mücadele verdiği değerlere sırt çevirdi. Burjuvazi hem ülkesinde ve hem de dünyada kitlelerle birlikte gerçekleştirdiği hukukunu çiğnemeye yöneldi. Güya kitlelere eşitlik, kardeşlik, barış getirecekti. Bu güzel ve insancıl hedeflere ulaşmak artık bizzat işçi, emekçi kitlelere, sömürülen baskı ve zulüm altında olan geniş yığınlara düşüyordu.

Emperyalistler arası, dünya pazarlarını, yer altı, yer üstü doğa kaynaklarını bölüşme mücadelesi 1. paylaşım savaşı (I. Dünya Savaşı) olarak ortaya çıktı. İnsan hakları eşitlik, hak, hukuk gibi milyonlarca insanın uğrunda can verdiği yüce değerler çiğnendi. Emperyalist savaşta milyonlarca insan can verdi, milyonlarcası işsiz güçsüz kaldı. Dünya emperyalist sis-

teminin çıkmazı içinden, işçi emekçi kitlelerin köklü bir mücadelesi sonucu 1917 de dünyada ilk defa işçi sınıfı ve emekçi kitlelerin sosyalist devleti doğdu. İnsan hakları ve özgürlükleri mücadelesi sosyal ve ulusal mücadelelerin içinde yer alan hedefleri olarak dünya emperyalist sistemine karşı Sovyetler tarafından savunuldu. II. Emperyalist paylaşım savaşı (2. Dünya Savaşı) mazlum ulusların, halkları dize getirme, insan hak ve özgürlüklerini yeniden çiğnemek yolunda atılan bir adımdır. Bu savaş başlar başlamaz, mazlum hakları, uluslararası işçi sınıfını savunan ve bizzat varlığı büyük bir değer taşıyan Sovyetler Birliğine de yönelmede gecikmedi. İnsan hakları, özgürlükleri yolunda sürdürülen mücadele, sosyal ve ulusal mücadeleler ve Sovyetler; bu emperyalist savaşta milyonlarca ölüye, her yönüyle bir ekonomik ve sosyal çöküntüye rağmen güçlenerek çıktılar. Üstelik sosyalizm tek bir ülkenin alanından çıkıp, doğu Avrupayı da içine aldı. Sosyalist dünya sistemi doğmuş oldu. İşte bu II. Emperyalist Savaş sonrasında doğan şartlar; zamanında insan hakları için mücadele vermiş fakat sonra bu mirasına karşı çıkan, gericileşen burjuvaziyi, emperyalizmi bir ölçüde hizaya getirdi. ABD'nin başında bulunduğu dünya emperyalist sistemi, gerici burjuvazi, bir yandan soğuk savaş metodlarıyla dünya sosyalist sistemine, ulusal ve sosyal kurtuluş hareketlerine, insan hak ve özgürlüklerinin korunması ve geliştirilmesi mücadelesine cephe açarken diğer yandan insan haklarının, ekonomik, sosyal güvenliğin uluslararası bir sorun olarak ele alınması yolunda girişimlerde bulunmak zorunluğunu duymuştur.

Dünya İnsan Haklarından yana güçlerin etkisi altında 1944 de Fladelfiya'da toplanan uluslararası çalışma konferansında işçi ve emekçilerin haklarına karşı, genel olarak insan hak ve özgürlüklerine karşı bir takım iyi niyet maddeleri sıralanmıştır.

1. bölümdeki maddeler şöyledir :

1 — Emek bir metâ değeridir.

2 — Söz ve dernek kurma özgürlüğü devamlı bir ilerlemenin vaz geçilmez şartıdır.

3 — Her nerede olursa olsun fakirlik insanların refahı için bir tehlike teşkil eder.

4 — İhtiyaca karşı mücadele, her millet tarafından yorulmak bilmez bir azimle ve müşterek refahı sağlamak üzere işçi ve işveren temsilcilerinin hükümet temsilcileriyle eşit şart-

lar içinde iştirakleriyle yapacakları serbest tartışmalara ve verecekleri demokratik kararlara hakim olacak devamlı ve müşterek bir milletlerarası gayretle yürüteceklerdir.

II. Bölümde :

Barışın ancak sosyal adalet üzerine oturtulabileceğini belirten ilkeleri içerir.

III. Bölümde :

Bir program özelliği taşımaktadır. Bu programın muhtelif ülkelerde uygulanması için yardım etmek üzere uluslararası çalışma teşkilâtı görevlendirilmektedir. Bu programa göre;

- 1 — Tam çalıştırma ve yaşama seviyelerinin yükseltilmesi
- 2 — İşçilerin maharetlerini ve bilgilerini tamamen gösterebilecekleri, zevk duyacakları işlerde çalıştırılması ve müşterek refaha en iyi bir şekilde hizmet etmesi,
- 3 — Bu hedefe varılması için mesleki eğitimin ve muhaceretin kolaylaştırılması,
- 4 — Ücret, çalışma süresi ve diğer çalışma konularında kaydedilen ilerlemelerden herkes için adil bir şekilde faydalanmak imkânı ve bir işte çalışmada böylece korunmaya muhtaç olan herkes için minimum bir geçim ücreti,
- 5 — Toplu sözleşme hakkının fiilen tanınması, üretimin düzenlenmesinin devamlı bir surette islahı için işverenlerle işçinin birbirine yardım etmeleri sosyal ve ekonomik politikanın tesbiti ve uygulanması için işçilerle işverenlerin işbirliği yapmaları,
- 6 — Korunmaya muhtaç herkese asgari bir gelir sağlamak üzere sosyal güvenlik tedbirleriyle tıbbi bakımın genişletilmesi,
- 7 — Bütün işlerde işçilerin sağlıklarının tam olarak korunması,
- 8 — Çocuğun ve analığın korunması,
- 9 — Uygun bir gıda, mesken, iyi vakit geçirme ve kültür vasıtalarının sağlanması,
- 10 — Eğitim ve mesleki sahada eşit esasların garanti edilmesi.

Daha sonra 26.Haziran.1945 de toplanan Birleşmiş Milletler; tekrar insan haklarına ve temel özgürlüklerine inanç, saygı ve bağlılığı, uluslararası barış ve huzurun başlıca

şartları arasında değerlendirdi. Böylece ilk defa uluslararası hukuk alanına çıkan insan hakları ve temel özgürlükleri evrensel bir değer bulmuş oldu. Bu temel özgürlükler ve hakların neler olduğu 13.Aralık.1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulunun kabul ettiği «İnsan Hakları Evrensel Beyanname»nde açıklandı. Bu belgenin bağlayıcılığı, uygulanabilirliği büyük ölçüde olmasa da büyük burjuva devriminin şimdi burjuvazi tarafından karşı çıkılan değerlerini uluslararası kapitalizme dayatılması bakımından büyük önem taşımaktadır. Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda yer alan Sosyalist Sistem varlığını, ilkelerini ilk defa dünya emperyalist sistemine dayatma olanağını bulabilmiştir. Bu çerçevede içinde insan hakları ve özgürlükleriyle ilgili bu beyanname büyük bir önem taşımaktadır. Bu beyanname ile mazlum halkları, uluslar ve halkların emekçi kitleleri, uluslararası işçi sınıfı, burjuvazinin damgasını taşıyan bir takım hak ve özgürlüklerini bu gün gericileşen burjuvaziye ve emperyalizme karşı savunmuşlar ve uluslararası bir hukuk belgesi haline getirmişlerdir. Uluslararası bu belgenin yeni ulusal devletler kuran burjuva toplumların anayasalarına da yansıtılma olanağı artmıştır. Söz konusu «Beyanname» klasik özgürlükler yanında her toplumun koşullarına uygun sosyal, ekonomik, kültürel haklar da vaatmektedir. Bu hakların uluslararası değerli bir belge olmaktan çıkıp hayata geçirilmesi için, gerçekten insan hak ve özgürlüklerinden yana mücadele veren dünya sosyalist, devrimci, demokrat güçlerinin mücadelesi gelişerek sürdürülmektedir.

İnsan Hakları Beyannamesinin çalışma hayatı ve sosyal güvenlik ile ilgili maddelerini şöyle sıralayabiliriz :

Madde 23 :

- 1 — Her şahsın çalışmaya, işini serbestçe seçmeye, adil ve elverişli çalışma şartlarına ve işsizlikten korunmaya hakkı vardır,
- 2 — Herkesin hiçbir fark gözetilmeksizin eşit çalışma karşılığında eşit ücrete hakkı vardır,
- 3 — Çalışan her kimsenin kendisine ve ailesine insanlık haysiyetine uygun bir yaşayış sağlayan ve gerekirse her türlü sosyal koruma vasıtalarıyla tamamlanan adil ve elverişli bir ücrete hakkı vardır,
- 4 — Herkesin menfaatlerinin korunması için sendikalar kurmağa ve bunlara katılmaya hakkı vardır.

Madde 25 :

1 — Her şahsın gerek kendisi, gerekse ailesi için yiyecek, mesken, tıbbi yardım ve gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlık ve refahını temin edecek bir yaşama seviyesine ve işsizlik, hastalık sakatlık, dul-luk, yaşlılık hallerinde veya geçim imkânlarından iradesi dışında mahrumiyet yaratacak diğer bütün durumlarda sosyal güvenliğe hakkı vardır,

2 — Analık ve çocuk özel bakım ve yardım görmek hakkına sahiptir. Bütün çocuklar her türlü sosyal yardımdan yararlanma hakkına sahiptirler.

Türkiye dışı bağımlı geri kapitalist bir toplumdur. Toplumun yönetici sınıfı burjuvazidir. Toplum üst yapısı ve bu arada hukuk da burjuvazinin damgasını taşımaktadır. Anayasamız bütün budanmışlığına karşın yaşanan fiili düzenin ilerisinde bulunmaktadır. İnsan Hakları ve Özgürlükleri ile ilgili değerler, Anayasa da yer almaktadır. «Türkiye Cumhuriyeti»nin niteliklerini belirlerken Anayasa'nın 2. Maddesi devletin diğer nitelikleri yanında insan haklarına dayalı olduğunu söyler. «İnsan Hakları» terimi en geniş bir ifadeyle; bütün insanlara, insan oluşlarından dolayı tanınması gereken hak ve özgürlüklerin bütünüdür.

1961 Anayasasının «İnsan Hakları ve Özgürlükleri» kapsamı içinde kalan daha ziyade çalışma hayatı ile ilgili maddelerini şöylece sıralamak olanaklı;

I — Çalışma ile ilgili hükümler :

1 — Çalışma hakkı ve ödevi

Madde 42;

Çalışma herkesin hakkı ve ödevidir. Devlet çalışanların insanca yaşaması ve çalışma hayatının kararlılık içinde de gelişmesi için sosyal, iktisadi ve mali tedbirlerle çalışanları korur ve çalışmayı destekler; işsizliği önleyici tedbirler alır.

Angarya yasaktır.

Memleket ihtiyaçlarının zorunlu kıldığı alanlarda vatandaşlık ödevi niteliği alan beden veya fikir çalışmalarının şekil ve şartları, demokratik esaslara uygun olarak kanun düzenlenir.

2 — Çalışma şartları

Madde 43 :

Kimse yaşama gücüne ve cinsiyetine uygun olmayan bir işte çalıştırılmaz.

Çocuklar, gençler ve kadınlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunur.

3 — Dinlenme hakkı

Madde 44 :

Her çalışan dinlenme hakkına sahiptir. Ücretli hafta ve bayram tatili ve ücretli yıllık izin hakkı kanunla düzenlenir.

4 — Ücrette adalet sağlanması

Madde 45 :

Devlet çalışanların yaptıkları işe uygun ve insanlık haysiyetine yaraşır bir yaşayış seviyesi sağlamalarına elverişli adaletli bir ücret elde etmeleri için gerekli tedbirleri alır.

5 — Sendika kurma hakkı

Madde 46 :

İşçiler ve işverenler, önceden izin almaksızın, sendikalar ve sendika birlikleri kurma bunlara serbestçe üye olma ve üyelikten ayrılma hakkına sahiptir. Bu hakların kullanılmasında uygulanacak şekil ve usuller kanunda gösterilir. Kanun, devletin ülkesi ve milletiyle bütünlüğünün, milli güvenliği, kamu düzeninin ve genel ahlakın korunması maksadıyla sınırlar koyabilir.

Sendikalar ve sendika birliklerinin tüzükleri, yönetim ve işleyişleri demokratik esaslara aykırı olmaz.

6 — Toplu sözleşme ve grev hakkı

Madde 47 :

İşçiler işverenlerle olan münasebetlerinde, iktisadi ve sosyal durumlarını korumak veya düzeltmek amacıyla toplu sözleşme ve grev haklarına sahiptirler.

Grev hakkının kullanılması ve istisnaları ve işverenlerin hakları kanunla düzenlenir.

II — Sosyal Güvenlik

Madde 48 :

Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı

sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilâtı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindedir.

III — Sağlık Hakkı

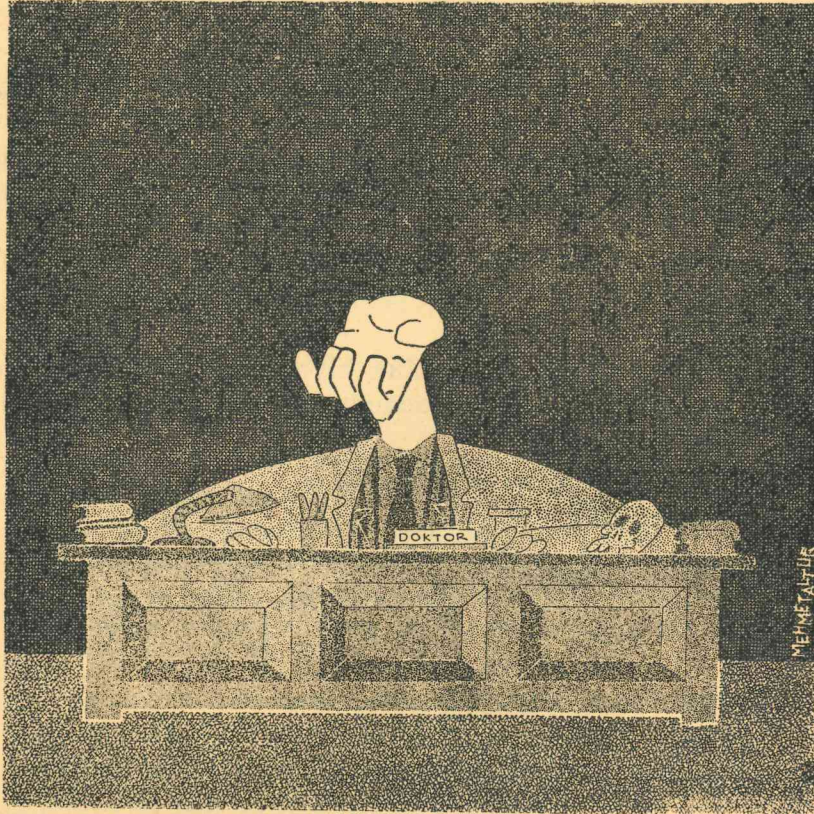
Madde 49 :

Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesine ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir.

Devlet, yoksul ve dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirler alır.

Referanslar :

1. TALAS Cahit, Sosyal Politika, A. Ü. Hukuk Fak. Yayınları, Ank, (1967)
2. Düstur, III. Tertip, C. 26. Sa. 1383 RG 24 Ağustos (1945) Sa. 6092
3. T.C. Anayasası, Başbakanlık yayınları (1961)



İşçi Sağlığı ve Güvenliğinde Tanım ve İlkeler

Dr. Semiha BAKİLER
ATO İşçi Sağlığı
Bürosu Üyesi

Genel Sağlık politikasını saptarken, sağlık sorunlarının toplumun geniş kesimlerinin çoğunluğunu oluşturan emekçi sınıfların yararına çözümü için sağlık hizmetleri ve örgütlenmesinin toplumsal bir yaklaşımla ele alınması gerekir. Böyle bir örgütlenme için gerekli koşul, toplumun tüm bireylerinin sağlığının toplumsal bir sorumluluk olarak değerlendirilmesidir. Bugün tıp, sosyo - ekonomik sorunları bilimsel konular halinde ele almak ve tıpla entegre ederek toplum yararına kullanma çabası içindedir. Çalışanların fizik ve mental sağlıklarını etkileyen faktörlerin yanında sosyo - ekonomik sorunları da göz önünde tutmak gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) geniş kapsamlı sağlık tanımlaması bugünkü hekimlerin çalışma alanını genişletmeye zorlamaktadır.

WHO; «Sağlık yalnız hastalık ya da sakatlık olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik durumudur.» tanımını yaptıktan sonra, bu ana ilkenin ışığı altında çağdaş sağlık hizmeti için şu ilkeleri ortaya koymuştur :

1. İnsan yaşamı hastalık ve sağlık dönemleri diye ayrılmayacak bir bütündür. Sağlık hizmeti yalnız hastalara değil, hasta ya da sağlam herkese sağlanmalıdır. Sağlık hizmetinin amacı toplumun tüm bireylerini hastalıklardan korumak, sağlıklarını sürdürmek ve geliştirmek, bilimin verdiği en üst düzeye yükseltmek, hasta olanları iyileştirmek ve gerekli yardımları sağlamaktır.

2. İnsan ve çevresi birbirinden ayrılamaz. Kişi çevresiyle (fizik, biyolojik, sosyal) birlikte değerlendirilmelidir.

3. Tıp yalnız biyolojik değil, aynı zamanda toplumsal bir bilimdir. Çünkü amacı toplumsaldır.

4. Sağlıklı bir yaşam ve sağlık hizmetlerinden yararlanmak doğuştan kazanılmış bir haktır. Sağlık hizmeti bir kamu görevi olarak ele alınmalı ve herkese ücretsiz sağlanmalıdır.

5. Bir toplumun en önemli hastalıkları en sık görülen, en çok öldüren ve sakat bırakan hastalıklarıdır.

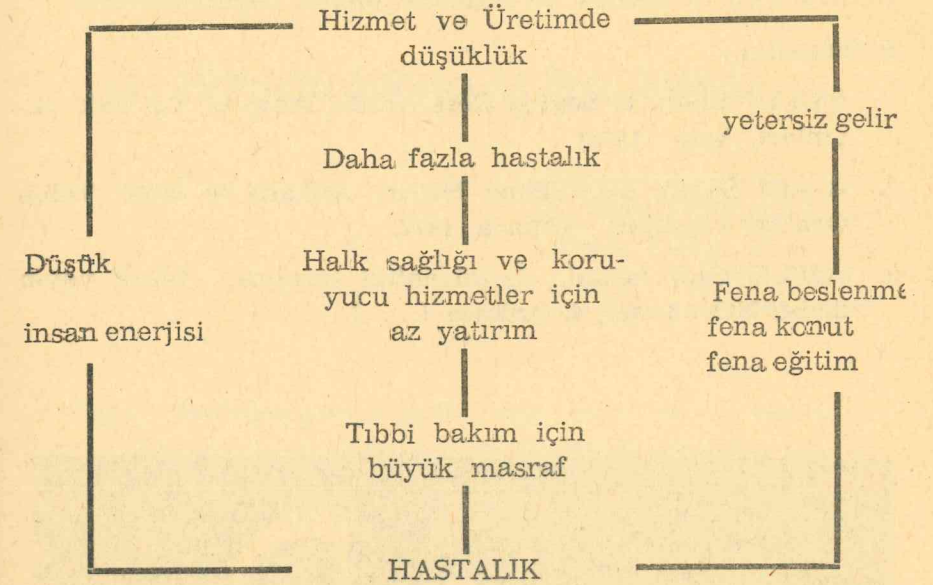
6. Bir kişinin ya da toplumun sağlık düzeyini belirleyen etkenleri oluşturan temel öge, sosyal ve ekonomik koşulları, sosyo - ekonomik yapısıdır.

İş sağlığı, toplumun sağlık sorunlarını sosyo - ekonomik sorunlarıyla birlikte ele alıp bir bütün olarak değerlendirir. WHO, UCO, karma komisyonu 1967 yılında iş sağlığını şu şekilde tanımlamıştır:

«İş sağlığı, çalışma hayatında bulunan bütün insanların fiziksel, ruhsal, moral ve sosyal tam iyilik hallerinin takviyesine ve en yüksek düzeylerde sürdürülmesini, iş koşulları ve kullanılan zararlı maddeler sebebi ile çalışanların sağlığına gelebilecek zararların önlenmesini, ayrıca işçinin fizyolojik ve psikolojik özelliklerine uygun yerlere yerleştirilmesini, işin insana ve insanın işe uyumunu esas amaçlar olarak ele alan bir tıp dalıdır.»

Bu tanıma göre iş sağlığı, işçinin yalnız çalışma koşullarına bağlı sorunlarıyla ilgilenmez, aynı zamanda işçinin tüm sağlığını göz önünde bulundurur. Böyle bir çalışma ise işçinin sağlığını ve mutluluğunu yüksek seviyeye erişmesini ve işyerinde verimin yükselmesini sağlar. Çünkü sağlık ve mutluluk sosyal ve ekonomik gelişmenin unsurlarından biridir. Bu ilişkiyi, hastalıkların ekonomik zincirini incelemekle anlayabiliriz. (WHO/OCC.Health/29, 28 June 1963)

Hastalıkların Ekonomik Zinciri



İş sağlığının verilen tanımlamasına uygun çalışma yapan örgütler hastalıkların ekonomik zincirini arzu edilen yönde etkilemek suretiyle kısır döngünün durdurulmasını sağlayacaktır. Bu sonuç işçi - işveren ve tüm ülkeye büyük ölçüde fayda sağlayacaktır.

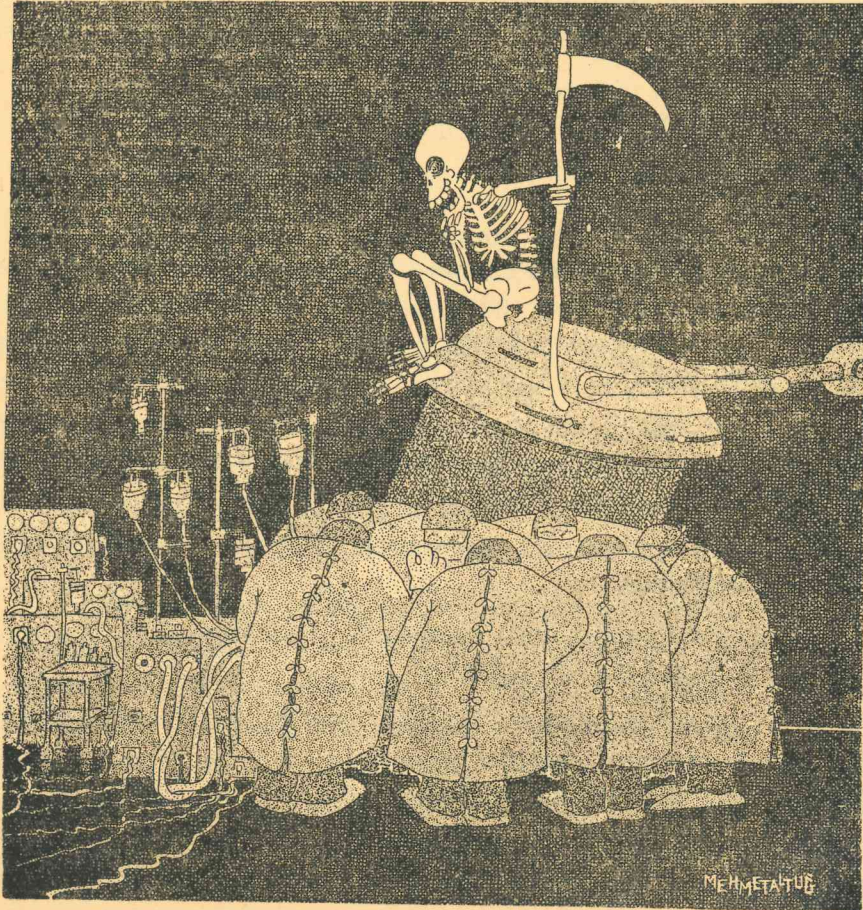
İş sağlığında genel sağlık ilkelerinin aynen uygulanmasının yanında, iş sağlığı ve güvenliği açısından şu noktaların da göz önünde tutulması gerekir:

1. İş ve işçi uyumu sağlanması (Fiziksel ve ruhsal yönden bağdaştırma)
2. Sağlık tehlikelerini saptamak, ölçümler yapmak (İş hijyeni, iş fizyolojisi çalışmaları)
3. Sağlık tehlikelerini kontrol için tedbirler uygulanmalı (Zararlı maddeyi değiştirme, kapalı çalışma, havalandırma, kişisel koruyucu sağlamak vb.)
4. İş kazalarına karşı belirli makina koruyucuları kullanılmak. (Düşme, çarpma yanma, patlama gibi sakıncaları önlemek için uygun tedbirler almak.)
5. Çalışma hayatında görev alan kişileri eğitmek,

6. Alman bütün tedbirlere rağmen meydana gelebilecek iş kazalarını incelemek ve istatistik olarak değerlendirmek.

Referanslar :

1. ERKAN Cahit, İş Sağlığı Ders Kitabı, Ank. Ü, Tıp Fak. yayınları, Ank. (1972)
2. «Genel Sağlık Sigortasına Hayır» Ankara ve İzmir Tabip Odaları yayınları, Ankara, 1977.
3. TOPUZOĞLU İsmail, «İş güvenliği sorunu», Teksif yayın dizisi, NO : 5, shf. 4, Ankara (.....)



19. Yüzyılda Avrupa'da İşçi Sağlığı

Dr. Ümit ÖZYURDA
Ankara Tabip Odası
İşçi Sağlığı Bürosu Üyesi

«İngiliz Proletaryasının tarihi, son asrın ikinci yarısında buhar makinasının ve pamuklu makinasının icadıyla başlar. Bilindiği gibi, bu icatlar sanayi devrimine tüm sivil toplumu değiştiren bir devrime yol açmıştır.» (1).

Çalışanların üretim araçlarından soyutlanması, bilim ve teknolojideki gelişmeler, sömürgelerden elde edilen kaynaklar büyük fabrikaların doğmasına yol açtı. Dolayısıyla köyden kente göç ve kentlerdeki büyük nüfus artışının nedeni oldu. 19. yy. da sanayi devriminin getirdiği bu değişimlere Avrupa ülkelerinde kabaca bakacak olursak şöyle bir tabloyla karşılaşmaktayız :

İNGİLTERE'DE

Sanayi devrimi ile birlikte 19 yy. ilk 20 yılında İngiltere'de : Manchester'in nüfusu 94.000 den 160.000 ne, Lancashire'in 672.000 den 1.052.000 ne çıktı (2)

Sanayileşmenin toplum sağlığına olumsuz etkisi oldu. Hızlı kentleşme konut ve çevre sorunları yarattı. Öyle ki, konutlar ve çevre dayanılamayacak kadar kötüydü.

«1840'da St. John ve St. Margaret bölgelerinde 5294 «konut»da (tabii onlara öyle bir isim takmak doğru ise) 5366 işçi ailesi yaşıyordu. Yaş ve cinsiyet ayrımı olmadan tam 26.830 kişi. Bu ailelerin 3/4 nüfusu sadece tek bir odası vardı. (13)

«Evlerin 4/5 ünde su yoktu. Kirli duvarlarında böcekler kaynaşıyor, kokudan durulamıyordu.» (2)

Konutların ışık ve havalandırmaları da yok denecek gibiydi.

«Nottingham'da 11.000 ev vardı. Bunların 7-8 bin kadarını arka arkaya inşaa edilmiş olduğundan havalandırılmaları olanaksızdı ve bir tek hela bir kaç ev tarafından kullanılıyordu (1).

1696'da konan pencere vergisi ışık ve havalandırmayı sağlayacak pencerelerin konmasını engelleyen nedenlerden biriydi. Ancak 1851'de kaldırılabilirdi.

Kanalizasyon yoktu. İhtiyaç sözde büyük lağım çukurları ile gideriliyordu.

«19. asır başlarında insan pisliği evlerin yanında kümeniyor ve gübre olarak çiftçilere satılıyordu.» (2) Yollar çok dar ve yetersizdi. Pis kokulardan durulamıyordu.

«Birmingham'ın eski bölgelerinde çoğunlukla pis, bakımsız olan sokaklar pislik yığınları ve durgun kirli sularla doluydu.» (1)

Tabii ki bu şartlarda, salgın hastalıklar halk arasında kol geziyordu. Nitekim Londra'da 1832, 1849, 1845'de büyük kole-
ra salgınları oldu. Bu salgınlardan ölümlerde yüksek oran-
da idi.

«Glaskov'da 1843 senesinde nüfusun % 12 si hastalandı. Hasta 32.000 kişinin % 32 si öldü.» (1)

Su ihtiyacı sayıları yetersiz genel çeşmelerden büyük zahmetlerle karşılanıyordu. Kokulu ve garip renkli bu sular ancak içme ihtiyacını karşılayabiliyordu. Su tüketimi artınca lağım çukurları yetersiz hale geldi.

«Doğal olarak bu etkiler işçi sınıfının beden yapısını zayıflatır. İşçilerin yalnızca bir kaçı güçlü ve sağlıklı insanlardı. Bu yüzden genç yaşta ihtiyarlarlar ve erken ölümler.

Bu konuda ölüm istatistikleri tartışılmaz birer kanıttır.

Başkâtip Graham'ın raporuna göre tüm İngiltere'de ve Wales'te yıllık ölüm oranı % 022,5 den biraz daha azdır. Yani her yıl 45 kişiden biri ölmektedir.

Yine Dr. P. H. Holland, Manchester'in bir banliyösü olan Corlton - on - Medlock'ı incelemiştir. Evleri sokakları üç sınıfa ayırmış ölüm oranlarındaki çeşitlilikleri aşağıdaki gibi göstermiştir :

Birinci sınıf sokaklar, evler ...	1. sınıf öl. sa.	(1/51)	% 020
»	»	(1/45)	% 022
»	»	(1/36)	% 027
İkinci »	»	(1/55)	% 019
»	»	(1/38)	% 029
»	»	(1/35)	% 028
Üçüncü »	»	(Eksik)	
»	»	(1/35)	% 028
»	»	(1/25)	% 040 (1)

Bütün bu sefalet burjuvazi tarafından nüfus artışına bağlanıyordu. 1798'de İngiliz rahibi Thomas. R. Malthus, «Nüfus artışı prensipleri üzerine» adlı kitabında yoksulluğun nedenini halkın hızla üremesine bağlıyordu. Güya nüfus geometrik, üretim aritmetik dizi halinde artıyor, dolayısıyla yoksulluktan yoksullar sorumlu tutuluyor, kapitalistler temize çıkıyordu (3)

Çalışma koşulları da yaşam koşullarından farklı değildi. Yaygın olarak kadın ve çocuk işçiler çalıştırılıyordu. 1563'de çıkarılan çıraklık kanununa göre çırak, ustanın evinde yaşamak, ücretsiz hizmetçi ve öğrenci olmak durumunda idi. Buna karşılık karnı doyurulur, yatılacak yer verilirdi. Çıraklık gerçekte ucuz işçi bulmak için uydurulmuş bir kurnazlıktı. 1844'lere kadar sürdü. Ancak bu tarihe kadar çocuk ticareti yapıldı. Kimsesiz çocuklar fabrikatörlere satıldı. Hiç bir yasal garantisi olmayan kadın ve çocuk işçiler günde 18 saat kadar uzun bir süre çalışıyorlardı.

«1802'de kabul edilen bir kanunla çocukların günde en çok 12 saat çalışmaları, gece çalışmamaları, fabrika duvarlarının yılda iki kere yıkanması, odaların havalandırılması zorunlu kılındı. Kanun kâğıt üzerinde kalmaya mahkûmdu.» (2)

Tüm işçilerin günlük çalışma sürelerini 10 saate indirmek için 1830 ile 1847 arasında uzun ve zorlu mücadeleler oldu. İş kazaları ve meslek hastalıkları çok yaygındı. Gelişen teknoloji, hızlı ve tehlikeli makinelerin doğmasına sebep oldu.

«28 Eylül 1844'de Durham, Haswell, Colliery'de olan patlamada (grizu patlaması) 96 kişi öldü.» (1)

Bunun yanında çocuk ve kadınların durumları da farklı değildi. «Maden yüklü vagonları çocuklara çektirmek, atlara çektirmekten daha ucuzdu, dört ayak üstündeki küçük çocukların zincirlerle ağır kömür vagonlarına bağlanıp alçak ve dar galerilerde sürünerek yük çekiyorlardı. Diğer bazı çocuklarda

ayakları suya gömülü durumda madenin dibinde 12 saat ayakta durarak su pompalıyorlardı. Bu yüzden kazalar sıklıkla 9 yaşında bir makinist çocuk asansörü geç durdurmuş ve 3 kişinin ölümüne neden olmuştu.» (2) Bütün bunların yanında düzensiz yaşam koşulları ve kentleşmenin getirdiği diğer bir sorunda alkolizm ve fuhuştu. Böylelikle aile hayatı da yıkılmıştı.

Sanayi devriminin bütün bu olumsuz yaşam ve sağlık koşullarına karşı 19. yy. başlarından başlayarak bazı insancıl görüşlü aydınlar, hekimler ve iş adamları koşulların düzelmesi için önerilerde bulundular. Buna ütöpik sosyalist Robert Owen'in davranışı örnekti. Kendi tekstil fabrikasında 10 yaşının altındaki çocukların çalışmasına izin vermedi. Çevre koşullarını düzeltti. İş yerlerinde uygulanması gereken önerilerde bulundu.

C.T. Thackrah 1831'de yayınladığı kitapta meslek hastalıklarını anlattı. Bu kitapta işçi çocuklarda kemik defomitelelerinin meydana geldiğini : terzi, maden işçileri ve metal bileyicilerinde tüberkülozun sık görüldüğünü, ev boyacıları ve sırlı çömlek yapanlarda kronik kurşun zehirlenmesi olduğunu belirtti.

Bunun yanında işçi sınıfının daha iyi sağlık ve yaşam koşulları için mücadelesi durmadan sürdü.

1811'de Nottingham'da kullanılan yeni çorap örme makinalarına karşı Luddite hareketi 1818'de dokuma işçilerinin grevi, 1819 Manchester Mitingi, 1830-31'de Güney İngiltere'deki ırgatların biçme makinalarına karşı direnişi hep zorla bastırıldı.

1834-48 yılları arasındaki Şartizm diye bilinen işçi sınıfı hareketi başarıya ulaşamasa bile derin izler bıraktı.

- Genel oy hakkı.
- Parlamento'nun yılda bir defa toplanması.
- Gizli oyla seçim.
- Parlamento üyelerine maaş bağlanması.
- Parlamento üyeleri için mülkiyet zorunluluğunun kaldırılması.
- Seçim bölgeleri arasında eşitlik.

Bu taleplerin çoğu 1918 Anayasasında kabul edilecekti.

İşçi sınıfının bu güçlü ve kararlı mücadelesi sonucu çalışma koşullarını kısmen düzelterek ve işverene bazı yükümlülükler getiren yasalar onaylandı.

1833'de çıkarılan fabrika yasası ile fabrika müfettişliği zorunlu kılındı. 18 yaş altındaki çocuklar gece çalıştırılmayacak 13 yaş altındaki çocuklar günde en az 2 saat okula gönderilecek, 9 yaşın altındaki çocuklar işe alınmayacaktı. Yine kadın ve çocukları günde 12 saat, haftada 69 saatten fazla çalıştırılmayacaktı.

Fabrika müfettişleri 1844'den başlayarak fabrikalara doktor atamaya başladılar. 1847'de çıkarılan kanunla kadınların ve gençlerin günde 10, haftada 58 saatten fazla çalıştırılması yasaklandı.

1842'de kadın ve çocukların maden ocaklarında çalışmalarını engelleyen yasa maden sahiplerinin tepkilerine rağmen çıkarıldı.

1855 fabrika yasası ile iş kazalarının araştırılması öngörüldü. Böylece yasal olarak ilk kez ilkel bir sanayi, sağlık hizmeti ve işyeri hekimliği İngiltere'de onaylanmış oluyordu.

ALMANYA'da :

Alman Ulusal Birlik Devleti, demokrasiye karşı mücadele içinde 1871'de Bismark tarafından yaratıldı.

Bu süreç içinde Almanya İşçi sınıfının Militarist gericiliğe karşı demokrasi ve iyi bir yaşam düzeyi için mücadele örnektir.

1877 yılları sonrasında Almanya'da Sosyal - Demokrasi önderliğinde yerel sendikal gruplar bütünleşti ve sendikal birlikler oluştu.

Junker - Burjuva sömürücü blokunun kanlı şiddet ve terör politikasına karşı işçi sınıfı kararlı bir mücadele sürdürdü.

Kapitalist gelişme yaşam koşullarını alabildiğine bozdu. Hızlı kentleşme beraberinde İşsizler ordusu ve açlık getirdi. Yaşam için gerekli nesnelere pahalıydı. Özellikle kiralar ve temel gıda maddelerinin fiyatı çok yüksekti.

«Nürnberg'de ve diğer Güney Almanya kentlerinde fırın ve kasap dükkanlarının önündeki açlıkların ve Berlin'deki yersiz yurtsuz kimselerin sayısı binlere ulaşmıştı.» (5)

Artan hayat pahalılığı karşısında ücretler sürekli düşüyordu. Ücretlerle hayat pahalılığı arasındaki çelişki işyerlerinde artırılan iş yoğunluğu ile daha da dayanılmaz oluyordu.

Sanayide yaygın olarak çocuk ve kadın işçiler kullanılıyordu. Özellikle çalışan kadınların sayısı erkeklere oranla çok daha hızlı artıyordu. Kadın işçilere genellikle yarım ücret ödeyen işletmeler daha çok kâr sağlayabiliyorlardı.

Ücretlerin bu kadar düşük olması yanında ekonomik krizlerin yükü de yine işçi sınıfına yükleniyordu. 1873 krizi birçok işçi, zanaatkâr, hizmetli ve meslek sahibinin işsiz güçsüz kalmasına neden olmuştu.

Berlin'de Makina sanayiinde krizden önce 35.000 işçi çalışırken bu rakam 16.000 e düştü.

1878'de fabrika müfettişleri raporunda şöyle deniyordu :

«Genel olarak işçilerin durumu 1877'ye göre şimdi daha da ağırlaşmıştır. Örneğin, büyük bir demir kaplama işletmesinde ücret giderleri öylesine azalmıştır ki, İş saatlerinin sınırlandırılmasından ötürü işçilerin geliri 6 ay içinde % 27 oranında düşmüştür.

İşçilerin sefaletine bir de ağır konut şartları eklenmişti. Sanayiın büyümesi ile birlikte büyük kentlerin konut sayıları da artıyordu. Eldeki işçi konutları oturulacak gibi değildi. Bir çok kadın, erkek, çocuk tek bir yatağı bile olmayan odalarda kalıyorlardı. Konutların duvarları sağlam değildi. Yetersiz hava ve ışıktan dolayı çoğu konutlar karanlık ve loştu. Mobilyaları dökülüyordu.

19 yy. son 30'larında durum daha da ağırlaştı. Örneğin Berlin'de ev kiralari ortalama % 114, konut fiyatları % 67 ve yiyecek fiyatları % 18 arttı.

1871 yılında Berlin'de yapılan bir konut istatistiğinde : Berlin'in 2/3 küçük konutlarda (1-2 odalı ve ısıtılabilen) oturuyorlardı. (Hemen hemen 600.000 kişi) (5) : 26

Konut spekülasyonu alabildiğine gelişmişti. Bunun yanında binlerce işçi ailesinin başını sokacak bir yerleri yoktu. Bu konuda şu da ilginçtir : (

«Savunmasız 32 işçi başlarını sokacak bir çatı kaparlarken, tutuklanmış ve 47 yıl hapis cezasına çarptırılmışlardı.» (5)

Ekonomik krizler, iş kazalarının artması, pahalılık, yaygın işsizler, büyüyen konut sorunları, insan gücünün erken tükenmesine yol açıyordu. Bütün bu insanlık dışı koşullar işçi sınıfının mücadelesinin daha da güçlenmesine neden oldu.

1871 sonbaharında Chemnitz'li metal işçilerinin grevi «Normal bir iş günü» sloganını bayrak etti. Hızla gelişen teknik, makina yapım sanayiini geliştirdi, üretim süreci yoğunlaştı. Ortalama iş günü 12 saattir. Bunun yanında iş güvenliği yoktu. Ücretler pahalılığa karşı koyacak düzeyde değildi.

8000 işçinin katıldığı bu grevde istekler şunlardı :

- 10 saatlik normal iş günü.
- Şimdiye kadar ki tatil günlerinin aynen kalması.
- Kısaltılmış iş gününe karşılık, şimdiye kadarki ücretlerin kalması.
- Grev için seçilmiş tüm işçi delegeleri hakkında hiç bir tedbir alınmaması.

Ancak grev kırıcıları ve polis müdahalesi sonucu grev tam bir başarı gösteremedi. Yinede işletmeciler 12 saatlik iş günü nü aynı bırakamadılar ve işçiler haftalık 62 saati elde ettiler.

Maden işçilerinin durumu da farklı değildi. Yiyecek, giyecek ve barınak fiyatları durmadan yükseliyordu. Örneğin Bochum'de ki fiyatlar şöyleydi : (5)

	1870	1873
100 kg. Buğday	26,55 Mark	29,60 Mark
100 kg. Patates	8,84 Mark	10,00 Mark
1 kg. Tereyağ	2,20 Mark	2,60 Mark

Bu dönemde en yüksek ücret alan bir eduncu 2.25 Mark alabiliyordu.

1872'de Maden işçileri grevi başladı. Kurulan komiteler şunları talep etti :

- Kömür ve götürü iş için % 25 lik ücret yükselimi.
- Giriş ve çıkışlarda içinde olmak üzere 8 saatlik yevmiye.
- Alısılmış hale gelen toplu işçi çıkarmalarının kaldırılması (5).

Hergün çıkartılan yanmış kömürlerin 21 gümüş kurusluk fiyat biçilerek satılması. Yiğitçe mücadele ve direnişlerine rağmen maden işçilerinin talepleri yerine getirilmedi. Hata örgütlü olmamalarındaydı.

1885'te Alman Demirhaneciler Birliği ülke çapında yürüttüğü mücadele ile şu hakları sağladı :

1888/89'da Metal işçilerinin grevi, 1889 Maden işçileri grevi, İşçi sınıfının dayanışmasını örnekleyen grevlerdi. Bu grevlerle 10 saatlik iş günü, fazla mesai vurgunlarının kaldırılması, hafta sonu tatili ve ücret artışları sağlandı.

Bütün bu mücadelelerle işçi sınıfı bazı sosyal haklar kazandı. Ancak bütün kazandıkları uzun zorlu ve kararlı mücadele ile oldu.

1883 yılında sanayide çalışanları kapsayan bir «Hastalık Sigortası» yasası çıkarıldı.

1884'te «Kaza Sigortası yasası» çıkarıldı. Kaza ve yaşlılıktan iş göremez hale gelen kimselerin durumu kısmen iyileşti.

Hastalık Sigortalarında kapitalistler sigorta bedelinin % 30'unu işçiler ise % 70 ini ödüyorlardı.

50 yıl kadar süren iş günü kısaltılması mücadelesi 1918 devrimi ile 8 saat olarak yasal olarak saptandı.

FRANSA'da :

Makinanın sanayiye girmesi sonuçlarını Fransa'da da gösteriyordu. Küçük atelyeler kapanıyor, rekabet güçsüzü eziyordu. Siyasi iktidar büyük sanayiciler ve sermaye sahiplerinin eline geçiyordu.

Kentlerin nüfusu artıyor, kadın ve çocuk işçilerin sayısı yükseliyordu. «1840 - 1845 anketine göre 63 departmanda 10 fazla işçisi olan sanayi kuruluşlarda 131.000 çocuk, 254.871 kadın ve 672.446 erkek çalışmaktaydı.» (6)

İşçi ücretlerindeki artış tüketim mallarındaki artışlara yetişemiyordu. Ticaret Bakanlığı çalışma ofisince yayınlanmış ücret bordrolarına göre ücretlerdeki nominal (Sayımca) yükselme 1806 - 1849 arasında % 118, 1852 - 1896 arasında % 100, 1896 - 1901 arasında ise sadece % 2,8 olmuştur.

1990'da Charles Gide Toplumsal iktisat konusundaki raporunda bu nominal artışlar için şöyle diyordu :

«Ücretler 19. yy içinde büyük bir yükseliş kaydetmişse de, bu hiç bir bakımdan çok yükseldiği anlamına gelmez. Yanlızca çok düşük bir taban düzeyine çıktığını gösterir.» (6)

Aynı dönemler içinde besin maddelerindeki artışlarsa şöyle idi :

Et fiyatı 1781'de 1,05 frank iken 1894'te, 1,64 franka, yumurtanın 1000 tanesi 1854'te 52 frank'tan 1896'da 82 frank'a yükseldi. Yine ucuz sarı patatesin hektolitresi 1849'da 3,50 frank'tan 1869'da 8 frank'a yükseldi. Durumu daha anlaşılır olabilmesi için şöyle ifade edebiliriz. Besin maddelerinin fiyatları yükselirken, büyük kentlerde bütün işçi merkezlerinde, içinde bol hava ve aydınlık bulunmayan işçi ailelerinin oturduğu, ve emekçinin akşamları yorgunluktan tükenmiş halde döndüğü daracık barınaklarının kira bedelleri de artmakta idi.» (6)

İşçilerin işgünü de 12 saatten aşağıya değildi. 1889 da yayınlanan tablolarla yıllık ücretler ve çalışma süreleri şöyleydi :

Sanayiler	Yıllık ücret (Frank)	Çalışma süresi (Saat)
Seramik, Tuğla	576	16
Şeker yapımı	238	12
Keten Sanayii	617	14
İplik ve Dokuma ağartımı	712	15
Çelik Sanayii	1.186	12
Camcılık	1.294	12
Barut yapımı	1.125	12
Gemi yapım ve onarım	1.213	12

Sanayide yine yaygın olarak kadın emeği kullanılıyor. 19. yy. ortalarında Marks şöyle yazıyordu : «Sermaye makinayı ele geçirdiği zaman ilk çığılığı şu oldu : Kadınların emeği, çocukların emeği.» (7)

Seine departmanına ilişkin resmi istatistik durumu açıkça göstermektedir. (6)

(Kadınlar ve Çocuklar)

Meslekler	1840 - 45 Anketi 1891 - 93 Anketi	
	(%)	(%)
Şekerçilik	8	50
Besin konserveleri	37	77
İpek	33	80
Kitap Sanayi	20	38
Pamuk Dokuma	52	65
Kimyasal ürünler	7	8
Camcılık vb.	17	30

Fransa'da bu dönemde kadın emeğinin toplam elemeği içindeki oranı kabaca % 24 - 35 kadardır. Çalışma ofisinin 700.000 işçi üzerinde yapılmış bir anketine göre de sanayi üretlerinin ortalaması 1892'de erkekler için günde 4,20 frank kadınlar için ise sadece 2,20 franktır.

M. Leon de Se ilhac'ın «Paris'te Dikiş ve konfeksiyon Sanayi» adlı incelemesinden alınan aşağıdaki paragraf işçi kadınlarının yaşam koşullarını çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır. (6)

«Bir kadın işçi : günde 3,75 frank, 45 gün çalışmamış, 260 işgünü çalışmış yılda 975 frank kazanmıştı. Giderleri ise şöyle:

Beslenme	670 Frank
Kira	150 »
Giyim, şapka	110 »
Çamaşır	33,60 »
3 çift pabuç	29 »
Isıtma ve aydınlatma	12 65 »
Çamaşır yıkama	60 »
Ufak giderler	50 »
Toplam :	1.115.25 »
Açık :	140.25 »

Bu tablo işçi kadınların sefaletini açıkça gözler önüne seren nitelikteydi.

Çocuklar da acımasızca çalıştırılıyordu. «Yasalarda fabrikalara giriş için asgari yaşın belirlenmemiş olması sonucu... 1840'larda Sainte - Marie - aux - Mines'de 4 - 5 yaşlarında iplik çilesi yapan ve yorgunluktan tezgâhın üstüne yığılan çocuklar vardı.» (6)

Çocukların çalışma süresi 14 saatten aşağı değildi. Sağlık uzmanı M. Dagnin 20. yy. da Halkın durumu adlı eserinde: «Kısacası vakitsiz sanayi çalışmaya girmenin zararlı etkileri çocuğu aptallaştırarak emekçi kuşakların geleceğini daha tohum halindeyken tehlikeye sokmaktadır.» diyordu.

22 Mart 1841'de Sanayide işgücünü düzenleyen bir yasa kabul edildi. Buna göre çocukların 8 yaşından sonra imalathanelere girmesine izin veriyordu. Ancak yirmiden az işçi çalıştıran kuruluşlar yasanın dışında tutulmuştu. Bu da uygulamayı 70.000 çocukla sınırlamıştı. 1841 yasası bu haliyle bile ölü bir metin olarak kaldı.

Meslek hastalıklarının yaygınlığında diğer önemli bir konudur. «Çalışma ofisinin sanayi zehirleri adlı broşürüne göre çamaşırhaneler, terziler, dantelciler ve paketleme tesislerinde zeminde biriken ağır tozun içinde % 44 kurşun kromak bulunmaktadır.» (6)

Kimyasal ürün fabrikalarında, renkli oyuncak fabrikalarında mücevher ve kuyumcularda da yaygın olarak civa zehirlenmesi görülmekteydi.

Dr. Proust, arsenik zehirlenmesini tarif ediyor ve duvar kâğıdı fabrikalarında çalışan işçilerde, boyacılık işlerinde çalışanlarda görüldüğünü söylüyordu.

«Ölüm tabloları ve işe alma istatistikleri böylesine barbar bir sanayi düzeninin toplumsal sonuçlarını ortaya koymakta idi. Halkın ortalama ömrü 36 yıl olduğu halde, mulhouse'de fabrika işçisinin ortalama ömrü 25 yıldır.» (6)

Bütün bu kötü yaşam koşulları işçi sınıfının mücadelesini bilemiş ve üzerlerindeki yoğun baskılara rağmen işçi sınıfının uzun ve kararlı mücadelesi sindirilememiştir.

1825 - 1847 yılları arasındaki grevlerde 1250'den fazla soruşturma açılmış yüzlerce işçi işten atılmış hapis yatmıştır.

«Loire'de 1846 yılında maden kömürü işçilerinin grevi kanla bastırılıyor ve 12 işçi kurşuna diziliyor toplumsal sorun güya çözülmüyordu.» (6)

Fransa'da bu dönemlerde çıkan çalışma ve yaşam koşullarını düzenleyen yasaları da kısaca anlatmaya çalışalım.

2 Mart 1848'de iş günü Paris'te 10 saate taşrada 11 saate indirildi. Ancak bu yasa bütün sanayi dallarında uygulanamadı hatta bazı dallarda süre uzamalarına bile neden oldu.

Çocukların çalıştırılması ise 22 Şubat 1851'de çıkan çıkarılıp sözleşmesine ilişkin yasa ile çocukların çalıştırılma yaş sınırı 12, günde en fazla çalıştırılacakları süre 10 saat olarak belirlendi. Yine aynı tarihli yasa ile kadın işçiler için işgünü 11 saat olarak sınırlanmış gece çalışmasında yasaklan-

19 Mayıs 1904 tarihli yasa ile çocukların çalıştığı kurumlarda sağlığa ilişkin genel koruyucu önlemler alındı. Sağlığa ilişkin, güvenliğe ilişkin hukuksal tutanaklar bütün sanayi kurumlarını kapsayacak biçimde genişletildi. (12 Haziran 1893)

10 Mayıs 1902 tarihli kararname ile çalışma denetimi servisi kurulmuştur.

Madenlerde güvenlik önlemleri ile ilgili 1890 tarihli yasa ve işçilerin işbaşında uğradıkları kazaların sorumluluğuna ilişkin yasa (9 Nisan 1898 tarihli) kabul edilmiş koruyucu yasaklandı.

KAYNAKLAR

- (1) Engels Friedrich, İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumu, Gözlem Yayınları 1. Baskı 1974 İstanbul
- (2) Hunter Donald, Diseases of Occupations, London 1957
- (3) Marks, Karl : Nüfus sorunu ve Malthus, Sol yayınları, 1. Baskı, 1976 Ankara
- (4) Işıklı, Alpaskan «Sendikacılık ve Siyaset» Odak yayınları, II. Baskı, 1974 Ankara
- (5) Förster Alfred : I. Paylaşım savaşı öncesi Almanya'da Sınıf mücadelesi, 1. Baskı 1977, Ana yayınları, 1977 İstanbul
- (6) Brizon, Pierre «Emeğin ve Emekçilerin tarihi», Onur yayınları, 1. Baskı, 1977 Ankara
- (7) Marks, Karl : Kapital 1. Cilt. 1. Baskı, Sol yayınları, 1975 Ankara

— o o —

Ergonomi ve İnsan Faktörleri Mühendisliği

1. GİRİŞ

İnsan Faktörleri Mühendisliği (1) ve Ergonomi kısaca insanın kullandığı eşyaların tasarımı ile uğraşır diyebiliriz; daha geniş kapsamlı bir tanım gerekirse, halkın daha rahat, daha güvenli ve daha verimli yaşamasını ve çalışmasını sağlamak için, insan karakterleri ve kapasiteleri, makine tasarım sınırlamaları, makine sistemleri ve çevresi hakkındaki bilgilerin uygulanmasıdır.

Yeryüzünde hemen hemen tüm ülkelerde, bu konudaki uzmanlaşma alanı ergonomi adını alır. Bir ergonomist bu konuları daha çok fizyolojik ve biyolojik açıdan ele alır. Ergonomistler genellikle işçinin işinde iyi olma durumu üzerinde dururlar. İnsan faktörleri ise hem işlemcinin güvenliği ve rahatı hemde daha ağırlıklı olarak makinelerin tasarımı, makine sistemleri ve işçi ile bu sistemin entegrasyonu üzerine yönelmiştir. Kısaca, ergonomist genellikle üretimle, insan faktörleri, mühendisi ise ürünlerle uğraşır. Pratik açıdan ele alındığında, her iki saha birlikte incelenir, daha ayrıntılı bir çalışma yapılmak istendiğinde, ayrı ayrı incelemekte yarar vardır.

2. ERGONOMİ

Ergonomi kelimesi eski yunanca kökenli ergon (iş) ve nomos (Kural) kelimelerinin birleşiminden oluşmuştur. Bugün ise insan ve işi ile ilgili teknik ve bilimsel bilgilerle uğraşan bir bilim dalıdır. Teknik ve bilimsel konularda ölçümler yaparak iş ve işçi arasındaki uyumu hem insanı hem de ekonomik açıdan ele alır.

1961'de International Labour Review ergonomiyi şöyle tanımlar : «İnsan ve iş arasında optimal uyumu sağlamak için mühendislik bilimi ile insan - biyolojisi bilimlerinin uygulamasıdır. Burada elde edilen başarının çokluğu insan verimi ve

(1) Daha ileride açıklanacak

işinde iyi - olma hali ile ölçülür. Bu ikili uyum stress ve işteki gevşekliliği azaltır, güvenliği ve makineden elde edilebilecek verimi ve güvenirliliği arttırır.»

2.1. ERGONOMİNİN UYGULAMASI

Ergonomi bir çok değişik bilim dallarının birleşme noktası olarak ortaya çıkar, bunlar ;

- Antropoloji,
- Biyometri,
- Biyomekanik,
- İş psikolojisi,
- İş sağlığı,
- İş planlaması,
- Yöneylem araştırması,
- Sibernetik,

Ergonomi, tüm bu bilim dalları içindeki kendi özgül konuları ile ilgili ortak kısımların birleştirilmesi için uğraşır. Bu anlamda ergonomist, ergonomi ekibinin bir parçasını oluşturur.

Çok kötü tasarımlanmış bu ergonomi ekibi içinde ergononmist, eşgüdümleyici ve yönlendirici görevini üstlenir. Ergonomi ekibi ise önerilecek plan ve program hakkında son söz sahibi olur. Kötü tasarımlanmış çalışma koşullarını geliştirmek mi, yoksa herşeye yeniden başlamak mı daha doğru yaklaşım olur? Bu sorunun cevabını yine içinde bir ekonomistin de bulunduğu bir ergonomi ekibi verir. Bununla birlikte, genellikle çok kötü tasarımlanmış çalışma koşullarını geliştirmek çok pahalıya mal olmakta ve çok ender olarak tam başarı sağlanabilmektedir. Bu nedenle ergonomi daha tasarım düzeyindeyken uygulanmalıdır. Ergonominin uygulamaları aslında her düzeyde olanaklı olabilmektedir. Örneğin bir iş yerinde insiyatif genellikle bir kişinin üzerindedir. Bu kişi çoğu kez iş hekimi yada psikolojisti, güvenlik mühendisi, yada idari memurdur, bunlar ergonomi ekibinin elemanlarını oluştururlar. Daha büyük endüstriler ve resmi makamlar ele alındığında ergonomi ekibi, kendi ölçüm araçlarının bulunabildiği, ve özel, genel hertürlü problemi çözebilecek düzeyde olmalıdır.

Ulusal düzeyde özel enstitüler, özellikle üniversitelerde, sahada pratik uygulama yapabilecek eleman ve ekipmana gereksinim duyulur. Eldeki verileri değerlendirme ve yeni çalışmalara yön verme buralarda gelişir.

2.2. ERGONOMİNİN PROGRAMI

Dört bölümde incelenir;

- Tanı,
- Çözüm için gerekli deney yapımı,
- Çözümün uygulanması,
- Çözümün etkinliğinin geçerliliği,

Gerçekte ise bu dört bölüm, uygulamada birbirinin içine girmiştir.

2.2.1. TANI :

Yapılan işin, kullanılan alet ve materyalin, analizi ve değişkenlerinin saptanması ve sorunun ortaya konulması, yapılması gereken ilk işlemdir. Analiz, özellikle, zaman ve hareket çalışması, fizyolojik parametrelerin direkt ve telemetrik ölçümleri, tehlikelerin saptanması, akış hatlarının yerleşimi konusunda ağırlık kazanmalıdır. Ortaya çıkan problemler ender olarak temel sorunları kapsar. Örneğin, devamsızlık, üzerine çalışmalar kötü iş yerleri ve fazla iş yükümlülüğünün bir göstergesi olabilir.

2.2.2. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ :

Bazen gerek duyulmayan bu bölüm, seçilen parametrenin deneysel çalışmalarını kapsar. Deneyler sırasında formüle edilen yeni modelin anolojik ve istatistik bir modeli inşa edilir. Yeni çalışma koşulları denenir ve personel eğitimi için yeni öneriler öne sürülür.

2.2.3. UYGULAMA :

Üçüncü, bölümde, gerekli hazırlıkların düzenlenmesi, mevcut koşulların geliştirilmesi ve üst düzeyde bir çalışma ortamı hazırlamak için deneylerin sonuçları başarılı testler halinde uygulanır. Kural olarak bu uygulama bölümü ergonomistin görevleri arasında değildir. Ergonomist bunun bir kısmını inceler, uygulamanın teknik ve sosyal değişikliklerini gözler ve sonuçları bozacak değişiklikler hakkında yeniden çalışmalarına koyulur.

2.2.4. GEÇERLİLİK :

Bu bölümde ergonomistin önerdiği çözümün etkinliğinin kontrolü yapılır. Bu kontrol davranış çalışmaları, üretim artı-

şının değerlendirilmesi ürün kalitesi, işçi sağlığı ve güvenliği ve iş bırakımı açısından yapılır. Bunlara ek olarak çözüm için son karar idareci denetleyici, tekniker, ekonomist ve sosyologların ortak incelemesi sonunda verilir.

Ergonominin uygulanışını bir örnekle açıklamakta yarar var.

A.B.D.'nin II. Dünya savaşından sonra Hindistana bol miktarda traktör sattığı görüldü. Belli bir kullanım devresi geçtikten sonra yapılan bir incelemede Hintli traktör sürücülerinin normalin çok üstünde kazaya uğradıkları saptandı. Konu üzerine ayrıntılı bir incelemeye giren Ergonomistler kaza nedenlerinin bir ergonomik etken sonunda geliştiğini ortaya çıkardılar. Ergonomi uzmanları kısa boylu Hintlilerin, traktörlerin fren ve gaz pedallarına gerektiği gibi uzanamadıklarını saptadılar. Çünkü ABD'de üretilen traktörler standart amerikan vatandaşının boyutlarına uygun olarak yapılyordu. Bu boyutlar da hintli sürücülere oldukça büyük geliyordu. Bu durumda bir ergonomist soruna nasıl yaklaşır. Çalışma yöntemlerini nasıl uygular. ...

Tanı Bölümünde : Traktörle işlenen kazaların artışı şeklinde görünen ana sorunu saptamak için bir incelemeye girilir. Görülür ki, kazaların artışına neden olan durum, hintliler için kötü tasarlanmış traktör oturma yerlerinin pedallardan uzak oluşudur.

Deney Bölümünde : Tanı bölümünde sorun ortaya çıkarıldıktan sonra, çözüm için gerekli ön çalışmalar bir ergonomi laboratuvarında denenmeye başlanır. Bu denemeler sırasında, hitli sürücülerin yapısal özellikleri göz önüne alınır. Yapılan deneyler sonunda en uygun tasarım modeli geliştirilir.

Deneyin Uygulanması Bölümünde : Deney sonunda oluşan tasarım modeli uygulama safhasına giren ve yapılacak traktörlerde, bu denenmiş tasarım modeli uygulanır.

Geçerliliğin Sınanması Bölümünde : Bu yeniden tasarlanmış traktörler, hemen kullanım aşamasına girer ve doğruduğu sonuçlar izlenir. Belli bir kullanım dönemi sonunda, kaza ensidansı incelenir. Eski tasarımlı traktörlere göre bulunan anlamlı fark, yapılan çözüm önerisinin geçerliliği hakkında bilgi verir. Ters durumda ise, program uygulamasının başına dönülür.

2.3. ERGONOMİ VE ENDÜSTRİLEŞME

Endüstrileşme ilk önceleri mekanizasyon ve otomasyon ile başlamasına karşın, şimdi tarım ve idarecilik alanlarına daha hızla girmektedir. Böylece bir takım problemlerin azalması yanında, bir takım yenilerinin eklenmesi söz konusudur. Bunlardan bir grup yerel stress (belirgin bir işte çalışma hızından doğan stress) olarak kendini gösterir. İkinci grupta zamanlı - ürün hattı * olan işlerde alet kullanırken karşılaşılan problemlerle ilgili olanlar bulunur. Üçüncü grup, işçilerin yaş ve kişilikleri ile ilgili, özel stresslerin ruhsal ve fizik sağlığı etkileri ile ilgilidir.

Bunların yanında çevrenin verdiği bir stress'i de göz önüne almak gerekir. Örneğin; gürültü, toz, ısı, iyonlayıcı ışınlar ve hareketsizlik. Son olarak ta dördüncü grupta karşımıza çıkan, gelişmekte olan ülkelerde görülen kırsal alandan endüstriyel alana göçtür.

Ergonomi bu sorunlara aşağıdaki yöntemlerle yaklaşır.

2.3.1. ERGONOMİ, ENERJİ TÜKETİMİ VE ÇEVRE STRESİ

Ergonomi, kullanılan enerji tüketimini ve stresini azaltmak için uygulanan bir bilim dalıdır. Enerji kaybının değerlendirilmesi, fizyolojik ve psikolojik ve dolaylı kriterler ile mümkün olmaktadır. İş kapasitesini ve iş maliyetini değerlendirirken de fizik aktividen, çevre koşullarının etkisinden, biyolojik verilerden ve işin özel niteliklerinden yararlanır. Bunlara ek olarak, iş yerinin konumu ve işçilerin beslenme durumu, konut sorunları da gözönüne alınmalıdır.

2.3.2. ERGONOMİ VE BİYOMEKANİK

Ergonomistin en önemli alanı, enerji harcanmasını içeren çalışmalardır. Bu çalışmalarını biyomekanik aracılığı ile yürütür. Biyomekanik araştırmalarda enerji harcaması ve senserimotor arasındaki ilişkilerin verileri elde edilir.

2.3.3. ERGONOMİ VE SENSERİMOTOR İLİŞKİSİ

Birçok işin önemli öğelerinden biri, tepkime ve karar için

* Zamanlı - ürün hattı : Belli bir hızla hareket eden bir hat her işçinin üretimin bir bölümünü bölümünü yaptığı mekanizasyondan sonra gelen üretim güçleri aşaması (zincirleme - üretim)

gerekli sinyallerin algılanma ve tanımına işlemidir. Ergonomist, bilgilerin toplanma işemini hızlandırarak verimin artmasını sağlar. Örneğin, sinyallerin okunmasında analog sistemi yerine dijital sistemin kullanılması gibi.

2.4. İNSAN - ÜRÜN SİSTEMİNİN ERGONOMİSİ

Ergonominin diğer bir sahası da insan ve sistem ilişkileri arasında çalışmak ve bunu yaparken de sibernetik biliminden yararlanmaktır. Bu sahada ergonomist, insan için hangi işin güvenilebilir ve makine için hangi işin uygun olduğuna karar verir.

2.5. İŞÇİYİ İŞE UYDURMA

Temel amaç, işi insana uydurmak olmasına karşı, ergonomi insanı işe uydurma görevini de yüklenir. Bu konuda psikologlar ve endüstriyel sosyologlar çalışmalarını sürdürür. Ergonomist, bunlara bilgilerini aktarır ve eğitim yöntemleri önerir. Bütün bunları sibernetik teori ışığında yapar. Bu tarz bir programlamadan hem işçi ve hem de işveren kazançlı durumdadır.

2.6. İLERİYE YÖNELME

Ergonomi çalışmaları örgütlü olarak ilk kez 1959 da ortaya çıktı. Bu çalışmalarda ergonomist, iş hekimi ve güvenlik uzmanı ile çok sıkı ilişki içinde Daha sonraları ILO, WHO, OECD, EISC'e çeşitli katkılarda bulundu. Uzmanların sayıca azlığı ve bulguların modasının çabuk geçmesi, ayrıca uzmanların sorumluluklarının nereden başlayıp nerede biteceği konusunun belirlenmemesi, birtakım sorunlar doğurdu. Bu nedenle ergonomi, kendi başına gelişmek zorunda kaldı. Ergonomist ve ekip arkadaşlarının her zaman güvenli ve sağlıklı bir ortam içinde çalışmalarını sağlayacak bir takım planlar ve tasarımlar yapıldı.

Ergonomist, temel olarak endüstriyel, tarımsal ve askeri sorunlarla ilgilenmesinin yanında, güvenlik ve yaşamda toplumun birtakım problemlerini pratik çözüm önerileri ile, örneğin ulaşım, konut, şehir planlaması konularında çalışmalarda bulunur.

3. İNSAN FAKTÖRLERİ MÜHENDİSLİĞİNİN AMACI

Güvenliği artırma ve kaza sayısını azaltma, insan faktörleri mühendisliğinin en önemli amaçlarındanıdır. Bunların yanında, makine ile verimliliği artırma, sistemdeki ve endüstrideki üretimi artırma, makineleri kullanmak için gerek-

li insan gücünü azaltma ve insan - makine sisteminde insanın rahatını arttırmayı kendine amaç edinir. İnsan faktörleri mühendisi, bu amacını gerçekleştirmek için biyoloji, eğitim, mühendislik, endüstriyel tasarım, tıp, fizikal antropoloji, fizyoloji, psikoloji, sosyoloji ve toksikoloji bilim dallarını sürekli olarak kullanır.

3.1. ARAŞTIRMA VE YÖNTEMLERİ

İnsan faktörleri mühendisi, araştırmalarında insan biyolojisi biliminde kullanılan klasik araştırma yöntemlerini içeren çalışmalar yapar. Bunların yanında, özel yöntemleri de kendisi geliştirebilir. Örneğin :

3.1.1. KRİTİK OLAYLAR YÖNTEMİ

Bu yöntem, özellikle yanılğı - kıskırtma durumlarının neden olduğu kazalar üzerinde yapılan çalışmalarda yardımcı olur.

3.1.2. GÖZLEME YÖNTEMİ

İnsan faktörleri mühendisi, insanı işi sırasında gözlemek için bu yöntemi kullanır. Yöntem, esas olarak endüstri mühendisinin çalışma alanında kullanılır.

3.1.3. SİMULASYON VE MODELLEME

Simulasyon, benzer operasyon sistemlerini model alarak, laboratuvar çalışmalarında ekstrapolasyon için gerekli olan gerçekçiliğe erişmek için kullanılır.

3.1.4. ÖZNEL RAPORLAR

İnsan faktörleri mühendisi, son olarak operatör ve kullanıcı örnekleme için değişik teknikler kullanır. Bunlar, soru, sıralama, yargılama ve benzer değerlendirme yöntemleridir.

3.2. UYGULAMA ALANI

Uzay uçuşları için araç, elbise, alet tasarımlarında, bunun dışında herkesin kullanabileceği uzun yol sinyalleri, telefonlar, daktilolar, bilgisayar konsolları, data işlem sistemleri, makine aletleri, otomobil, mutfak araçları ile ilgilenir. Ayrıca, kent sorunlarından, sokak tasarımları, hızlı ulaşım kolaylıkları, hastahane ve sağlık işleri, mimari, dekorasyon, kirlilik kontrolü, eğitim, hukuk, posta servisi ve hava alanları tasarımları için önerilerde bulunur.

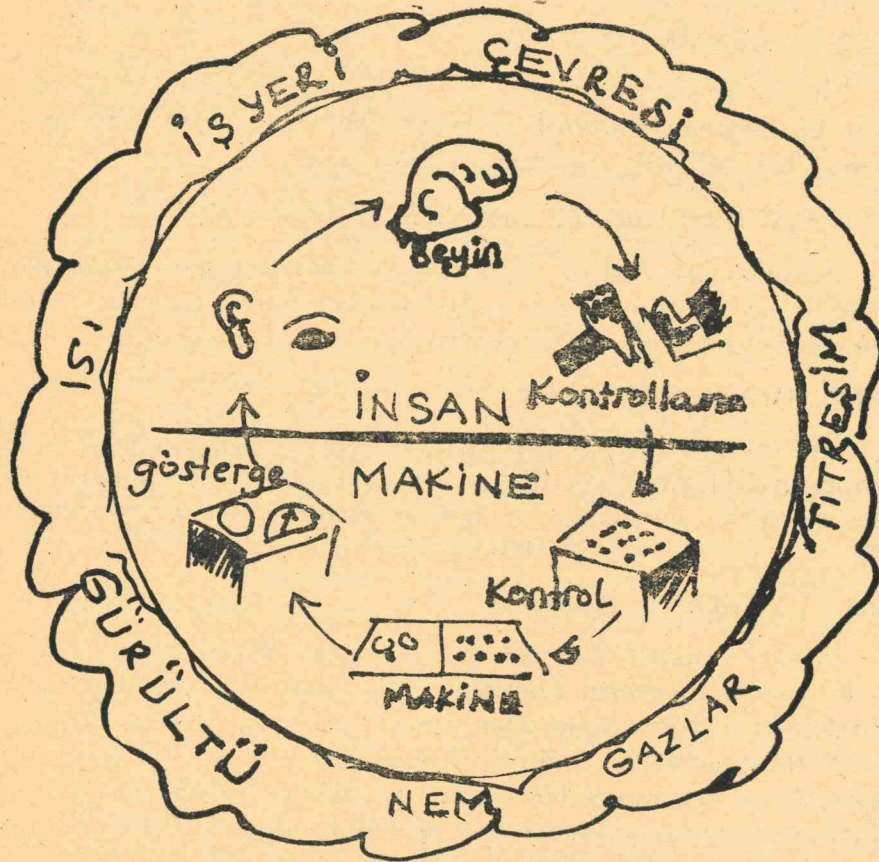
3.3. KONU VE MATERYAL

Sorun için gerekli veri ve bilgi çokluğu, sorunun cinsine bağlıdır. Örneğin bir sualtı elbisesi tasarımı için insan faktörleri mühendisi, insanın vücut boyutlarını, çevre baskılarına karşı fizyolojik reaksiyonları, duyma kapasitesini, karar verme yeteneğini, psikomotor performansını, doğru ve hızlı hareket kontrol yeteneğini, biyolojik gereksinimlerini, yorgunluk ile oluşan psikolojik etmenleri, öğrenme, yetiştirme, adaptasyon yeteneklerini, sürekli tehlike korkusu ve bunlar gibi daha bir çok faktörleri gözönüne alması gerekir.

3.4. İNSAN - MAKİNE MODELİ

İnsan faktörleri mühendisi, insan ve makineyi bir tek sistem olarak ele alır. Bu sistemdeki insan ve makine ilişkisini de şöyle belirler :

2



Araba kullanan bir adam, bu sisteme çok iyi bir örnektir. Bu sistemin insan faktörleri mühendisi için birçok çalışma alanları ortaya çıkmıştır. Bunlar :

3.4.1. MAKİNE VE İNSAN ARASINDAKİ İŞLEVLERİN BELİRLENMESİ



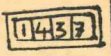
İnsan faktörleri mühendisi, insan - makine sistemi içerisinde kimin ne iş yapacağına karar verir. Bir anlamda sistem içinde iş bölümünü oluşturur.

3.4.2. GÖREV ANALİZİ

Sistem içinde insanın yapacağı işlerin tam listesini çıkarır ve bunlar için standartlar saptar, sistemdeki insan sayısını ve sistem için insan eğitim biçimi hakkında karar verir.

3.4.3. GÖSTERGE TASARIMI

Gösterge, makinenin insanla haberleşmesini sağlar. Bunlar, insanın duyu organlarını etkileyecek tarzda yapılmıştır. Örneğin göz için (dial, ibreli, dijital ve kayıt edicili), kulak için (zil, gong ve ses) olabilir. İnsan faktörleri mühendisi ilk önce hangi organın kullanılacağını saptadıktan sonra, gösterge tasarımına geçer. Gösterge tasarımını çok çeşitli etmenler belirlemektedir. Örneğin

	Hareketli ibre	Hareketli skala	Sayıca
Gözetilenin Türü			
Niceliksel okuma	0	0	+
Kontrol için Okuma	+	-	-
Yerleştirme	+	0	+
izleme	+	-	-

NOT: (+) : Önerilen
(0) : Olabilir.
(-) : Uygulanırsa yanlışlı olur,

3.4.4. KONTROL TASARIMI

Kontrol sistemleri insan hareketlerine ve makinenin gereksinim duyduğu işlemlere uygun olarak seçilmelidir. Örneğin de-

gişik kontrol sistemlerinin uygun düşebileceği sistem cevapları aşağıda gösterilmiştir.

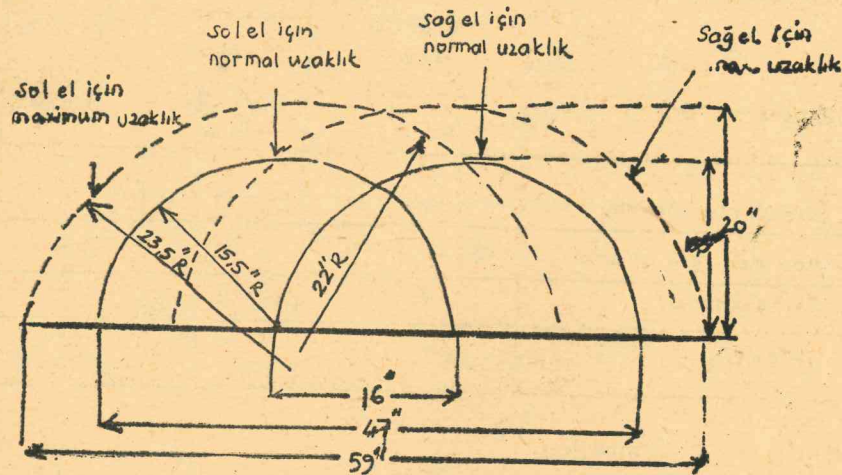
Kontrol Hareketi	Sistemin Cevabı				
	Yukarı	Sağa	İleri	Saat Yönü	Artış
Yukarı	U	X	?	X	U
Sağa	X	U	X	?	U
İleri	X	X	U	X	U
Saat yön.	?	?	?	U	U

U : uygundur.
? : olabilir.
X : Uygun değildir.

3.4.5. İŞYERİ VE YOLCU KONTROL TASARIMI

İşyerinin boyutları, kontrol ve gösterge yerlerinin yerleşimi, oturulacak yerin, kapının, pencerenin, koruyucu araçların, tasarımı yapılır. Örneğin bir masada ellerin uzanabileceği alanlar saptanabilmiştir. Bu uzaklıklar aşağıdaki şekilde belirtildiği ölçüdedir.

Aşağıdaki şekilde belirtildiği ölçüdedir.



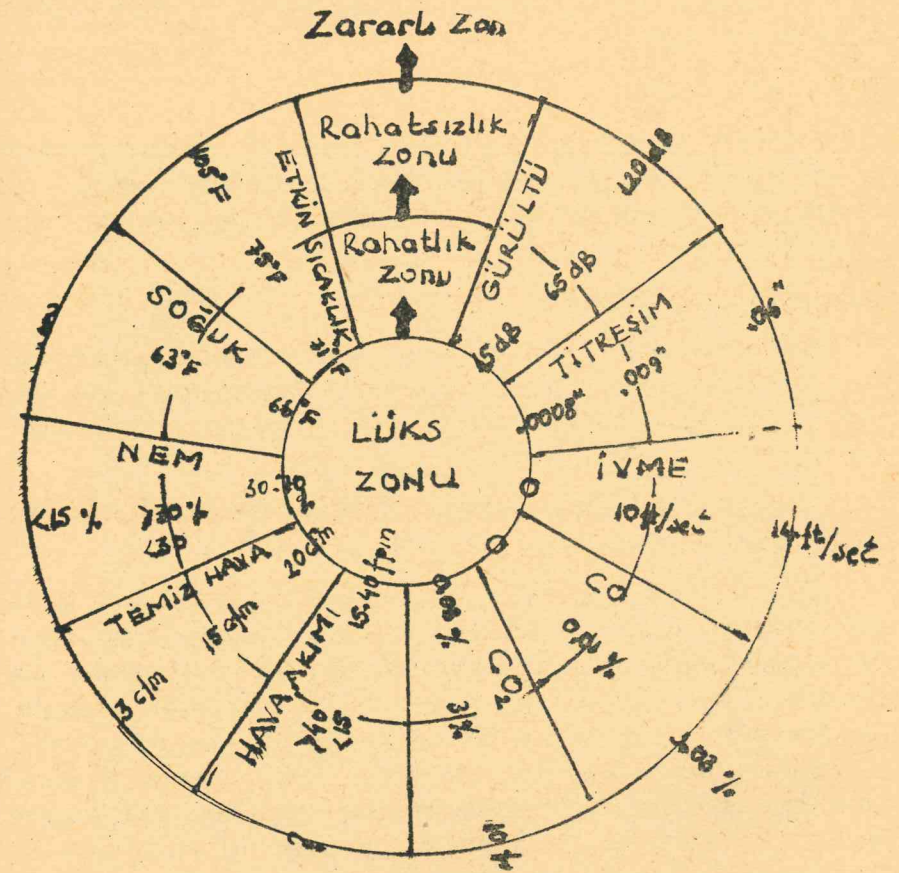
3.4.6. DAYANABİLİRLİK TASARIMI

Makineler karmaşıktıkça, onarma ve dayanma sorunları kritikleşir. İnsan faktörleri mühendisi anında yanlıgı saptayan sistemler geliştirmek zorundadır. Bunların yanında

kontrol için test araçları kullanılmalıdır. Amaç basit ve dayanırlığı yüksek aletlerin tasarımını yapmaktır.

3.4.7. ÇALIŞMA ÇEVRESİ

İnsan faktörleri mühendisinin dikkate alması gereken bazı çevre faktörleri vardır. Örneğin aydınlatma, gürültü, titreşim, ivme, yer çekimi, ısı, nem, barometrik basınç değişimi, gaz, duman, buhar ve diğer kirleticiler, radyasyon gibi. Bunların çalışma rahatlığı, rahatsızlığı ve zararlı zonları aşağıdaki çizelgede verilmiştir.



3.5. KİŞİYE YÖNELİK ALT - YAPILAR

BÜYÜK BOYUTLARDAKİ İNSAN - makine sistemlerinde, insanın makineye entegrasyonu güç olabilir. Örneğin, uluslararası telefon ağı, hava trafiği kontrol sistemi, nükleer denizaltılar, otomatik postahane gibi sistemler. İnsan faktörleri mü-

hendisi bu tarzdaki sistemlerde uyum sağlayabilmek için endüstriyel psikoloji biliminden yararlanır.

3.6. PERSONEL SEÇİMİ

İnsan - makine sistemi, makineyi kullanabilecek, eğitilmiş kişisi olmadan tamamlanmış sayılmaz. Bunun için makinenin gereksinimlerine göre, kişilerin seçimi önem kazanır. İşçi seçimi için iş psikolojisindeki personel seçim yöntemleri uygulanır. Sistem tasarımı iş değişkeni olarak ele alınmalıdır. Bu nedenle personel seçimi ve iş tasarımı arasında, bir ilişki vardır. İş karmaşık olarak planlanmış ise, seçilecek kişi de aranan nitelikler artar. Bu nedenle iş bazı zamanlar yeniden planlanmak zorunda kalır.

3.7. YETİŞTİRME

Personel eğitimi iş tasarımı ve personel seçiminden ayrı düşünülemez. Seçme sırasında sıkı bir sınavdan geçme işe başlamadan önceki eğitimi azaltır. Ayrıca bunun tersi de mümkün olmaktadır.

3.8. İŞLETME DÜZENİ

İşletme kuralları yönetmelikler, sistem içinde çalışan kişinin görevlerindedir. İşletme kuralları her makine için ayrı ayrı yapılacak, tüm işleri kapsayacak ve herkezin anlayabileceği tarzda düzenlenmelidir.

3.9. İNSAN FAKTÖRLERİ MÜHENDİSİNİN KAZALARIN ÖNLENMESİNDEKİ ROLÜ

Yapılan çalışmalarda iş kazalarının büyük nedeni kullanılan teknik ve kişisel yanılğı yüzünden olduğu saptanmıştır. Bu nedenle makine ile çalışan insanı düşündürmesi gerekir. Çalışanlar tüm iş kollarını kapsamaktadır. İş yeri çalışma koşullarının durumu, çalışanların kazalardaki yanılğı payını çok etkilemektedir. İnsan faktörleri mühendisi, kaza ortamını doğuran makine tasarımlarını, makine kullanıcısının, biyolojik, fizyolojik gereksinmelerini göz önüne alarak planlar. Bu amaçla çalışma alanı ve makineler, çalışanın gereksinimleri doğrultusunda tasarımlanır.

Makine ve işyeri yerleşimi, çalışanın gereksinimleri göz önüne alınmadan planlanmış ise, iş kazalarındaki insan yanılğını azaltmak kolay olmaz. Ancak aletlerin yeniden tasarlanması kazaları azaltmada yardımcı olur. Bu ilkeler tüm iş kollarında geçerlidir.

KAYNAKLAR :

1. PATTY, A. F., «Industrial Hygiene and Toxicology», Interscience Pub. New York, (1965), V. I.
2. ILO «Occupational health and safety» ILO Pub. Geneva (1972) V. I.
3. OLISHIFSKY, B. J. and McELROY, F. E., «Fundamentals of Industrial Hygiene» National Safety Council, Chicago, (1971).

— ooo —



Meslek Hastalıkları

Dr. Remzi AYGÜN
A.T.O. İşçi Sağlığı
Bürosu Üyesi

Tanım : Çalışan kişide iş ve işyerinin koşullarına bağlı olarak oluşan hastalıklara Meslek Hastalıkları denir. (1.2.3.4.)

Sanayileşmenin ve günlük yaşamda kullandığımız maddelerin artmasına eş olarak, bu maddelerin üretiminde çeşitli düzeylerde çalışan işçilerde de yaptıkları işin özelliklerine bağlı bazı hastalıklarda artma görülmektedir. Özellikle bu konuya yönelik sağlık hizmetlerinin artması sorunun büyüklüğünü ve önemini daha da belirginleştiriyor.

Gelişmiş ülkelerde meslek hastalıklarına yönelik çalışan sağlık servisleri çeşitli alt gruplara kadar özelleşirken ülkemizde bu alanda çalışmalar ve konuya ilişkin bilgiler oldukça sınırlı görünmektedir. İş yerinde üretimi arttırarak kârı arttırmak düşüncesiyle işverenler konuya ilgi duyarken kendi sağlığına ve diğer sosyal haklarına sahip çıkma bilincine varan işçilerde kendilerine meslek hastalıkları ile ilgili bilgi verecek kurumlar aramaktadırlar. Belirtilen nedenlerle her geçen gün önemini daha iyi kavradığımız meslek hastalıkları konusunda ülkemiz ve dünyadaki gelişmeleri kısaca derleyecek, ilgili kuruluş ve okuyucularımıza iletmeye çalışıldı. Konunun geniş kapsamlı oluşu nedeniyle bu yazıda tanım, tarihçe, sınıflama Mediko Sosyal yönleri ve son yıllara ait bazı veriler tartışıldı. Önemli meslek hastalıkları ile ilgili özel bilgiler başka yazılarda ele alınacaktır.

Tarihçe : Yaşamını devam ettirmek ve her geçen gün yaşam koşullarını iyileştirmek için çalışan insanda, yaptığı iş nedeniyle bazı hastalıklara tutulduğu çok eski kayıtlarla belirlenmiştir.

Hipokrat (M.Ö. 370) Kurşun işlerinde çalışanlarda olan olumsuz değişimleri gözleyerek bazı klinik bulgular tanımlamıştır. Bu kişilerde Konstipasyon, kolik, paralizisi ve görme bozukluğu oluştuğunu belirtmiştir. (3) Meslek hastalıkları ile ilgili ilk yazılı yapıt 1556 da verilmiştir. Georgius Agricola «Dere Metalica» adlı bu yapıtında maden iş yerlerinde çalışanlarda görülebilecek iş kazaları ve hastalıklarını tanımladı.

Paracelsus 1567 de Maden Endüstrisi, Madenci Hastalıkları, Minerallerin ve Metallerin insan organizması üzerine etkilerini inceledi. Bir İtalyan hekimi olan Bernardino Ramazzini 1700 yılında o zamanki iş yerleri ve meslek hastalıkları arasındaki ilişkileri tanımlamış, koruyucu önlemleri belirtmiştir. Zenaatkârların hastalıkları (Dr. Marbus Artificum) adlı yapıtı ile iş sağlığı hekimliğinin gelişmesine öncü olmuştur. Teknolojideki gelişmelerle, kullanılan kimyasal maddelerin sayılarında artmış, bunlarla çalışanların, üzerindeki etkieri, oluşan hastalıkların klinik bulguları da çeşitlenmiştir. Hızlı üretim ve aynı işin tekrar, tekrar uzun süre yapılması, kişide ruhsal sorunlar oluşturmuştur. İngilterede sanayileşmenin başlangıç yıllarında aşırı kâr hevesi ile, iş yerlerinde küçük çocukların, kötü iş yeri koşullarında ve uzun süre çalıştırılmaları, sosyal sorunlar yaratmış, ayrıca meslek hastalıklarının daha küçük yaşlarda oluşmasına neden olmuştur.

Günümüzde petrol ve Radyo aktif madde üretiminde, çalışan işçilerde oluşan meslek hastalıklarının belirlenmesi ile meslek hastalıkları sayısı daha da artmıştır. Sanayileşme ile meslek hastalıklarının arttığı belirtilirken Tarım işçilerinde meslek hastalıkları sayıları da artmaktadır. (Şarbon, Weil Burucellosiz. v.b.) Çalışanlarda artan meslek hastalıklarının tanımı, teşhisi ve tedavilerinin yapılması için değişik tarihlerde ülkedeki, sosyo ekonomik ve kültürel değişmeler sonucu sosyal sigortalar kurumları kurulmuştur. Her ülkeye ve zamana göre meslek hastalığı gurubuna giren hastalıklarının sayısı da değişmekte bu nedenle konu hem tıbbi hem hukuksal yönden tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Ülkemizde S.S.K. 1946 da kurulmuş, meslek hastalığı belirlenen işçiye tazminat verilmesi yasallaştırılmıştır. Ne varki hastalığa neden olan iş ve iş yeri koşullarının özellikle kimyasal ve fiziksel etkenleri tanımı ve miktarının ölçümü için laboratuvar olanaklarının ve bu konuda çalışan sağlık personelindeki sayı ve bilgi azlığı gibi nedenlerle, işçinin yararına beklenen düzeyde sonuçlar alınmamaktadır.

Sınıflandırma

Günümüzde sınıflandırma hastalığa neden olan etkenin çeşidine göre yapılmaktadır. Başka bir ayırımda da vücutta hastalık yaptığı organ ya da sistemlere göre sınıflandırılmıştır: Deri hastalıkları (Kontakt dermatit solunum sistemini özellikle A-C leri tutan pnömokonyozlar, Hematopoetik sistem (toksik sarılıklar) bulaşıcı hastalıklar (şarbon, weil) gibi. (1) (3)

İş yerinde hastalığa neden olan etkenlerle kendi içinde gruplandırılmıştır.

A — Kimyasal etkenler

- 1 — Metal ve Metaloidler
- 2 — Halojenli Hidrokarbonlar
- 3 — Aromatik Hidrokarbonlar
- 4 — Gazlar
- 5 — Organik fosforlu bileşikler
- 6 — Makina yağları

B — Tozlar

- 1 — Mineral tozlar (Kömür, Asbest, Silikoz. v.b.)
- 2 — Organik tozlar (Prissinos v.b.)

C — Fiziksel etkenler

- 1 — Titreşim hastalıkları
- 2 — Sağırlık
- 3 — Katarakt
- 4 — Kas ve eklemlerin hastalıkları
- 5 — Radyasyonların hastalıkları
- 6 — Isıya bağlı hastalıklar. (Kramp, ısı çarpması, soğukta donmalar v.b.)
- 7 — Işık (Ultraviyole, kırmızı ötesi ışınlar, ionize ışınlar, mikrodalgalar) a bağlı hastalıklar. Eritem Fotooftalmi, pigmentasyon artması.

D — Biyolojik etkenlere bağlı meslek hastalıkları.

- 1 — Bakteriel olanlar (Şarbon, Burucellosiz, Ruam, Tetanoz, Leptosipozis, Tularemi, Psittakoz.
- 2 — Funguslara bağlı
- 3 — Paraziter olanlar, Pilharidzis (schistozomiazis) Aktinomikozis.

Tanı Koma :

Meslek hastalıklarında tanım iş ve iş yeri ile ilgili derin bilgi alınarak, iş yerinin yerinde görülmesi, klinik muayene bulguları ve laboratuvar bulguları ile konur. Kişideki hastalığa neden olan etkenin çalıştığı iş yerinde var olduğunu belirlemek maruz kalınan dozun bulunan klinik durumu yapacak dozda olduğunu gösterdikten sonra meslek hastalığı denebilir.

Sınıflamada belirtilen, etkenlerin çoğunun iş yerinde müsaade edilebilecek en fazla değerleri belirlenmiştir (MAC değeri, İngilizce Maximum Allowabel Concenration'un baş harflerinden oluşmaktadır.) Ne varki günümüzde sanayide kullanılan madde ve bileşiklerin sayıları o kadar çok artmıştır ki kantitatif olarak bazılarını ölçmek bilinen yöntemlerle mümkün olamamaktadır. Diğer önemli bir sorunda ruhsal bozukluk yapacak etkenin maruz kalma süresi ve değeri kişilere göre farklılık göstermekte ve buna sınır koyma güçlüğü doğmaktadır. Son yıllarda seri üretimde çalışan, aynı işi tekrar yapan kişilerde ruhsal hastalıkların arttığı görülmektedir.

Tedavi

Meslek hastalıklarının tedavisi : Meslek hastalığı türüne göre değişmektedir. Şüphesiz tedaviden beklenen yarar da, hastalığın derecesine bağlıdır. Sanayileşme arttıkça sağlık hizmetleri bünyesinde meslek hastalığı poliklinik ve klinikleri de artmıştır.

Rehabilitasyon : Meslek hastalığı, sonu çalışamaz hale gelen, ya da iş kazası sonu bedeni bozukluğu oluşan kişinin topluma kazandırılması yapabileceği işlere göre tekrar eğitimi ve böylece hem kendisi hem de Toplum için üreticiliğinin devamını sağlamak önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu uzun süreli ve temel yatırımlara yönelik çalışma ve programla yürütülebilir.

Meslek Hastalıklarının Yarattığı Sosyal Sorunlar :

İşçide oluşan meslek hastalığı sonu organ kaybı, iş göremezlik, hem işçi için ekonomik ve sosyal sorunlar getirir-

ken, ülke için de ekonomik bir kayıp ve sosyal sorunları artırmaktadır. Ereğli Kömür İşletmelerinde 1975 yılında daimi iş görememezlik durumuna gelmiş işçi sayısı 10.000'den 77'dir. İşe bağlı ölümler ise 10.000'den 33'tür. Kalifiye işçilerde oluşacak iş görememezlik halinin ise önemli bir üretim kaybı yaratacağı bilinen bir şeydir.

İstatistik :

Her konuda olduğu gibi Meslek Hastalıklarının da eksiksiz tesbiti, ile sayılarla ifade edilmesi gerekir. Konuya ilişkin sorunların doğru çözümü ve ileriye dönük düşüncelerin belirtilmesi ayrıca kıyaslamalar yapabilmek için verilerin eksiksiz toplanması gerekir. Ülkemizde bu konuda önemli eksikliklerin olduğunu görüyoruz. Bir kaç küçük örnekle bu vurgulanabilir. 1961 - 1971 yılları arası verilere göre B. Almanya ile Türkiye'de çeşitli iş kollarında görülen meslek hastalıkları kıyaslanırsa (4. 7)

Tablo 1. 1961 - 1971 arası B. Almanya'da bildirilen Meslek Hastalıkları :

Yıllar	B. Almanya'da İşçi Sayısı	Tesbit edilen meslek hastalığı Sayısı	Meslek hastalığı sıklığı (Binde)
1961	24.320.000	7306	0,29
1962	24.440.000	7445	0,30
1963	24.341.000	6779	0,28
1964	24.859.000	6284	0,25
1965	24.951.000	6464	0,26
1966	25.025.000	6152	0,24
1967	24.129.000	5836	0,24
1968	24.327.000	5316	0,21
1969	25.599.000	5464	0,21
1970	25.504.000	5173	0,20
1971	24.937.000	5374	0,21

Türkiye'de durum		Tesbit edilen meslek hastalığı Sayısı	Meslek hastalığı görülme sıklığı (Binde)
Yıllar	İşçi Sayısı		
1961	688.819	695	1,00
1962	680.125	445	0,65
1963	710.820	621	0,87
1964	765.317	608	0,79
1965	921.458	1016	1,10
1966	991.510	1085	1,09
1967	1.069.487	2477	2,31
1968	1.206.175	2411	1,99
1969	1.261.856	2387	1,89
1970	1.313.500	923	0,70
1971	1.404.816	327	0,23
1972	1.525.000	215	0,14
1973	1.649.079	208	0,12
1974	1.799.998	150	0,88
1975	1.823.338	305	0,16

Görüldüğü gibi B. Almanyada Meslek Hastalıklarının görülme sıklığı yıllara göre düzenli bir düşme gösterdiği halde Türkiye'de düşme ve artma gözükmektedir. Burada kayıtlarda eksiklik olduğu düşünülebileceği gibi, yıllara göre meslek hastalıkları listesinde yapılan değişikliklerin önemli etken olduğu görülmektedir.

Tablo II. Çeşitli iş kollarında görülen Meslek Hastalıkları sıklığına göre kıyaslama (1975)

İş Kolu	B. Almanyada Meslek Hastalıkları Sıklık (Binde)	Türkiye İşçi Sayısı	Türkiyede Beklenen Meslek Hastalığı Sayısı	Tesbit Edilen	Fark
Ticaret - Büro	0,088	318.036	3	—	3
Metalurji - Madeni					
Eşya	0,17	275.116	47	—	47
Gıda Sanayi	0,18	181.856	15	—	15
Tekstil Deri Sanayi	0,07	179.755	13	1	15
Ulaştırma	0,02	78.970	2	—	2

Madencilik	8,92	90.569	808	294	514
Gaz su elektrik	0,012	978.825	1	1	0
Taş, toprak, seramik	0,63	67.533	43	7	66
Kimya ve İlaç San.	0,13	63.950	8	—	8
Kâğıt San. Matbaa	0,25	36.301	3	—	3
Kereste marangoz	0,07	33.638	1	—	1
Elektronik, mekanik	0,022	23.638	1	—	1
Balıkçılık	—	154	1	—	1
T O P L A M	—	1.823.338	993	305	688

Bütün iş ve iş yerleri koşullarının bu iki ülkede de aynı olduğu var sayılarak yapılan bu hesaplama ile bile bizdeki istatistik verilerin ne kadar eksik olduğu ve yanıltıcılığı görülmektedir.

Kaldığı ülkemizdeki iş yerlerindeki koşulların B. Almanya-dakinden daha olumsuz olduğu kabul edilmelidir.

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji kürsüsü tarafından 1976 yılında kozlu kömür maden ocaklarında yapılan bir araştırma sonuçlarına göre pnömokonyozisin % 3,97 olduğu görülmektedir. (% 39,8) (5) Tablo II de gösterilen Genel Madencilik iş koluna ait sayı ile kıyaslanırsa, ne kadar farklı sonuçların çıktığı görülmektedir. Oysa 1975 yılı Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından tesbit edilen Meslek Hastalığı sayısı madencilik iş kolunda 10.000 de 3,3 tür. (7). Kozlu Maden ocağında yapılan, bu araştırmada işçilerin akciğerlerinde görülen fonksiyon bozukluklarının çalışma yılına göre dağılımı.

Çalışma Süresi	Sayı %
0-5 Yıl	6,9
16-10 Yıl	8,3
11-20 Yıl	10,3
20 Yıl	13,4

Meslek Hastalıklarından Korunmada : Kişi, Çevre ve işyeri ayrı ayrı önem taşır.

İşçinin yaptığı işin doğurabileceği hastalıkları bilmesi, yaptığı işe göre eğitimi ve iş yerinin sağlığa uygun düzenlenmesi gerekir. Bu ancak iş yerinde görev yapacak sağlık ekiplerinin oluşturulması ile sağlanabilir. İşçinin ilk işe girişinde tıbbi muayenelerden geçirilmesi, olumsuz gelişmeler zamanında belirlenerek oluşacak meslek hastalıkları önlenmelidir. İş yerinde görev alacak ekipteki kişi sayısı her geçen gün artmak-

tadır. Örneğin: İsveçte işyerlerinde her yüz kişi için haftada bir saat endüstriyel doktor tarafından muayene, aynı şekilde bir iş güvenliği mühendisi, her 2000 işçi, için tam zamanlı çalışan doktor bulundurulması iş yerinin işletmeye açılması için ön koşul olarak belirlenmiştir. (6)

Sovyetler Birliğinde : Bölge özellikleri, sanayi türü ve endüstrileşme derecesine göre 1500-2000 işçiye 1 endüstriyel doktor iki endüstri hijyenisti görevlendirilmektedir. (6)

Ülkemizde iş yeri hekimliği ve Meslek Hastalıkları konusunda görevli personel sayısı parmakla sayılacak kadar azdır. (7)

Eğitim : Yukarıda belirtilen iş yeri sağlık ekibinin görevini tıbbi hastalıklar yanında, önemli bir kısmını işçilerin Meslek Hastalıklarından korunmalarına yönelik eğitim oluşturmalıdır. Eğitim araçları iş yeri özelliğine göre değişebilir.

Sonuç : Toplumsal gelişme ve sanayileşme beraberinde de önemli sağlık sorunları getirmektedir. Özellikle iş yerlerinde kullanılan kimyasal maddelerin artması, işçi sayısının artması Meslek Hastalıklarının artmasına neden olmaktadır. Bu sorunların çözümü ise kararlı, uzun süreli çalışmalara bağlıdır.

KAYNAKLAR :

- 1 — Topuzoğlu, İsmail : Meslek hastalıkları H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Bilim Dalı Ders notları.
- 2 — Velicangil, Sıtkı : Endüstri Sağlığı ve Meslek hastalıkları Yakın ve ortadoğu çalışma endüstrisi yayınları No : 3 1970 s. 183
- 3 — Donald, Hunter : The Diseases of occupation (The English universities pr. ltd. 1964.
- 4 — Tonguç, Engin : Türkiye ve dış ülkelerde işgüvenliği ve organizasyonun bir kriteri olarak meslek hastalıkları. (Teksir Aralık 1976)
- 5 — İst. Üniv. Tıp Fak. Yayınları : 1976, Zonguldak Kozlu madenlerinde fiziksel çevre işçi sağlığı ilişkilerinin Medical Ekolojik yönden tetkikleri.
- 6 — Conference on the teaching of occupational health and safety (İ.L.O. WHO, Milan 26-30 June 1973)
- 7 — Türkiye Maden İşçileri Sendikaları Federasyonu Genel Kurul çalışma raporu : 16-18 Mayıs 1977 - Ankara

İŞ KAZALARI

Dr. M. Çetin DURUK
ATO. İşçi Sağlığı
Bürosu Üyesi

A. GİRİŞ

Gelişen sanayileşmenin getirdiği en önemli işçi sağlığı sorunlarından biri iş kazaları ve bunun işçi sınıfının sosyo ekonomik yaşamına etkileridir. Her geçen gün önemini arttıran iş kazaları toplumda görülen bütün kazalar içerisinde en önemli sırayı almaktadır. İş kazalarının önemini her geçen gün yaşayarak duyan işçi sınıfımız bu soruna daha çok önem vermeğe başlamış, yetersiz de olsa iş kazaları sorununun her yönünü bilimsel yöntemlerle araştırma çabasına girmiştir. İşverenler ise sınıfsal konumları gereği iş kazaları konusunda tarafsız kalmayı yeğlemekte, işçilerin bu alanda biliçlenip yeni talepler getirmelerini engellemek istemektedirler.

B. KAZALARIN TARİFİ VE SINIFLANDIRILMASI:

1956 yılında toplanan Dünya Sağlık Örgütünün (W.H.O.) bilimsel danışma grubu genel olarak kazaları şöyle tanımlamıştır.

«Kaza belirli bir hasar yapan, önceden düşünülmemeyen olaydır.»

Bu tanımda yer alan «önceden düşünülmemeyen olay ın kapsamı çok geniş tutulmuştur. Araştırmalar, istatistiksel analizler, ve pratik deneyler sonucu alınabilecek bütün koruyucu yön temlere karşın ortaya çıkan olaylar «önceden düşünülmemeyen» olaylar sayılmaktadır.

Kazaların bir diğer tanımı de şöyledir.

İnsanların isteğinin dışında ani bir kuvvet sonucu, fiziksel veya mental hasara neden olan olaya kaza denir.

Kazalar ölüm ve yaralanma nedenleri arasında çok önemli bir yer tutar. Bu önem her geçen gün daha çok artmaktadır. Kazaların öneminin daha bilimsel bir yöntemle saptanabilmesi, toplumda neden olduğu ekonomik ve sosyal kayıpların belirlenebilmesi ancak kazalar ile ilgili ölüm, morbidite, iş görmezlik ile ilgili hızların bilinmesi ile sağlanabilir.

Kazalar kabaca 4 ana grupta toplanmaktadır.

- 1) Ev kazaları
- 2) Trafik kazaları
- 3) İş kazaları
- 4) Diğer bütün kazalar

İncelememizde işçi sağlığı ile ilgisi nedeniyle sadece iş kazalarının çeşitli yönlerini araştırmağa çalışacağız.

Ev ve trafik kazaları ayrı bir inceleme konusu olarak ele alınmalıdır.

C. DÜNYADA İŞ KAZALARI

Çeşitli ülkelerde iş kazaları morbidite hızları 150 başlıklı listelerin incelenmesi sonucu yeterli bilgi elde edilememesi sonucu, mortalite hızları ise yeterli kaynak bulunmadığı için şimdilik araştırılmadı. Kaynaklar elde edilince ayrı bir çalışma olarak yayınlanacaktır. Genel olarak bütün kazaların toplamı ile ilgili çeşitli veriler şöyledir.

1964 yılında tüm kazalar sonucu ölümler bütün ölümler arasında A.B.D.'de 4. sırayı, İsveç'te 5. sırayı, İngiltere'de 6. sırayı, Almanya'da 5. sırayı almışlardır.

1971 yılında bazı ülkelerde 1-14 yaş gurubunda kaza ölüm hızları (10.000 de) şöyledir.

Ülke	Kaza Ölüm Hızı (10.000 de)
A.B.D.	35,6
Kanada	35,6
Şili	32,6
Japonya	51,2
Bulgaristan	35,8
Çekoslovakya	37,7
Macaristan	24,5
İngiltere	25,5

1971 yılında seçilmiş bazı ülkelerle tüm ölümler arasında kaza ölümlerinin yüzdeleri ise şöyle dağılmaktadır.

Ülke	Kazaların Tüm Ölümler Arasında Ölüm Yüzdesi:
A.B.D.	% 47,4
Almanya	% 38,6
İngiltere	% 38,4
Macaristan	% 33,4
Bulgaristan	% 36,0
Çekoslovakya	% 41,7

Kaza sonucu ölümler çeşitli yaş gruplarında, farklılık göstermektedir. En çok kaza ölümleri genç yaşlarda görülmektedir. A.B. Devletlerinde 1967 yılında yaş gruplarına göre ölüm nedenlerinin sırası şöyledir.

Yaş Grup.	1. Ölüm Nedeni	2. Ölüm Nedeni	3. Ölüm Nedeni	4. Ölüm Nedeni	5. Ölüm Nedeni
0	Premature Doğum	Pneu- monia	Doğuş- tan	İshaller anomali	Kazalar
1-4	Kazalar				
5-14	Kazalar				
15-24	Kazalar				
25-44	Kalp Hast.	Kazalar			
45-64	Kalp Hast.	Kanser Kanaması	Beyin	Nefrit	Kazalar
65-	Kalp Hast.	Beyin kanaması	Kanser	Nefrit	Kazalar

Bu tabloda görüldüğü gibi gelişmiş ülkelerin en önemli sağlık sorunlarının biri kazalardır. Az gelişmiş ülkelerde ise gelişmiş ülkelere göre kazaların önemi daha azdır. Fakat bu ülkelerde kazalar her geçen gün daha fazla önem kazanmaktadır. İhbar ve kayıt sistemlerinin bu ülkelerde yeterince geliştirilmemiş olması durumun bilimsel değerlendirilmesini engellemektedir. Bu ülkelerde gözlenen bir diğer olgu ise kaza sonucu ölüm ve yaralanmaların artış hızının gelişmiş kapitalist ve sosyalist ülkelerden daha yüksek oluşudur.

Bütün dünyada tüm kazalar içinde iş kazaları önemli bir yer tutmaktadır.

1960 yılında A.B.D.'lerinde kazaların dağılımı şöyledir:

Kazanın Cinsi	Ölüm (sayı)	Sakatlık (sayı)
İş Kazası	13.800	1.950.000
Trafik kazası	38.000	1.400.000
Ev kazaları	28.000	4.000.000
Diğer Kazalar	17.000	2.000.000
TOPLAM	96.800	9.350.000

İşkazalarının işkollarına göre dağılımında, ise maden ve inşaat işkolları önemli yer almaktadır. A.B. Devletlerinde çeşitli işkollarında işkazası ölümlerinin görülme sıklığı şöyledir.

İşko/u	Ölüm Hızı (Yüzbin işçide)
1) Maden, Petrol arama Çıkarma	100
2) İnşaat	72
3) Tarım	57
4) Taşıma	43
5) Hizmetler	15
6) Genel hizmet kurumları	14
7) İmalat	10
8) Ticaret	8

Gelişmiş ülkelerde işçi sınıfının örgütlü mücadelesi sonucu iş sağlığı alanında çeşitli koruyucu önlemler alınmıştır. Buna paralel olarak iş kazası ölümlerinde son 30 yıl içinde düşme gözlenmektedir. Yaralanmalar aynı düzeyini sürdürmektedir. Fakat artış önlenmiştir. Koruyucu önlemlerin alınmasında ikinci önemli neden ise işverenlerin iş kazası sonucu kaybedilen işgücünün ekonomik yükünü hesaplamalarıdır. İş kazalarının önlenmesinde ilk önemli adım 1880 yılında Almanya'da kabul edilen sigorta sistemidir. Bu sistem ile işçiler hastalık ve iş kazası hallerinde ücretsiz sağlık yardımını elde etmişlerdir. Birkaç yıl sonra diğer batı ülkelerinde işçi sağlığı alanında sigorta sistemini oluşturmuşlardır. Zamanla kazaları önlemeye çalışan yöntemler geliştirilmiş, kaza sonrası sosyal güvenlik kurumları oluşturulmuştur.

Az gelişmiş ülkelerin çoğunda ve ülkemizde de iş kazalarının çıkarılabilmesi ve işçi sağlığı alanında bir kısım hakların elde edilebilmesi elli yıl sonrasına, 1930 lara raslar.

D. TÜRKİYEDE İŞ KAZALARI

İş kazaları ülkemizde sanayileşmenin artışı ile hergeçer gün önemini artıran bir işçi sağlığı sorunudur.

Gelişmiş kapitalist ve sosyalist ülkelerde aynı düzeyde kalması sağlanabilen iş kazaları az gelişmiş ülkelerde, özellikle ülkemizde büyük bir hızla artış göstermektedir. Uzun yıllar iş kazaları karşısında kaderine terk edilmiş olan Türkiye işçi sınıfı bu alandaki ilk hakkını 1936 tarihli iş yasası ile elde etmiştir. Bunu 1946 yılında Çalışma Bakanlığının ve Ş.S.K.'nin örgütlenmesi izlemiştir. Aynı yıllarda iş kazaları, analık sigortası ve meslek hastalıkları ile ilgili yasalar çıkarılmıştır. Bütün bu gelişmelere karşın halen ülkemizde iş kazalarına karşı koruyucu yöntemler, kaza anında acil bakım olanakları ve kaza sonrası rehabilitasyon olanakları çok yetersizdir. Aynı zamanda zaten çok yetersiz olan yasal haklarını uzun süren sonuçlanmayan mahkemeler nedeniyle işçiler elde etmekte güçlük çekmektedirler.

Türkiyede iş kazaları ile ilgili veriler ihbar-kayıt sistemleri çok yetersizdir. İş kazalarının büyük bir çoğunluğu ve neden olduğu hasarlar saptanamamaktadır. Bazı işyerlerinde o işyeri çapında yapılan geriye yönelik araştırmalar iş kazalarının % 70'inin kayıtlarda bulunmadığını ortaya çıkarmış, gerçek iş kazaları sayılarının daha yüksek olması gerektiği saptanmıştır. Hiçbir kayıt sisteminin olmadığı ve sigortasız işçilerin çalıştığı bazı işkollarında (Tarım, İnşaat vs.) işkazarlarının durumu hiç bilinmemektedir.

S.S.K. nun çeşitli işçi sağlığı ile ilgili sorunları gösteren istatistik yıllıkları kayıtların yetersizliği nedeniyle sorunun önemini vurgulamaktan uzaktır. Rakamlar gerçeğin çok altındadır.

Bu sakıncasına rağmen S.S.K.'nin 1976 istatistik yılından işkazaları ile ilgili bazı verileri buraya aktarmakta yarar görüyoruz. Böylece iş kazaları sorununa ilerisi için yeni yaklaşımlar yapılabilecektir.

Sigortalı işçilerde görülen iş kazaları ve bunun sonucu oluşan ölüm, işgöremezlik, sayıları şöyledir.

Yıllar	İşkazası (sayı)	İşkazası Daimi İşgöremez/ik	İşkazası Sonucu Ölüm
1972	160.585	2.581	682
1973	176.993	2.535	822
1974	180.375	2.762	983
1975	182.601	2.764	855
1976	196.341	3.187	947

Bu tabloda görüldüğü gibi yıllara göre bir artış mevcuttur. İşgöremezlik vakalarının dereceleri ise şöyledir:

İşgöremez/ik Derecesi	Sayı
% 10 dan az	2.096
% 10-19	420
% 20-29	270
% 30-39	169
% 40-49	82
% 50-100	150
TOPLAM (1976)	3.187

1976 yılında mevcut 947 işkazaşı ölümünün hemen, hemen hepsinin (899) ani ölüm olduğu saptanmıştır.

İşkazaşı ve meslek hastalıkları sonucu ölümlerin yaş gruplarına göre dağılımı şöyledir:

Yaş Grubu	Sayı
14 den az	7
15-24	206
25-34	306
35-44	291
45-54	193
55 den büyük	110
TOPLAM	1113

Yukardaki tablodan da görülebileceği gibi ölümlerin büyük bölümü 25-45 arasında üretken yaş gurubunda ortaya çıkmaktadır. Ortalama ölüm yaşı ise yukardaki tabloda 37 yıl olarak hesaplanmıştır.

1976 yılında işkazaları ve meslek hastalıkları sonucu ölümler nedeniyle S.S.K. tarafından gelir bağlanan hak sahiplerinin sayısı ve nitelikleri şöyledir:

Hak Sahipleri	Sayı
Eşler	814
Çocuklar	2.321
Kardeşler ve diğer yakınlar	410
TOPLAM	3.545

İşkazaşı sonucu işgöremezlik sürelerine göre iş kazası geçiren işçilerin sayısı şöyle dağılmıştır:

İş göremez/ik Süre/eri (gün)	İşkazası Sayısı
0-3	27.942
4-15	131.385
16-90	33.847
91-364	2.898
365+	269

İşgöremezlik süreleri toplamı hastanede ayakta 2.787.219 gün

İşkazalarının büyük çoğunluğu iş saatlerinin başlangıcında görülmektedir. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizdeki durumda aynıdır. 1976 yılında görülen işkazalarının % 50 si ilk iki iş saati içinde görülmüştür.

İşkazalarının işyerinde çalışmakta olan sigortalı işçi sayılarına göre dağılımı incelenince kazaların büyük kısmının az sayıda işçinin (1-3 veya 4-9 işçi) çalıştığı küçük işyerlerinde görüldüğünü ortaya çıkmıştır. Bunun medeni küçük işletmelerin sayılarının fazlalığı veya küçük işletmelerde yeterli koruyucu yöntemlerin geliştirilmemesi olabilir. Yorumunu okuyuculara bırakıyoruz.

İşyerinde Çalışan Sigortalı İşçi Sayısı	İşkazası Sayısı (1976)
1-3	68.714
4-9	17.697
10-20	18.541
21-50	23.519
51-100	16.038
101-200	13.405
201-500	18.918
501-1000	8.487
1000 den fazla	11.010
TOPLAM	196.329

Kaza yapan işçilerin çoğunluğunun ise yeni girmiş (3 ay 2 yıldır çalışan) işçiler olduğu, bu süreden daha az veya daha çok çalışan işçilerde ise işkazası sayısının azaldığı istatistiksel olarak saptanmıştır. Kaza sonucu ortaya çıkan sakatlıkların büyük çoğunluğu ise yırtıklar ve yaralardır.

Türkiyede en çok işkazası görülen işkolları ise bütün dünyada olduğu gibi inşaat ve madencilik işkollarıdır. Bu işkolları ve diğer işkollarında, kaza ölüm ve işgöremezlik sayıları şöyledir:

İşkolları	İşkazası (sayı)	Daimi İş Göremez/ik (sayı)	Ölüm (sayı)
İnşaat	32.242	434	388
Kömür Madenciliği	10.005	609	270
Nakliyat	4.448	110	85
Taşıt imalı	16.907	122	11
Dokuma Sanayi	16.630	365	12
Ticaret	1.938	36	39
Metal eşya imalı	24.391	327	16
Makina imalı	16.393	145	16
Diğerleri	73.387	1039	276
TOPLAM (1976)	196.341	3.187	1113

Bütün bu verilerden kabaca anlaşılacağı gibi artık Türkiye'de işkazaları ile ilgili rakamlar yüzbinlerle, ölümler ise binlerle konuşulmaktadır. Çok önemli bir sağlık sorunu olarak herkesin karşısında çözüm bekleyen büyük bir sorun olarak durmaktadır. İşçi sınıfımız bir an bile geciktirmeden iş kazalarına bilimsel yaklaşım - yapabilmelidir. Çeşitli işkollarında, çeşitli makina çeşitlerinde ve değişik çalışma koşullarında uygulanabilecek işkazalarından korunmaya yönelik önlemleri saptayıp öneriler getirmelidir. Üniversiteler S.S.K. ve en önemlisi Sağlık Bakanlığı sorunu her yönüyle araştırmalıdır.

Toplu sözleşmelerde, iş kazalarından korunma, kaza sırasında, tıbbi bakım olanakları, kaza sonrasındaki rehabilitasyon olanakları, hem işyeri düzeyinde, hem ülke düzeyinde hem ülke düzeyinde talep edilmelidir.

KAYNAKLAR :

- 1) WHO. Accidentin childhood Report of an Advisory group Genevo 1957
- 2) WHO Health trends and propects W.H. statistic report 1974.
- 3) Wohld health statistics report vol. 30. No : 1. 1977
- 4) Topuzoğlu, İsmail : Kazalar ve Korunma Hac. Üniv. Toplum Hekimliği ders notları.
- 5) Erkan Cavit : A. Ü. Tıp Fak. Yay. No. 225
- 6) Çalışma Bakanlığı İşçi Sağlığı Genel Müdürlüğü Sanayide İşgüvenliği Eğitim Rehberi Sayı : 8
- 7) W.H.O. conference on the teaching of occupationd health and safety copenhagen. 1974.
- 8) Gümüşbaş Yılmaz : İş kazaları mı? İş cinayetleri mi? Cumhuriyet Eylül 1976.
- 9) S.S.K. İstatistik Yıllığı 1976 No : 283

İşyeri Dışında İşçi ve Ailesinin Sağlık Sorunları

Dr. Ali Ağzitemiz
ATO İşçi Sağlığı
Bürosu Üyesi

İşçi ve ailesini toplumun diğer bireylerinden soyutlamak yanlış olur, ancak toplumumuzda örgütlü bir kesimi oluşturan işçi sınıfı ve onun ailesinin sağlık sorunları bazı özellikler göstermektedir. Bu nedenle işçi sınıfının sağlık sorunlarını halkın sağlık sorunlarından ayrı tutmadan içinde bulunduğu çıkmazı sergilemek ve soruna akılcı bir yaklaşımla çözüm yolları bulmak zorunluluğu vardır.

Sağlık yalnızca bir hastalık veya sakatlanmanın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel - ruhsal ve toplumsal yönden tam bir huzur ve iyilik içinde bulunmaktır.

Tüm uluslar sağlıklı olmayı bu şekilde tanımlıyor ve sağlık hizmetlerini bu tanımın içeriklerine göre düzenleyebildikleri ölçüde halkın yararına, gerçekten başarılı bir hizmet üretmiş sayılıyorlar.

Ülkemizde sağlık hizmetleri çok değişik yöntem ve değişik kurumlar aracılığı ile üretilmektedir. İşçilere ve onların bakmak zorunda olduğu kimselerde sağlık hizmetini SSK götürmektedir. Bu gün götürülen hizmetin en belirgin özelliği tedavi edici hizmetleri hemen hiç bir dönemde SSK'nin kendisine görev saymadığı bir anlayış ve yaklaşımla yürütülmektedir. Salgın hastalıklar, beslenme, çevre sağlığı sorunları gittikçe büyüyen boyutlarda ülkemizin çözmek zorunda olduğu gerçekler olarak sürmektedir.

1976 yılı istatistiklerine göre 738.646 iş yerinde: (7)

Kadın işçi: 172.035
Erkek işçi : 1.845.840

Toplam : 2.017.875

İşçi çalışmaktadır. Yurt dışında çalışan 7743.000 işçi ve bunların ailesi de değerlendirilecek olursa ortalama 10.000.000 kişinin sağlık sorunları sigortalıların ödedikleri prim karşılığında SSK tarafından çözümlenmek zorundadır.

Sanayileşme ülkemize bir çok sorunları da beraberinde getirmiştir. Sanayinin ülke çapında gelişmesiyle, kentlerdeki iş gücünün yeterli olmaması köylerden kentlere akımı hızlandırmıştır. Genellikle geniş aile yapısında olan kırsal kesimden koparak kentlerde çekirdek aile tipinde çok sayıda aile ortaya çıkmıştır. Bu nedenle sağlığa uygun konut ve çevre koşulları, geleceğe sağlıklı bireyler yetiştirilmesinde önemini reddedemeyeceğimiz beslenme ve eğitim sorunları, emeklerinden başka geçim kaynakları olmayan işçi ve onun ailesinin karşısında çözümlenmesi güç dev sorunlar olarak birbiri ardı sıra dizilmektedir. Bu gün işçi ve ailesinin sağlık sorunlarını sıralamak gerekirse:

- 1) Çevre sağlığı ve konut sorunu
- 2) Tedavi edici sağlık hizmetleri sorunları
- 3) Koruyucu sağlık hizmeti sorunları:
 - a) Ana çocuk sağlığı
— Ana sağlığı
— Çocuk
 - b) Beslenme
 - c) Sağlık eğitimi sorunları olarak gruplandırabiliriz.

1) ÇEVRE SAĞLIĞI VE KONUT SORUNU :

Sanayileşmenin kırsal kesimden büyük kentlere olan akımı hızlandırması, bu akıma hazırlıklı olmayan kentlerimizin tümünde çevre sağlığı ve konut sorunlarını büyük boyutlara ulaştırmıştır. Akımın bir göstergesi olan gece kondu sayısının toplam konutlara oranı her yıl biraz daha artmaktadır.

1955 yılında gece konduların tüm konutlar içindeki payı % 3.5 iken 1975 yılında bu oran % 29.7 ye yükselmiştir. 1975 yılında gece konduların Ankara, İst. İzmirdeki tüm konutlar içindeki payı % 67.5 dir. (2)

1. Temiz içme ve kullanma suyu sağlanması,
2. Çöp ve artıkların zararsız hale getirilmesi, kanalizasyon şebekesinin iyi kurulması,
3. Hastalık taşıyan canlıların (karasinek, sivrisinek, vs.) kontrolü
4. Besinlerin sağlık koşullarına uygun bir biçimde hazırlanması ve dağıtılması,
5. Konutların sağlık koşullarına uygun bir standarda göre yapılması,
6. Yolların ve ulaşımın her türlü hizmeti götürmeye uygun bir biçim ve yeterlilik ölçüleri içinde yapılmış olmasıdır.

Bu sıralanan koşulları tek tek ele aldığımızda, büyük kentlerimizdeki gece kondularında sık sık çıkan kolera ve dizanteri salgınlarının, bir km. ötedeki apartmanlarda neden daha az görüldüğü açıklığa kavuşmaktadır. Yurdumuzda sağlığa uygun temiz su için yurt çapında 1 milyar lira harcanması gerektiği Devlet Su İşleri Genel Müdürlüğüne açıklanmaktadır. Çöpler ve diğer insan artıklarında su kadar, bulaşıcı hastalıklarda önemli bir yer tutar. Özellikle insan ve hayvan dışkısının gübre olarak kullanıldığı ülkemizde bu koşullarda salgın hastalık tehlikesi daha da artmaktadır. Kanalizasyon sorununa günlük geçici uygulamalarla çözüm bulunamaz. Bu gün Ankara'nın kanalizasyon sorunu çözmek için 8 milyar lira gerekmektedir. Oysa şehir planlaması yapılırken gelecekteki büyüme oranı göz önüne alınarak bir şebeke yapımı gerçekleştirilmiş olsaydı, bu kadar yüksek bir ödemeye gereksinim olmayacaktır. Halen üç büyük kent dahil, ülkemizin hiç bir yerinde sağlığa uygun kanalizasyon bulunmaktadır.

2) KONUT SORUNU :

Çevre koşulları içinde sağlığa elverişli konut, hem sağlık, hemde ekonomik yönden çok önemlidir. Bugün gelişmiş ülkelerde kişilerin kendi olanaklarıyla konut sahibi olmaları dışında, konutların önemli bir bölümü devlet eliyle gerçekleştirilmekte ve konut politikası hükümet programları içinde önemli bir yer oluşturmaktadır. 1975 nüfus sayımı örnekleme sonuçlarına göre ülkemizde toplam nüfusun % 20 si mağara, çadır veya tek odalı ilkel konutlarda yaşamaktadır. Diğer konutlarda ise sosyal gereksinimlerin ne ölçüde bulunabildiği aşağıdaki sonuçlarda görülmektedir. (3)

448.022 Mağara veya çadır
 4.337.000 Tek odalı ilkel konut
 2.065.000 Mutfaksız konut
 1.485.000 Helasız konut
 5.532.000 Banyosuz konut
 2.967.000 Elektriksiz konut

Ülkemizde yaşanabilir konut sayısındaki azlık, çözülmesi önemli ve acil konu sorununu gündeme getiriyor. Kişilerin kendi olanaklarıyla konut sahibi olabilmeleri çok az sayıda kişiye kismet olmaktadır. Emekçi kesimler, zorunlu olarak ücretlerinin büyük bir kısmını kira olarak konut için ayırmaktadır. Kiracı sayısı ise yıllara göre şöyle bir artış göstermektedir. (4)

Yıl	Kiracı Aile
1955	567.250
1965	878.228
1970	1.019.469
1975	1.377.132

Artan konut gereksiniminin üretilen konutlarla karşılanamamasının nedeni ise Türkiyede konut üretiminin sermaye sahiplerinin spekülatif kazançlar konusundaki beklentileri tarafından yönlendirilmesidir. Diğer bir deyişle konut gereksiniminin tüme yakın bir bölümünün özel sektörce gerçekleştirilmesi ve bilinçli, planlı bir konut politikasının olmayışı nedeniyledir. Çeşitli ülkelerde konutta kamunun payı şöyledir. (4)

Fransada	% 78
Bulgaristan	% 75
Çekoslavakya	% 71.2
Finlandiya	% 59
Türkiye'de	% 9.2

Ülke koşullarında konut gereksinimini karşılamak için yılda 100.000 yeni konut gereklidir. Mali portresi 15 milyar bulan bu konuyla uğraşacak ciddi bir kurum bu gün için yoktur. Kamu kesiminde konut yapımı ve dağıtımıyla uğraşan Arsa Ofisi Genel Müdürlüğü'nün yıllık bütçesi 25 milyon liradır, çok çok personel giderlerini karşılayabilecek olan bu bütçe ile Türkiyenin konut sorununun çözülemeyeceğini söylemek bile gereksizdir.

SSK 1962 yılından bu yana konut kredisi vermektedir. SSK'nin vereceği konut kredisinden sıradan bir işçini yararlanabilmesi bazı ön koşullara bağlıdır. Şöyle ki :

1. Arsa parası
2. Alt yapı tesisleri

3. Plan ve proje masraflarını karşılayabilecek 50-60 bin lirayı yatırıp bir kooperatif aracılığı ile 150.000 TL. lık krediden yararlanmak mümkündür. Bu parayı aristokrat işçiler dışında çok az işçi verebilecek güçtedir. 1962 yılından buyana toplam 109.950 işçi konut kredisinden yararlanabilmiştir. (7)

1973 DPT verilerine göre ülkemizde kişi başına yıllık gayri safi milli hasıla 540 dolardır. Hanelerin en düşük gelirlili % 40 nin milli gelirden aldığı pay % 11.5 dir, ülkemizin gelir dağılımında eşitlikten en çok uzak olan ülkeler grubunda olduğu bildirilmektedir. İşçinin aldığı ücret onun dairede oturmasına olanak vermediği gibi ortalama kiranın en çok yarısını vermesine yetmektedir. Bu koşullarda konut sahibi olmak bir yana, kiracı olabilmek de mümkün değildir. Bazı ülkelerde kiraların gelire oranı aşağıda gösterilmiştir (5) :

Avusturya	% 2.9
Fransa	% 7.7
İsveç	% 10
İspanya	% 7.4
Yunanistan	% 9.8
Yugoslavya	% 2.1

Türkiyede ise kira fiatları sabit gelirlilerin ücretlerinin üstünde kalmaktadır.

2/ TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ SORUNLARI :

SSK'nın yapabildiği hizmetin en ağırlıklısıdır. Kurumun bütün örgütlenmesi tedavi edici hizmetler yönündedir. Kurumun elinde bulunan hastane ve yatak durumu şöyledir : (7)

Hastane	56	14.171	yatak
Doğumevi	3	708	»
Sanatoryum	3	2.001	»
Dispanser	67	—	
Sağlık istasyonu	79		
TOPLAM	208	16.880	»

Sağlık kurumları için 1974 yılında 1 milyar 147 milyon TL. harcanmıştır. Bu kurumların fiili giderleri 1974 de 1 milyar 730 milyon TL. dir. Yani SSK bir sigortalı ailesine yılda bin liraya yakın sağlık kurumu harcaması yapmaktadır. SSK'nin elinde bulunan personel ise şöyle :

	1973	1974	1976
Uzman doktor	2034	2107	2496
Pratisyen doktor	471	485	590
Asistan doktor	382	297	503
Diş hekimi	117	125	150
Eczacı	212	244	215
Memur	2358	837	3781
İşçi	15153	18024	19567
TOPLAM :	20725	22220	27306

Tedavi hizmetlerinde önemli iki gösterge olarak sigortalı başına düşen yatak/gün ve sigortalı başına düşen poliklinik sayılarına bakılacak olursa :

	YATAK/GÜN		POLİKLİNİK	
	Toplam	Sigortalı başına	Toplam	Sigortalı başına
1973	3183045	1.93	14253102	8.64
1974	3205651	1.78	14372041	7.98

Bu tablodan da anlaşılacağı gibi SSK artan sigortalı karşısında geride kalmakta, değil daha iyi hizmet verebilmek, bir önceki yılda verdiği hizmetin kalitesini gün geçtikçe düşürmek zorunda kalmaktadır.

Bunun nedenlerine inildiğinde :

- 1 — İnsan gücü ve mali kaynakları Türkiye ortalamasının çok üstünde olmasına rağmen verilen hizmet çok yetersiz kalmakta, çünkü örgütlenmesi yanlış temellere dayanmaktadır.
- 2 — Mali kaynakların, yarısından çoğu sermaye kesimine ucuz kredi kaynağı olarak çeşitli yollardan gitmektedir. 1975 - 76 yılı için bu miktarlar aşağıda gösterilmiştir. (6) (7)

	1975	1976
	TL.	TL.
Milli bankalar	3.836.550.267,95	5.838.847.817,94
Tahviller	15.590.239.568,50	24.629.058.619,55
Sanayi sektöründe kredi	15.746.730,18	7.489.727,18
Tasarruf bonusu ve hisse senedi	1.179.280,—	1.142.980,—
TOPLAM :	19.443.715.846,63	30.476.538.644,67

- 3 — 1975 yılı işveren prim borçları 3.9 milyar TL. dir. Bu parada işverenlerce faizsiz kredi kaynağı olarak kullanılmaktadır.
- 4 — Kurumun istatistikleri, kurumun işçi yararına ne ölçüde hizmet verebildiğinin en canlı kanıtlarıdır. 1976 yılında 641 adet meslek hastalığı saptandığını kurum bildirmiştir. Bu rakam bilimsel bir değer taşımamaktadır. Ancak şu gerçeği açıkça ortaya koyarken, kurumun koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermediği nedeniyle taramalar yapılmamakta, daha erken dönemde yakalanabilmesi mümkün olan hasta işçilerimizi bilinçli olarak kaderi ile baş başa bırakıp, onlara daha iyi koşullarda çalışmalarını sürdürme ve yaşama olanağı tanımamaktadır.
- 5 — Kurumun yatak sayısı gelişmiş ülkelerdeki standartlara eşit olduğu halde bunlardan gereken verimlilikte yararlanamamaktadır. Şöyleki :

	<u>Bin kişiye düşen yatak sayısı</u>
Türkiye ortalaması	25
SSK	43
Gelişmiş ülkeler	45

3/ KORUYUCU SAĞLIK HİZMETİ SORUNLARI :

A — ANA ÇOCUK SAĞLIĞI :

Ana çocuk sağlığı hizmetleri genel olarak değerlendirilecek olursa, koruyucu hizmet anlayışının ağır basması gereken bir bölümünü oluşturması gerekir. Daha geniş anlamda çocuk doğmadan annenin evde ve sağlık tesislerinde takip ve tedavisi, çocuk doğduktan sonra hem annenin hem de çocuğun sağlıklı olmaları bu ilişkilerin sürekli ve işler olması ile olasıdır. Gebe kadınların doğum öncesi dönemde belirli aralıklarla sağlık görevlilerince izlenmesi gerekir. Bu, annenin ve çocuğun sağlığı açısından çok önemlidir. Çünkü doğum sırasında anneye yada çocuğa zarar verebilecek durumlar önceden saptanmış ve gerekli önlemler alınmış olur.

Doğumdan sonra da annenin ve çocuğun belirli aralıklarla izlenmesi gerekir. Önemli olan hastalık çıkmadan, gerekli önlemi almaktır. Çocukların hasta olmaları bile belirli aralıklarla muayenesi gereklidir. Çünkü hastalık ortaya çıktıktan sonra çocuğu iyileştirmek, hastalanmasını önlemekten çok

daha güçtür. Bu nedenle çocukların aşılınması, doğru beslenmesi, sağlam iken muayenelerinin yapılması, sağlıklı çocuklar yetiştirmek için zorunludur.

Belirtilen bu hizmetleri, yani ana ve çocuk sağlığı koruyucu hizmetlerini yerine getirmek sağlık örgütünün en önemli görevlerindedir. Böyle bir örgütlenme yapılmamışsa ana ve çocuk sağlığının korunması olanaksızdır.

Ülkemizde bu hizmetlerin yok denebilecek kadar az oluşu, SSK'nın bu konuya hiç eğilmemesi, işçi kadınlarımızın, işçi eşlerinin ve çocuklarının sağlıksız olmalarının, çocukların hastalanma ve yüksek oranda ölmelerinin önemli bir nedenidir. Bebek ölüm hızının % 0.153 olduğu ülkemizde, bu oran : Sağlık örütlenmesinde ve üretilen hizmetlerde tüm ülke çapında ne kadar geride olduğumuzu belirten en önemli ölçüttür. Bu oran gelişmiş ülkelerde : % 0.10-20 ye kadar düşürülebilmiştir. Bu gün SSK sağlık örgütlerinde böyle bir uygulama bir yana, muayene olabilmek bile mümkün değildir. Aşılama kesinlikle hiç bir sağlık ünitesinde yapılmamakta üstelik, bu hizmetleri Sağlık Bakanlığı yapar düşüncesiyle yavaşlanmaktadır. Oysa tüm sağlık gereksiniminin SSK örgütlerince karşılanması gereğine inanan bir çok sigortalı bu tesisler dışında her hangi bir kurumun vereceği hizmetten yararlanamama durumundadırlar.

B — BESLENME :

Beslenme insanın karnının doyması anlamında değil, insan vücudu için gerekli besinlerin dengeli ve yeterli ölçülerde alınması olarak özetlenebilir. Bu günkü koşullarda işçinin aldığı ücret, kira masrafını bile karşılayamaz durumdadır. Sağlığa uygun beslenmeyi sağlayamayan kesimlerde hastalıklar artmakta, sağlıklı olabilmek olanaksız hale gelmektedir. Çünkü beslenme bozukluğu hastalıklara karşı direnci azaltır.

C — SAĞLIK EĞİTİMİ :

Sağlık hizmetinden yararlanabilmenin ön koşullarından birisi de kişilerin yeterli sağlık eğitiminden geçirilmiş olmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde de belirtildiği gibi bu eğitim bir çok hastalıklara yakalanmayı azaltır. Zamanında hekime başvurma, tedavinin tam ve eksiksiz olması, kısacası harcanan emek ve paranın boşa gitmemesi, büyük insan ve iş gücü kayıplarının önüne geçilmesini sağlamaktadır.

Sağlık eğitimi çok yönlü bir uğraşı ve bir ekip halinde tüm sağlık personelinin katkılarıyla gerçekleştirilecek, kısa vadede sonuç alma olasılığı nisbeten az, fakat uzun vadede yapılması gerekli önemli bir yatırımdır. Bu konuda yalnız SSK değil, diğer sağlık kuruluşları da üzerlerine düşen görevi yapmamaktadırlar. İş kazalarının bir cinsiyet ölçüsüne vardığı ülkemizde işçinin kazalardan korunmak üzere ne işyerinde, ne de işyeri dışında eğitimini yapabilecek yeterli ekip ve kuruluşlar yoktur.

SONUÇ : VE ÖNERİLER :

Sağlık hizmetleri tek başına hekim hasta ilişkisi olarak ele alındığında bugünkü görünümüne şaşmamak gerekiyor. Oysa sağlıklı bir toplum her şeyden önce toplumdaki üretim ilişkilerinin emekçilere karşı olan bugünkü konumundan kurtarıldığı ölçüde gerçekleştirilebilir. Sömürünüm olmadığı bir toplum düzeninde emekçilerin alın teriyle kurulan bir sağlık kurumu onların sömürülmelerine aracı olamayacaktır.

Çağdaş anlamda işçi sağlığı, onları, eskিয়ে yerine yenileri takılabilen yedek parça gibi görmemektedir. İnsan en değerli üretim unsurudur. Toplumun bütün bireylerine daha iyi ve sağlıklı koşullarla birlikte herkesin sağlığına uygun işlerde çalışabilmesini sağlamak gerekir. Bugün bir çok sağlık örgütü tarafından bir birinden kopuk olarak götürülen sağlık hizmetleri işçi sağlığında dahil olmak üzere tek bir elde en yaygın örgütlenmeyi sağlayacak bir şekilde merkezleştirilmeli. Tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetleri birbirinden koparılmadan yürütülmeli, bugün yok sayılabilecek düzeyde olan işyeri sağlık hizmetleri en etkin bir biçimde geliştirilmeli. Sağlığın bir mal gibi tüm ülke çapında alınıp satılmasına, engel olucu önlemler alınarak TÜM SAĞLIK HİZMETLERİ VE İLAÇ ŞİRKETLERİ DEVLETLEŞTİRİLMELİDİR.

KAYNAKLAR :

- 1/ Sağlık hizmetlerinin reorganizasyonu SSK yayını say. 48
- 2/ Cumhuriyet 14.10.1976 A. Polat
- 3/ " 17. 9.1976
- 4/ Politika 26.10.1976 TİB araştırması
- 5/ Cumhuriyet 14.10.1976
- 6/ SSK 1975 yılı çalışma raporları
- 7/ SSK 1976 yılı " "

İş Yeri Çevre ve Çalışma Koşulları

Dr. Alev Tanrıdağ
ATO İşçi Sağlığı Bürosu
Üyesi

İşyeri, çevresinde, çalışanların sağlığı üzerinde önemli etki yapan birçok zararlı etken bulunmaktadır. Bu etkenler iş kollarına göre farklılıklar göstermekle birlikte iş sağlığı ve iş güvenliği yönünden çalışanlar üzerinde ortak olumsuz etkiler göstermektedir.

İşyeri çevre koşullarının düzeltilmesi ve işçi sağlığıyla yakından ilgilenilmesi rejim ve sağlık politikasıyla yakından ilişkilidir. Dünya Sosyalist sisteminin; uluslararası çalışma örgütü (İLO) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) üzerindeki etkinliğini artırması, burjuvaziyi işyeri çevre koşullarının düzeltilmesi yolunda yasalar çıkarmaya zorlamıştır.

Endüstride raslanan zararlı etkenlerin kontrol altına alınıp zararsız hale getirilmesi için, önce bunların tanınması insan sağlığında ne gibi olumsuz etkilere yol açtıklarının bilinmesi gerekir.

Zararlı Etkenlerin Sınıflandırılması :

- Fiziksel etkenler
- Kimyasal etkenler
- Biyolojik etkenler.

FİZİKSEL ETKENLER :

Gürültü :

İşçi sağlığı açısından gürültünün doğurduğu, işitme kaybı olaylarından en iyi bilineni büyük bir olasılıkla Notre - Dame'ın kamburu Quasimoda'da görülendir. Olay 1482 de Fransada Victor Hugo'nun meşhur romanında geçer. Gerçekte ise insanlığın gürültüyle ilgilenmesi İsa'nın doğumundan 600 yıl öncesine rastlar. O tarihlerde SYBARİS şehrinde gürültüye karşı önlemler alınmış; şehir içinde çalışan araba yapımcılarının

ve küçük el sanatlarının gürültü yapanlarının şehir dışına çıkarılmasını öngören yasalar yapılmıştır.

1713 de Ramazini, bakır dövücülerinde sürekli gürültünün işitme kaybına neden olduğunu, 1765 de Rimzztdage bakır ve demircilerde, görülen işitme kayıplarını anlatmıştır. 100 sene önce Fosbroke, demircilerde; 1918 yılında Build, kamacılar da gürültüye bağlı sağırılık oluştuğunu kaydetmiştir. 1955 tarihinde Amerikan Endüstriyel Hijyen Kurumu tarafından yayınlanan bir bibliyografide 1900 - 1490 yılları arasında gürültü konusunda 303 yayın bulunmasına rağmen, 1941 - 55 yılları arasında 2029 yayın bulunmuştur.

ENDÜSTRİYEL GÜRÜLTÜ :

İşçi ve işyeri personelinin günlük çalışma süresince maruz kaldığı sürekli gürültülerdir. Endüstriyel gürültülerin oluşturduğu işitme kayıpları kronik bir durum olup etkilenen kişilerde işitme kayıpları aylar ve hatta yıllar sonra oluşur. Endüstriyel işitme kaybına neden olan gürültü taban düzeyi bir çok araştırmacı tarafından 85 - 90 dB olarak kabul edilmiştir.

İşitme kayıpları genellikle gürültünün :

1. Şiddetine (intensite)
2. Gürültünün tipine (Spektrum frekansı)
3. İşçinin günlük maruz kalma süresine
4. İşçinin çalışmış olduğu süreye
5. Kişisel duyarlılığa
6. İşçinin yaşına
7. Çevrenin özelliklerine bağlıdır.

Endüstride gürültünün şiddet düzeyi arttıkça kulak üzerindeki etkisi çoğalmaktadır. WHEELER, Gürültünün şiddeti ile maruz kalma süresini şu şekilde formüle etmiştir : İşitme kaybı : gürültü şiddeti x maruziyet süresi

GÜRÜLTÜNÜN ZARARLI ETKİLERİ :

Gürültünün duyma sistemine etkileri Gürültülü işyerlerinde işçinin gürültüyle ilk teması rahatsız edici olmaktadır. Mesai bitiminde kişi yorgunluk, kulaklarında dolgunluk hissi ve uğultu hissetmekte ve gürültünün şiddetine bağlı olarak işitme eşiğinde geçici bir düşüş olmaktadır.

İŞİTME EŞİĞİNİN, GEÇİCİ DEĞİŞİMİ : (Temporary Threshold shift)

Uluslararası standartlar birliği, 1963 de, işitme eşiğinin geçici değişimini; gürültüye maruziyeti takiben işitme eşiği seviyesinde bir düşme ile kendini gösteren ve bu durumun maruziyetten önceki eski düzeyine hızla dönerek 10 günden daha az bir zaman içinde şifa ile sonlandığı durum olarak tanımlamıştır. 78 dB den düşük şiddette bir gürültü belirli bir işitme eşiğinin geçici değişimini oluşturmaz.

SÜREKLİ İŞİTME KAYITLARI : (Permanent threshold shift)

Endüstriyel gürültülere uzun süre maruz kalma sürekli işitme kayıpları ile sonuçlanır. Enkübasyon safhası, gizli safha, belirgin sağırılık safhası aşamaları gösterir. Belirgin sağırılık iki ile onbeş yıl içinde yerleşir. GLOKING ve DAVIS genellikle 10 yıllık bir sürede yüksek bir düzeye eriştiğini ve yaklaşık 30 yıl aynı kaldığını yazmaktadırlar. Meydana gelen sağırılık koklear tipte olup bilateraldir. En önemli niteliği gürültüden uzaklaşınca sağırılığın olduğu düzeyde kalması ve ilerlememesidir. Dönüşebilir düzelme söz konusu değildir.

Gürültünün şiddetine göre vücut üzerindeki etkileri şu şekilde formüle edilmektedir

35 - 65 dB daha çok psişik etkilere

65 - 90 dB psişik + vegetatif etkilere

90 - 120 dB » + » + otolojik etkilere neden olmaktadır.

1970 de fiziksel etmenler için TLV* değerlerini saptayan komite sekiz saatlik süre için müsaade edilen maximum gürültü düzeyini 90 dB olarak belirlemiştir. 90 dB in üzerindeki gürültülere daha kısa süreler için müsaade edilebilir. Eğer gürültü aynı düzeyde tüm işgünü boyunca devam ediyorsa «sürekli gürültü» diye isimlendirilir.

NOT : TLV. (eşik limit değer) Sekiz saatlik bir vardiyeye boyunca maruz kalındığında, çalışanların büyük çoğunluğunun sağlığını bozmayacak ortalama konsantrasyon.

MÜSAADE EDİLEN GÜRÜLTÜ MARUZİYETİ :

Günlük süre (saat)	Ses düzeyi (dB)
8	90
6	92
4	95
3	97
2	100
1,5	102
1	105
3/4	107
1/2	110
1/4	115

GÜRÜLTÜ KONTROLÜ : İdari, teknik önlemler, kişisel koruyucu önlemler ve tıbbi kontrolle sağlanır.

İdari önlemler : Gürültü kaynağı tespit edildikten sonra alınabilecek teknik önlemler şöyle sıralanabilir : 1 — Daha sessiz işlemlerle değişme : Maden perçin işleri yerine daha az gürültülü olan kaynak yapma işi uygulanabilir. Ya da metal-lerin temizlenme işlemi yüksek suratte fırçalama yerine kimyasal yollarla yapılabilir. 2 — Gürültüyü kaynağından azaltmak : Bu işlem sık sık yağlama, eskiyen parçaları değiştirme, vantilatörlerin dönme hızlarını azaltma, vibrasyonu azaltıcı yastıkların kullanılması. 3 — Ses iletiminin azaltılması : Eğer sesin iletimi hava ile oluyorsa : kapama, uygun bir materyal ile absorblama ya da sesi boğucu yastık ve keçe kullanma gibi usullerle ses azaltılabilir.

Kişisel korunma araçları : Kulak tıkaçları, dış kulak yoluna kısmen sokulabilen tıkaçlar kulak manşonları ve miğfer başlık) kullanılır.

Tıbbi kontrol : Gürültülü işyerlerinde çalışacak işçiler önce iyi bir muayeneye tabi tutulmalı ve bu arada işçinin duyma derecesi muhakkak saptanarak siciline işlenmelidir. Kişi işe alındıktan sonra periyodik muayeneleri yapılmalıdır. Gürültü nedeni ile oluşmuş kalıcı sağırliklar için bugüne kadar tatmin edici bir tedavi bulunmamıştır. Bazı sağır kişiler işitme aletleri, dudak hareketlerinden anlaşma ve işitme ile ilgili eğitime tabi tutularak anlaşma olanaqları sağlarlar. Eğitim istenilen bir olgu olmakla beraber, işitmeye yardımcı aletler öncelik kazanır.

GÜRÜLTÜ İLE İLGİLİ YASAL YÜKÜMLÜLÜKLER :

İş Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü gürültülü işyerlerinde alınacak önlemler ve işverenlerin bu konuda uygulamak zorunda olduğu yasal yükümlülükleri şöyle belirler :

MADDE 22. — Ağır ve tehikeli işlerin yapılmadığı yerlerde, gürültü derecesi 80 desibeli geçmeyecektir. Daha çok gürültülü çalışmayı gerektiren işlerin yapıldığı yerlerde, gürültü derecesi en çok 95 desibel olabilir. Ancak, bu durumda işçilere başlık, kulaklık veya kulak tıkaçları gibi uygun koruyucu araç ve gereçler verilecektir.

MADDE 78. — Gürültünün zararlı etkilerinden korunmak için aşağıdaki tedbirler alınacaktır :

1) İşyerlerinde gürültü çıkaran makinelerin monte edilmeleri sırasında, işyeri tabanı, titreşimi ve sesi azaltacak malzeme ve sistemle yapılacaktır.

2) Gürültülü işyerlerinin duvarları, sesin yansımalarını önleyecek malzeme ile kaplanacak, ve bu binalar çift kapılı, çift pencereli inşa edilecektir. Duvarlar ses geçirmeyen malzeme ile yapılacaktır.

3) Gürültünün azaltılmadığı hallerde, bu Tüzüğün 22. maddesi hükümleri uygulanacaktır.

4) Gürültülü işlerde çalışacak işçilerin, işe alınırken genel sağlık muayeneleri yapılacak, özellikle duyma durumu ve derecesi ölçülecek, kulak ve sinir hastalığı olanlar ile bu sistemde arızası bulunanlar ve hipertansiyonlular, bu işlere alınmayacaklardır. Ancak, doğuştan sağır ve dilsiz olanlar, bu işlere alınabileceklerdir.

5) Gürültülü işlerde çalışan işçilerin, periyodik olarak genel sağlık muayeneleri yapılacaktır. Duyma durumunda bir azalma veya herhangi bir bozukluk görülenler, ve kulak ve sinir hastalığı bulunanlar ve hipertansiyonlu olanlar, çalıştıkları işlerden ayrılacaklar, kontrol ve tedavi altına alınacaklardır.

ENDÜSTRİDE ISI VE ISISAL RAHATLIK :

Vücuttaki ısı dengesi rahatlık ve sağlık bakımından fizyolojik bir sorundur. Bu denge sıcaktan veya soğuktan bozulduğu zaman insanlar dengeyi ve rahatlığı sağlayacak koruyucu yöntemleri araştırır. İnsanın ortamla olan ısı alışverişine etki eden 4 ayrı faktör vardır.

1. ortam sıcaklığı
2. hava akım hızı
3. havanın nem miktarı
4. Radyant ısı

1 Normal iklim koşullarında meydana gelen ısı değişikliklerine karşı insan kendini büyük ölçüde korur. Vücudun ısı edinmesi ve kaybetmesinin fizyolojik gereksinimler çerçevesinde oluşmasına ısı regülasyonu denir. Çevredeki termal koşullar vücutta fizyolojik reaksiyon oluşturarak vücudun ısı kaybını arttıracak veya azaltacak mekanizmayı işletir.

Isıya karşı ilk cevap, periferik damarların çapında genişleme, deride kan toplanmasını sağlamak ve deri altı dokusunun geçirgenliğini arttırmaktır. Ayrıca gereksinme duyulunca başka bir mekanizma, ter salgısı uyarılır.

SOĞUK ORTAM :

Soğuk çevreye maruz kalınca : İlk cevap, periferik damarların çapında daralma, deriye giden kan miktarının ve dokunun ısı geçirgenliğinin azalması şeklindedir. Bununla beraber ısı kaybını kontrol edilememişse, ısı kaybını kompanse etmek için titreme mekanizmasını faaliyete geçirerek ısı üretimini artırır.

Soğuk ortamda çalışırken alınması gereken önlemler dikkat edilmesi gereken noktalar şöyle sıralanabilir :

— İçinde hava yalıtkanlığını sağlayacak şekilde çok katlı giyecekler giymek tek kat kalın bir giyecekten daha yararlıdır.

— Giyeceğin bir yerinde terlemeden doğan nemin dışarı atılmasını sağlayacak deliklerin bulunması gereklidir.

— Islak deri kuru deriye nazaran daha çabuk donduğu için derinizi mümkün olduğu kadar kuru tutmaya çalışınız.

— Metaller ısı iletimini daha çabuk yaptığı için, vücut ısını kaybetmemek amacıyla, soğuk yerlerde vücudun metal ile temasını önlemek gerekir. Mümkünse aletlerin elle tutulan kısımlarını tahtadan yapmak yararlıdır.

— Kauçuk çeketler, yalıtkanmış iç giyecekler, sentetik pantolonlar, parkalar, yalıtkanlanmış eldivenler kullanılmaktadır.

— Akciğerler —45 C° in altında donduğu için bu ısıda çalışanlara, hava akciğerlere girmeden önce ısınmasını sağlayacak cihazlar verilmelidir.

SICAK ORTAM :

Sıcak ortamın insan üzerine etkisi : İnsan yüksek ısıya maruz kaldığı zaman ısı dengesini koruyabilmek için yaklaşık toplam enerjisinin % 75 ini vücutta birikmiş fazla ısıyı atmaya uğraşırken kullanır. Vücudun çalışırken ısı üretmesi soğuk ortamlarda çok yararlı oluyorsa da sıcak ortamlarda büyük bir dezavantajdır.

Belirli bir düzey üstündeki ortam sıcaklığı, vücuda iki kısımdan oluşan bir termal yük yüklemektedir.

i — Vücudun kaybolan ısı ile ilgili olan.

ii — Yüksek ısı ortamında vücuda katılan ek ısı ile ilgili olan ısı kaybı zorlaşan bir sisteme ısı eklendiğinden, birinci durum ikincisi zorlaştırır. Fizyolojide bu fazla yüke ısı şoku (ısı stresi) denir.

Genel olarak endüstride ısıya maruziyeti iki ayrı ortam incelemek olasıdır :

- a) kuru ve sıcak
- b) ılık ve nemli

a) Kuru ve sıcak etkilenme en çok görülen tiptir. Cam çelik, çimento ve izabe fırınları gibi endüstri kolları ortama yalnız ısı verirler; hava ve duvar sıcaklığı artar, ancak nem ortamı dışardakinden fazla olmaz. Deri ile havanın buhar basıncı farkı büyüktür, ayrıca sıcaklıkta insan üzerine yüklenildiği zaman; insan terleme yoluyla ısı kaybeder. Etkilenen işçiler rahatsızdırlar, ancak zamanla ortama alışıp yeteri kadar su ve tuz alarak ısı şokuna katlanabilirler.

b) Ilık ve nemli etkilenmeler; çamaşırhane, dokuma endüstrisi, kâğıt fabrikaları, konservecilik ve madenlerde görülür. Nemin fazla oluşu nedeniyle terleme çok azdır.

Her iki ortam şeklindedir ısısal rahatsızlık söz konusudur ve vücut üzerinde psikolojik ve fiziksel tepkimelere neden olur. (Psikolojik tepkimeler; yüksek ısıya uzun süre maruziyet ile halsizlik, moral bozukluğu, endişe, dikkatte azalma oluşur. Bunların sonucu üretimde azalma, verimde düşme görülür.

Fiziksel tepkimeler; ısı krampları, ısı bitkinliği ve ısı çarpması gibi belirtiler ortaya çıkabilir.

Isı krampları; uzun süre ısıya maruziyetle terle büyük ölçüde su ve tuz kaybetmekle görülür. Karın ve çevre kaslarında ağrı ve spazm en tipik belirtilerdir.

Isı bitkinliği; bu durum periferik vazodilatasyon nedeni ile vazomotor sistemin ve kalbin fazla yüklenmesi sonunda oluşur. Bitkinlik, baş dönmesi, aşırı terleme, soğuk nemli deri en önemli belirtileri olup ısı yükselmesi görülmez.

Isı çarpması; ağır bir tablodur. Fazla ısı ve nemle ilgilidir. Vücutta ısı birikir. Şiddetli baş ağrısı, kuru cild, bulantı, baş dönmesi çok yüksek ateş en önemli belirtileridir.)

2/HAVA AKIM HIZI : İşyerinde bulunanlara temiz hava sağlamak, ortamda bulunan gaz, duman, toz gibi maddelerin uzaklaştırılması için, doğal yollardan (pençere, kapı, baca vs.) yada aspiratör, vantilatör gibi yapay yollardan hava akımı oluşturulabilir. Hangi yoldan olursa olsun, işsağlığı yönünden hava akımının etkinliği yön ve şiddet bakımından ölçülmelidir. Ölçümde en yaygın olarak KATA termometreleri kullanılır.

3/HAVANIN NEM MİKTARI : Ortamın nemi atmosferdeki su buharı olarak tanımlanır. Psikometreler ve higrometreler yardımıyla ölçülür. Havanın diğer termodinamik özellikleri şöyle sıralanabilir.

a — Çiğlenme noktası : Sabit basınçta belli bir mutlak nem için havanın % 100 nem ile doyduğu sıcaklık.

b — Nem : atmosferdeki su buharı çokluğu

c — Mutlak nem : birim hacimdeki su buharı ağırlığı

d — Bağıl nem : Buhar basıncı ve havadaki su buharının aynı sıcaklıktaki doymuş basınca yada yoğunluğa oranı

e — Spesifik nem : 1 kg. kuru havadaki su buharının ağırlığı

f — Buhar basıncı : Su buharının oluşturduğu basınç. Genellikle mm. Hg olarak belirtilir.

4/RADYAND ISI : Glob termometresinden direkt okunur.

Radyand ısıya karşı engelleme : Maruziyetin kontrolü için ilk önlemdir. Radyasyon engellemesi için arkasında yalıtıcı ali-

minyum plakalar bulunan ve yine alüminyum yapraklardan oluşmuş yansıtıcı engelleyiciler kullanılır.

Isısal rahatlık yukarıda anlatılan 4 faktörün uyum içinde olmasıyla sağlanır. Ancak ısısal rahatlık değerlendirilirken giyinme, aktivite, yaş, cins ve kişisel duyarlılık gibi olgularıda daima göz önünde bulundurmak gerekir.

VII. YASAL YÜKÜMLÜLÜKLER

İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü işyerlerindeki ısı durumunu ve işverenlerin uygulamak zorunda olduğu yasal yükümlülükleri şöyle belirler.

MADDE 20 — Kapalı işyerlerinde sıcaklık ve nem derecesinin, yapılan işin niteliğine uygun olmakla beraber ılımlı bulunması esastır. Bu itibarla yazın sıcaklığın dayanılmayacak bir dereceye çıkmaması için işyerlerinde serinletici tedbirler alınacak, kışın da işçilerin muhtaç buldukları en az sıcaklığın sağlanması için, işyerleri zararlı gazlar çıkararak havayı bozmıyacak şekilde uygun vasıtalarla ısıtılacaktır. Çok buğu husule gelen işyerlerinde sıcaklık derecesi 15 santigrat dereceden az ve 30 santigrat dereceden yüksek olmayacaktır.

Fazla ısı veren ısıtıcı vasıtaların yakınında çalışan işçilerin bulunması halinde, doğrudan yansıyan sıcaklığa karşı gereken tedbirler alınacak ve işyerinin, ısıtıcı vasıtaların oldukça uzak ve uygun yükseklikte bir yerine, santigrat taksimatlı bir termometre asılı bulundurulacaktır.

Yapılan işin niteliğine göre, sürekli olarak çok sıcak veya çok soğuk bir derecede çalışması ve bu durumu değiştirilmemesi zorunlu olan hallerde, işçilere, kendilerini fazla sıcak veya soğuktan koruyacak özellikte elbise vesaire malzeme verilecektir.

Yukarıda görüldüğü gibi alınması gereken yasal önlemler bilimsellikten uzak ve ısı kontrol yöntemleri dünya standartları ile bağdaşmamaktadır.

AYDINLATMA

Aydınlatma ve ışık insan üzerindeki fizyolojik ve psikolojik etkileri açısından önem kazanmaktadır.

Aydınlatma gücü veya şiddeti yapılan işin gereksinimine göre 320 lükse kadar değişmekle beraber ortalama 100 lüks

olarak belirlenmiştir. (Lüks, bir mum şiddetindeki bir ışık kaynağından, 1 m. uzaklıkta ve ışık yönüne dik bir yüzey üzerindeki aydınlık olarak tanımlanır.) Kapalı bir yerin aydınlık derecesi «gün ışığı» faktörüyle saptanır. Uluslararası standartlara göre bu değer 0,6-20 arasında bulunmalıdır. Yetersiz aydınlatma sonucu aralıklı şaşılık, baş ağrıları, göz yaşarması, gibi belirtilerle kendini gösteren göz yorgunluğu; işçilerin iş veriminin düşmesine, iş kazalarının artmasına neden olur.

Aydınlatma ya doğal yada yapay yoldan sağlanır. Doğal ışık nitelik, gölge ve kontrast koşulları yönünden tüm yapay ışıklardan daha üstündür. İşyerlerinde mümkün olduğu kadar hem çatı hem de pencereler yoluyla doğal aydınlatma sağlanmalıdır. Çatının cam bölmeleri kuzeye çevrilmiş olursa yumuşak, keskin gölge yapmayan bir aydınlatma elde edilir. Pencereler geniş ve yüksek olmalıdır.

Hemen hemen her türlü iş yerinde doğal aydınlatmanın yeterli olmaması nedeniyle yapay aydınlatmadan yararlanılır.

Genel aydınlatma için lambaların altı metreden aşağı taktığı yerlerde genellikle parlaklığın az ve verimin yüksek olması nedeniyle floresans kullanılmalıdır. Eğer lambalar 6 m. daha yükseğe konulacaksa bu durumda flaman yada civa buharlı ampuller kullanılmalıdır. Diğer bir önemli nokta da aydınlatılmak istenen yerin duvar ve tavanlarının açık renge boyanmasıdır.

Yapay aydınlatma : Doğrudan, yarı dolaylı, dolaylı olabilir. Doğrudan aydınlatma keskin sınırlı gölge oluşumuna ve gözün yorulmasına yol açar. Yarı dolaylı aydınlatma ışığın daha dengeli dağılımını sağlar. Dolaylı aydınlatma ise alt bölümü hiç ışık geçirmeyen, yansıtıcılarla ışığı tavana yansıtılıp eşit dağılımı sağlar.

İşyerlerinde aydınlatma düzeyleri ölçülmeli, standartlarla kontrol edilmeli ve standartlara uymayan iş yerlerinde gerekli önlemler alınmalıdır.

TİTREŞİM

İşçi sağlığına zararlı olan fiziksel etkenlerden titreşim, insan vücuduyla temas halinde bulunan bir aracın ileri - geri hareketinden oluşur. İşçinin maruz kaldığı titreşimin saniyedeki devinim sayısı 3 devinim/sn den az ise işçi vücudu bir bü-

tün olarak sarsılır. Örneğin yol yapımı araçlarında çalışan işçilerde eklem hareketleri çok fazladır. Eklem rahatsızlıkları ve böbrekle ilgili şikâyetler sıklıkla görülür. Titreşimin en çok görülen zararlı etkisi elle tutularak işleyen hava basınçlı aletlerle çalışan işçilerde görülür. Hava basınçlı çekiç, delici makas, çakıcı, matkap gibi aletler «ölü el» yada «beyaz parmaklar» adı ile bilinen bir meslek hastalığına neden olurlar. Bu hastalıkta, elin duyarlılığı kaybolur. Sıcağa, soğuğa ve acıya karşı duyarlılık azalır. Kas, sinir sistemi ve eklemlerde bazı değişiklikler görülür.

Korunma : Alınacak önlemler :

1 — Yönetim önlemleri : Günlük çalışma süresinin kısıtlanması veya iş rotasyonu uygulanması.

2 — Teknik önlemler : Aletin ağırlığı en az zarar verilecek düzeyde tutulmalıdır. Aleti en uygun şekilde tutma ve kullanma konusunda da işçi eğitilmelidir.

3 — Tıbbi önlemler : Periyodik muayeneler yapılmalıdır. İlk belirtiler saptandığında işçi başka bir işe nakledilmelidir.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği tüzüğü'nün 79. maddesi şöyledir :

«Titreşim yapan aletlerle yapılan çalışmalarda aşağıdaki önlemler alınacaktır.

1/ Titreşim yapan aletlerle çalışacak işçilerin işe alınırken genel sağlık muayeneleri yapılacak özellikle dolaşım ve iskelet sistemleri incelenecek, bu sistemlerle ilgili rahatsızlığı olanlar bu işlere alınmayacaklardır.

2/ Titreşim yapan aletlerle çalışan işçilerin periyodik olarak sağlık muayeneleri yapılacaktır. Dolaşım ve iskelet sistemiyle ilgili rahatsızlığı çıkanlar, çalıştıkları işlerden ayrılarak, kontrol ve tedavi altına alınacaklardır.»

Görüldüğü gibi yasalar yapılması gerekeni açıkça ortaya koyduğu halde denetim noksanlığı ve yasalara uyulmaması durumunda bir yükümlülük getirmediği için önlemlerin alınması işverenin insafına bırakılmaktadır.

BASINÇ

Atmosferde oluşan basınç değişimlerini iki kısımda incelemek olasıdır.

- 1/ Normal barometrik basınç ile düşük basınç altında bulunma
- 2/ Normal barometrik basınç ile yüksek basınç altında bulunma

Tarihsel olarak her iki ortam için yapılan çalışmalar genellikle gözlemlere ve uzun süreli deneylere dayanmaktadır.

- 1/ Düşük basınç altında bulunma - yükseklik fizyolojisi:

Yükseklik fizyolojisi, insanların dağ, havacılık ve feza çalışmalarını dolayısıyla güncel önem kazanmaktadır.

Yükseklere uçak ve diğer araçlarla hızla çıkma sırasında özellikle sindirim sistemindeki gazların basınç düşüklüğü nedeniyle genişlemesi, hızlı dekompresyonun yarattığı hava embolileri ve orta kulaktaki basınç değişiklikleri çeşitli semptomlara yol açar.

Düşük atmosfer basıncının etkileri :

Hipoksi : PO bütün yüksekliklerde total barometrik basıncın % 21 oranında sabit kaldığından, yükseklikte alveolar PO nin de azalması doğaldır.

Nisbeten daha az yüksek olan bölgelerde O eksikliğinin yarattığı solunum artması sebebiyle alveolar PO atmosfer basıncına nazaran daha az düşer. Daha yükseklerde ise alveol havasının büyük kısmını CO ve su buharı oluşturduğundan alveolar PO atmosfer havasına nazaran daha hızlı düşer.

Yükseklerde O₂ eksikliği dolayısıyla kemoreseptörlerin yarattığı hiperventilasyon, alveolar PCO₂ i hiçbir zaman 24 mm. Hg. den aşağı düşürmez. Hemoglobinin O saturasyonu, alveolar PO ile paralel olarak değişir. 7000 m. den daha yükseklerde ancak saf O solunumu sayesinde alveollerin büyük kısmını dolduran N kısmen uzaklaştırılarak PO yükseltilebilir.

Hipoksinin çeşitli fonksiyonlara etkisi :

Görme : Hipoksi ilk etkisini O eksikliğine çok duyarlı olan koni ve bastıkların fonksiyonunda gösterir.

Akciğer ventilasyonu : Solunum faaliyeti 2500 m. ye kadar değişmez. Bu yükseklik aşıldıkça, arteriel PO nin azalmasıyla kemoreseptörler uyarılarak solunum artırılır.

NOT : Teknik nedenlerle Fosfor oksit PO₂, oksijen O olarak yazılmıştır.

Zihin faaliyeti : 3100 m. den sonra baş dönmesi, tembellik, zihin yorgunluğu, baş ağrısı ve bulantı ile başlayan semptomlar yükseklikle artarak konvülsiyonlara yol açar.

DÜŞÜK O BASINÇLI ÇEVREYE UYMA : (Accilamatizasyon)

- 1/ Akciğer ventilasyonunda artma
- 2/ Kanda eritrosit sayısının çoğalması
- 3/ Akciğerlerin diffüzyon kapasitesinin artması
- 4/ Böbreklerden çıkarılan H⁺ iyonlarının azalması
- 5/ Hücrelerde O₂ utilizasyonunun artması.

2/ YÜKSEK ATMOSFER BASINCI ALTINDA BULUNMA : DENİZ DİBİ FİZYOLOJİSİ :

Deniz dibinde gittikçe artan araştırmalar; Su sporları, köprü ayaklarının inşaatı, liman tesisleri, deniz altı kablo döşemesi gibi teknik gereksinimler derinliğin vücut fonksiyonları üzerine etkisini inceleme araştırmalarını arttırmaktadır.

Denizin derinliklerine inildikçe vücut yüzeyi gittikçe artan su basıncının etkisinde kalır. Solunum faaliyeti ancak akciğerlere bu basınçla hava sevk edildiği zaman devam edebilir, aksi halde akciğerler kollabe olur.

Deniz dibinde uzun süreli çalışmalar çan şeklinde kameralarda (caisson) yapılmaktadır. Altı açık olan kamara içine dışardaki basınca eş basınçta gaz sevk edilerek suyun içeri dolması önlenir.

Her on metre derinlikte basınç 1 atm. arttığından 30. m derinlikte basınç 4 atm. bulunur.

Yüksek Basınçta O₂, N₂ ve Helyumun etkileri :

Yüksek basınçta O₂ nin toksik etkisiyle bulantı kaslarda kasılmalar, baş dönmesi, görme bozuklukları gibi semptomlar görülebilir. Yüksek basınçta O₂ solunumu beyin kan akımını azalttığından M.S.S. ne gerekli maddeler sağlanamayacağı gibi yıkılma ürünleri de dokularda birikeceğinden konvülsiyonlara yol açar.

Yüksek basınçta N₂ narkotik bir etki gösterir. 40-50 m. derinlikte hava soluyan şahıslarda 1 saatlik bir çalışma sırasında N₂ un hafif narkotik etkisi belirerek şahsın iş görme yeteneği düşer. 120 m. derinlikte şuurlu kaynağa götürür.

Yüksek basınçta He. dokularda N . a nazaran daha az eridiği gibi atom ağırlığının düşük olması nedeniyle vücut sıvılarından kolayca uzaklaşabilir. N a tercih edilirse de su yüzüne çıkış sırasında daha çabuk kabarcık oluştuğundan, dalgıcın hızla çekilmesi olası değildir.

DEKOMPRESYON HASTALIĞI (Caisson Hast. Dysbarism)

Yüksek basınç altında uzun süre hava soluyan şahıslarda alveollerdeki gazla dengeye gelen kan dokulara fazla miktarda N taşır

Deniz dibinde uzun süre bulunan şahıs ani olarak deniz seviyesine çıktığı zaman, yüksek basınçta vücutta erimiş halde bulunan gazlar dokularda kabarcık oluştururlar. Bu kabarcıkların dokularda etkileri birkaç dakika ile birkaç saat içinde dekompresyon hastalığı belirtilerini ortaya çıkarır. Belirtiler : Vücutta yaygın ağrılar, baş dönmesi, dispne, aşırı yorgunluk ve paralizilerdir. Gerek merkezi gerek periferik sinir sisteminde fazla miktarda eriyen N un yarattığı kabarcıklar devamlı felçler ve zihin faaliyetinde bozukluklara yol açar. Atmosfer havasına çıkartılan dalgıca pompa ile O verilmesi alveollerdeki N basıncını düşüreceğinden, vücut sıvılarından alveollere geçmesi hızlanır ve dalgıç daha süratle deniz seviyesine çıkartılabilir. Dalış bölgesinin elverişsiz olması nedeniyle dalgıcın hemen uzaklaştırılması gerekiyorsa su seviyesine çıkartılır çıkarılmaz dekompresyon tahtı içerisine konur.

6. YASAL YÜKÜMLÜLÜKLER

İş Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü yüksek basınç altında çalışacaklar için aşağıdaki önlemleri zorunlu tutmuştur.

1) Dalgıç odalarında şahıs başına, satte en az 40 metre-küp hava sağlanacak ve bu havadaki karbon dioksit miktarı %01'i geçmeyecektir.

2) Dalgıç odalarında 24 saatte su altındaki çalışma süresi; derinliğe ve bu derinlikteki basınca uygun şekilde düzenlenecek, iniş, kalkış çıkış süreleri için «Sağlık Kuralları Bakımından Günde Ancak Sekiz Saat veya Daha Az Çalışılması Gereken İşler Hakkında Tüzük» te belirtilen esas ve süreler dikkate alınacaktır.

3) Bir, dalgıç 22 metreden fazla derinliğe, bir günde 2 defadan fazla dalmayacak, ve bu iki dalma arasından en az 5 saat geçecektir. Dekompresyon zamanı, dalma derinlikle-

rine ve basınca göre iyi ayarlanacak ve durum iyi işleyen kontrolü hassas yazıcı bir monometre ile izlenecektir.

4) Bu gibi hallerde çalışacak işçiler, işe alınırken klinik ve lobaratuar usulleri ile genel sağlık muayeneleri yapılacak ve özellikle EKG akciğer fonksiyon testleriyle birlikte, kalp, dolaşım solunum ve kemik sistemleri üzerinde gerekli incelemeler yapılacak ve sağlık yönünden sakınca görülenler, bu işlere alınmayacaklardır.

5) Bu gibi işlerde çalışanlar, işe başladıkları günden itibaren 15 gün sonra adaptasyon muayenesine tabi tutulacak, ve işin devam süresince de, bunların periodik genel sağlık muayeneleri yapılacaktır. Özellikle kalp, dolaşım solunum ve kemik sistemi hastalığı ve arızası görülenler, bu işlerden ayrılacaklar, kontrol ve tedavi altına alınacaklardır.

Yukarıda da görüldüğü gibi tüzükte düşük basınç altında çalışanlar için herhangi yükümlülük getirilmemiştir.

KİMYASAL ETKENLER

İş yerlerinde toz, duman, sis, buhar ve gaz biçiminde bulunur. Vücuda deri, solunum ve sindirim sistemi yoluyla girerler. Toz, duman, sis, buhar ve gazları fizyolojik etkilerine göre sınıflara ayırarak incelemek, konuyu tüm aydınlatmakla birlikte öğretim bakımından yararlıdır. Ayrıca bir maddenin fizyolojik etkisine göre belli bir sınıfa tamamen maletmek olanağı yoktur. Burada HENDERSON ve HAGGARD sınıflandırmaya göre kimyasal etkenler aşağıdaki gruplara ayrılır.

i — TAHRİŞ EDİCİ MADDELER (Gazlar) : Bunlar değdikleri vücut kısmını (mukoza ve nemli deri), yakarak etki gösterirler. Etkenin konsantrasyonu, etki süresinden önemlidir. Belli başlı tahriş ediciler :

1) Özellikle yukarı solunum yollarını tahriş edenler : Aldehitler, alkaleen toz ve sisler, amonyak, kromik asit, hidroklorik asit, sülfür dioksit.

2) Yukarı solunum yollarının ve akciğer dokusunu tahriş edenler : Brom, klor, ozon brom siyanür.

3) Özellikle solunum yollarının alt kısımlarını ve alveollerini tahriş edenler : Arsenik triklorit, azot dioksit, azot trioksit, fosgen, arsin.

ii — BOĞUCU MADDELER (Gazlar) : Boğucu maddeler, etkilerini, dokudaki oksidasyonu önlemek suretiyle gösterirler. Genel olarak iki gruba ayrılır.

1) Basit boğucular : Fizyolojik olarak etkisizdir. Ancak havanın oksijeninin yerini alarak oksijenin hücreye iletilmesini önler. Bu suretle hücre solunumu durur. Boğulma meydana gelir. Bunlar : Karbondioksit, metan, etan, hidrojen, azot, helyum'dur.

2) Kimyasal boğucular : Bu maddeler vücut içinde birçok yeni bileşikler meydana getirerek veya önemli elemanlara kimyasal etkiler yaparak boğucu etki gösterir. Örneğin ; karbonmonoksit kanda hemoglobin ile birleşerek karboksihemoglobin yapar. Bu surette kanda oksijen - hemoglobin meydana gelmesini engeller. Bu durumda kanda yeteri kadar oksijen vardır, fakat hücrenin kullanması olası değildir. Kükürtlü hidrojen; bu etken, solunum merkezini felcetmek suretiyle boğucu etki gösterir. Hidrojen siyanür, hücre içi solunumu engeller, oksijen hücreye kadar geldiği halde hücre içine girmez. Çünkü hidrojen siyanür dokuda oksidasyonu yapan enzimleri tahrip etmiştir.

iii — ANESTEZİK MADDELER : Anestezik etki gösteren maddelerin kimyasal yapıları birbirinden çok farklıdır. xenon gibi tek akımlı (asal) gazlardan, steroid gibi çok karışık moleküler yapıdaki maddelere kadar değişik kimyasal yapıda anestezikler vardır.

Anestezik maddeler bazı fiziki özelliklerinden ötürü santral sinir sistemi hücreleri tarafından tutulmaktadır. Burada diğer dokulardan daha yüksek yoğunlukta toplanan anestezikler, sinir - hücrelerinin çok sür'atli olan oksidatif metabolizmasını bazı kademelerde reversibl bir şekilde bloke etmektedirler. Sinir merkezlerinin işleyişinin belirli bir sıra içerisinde ve ilerleyici bir şekilde inhibe olması sonucu değişik derecelerde bir inhibisyon (genel anestezi) oluşmaktadır.

İki çeşit inhalasyon anestezisi vardır : a — oda ısısında ve atmosfer basıncında sıvı olanlar : Ether, chloroform, ethyl clorure, divinyl ether, trichloroethylene, halothane, metoxyflorure. b — Oda ısısında ve atmosfer basıncında gaz olanlar : Azot protoksit, Ethylene, cylopropane. Gaz anestezikler içinde buldukları çelik tüplerde basınç altında sıvı halindedirler.

1 — İç organların bir veya daha fazlasına zararlı olan maddeler : Halojenli hidrokarbonlar.

2 — Haemopoetik sistem üzerine etki gösteren maddeler: Benzen, fenol, ksilen, toluen, naftalen.

3 — Sinir sistemi zehirleri : Karbon sülfür, metil alkol,

4 — Toksik metaller : Kurşun, civa, kadmiyum, arsenik, fosfor.

V — SİSTEMİK ZEHİRLER DIŞINDA KALAN PARTİKÜL MADDELER :

1 — Fibrozis yapan tozlar : Serbest silis, asbest, pamuk tozu vs.

2 — Fizyolojik olarak etkisiz tozlar : Saf kömür, karborandum vs.

3 — Allerjik reaksiyon yapan tozlar : Pollen, tahta, reçine, öteki organik tozlar.

4 — İrritan tozlar, Alkoller, asidler, floridler, kromatlar.

BİYOLOJİK ETKENLER : Alkoller, asidler, floridler, kromatlar.

BİYOLOJİK ETKENLER : Burada biyolojik etken olarak yalnız meslek hastalığı olan enfeksiyonlar alınmıştır.

ŞARBON

ANKİLOSTOMYAZİS (kancalı kurt)

BRUSELLOZ

LEPTOSPIROZ (Weil Hast.)

TETANOS

ETKİLENME ÇEŞİTLERİ :

Birçok zehirlenme ve absorpsiyonlarda önce subklinik belirtiler, daima toksik maddelerin doğurduğu metabolik düzensizliğin sonucu olarak kendini gösterir.

İşçiyi muayyen laboratuvar testlerinden geçirerek zehirlenmeyi subklinik devrede teşhis etmek toksikoloji metodolojisindeki en son yeniliklerdendir.

Temel amacın ne olduğunu daha iyi anlamak için, toksik maddeler veya zararlı etkenler karşısında insan vücudunda oluşan reaksiyon aşamalarını gözden geçirmek uygun ola-

caktır. Bu aşamalar etkenin devamlılığına ve derecesine göre sıra ile aşağıdaki şekilde olacaktır :

I II III IV
DÜZENİN
Normal uyma — KOMPANSASYON — BOZULMASI — İFLAS
(Hemostazis)

- I. Aşama, vücudun normal uyumu olup, hemostazis diye adlandırılır.
- II. Aşamayı meydana getiren kompensasyon devresi vücutta subklinik devrenin başlamasına uyar.

Toksikolojideki yeni test metodlarının amacı kompensasyon aşaması ile ilgili olup, yapılacak biyoşimik testler sayesinde III. aşama diye belirtilen düzen bozulması, yani açık klinik belirtilerin ortaya çıkacağı devreye girmeden subklinik (kompansasyon) devrinde duruma hakim olup kontrol altına almaktır.

1 — Akut zehirlenme : Zehirli maddenin ani olarak ve fazla miktarda vücutta girmesi ile oluşur. Genellikle akut zehirlenme : Ani alınan yüksek derecedeki zehirli etkenin hayati önemi olan fizyolojik işlemleri zedelemesi sonucu oluşur.

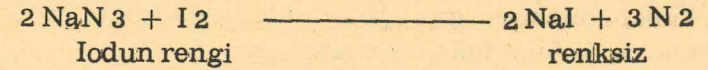
2 — Kronik zehirlenme : Az miktarda zararlı maddelere sürekli ve uzun dönemli maruz kalma sonucu oluşur. Bu çeşit zehirlenmede zararlı maddelerin belirli bir kısmı vücuttaki dokularda birikir ve vücudun bazı işlevlerini engeller.

3 — Subakut zehirlenme : Maruziyetin birkaç saat veya gün sürmesiyle oluşan zehirlenmelerdir. Subakut zehirlenme alınan zehirin dozuna ve alış hızına bağlıdır. Şimdi açıklanan esasa dayanarak geliştirilmiş yeni klinik, laboratuvar metodlarından bazı örnekler verip, konuya biraz daha açıklık kazandırmak istiyoruz. Örnekler; endüstride kullanılan çok önemli üç madde ile ilgili olarak alınmıştır.

Karbonsülfür ile zehirlenme öncesi testi :

Klinik, şimik tekniğe dayanır. İlk defa Yugoslavya'da uygulanmıştır. Prediktif test, karbon sülfüre maruz kalmış işçilerin idrarları kullanılarak yapılır. İdrarla çıkarılan metabolizma artığı karbonsülfürün sodyum asid ve iyod reaksiyonunda katalizör rolü oynaması esasına dayanır. Bir renk testidir. Reaksiyon aşağıdaki formül ile açıklanabilir :

İdrarda CS 2



Burada iodun rengi sodyum iodürün teşekkülü ile hemen kaybolur, ve rengin kaybolmasındaki hız, etki altında kalınma süresine bağlıdır. Karbon sülfürün işyeri havasındaki müsaa-de edilen yüksek miktarı 60 mgr/m olduğu halde sözü edilen test işyeri havasında 50 mgr/m olduğu zaman olumlu sonuç verir. Görülüyor ki bu test basit, hızlı ve hassastır. Aynı zamanda ucuzdur. Günlük maruziyetler için kullanılabilir, aynı zamanda kişisel duyarlıktan ileri gelen en ufak metabolik değişikliği bile tesbit edebilir.

2 — Aminolevülinik asid ve kurşun etkisinde erken bulgular

Bilindiği gibi, kurşun işçilerinin maruziyetlerinin kontrolü için birçok laboratuvar testleri geliştirilmiştir. (İdrarda, kandakurşun ve koproporfirin testi ve bazofil granülasyonlu eritrosit sayacı) en son olarak idrarda delta aminolevülinik asid düzeyinin tayini suretiyle hassas bir test bulunmuştur. Bu test kurşunun porfirin sentezindeki olumsuz etkisine dayandırılmıştır. Gerçekten kurşun, hemoglobin yapımında ara aşamalardan biri olan pyrol halkasının protoporfirin sentezini inhibe eder. İnhibe ediş biçimine gelince : İçinde bakır bulunan dehidrazlar iki molekül delta aminolevülinik asid molekülünü kondanase ederek pyrol halkasını yapar. İşte kurşun bu kondansasyona engel olur ve delta amino levülinik asidin kanda ve idrardaki düzeyi yükselir.

En son tebliğlere göre, kurşuna maruz kalanlarda, kanda eşik kabul edilen 0,08 mgr/100 ml kurşun düzeyi yükselmeden idrarda amino levülinik asid düzeyi yükselmektedir.

3 — Organik fosforlu insektisitler :

Organik fosforlu insektisitlerin toksisitesi biyo - şimik lezyon şeklinde olur. Bunlar vücutta cholinesterazı direkt veya indirekt şekilde inhibe etmek suretiyle, dokularda acetylcholin birikmesine neden olurlar, ve acetylcholin zehirlenmesi belirtileri kendini gösterir. Bu klinik belirtiler meydana gelmeden, kan kolinesteraz aktivitesinde bir düşme meydana gelir. İşte bu aktivite düşüklüğü rutin olarak yapılan laboratuvar muayeneleri ile tayin edilebilirse zehirlenme subklinik devrede saptanabilir. Aktivitenin %80 kaybolması halinde klinik belirtiler ağır

biçimde ortaya çıkmaktadır. Sözü edilen testler teşhis vasıtası olarak kullanabildikleri gibi giriş müayenelerinde, meslek seçimlerinde de kullanılmağa başlanmıştır.

VÜCUT DOYGUNLUĞU :

Soluduğumuz havadaki herhangi bir gaz yada buhar akciğerlerden geçerek vücuda dağılmak üzere kan damarlarına gelir. Akciğerlerin, içeri giren hava ile temas alanı yaklaşık 70m² dir.

Gazların ve buharların vucutta birikimi birçok etmene bağlıdır.

- Havanın konsantrasyonu
- Maddenin kan ve dokudaki çözünürlüğü
- Maruz kalma süresi
- Solunum hızı
- Dolaşım hızı
- Maddenin aktifliği ve diğerleri.

Eğer gazın kandaki çözünürlüğü çok ise, vücudun doygunluğu çok az olur öyleki doygunluk için bazen günler geçebilir.

Aseton ve metanol gibi su içinde serbest çözünen ve aktif olmayan gaz ve buharların, vücuttaki çözünürlüğü ve doygunluğu vücuttaki su içeriğinin çokluğuna bağlıdır. Aslında aynı gazların belli bir doygunluğa erişmesi için gerekli zaman, gazların solunan havadaki konsantrasyonları gözönüne alınırsa aynı olduğu görülür. Tamamlanmamış bir doygunluk için gerekli kesin zamanı söylemek oldukça güçtür. Suda çözünmeyen buharlarla; örneğin, benzen, kan doygunluğunu 30 dakikada sağlayabilmekte, tam doygunluğa ise 2-3 günde erişilmektedir. Bu uzunluk yağ dokuları ile açıklanabilir. Çünkü yağlar benzenin kandan alınıp depo edilmesini sağlarlar. Metanol suda çözünen tipik bir buhardır. 24 saat solunması ile ancak % 70 bir doyum sağlanabilmekte, buda benzen için gerekli süreden elli kez daha fazla olmaktadır. Hem benzen hemde metanol çok az aktif olan buharlar için iyi birer örnektir. Karbon sülfürün ise % 90'ı, metabolizmaya karışır. Yapılan çalışmalarla 50 ppm. lik CS % 90 doygunluğa ancak 3.5 saatte varabilmektedir. Kandaki buharın konsantrasyonu, solunan havadaki buhar konsantrasyonu ile orantılıdır. HENDERSON ve HAGGARD, idrardaki her hangi bir buharın konsantrasyonunun, böbrekteki atılım sırasındaki kan çokluğu ile kontrol edildiğini bulmuşlardır.

Atmosferdeki toksik maddeler için iki türlü eşik değer kullanılır :

- 1/ T.L.V. (Eşik limit değer) : Sekiz saatlik bir vardiya boyunca maruz kalındığında, çalışanların büyük çoğunluğunun sağlığını bozmayacak ortalama konsantrasyon.
- 2/ M.A.C. (İzin verilen en yüksek konsantrasyon) : Atmosfer kirleticilerinin, günde 8 saat maruz kalmak suretiyle uzun zaman çalışan işçilerin sağlıklarına zararlı etkisi olmadığı kabul edilen, aşılmaması gereken en yüksek konsantrasyondur. Müsaade edilen azami konsantrasyon toz ve duman halindeki toksik maddeler için m³ de mgr. şeklinde (mgr/m³) birimiyle ölçülür. Gaz ve buhar için milyonda kısım (parts per million = ppm) olarak ifade edilir. Müsaade edilen azami konsantrasyon belirli senelerde tespit edilerek listeler halinde yayımlanır. Bu değerlerin tespiti için klinik ve hayvan deneyleri yapılır. Kimyasal yöntemler kullanılır. Eşik değerinin saptanma işlemi ilk bakışta fizyolojik ihtiyaçlara göre nesnel verilere dayanıyor muş gibi görünmesine karşın, gerçekte ana belirleyici nesnel olmaz.

Eşik değerinin saptanmasında objektif verilere ek olarak, insana verilen DEĞER işin içine girmektedir. Bu DEĞER de eşik değerinin ana belirleyicisi olmaktadır.

TABLO 1: MAC DEĞERLERİ (mg/m)

Etkenin adı :	MAC DEĞERLERİ (mg/m)						
	Bulgaristan	Çek.	Polonya	ABD	Batı Almanya	İsviçre	İngiltere
Aseton.	200	800	200	2400	2400	2400	2400
Ksilen	50	200	100	435	870	435	435
Ksilidiaz	3	5	—	25	25	25	25
Metanol	5	100	50	—	—	—	—
Kurşun	0.01	0.01	0.05	0.15	0.2	0.15	0.15
Stiren	5	200	50	420	420	420	420
Toluen	50	200	100	375	750	380	375
Trikloroetilen	10	250	50	535	260	260	535
Karbondioksit	—	9000	—	9000	9000	9000	9000
Karbonmonoksit	20	30	30	55	55	55	55
Vinilklorür	30	—	300	770	260	260	770

KAYNAK : WHO «Environmental Health Hazards» WHO Pub. Genevre, (1971)

Dünya Sağlık Örgütüne göre bazı ülkelerin öngördüğü M.A.C. değerleri yukardaki tablo (1) de gösterilmiştir. Görüldüğü gibi uygulanması gereken değerleri ile kapitalist ülkelerdeki değerler büyük farklılıklar göstermektedir. Sosyalist ülkelerde kabul edilen değerler işçi sağlığına en ufak zarar vermemeye ön koşuluna dayanır. Kapitalist ülkelerde bu değerler saptanırken işçi ve işveren arasında uzlaşma sağlayacak düzeyde tutulmaya çalışılır. Bunun en somut örneği Benzen değerlerinde görülmüştür. ABD de benzenin MAC değeri 1948 de 35 ppm. iken 1971 de 25 ppm. e 1975 de 10. ppm. düşürülmüştür. Aynı değer SSCB. de 0, ülkemizde 20 ppm. olarak kabul edilmiştir. Ülkemizde bu değerleri saptayacak çalışma yapılmadığından ABD ve İngilterede kabul edilen değerler aynen alınmıştır. Fakat ABD ve İngilterenin daha sonra bu değerleri düşürmelerine karşın, bizde hala zararlı kabul edilen değerler geçerlidir.

KAYNAKLAR :

- 1/ OLISHIFSKI, B. J. and Mc. ELROY, F. E. «Fundamentals of Industrial Hygiene» National Safety Council, Chicago (1971)
- 2/ PATTY, F. A. «Industrial Hygiene and Toxicology» Interscience pub. New York (1965)
- 3/ ERKAN Cahit, «İş sağlığı ders kitabı» Ank. Üniv. Yayını Ankara (1972)
- 4/ WHO «Health Hazards of the Human Environment» WHO Pub. Geneve (1972)
- 5/ ILO «Encyclopedia of Occupational Health and Safety» ILO pub. Geneve, (1972)
- 6/ Emiroğlu Firuzan, Irmak Sadi, Gökhan Nuran «Fizyoloji Ders Kitabı» İ. Ü. yayınları. Cild 2. İst. (1972)
- 7/ Prof. Dr. Sun, Sadi - Anesteziyoloji ve Reanimasyon (İstanbul - 1965)

S.S.C.B.'de Geçmişte İş Sağlığı

Dr. Gufran Bakırcı
A.T.O. İşçi Sağlığı Bürosu
Üyesi

İşçi sağlığının ilk önemli gelişmesi, 1917 ihtilâlinde sonra Rusya'da başlamıştır. Daha sonra 2. Dünya Savaşı sonunda Bulgaristan, Romanya, Çekoslovakya ve Yugoslavya'da da başladı. Devrim öncesi Rusya'da diğer Avrupa ülkeleri gibi organize iş sağlığı hizmetleri, yoktu ve genellikle tıp mesleğiyle uğraşanlarda da bu konuya karşı bir ilgi yoktu.

Bir istisna olarak F. F. Erisman (1842 - 1915) Rusya'da hijyen biliminin kurucularından biriydi. Erisman fabrikalardaki çevre şartlarını düzeltmek için çok çaba harcadı. Ancak onun görüşleri kabul edilmediği gibi gayretleri de Moskova Üniversitesi'nden kovulmasına yol açtı.

20. yüzyılın başlarında Rusya'daki işçi sınıfının mücadelesinin sonucunda çarlık hükümeti 1903 yılında iş kazalarına uğramış işçiler ve ailelerine aylık bağlanmasını ön gören yasayı onayladı. Ancak bu yasada işverenin sorumlulukları konusundaki maddeler belirgin değildi; bu da işverenin uygulamadan kaçmasına yetiyordu. 1912'de kaza ve hastalık sigortası ile ilgili bir yasa onayladı. Bu yasa da 1903 yasası ile aynı nitelikte olup işvereni koruyor ve Rus işçi sınıfının 1/6 sını kapsıyordu. (2,5 Milyon kişi)

Buna karşılık işçi sınıfı da sağlık ve sosyal güvenlik sorunlarının ancak kendi iktidarlarında kesin çözüme kavuşabileceğini belirtti. Sağlık sigortası ve sosyal güvenliği programa aldı. Emekçi halk yararına bir program hazırladı. İşçilerin sağlıkla ve güvenlikle ilgili istekleri burjuvaziye karşı genel mücadele ile birleştirildi. İşçi sınıfının 1903 de önerdiği bu programda içişlere yaşlılık ve sakatlık sigortasının devletçe ya-

pılması masraflarının kapitalistlerden vergi alma yoluyla sağlanması öneriliyordu.

1912 de Pragda yapılan tüm Rusya konferansından Lenin'in önerdiği sigorta programı onaylandı. Bu programdaki görüşler şunlardır:

«En iyi işçi sigortası biçimi aşağıdaki ilkelere dayanan devlet sigortasıdır.

1. İşçilerin her çeşit iş göremezlik durumu karşısında yardım sağlanmalıdır. (Kaza, hastalık, yaşlılık, sakatlık, gebelik ve doğum, ölüm.)

2. Sigorta tüm ücretle çalışanları ve ailelerini kapsamalıdır.

3. Tüm sigortalılar iş göremezlik durumunda ücretlerinin tümüne eşit ödenek almalı ve sigorta harcamaları işverenler ve devletçe karşılanmalıdır.

4. Her çeşit sigorta, standart örgütleriyle yönetilmeli ve sigortalı kişilerin tam egemenliği ilkelerine dayanmalıdır.»

1917 den önce Bolşevik Parti iki ana prensibe dayanan bir sağlık politikasını oluşturdu. Sağlık hizmetleri ücretsiz ve özellikle koruyucu hizmetlere dayalı olmalıydı.

1917 de Çarlığın yıkılıp, Sovyet Hükümetinin kurulmasıyla, tüm politik ve ekonomik yaşamda olduğu gibi sağlık ve sosyal güvenlik alanında da değişikliklere gidildi. Sovyet Hükümeti işçilerin sosyal sigorta isteklerine uygun yasalar çıkardı. Bu yasalar şu ilkelere dayanıyordu:

1. Sigorta tüm ücretle çalışanları, ek olarak da kentsel ve kırsal bölgenin yoksul kesimlerini kapsayacak.

2. Sigorta her çeşit iş göremezlik durumunda uygulanacak.

3. Sigorta harcamalarının tümünü işveren verecek.

4. İş göremezlik ya da işsizlik durumunda işçiler en az tüm ücretlerini alacak.

Bu konular ilk kez devletin bir görevi olarak ele alınıyordu.

Alexander Semashto Sovyet Sosyalist Cumhuriyeti'nde ilk sağlık şefidir (= komseridir = bakanıdır) ve bu politikanın mimarlarından biridir. Moskova Üniversitesi Tıp Fakültesine 1891 de girmiştir. 4 yıl sonra 21 yaşında iken ihtilâlcilik aktivite-

lerinden dolayı tutuklanmış ve Moskova'ya girmesi yasaklanmıştı. O da bu nedenle Kazan Üniversitesi'ne girmiş ve orada Lenin'e rastlamıştır. Aralarında büyük bir yakınlık doğmuştur. Bakan olarak ilk işlemini tıp fakültesini üniversitelerden ayırmak olmuş, ve öğretim programını doktorlar tarafından değil de politik düzeyde kararlaştırılmıştır. Üniversite dışında ilk tıp enstitüsü ihtilalden hemen sonra Moskova'da kurulmuştur. 1922 de de bu enstitü ilk hijyen laboratuvarının kurulmasını sağlamıştır. Bundan bir yıl sonra, iş sağlığı ve korunmada araştırma enstitüsü Moskova'da kurulmuştur.

1918 de sosyal güvenlik halk komiserliği kuruldu. Halk komiserliği konseyi, sigorta sistemini tüm çalışanlara yaygınlaştırdı. Maddi kaynak başlangıçta işveren kuruluşlarıydı, daha sonra tüm harcamalar devlet bütçesinden karşılandı.

1922 de işçilere sağlık hizmeti ve sosyal güvenlik sağlayacak sosyal sigorta kuruluşlarının sendikalarca kurulması, üyelerinin sendikalarca seçilmesi kararlaştırıldı.

1928 de planlı ekonomi dönemine geçince S.S.C.B. de işçi sağlığı ve sosyal güvenliğin gelişiminde önceden planlanarak birinci beş yıllık plana alındı.

1928 de doküman sanayii işçilerine emeklilik hakkı verildi. Emeklilik yaşı erkekler için 60, kadınlar için 55 olarak saptandı. 1929 da da bu hak diğer iş dallarına yaygınlaştırıldı. Ağır ve tehlikeli işlerde çalışanlar için özel haklar tanındı.

1933 de yönetime geniş işçi kitlelerinin katkısını sağlamak amacıyla sağlık ve sosyal güvenlikle ilgili tüm işler sendikalara verildi. Böylece halk komiserliklerinin bu alandaki görevi tüm sendikalar merkez konseyine devrediliyordu.

1936 da onaylanan S.S.C.B. Anayasa'sının Sovyet vatandaşlarının sağlık ve sosyal güvenlik haklarını onaylayan 120. maddesi :

«Sosyal güvenlik hakkı, sosyal sigorta ve güvenliğin yaygınlaştırılması ve geliştirilmesinin işçiler için devlet eliyle sağlanacağını, çalışanlara ücretsiz sağlık hizmeti ve yaygın bir sağlık kuruluşu ağı sağlanacağını garanti etmektedir.» diyor-du.

Ayrıca eşitlik ilkelerine uygun olarak sanayii işçileri gibi büro işçilerine de aynı haklar tanındı.

S.S.C.B. de tarım kesiminde çalışanlar içinde sağlık ve güvenlik sistemi benzer bir gelişim gösterdi. Önceleri karşılıklı yar-

dım komiteleri, kolektif çiftlikler ve tarım komünleri, sağlık ve sosyal güvenlik yardımları sağlıyorlardı. İş göremezlik durumlarında diğer çalışanlara tanınan haklar tarım işçilerinde de tanınmıştı. 1964 de kolektif çiftçilere de emeklilik hakkı tanınarak tarım kesiminde de devlet sistemi yerleştirilmiştir.

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 bu çalışmaların ve çevrenin kontrolünden sorumlu tutulmuştur.

Kaynaklar :

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

----- 000 -----

Gecekondular ve Kolera Sanayileşmeyle Alay mı ediyorlar ?..

Dr. Süleyman KAYNAK

Kimi olgular, toplumsal yaşamı bir an dalgalandırıp, geride derinlemesine izler bırakırken, bir yandan da toplumun genel yapısını, hem de tüm ayrıntısıyla özetleyiverirler. Bizim toplumumuzu sadece geçen günlerde değil, adeta mevsimlik olarak etkileyen bu tür olgulardan biri gecekondu yıkımı ise, bir diğeri de kolera'dır.

Gerçekten de Ümraniye ismi, salt, kendi elleriyle yaptıkları konutların «Devlet Baba» tarafından yıkılmasına tanık olan bir halk kesimini değil, aynı zamanda mülkiyet hakkı adına insan canı alınabilir olduğunu da anımsatacaktır. Hem de sabah kendi gecekonduşundan kalkıp, tıpkı kendi gibi mutlak yoksulluğu yaşayanlar üzerine saldırtılan devlet görevlileri aracılığı ile...

Belli bir altyapının ürünü olan gecekondu, salt bir konut tipini değil, tümüyle koca bir insan kitlesini, ekonomisiyle, toplumsal özellikleriyle, kültürüyle, alışkanlıklarıyla, geçmişi, çıkmazları ve bunalımlarıyla kucaklayan bir terimdir. O nedenle gecekondu Türkiye'ye özgü bir olgu değildir. Türkiye'ye özgü olan «gecekondu» sözcüğüdür. Nasıl ki gecekondu türkçe bir terimse, barriada, favela, ranche vb. de «Türkiye benzeri» ülke halklarının kendi dillerinde ürettikleri sözcüklerdir. Kıscası bu ülkelerde, bu kavramlar, adeta yaşamın kendisini tanımlarlar. Zira bu ülkelerin koşulları yaratmıştır favela ve ranchelerle gecekonduşuları...

Bu denli geniş anlamı olan bir terimin yasalardaki karşılığı ise sadece «imar yasalarına aykırı olarak, başkalarının mülkü olan arsa ve arazileri üzerine, arsa sahibinin rızası olmaksızın yapılan yapılar» diye geçer. Anayasamız da, özel mülkiyetli şehir topraklarının, dar gelirli kitlelerin barınma gereksinimlerini karşılamak için, makul bedeller üstünden ka-

mulaştırılmasına elverişli değildir. O halde, dönüşüm çağını yaşayan toplumlarda, geriden gelen üst yapı kurumları, hızla serpilen toplumun gereksinimlerinin çok çok arkasından gelmektedir. Ama aslında, sermaye birikimi yoluyla sanayileşmeyi deneyen ülkelerde bu yapısal çelişkiler asla rastlantı değildir.

Hemen her çağın, kuşaklar boyunca unutulamiyacak felaketi kolera da, tıpkı gecekonduşular, barriadalar, rancheler gibi, bu toplumlarla içiçe yaşar. Nasıl ki gecekondu salt bir konut tipini betimlemiyorsa, kolera da gerçekte sadece bir hastalık ismi değildir. Zira koleralı çağlar, insan topluluklarının, kendi kaderlerini değiştirme savaşımı verdikleri sanayileşme çağları ile çakışır hep. Öyle ki sanayileşmenin 19. yüzyıldaki beşiği İngiltere'de bile toplumu kırıp geçiren kolera sanki tüm sanayi devrimi ile alay eder gibidir. Tıp biliminin verilerine bile belli noktalara dek direnen kolera, günümüzde de, yeni yeni sanayileşmeyi göze almış yörelerin ayrılmaz, sevimsiz konuğudur.

Tıpkı yaşadıkları çağın ayrıntı düzeyindeki olaylarını romanlarında yaşatan Dickens, Hugo ya da London gibi, Malthus'tan, Marx ya da Engels'e uzanan bilgeler kuşağı da, sanayileşme ile gecekonduşunun, koleraşının ya da benzer ölümcül olguların yanyanalığında nedesel bağlantılar olduğunu farketmişlerdir.

Peki nedir bu nedensel bağlantılar?..

Kapitalizmin klasik modeli, kırsal toplumdan, kentsel sanayi toplumuna dönüşümü içerir. Kırsal alandaki kaçınılmaz ekonomik bunalımdan, sanayileşme odaklarına doğru koşan yığınlar, dünyanın en yoksul proleteriyasını oluştururken, bir yandan da, ulaştıkları kentlerin burunları dibinde kendi elleriyle kendi konutlarını kuruyorlardı. Bu bir anlamda, onların, sermayedeki birikimde kısıntıyı gerektirecek herhangi bir konut yatırımını önleme ödevini de üstlenmeleri demektir. Bunun ötesinde, bu yığınlar, koştukları kentin sokaklarında ne umdukları işi, ne doyurucu bir sosyal güvenceyi, ne de uygun sağlık koşullarını bulamıyacaklardı. Çünkü onlardan istenen, enaz yatırıma yolaçan yedek sanayi ordusunu oluşturarak, sermaye birikimine hem enaz ücret düzeyi, hem de en yüksek emek arzı ile katkıda bulunmalarıdır. Zira gündemin acil sorunu, liberal bir ekonominin en kısa sürede geliştirilmesi ya da başka bir deyişle, somunun bölünmeksizin en doruk büyüklü-

ğe ulaştırılmasıdır. Hem de sınır, kısıtlama, engelleme tanı-
mak istemeyen bir piyasa ekonomisinin gerçekleştirilmesiyle.
O nedenle birikme hırsı içindeki sermaye, büyüyen somun-
dan koparılacak her parçayı yadsırken, ona katkıda bulun-
cak herşeyi kendi yörüngesine sokmakta ve bir iyice kullan-
maktadır. Tıpkı, kentin dibine gelmiş yığınların konut, sağlık,
temiz su, iyi beslenme, sosyal güvence vb. taleplerini yadsır-
ken, onların oluşturdukları ucuz emek ordusunu kendi yörün-
gesine sokup bir iyice kullandığı gibi...

Adeta 20. yüzyılın ikinci yarısında Türkiye ve henzeri top-
lumlar, sanayi devriminin yaşantısını pek çarpık da olsa ka-
baca yinelemenin bunalımına batmışlardır. 19. yüzyıl proleter-
yasının, batı toplumunun geçirdiği sanayi devrimini kendi sır-
tında yükselttiği gibi, şu aşamada, bizim yoksul halkımızdan
da istenen, eğer oluşacaksa sanayileşmeyi kendi omuzlarında
yükseltmesidir. Hem de sermaye birikimine en küçük bir en-
gel koymaksızın, ondan ne temiz su, ne besin ne de sağlıklı
konutlar istemeksizin. Hatta bu ucuz emek yığını, sermayeye
katkısı «en yüksek» in altına indiği anda ölmekte de serbest
birakılabilirdi. Tıpkı sermayeye iletilen «birakınız yapsınlar,
birakınız geçsinler» sloganı gibi, onlara da «birakınız ölsünler»
sloganı ile yaklaşılabilirdi. Bir kolera salgınında ya da bir ge-
cekondulu yıkımında olduğu gibi...

Avrupanın iç bunalım çağı, pazarın ulusal olmaktan çıkıp
tüm uluslararası düzeye yayılması, gereken finans kapitalin
oluşup serpilmesiyle aşılmıştır. Böylece hem kendi iç emek or-
dularının, hem de sömürgecilik yoluyla, dünyanın yoksul halk-
larının yarattıkları artık değer bu birikimi yüceltmesi çözü-
mün kaynağı olmuştur. Bu çözüm, bir yandan Avrupa toplu-
munun alt katmanlarına da pay ayrılmasını kolaylaştırırken,
bir yandan da kimi bunalımların sömürü yoluyla başka top-
lumlara ihraç edilmesi anlamını taşır. Alt katmanlara da, sö-
mürüden pay ayırma aşaması, tüm yaşamı karartmış bulunan
sosyal hastalıkların yeni bir maddesel güçle ele alınıp çözüle-
bilmesi demektir. Sözgelimi, temiz, sağlıklı içme suları, modern
yerleşim merkezleri, koruyucu sağlık koşulları ya da beslen-
menin tabana da yayılması bu maddesel gücün getirdiği çö-
zümlerdir. Ama bu çözümler salt sanayi devrimi ülkeleri için
geçerlidir. Yoksa kolera, hiç doğu toplumlarında kol gezipte,
belli sınırlarda esrarlı bir elle tutulmuş gibi durur muydu?...

Nasıl ki batı, yüzyıllar boyunca sermaye birikimi kaygısıyla,
tüm dünyayı talan ettiyse, aynı yöntemle kalkınmayı dene-

yen bizdeki egemenler de, karşılarında talan edecek tek kay-
nak kaldığını, derme çatma kentlerde yığılan koleralı emek or-
dusu olduğunu bilirler. Kimbilir belkide, bu nedenle «siz büyük
bir ülkenin insanlarısınız» diye onları kandırmaya çalışırlar,
kendilerine dönen çarkları farketmesinler diye bilinçlenmele-
rini önlemeye çalışırlar. Gerçekten de, tutucu basının kullandığı
gibi «kurtarılmış vatan parçası Ümraniye», bu yoksul, artık,
sermaye için talepten öte bir anlam taşımayan halk kesim-
lerinden mi kurtarılmıştı? Yoksa bırakalım bu kitlelere temiz
su, besin, sağlıklı konut vb. yi, egemen sistem, bu yedek sana-
yi ordusunun, bu fazla emek yığınının varlığına bile katlan-
mak istemiyor muydu?..

Sonuç olarak, ekonominin piyasa yasaları ile toplumun
sosyal yasaları arasındaki çelişkilerin büyüdüğü her yerde, der-
me çatma gecekondu kentleri ve onlar arasında dolaşan kole-
ranın karanlık varlığının yanyana dikilmesi asla rastlantı de-
ğildir. Ama ne kolera salt bir sağlık sorunudur, ne de gecekon-
du bir konut, zabıta ya da imar sorunudur. Herhalde bunlar,
temelli düzen sorunu ki, düzen çarpıldıkça toplum gecekondu-
laşmak zorunda kalıyor, düzen dingildedikçe kolera korkunç
hayali eksik olmuyor. Gelin görün ki düzenden memnun olan,
egemen sistemin dümcüleri, bu sorunların bunca temelli ol-
duğunu bile bile gizlemeye çalışıyorlar. Tıpkı gecekonducuları
yıkıp, onlardan arınmış kentler yaratmaya çalıştıkları gibi.
Ya da «kolera yoktur gastroenterit vardır» diyen zavallı ağızlar-
la, herkesin yaşadığı gerçekleri köşeye gizleyiverdikleri gibi.

Eğer yaşanan düzen, belli egemen çevrelerin oluşturmak
istedikleri birikim uğruna, geri kalan toplum kesimlerinin ge-
cekondulu ve kolera ile içiçe yaşamasını gerektiriyorsa, bunun
anlamı sanayileşmek yerine «kitleleri kötü yaşam koşullarına
hapse etmek» olmak gerekir. Ya da şöyle söylenebilir, eğer bir
yerlerde derme çatma kentlerde kolera karanlık adı dalgalan-
mıyorsa, o yerlerde sömürünün büyüğü dönmekte demektir.

Kolerasız, gülbüz yarınları, gecekondu yaşamı yerine öz-
lenen sağlıklı yaşama biçimini elde etmek, herhalde, devekuşu-
na haksızlık edersine gerçekleri gizleyip, çarkların kendileri-
ne dönmelerini sürdürenleri kenara itmekle özdeş olacaktır...

NOT : Bu yazı hazırlanırken, alıntı ve yararlanmalar Ruşen
Keleş, Emre Kongar, İlhan Tekeli ve arkadaşları, Ali Gevgilili,
Cevat Geray, P. Nikitin ve N. Gauzner'in yapıtlarından yapılmıştır.

**TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE UZMANLAŞMA
EĞİLİMİNİN SAPTANMASI İÇİN ANKET - ARAŞTIRMA**

St. Dr. Nejat Akar
St. Dr. Mustafa Yüksel
St. Dr. Süleyman Kaynak

Bu anket - araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 1977 dönemi son sınıf öğrencilerine uygulanmıştır. Amaç öğrencilerin uzmanlaşma eğilimlerini saptamaya çalışırken, Türkiye'nin sağlık sorununun bir parçası olan uzmanlaşmaya bir genel bakış getirmektir. Eklememiz gereken şu ki bu konuda daha önce bu nitelikte bir anket yapılmamıştır.

Bu ankete 101'i erkek 37'si kız olmak üzere 138 öğrenci katılmıştır. Bu öğrencilere yöneltilen sorularla geldikleri yöreler ve toplum katmanları saptanmıştır. Bu öğrencilerin uzmanlaşma eğilimleri, nedenleri hangi uzmanlık dalını seçtikleri ve niçinleri olabildiğince öz alınmaya çalışılmıştır.

1977 dönem son sınıf öğrencilerine yöneltilen ilk soru mezun oldukları liselerin isimleriydi. (Tablo I) Tabloda görüldüğü gibi 3 büyük ilimizden gelen öğrencilerin oranı % 53,6'dır. Bu öğrenciler arasında kolejlerden gelen 4 ve birde ABD'de öğrenim görmüş öğrenci vardır. Bu orandan görülebildiği gibi üniversite öğrenimi yapabilenlerin daha çok üç büyük il ve özel öğrenim veren liselerden olduğu doğrulanmış olmaktadır.

TABLO I : Öğrencilerin Mezun Oldukları Liselerin Dağılımı

	Kız	Erkek	Toplam
Üç Büyük İl	26 % (18,8)	48 % (34,7)	74 % (53,6)
Diğer	11 % (7,9)	53 % (38,4)	64 % (46,3)
Toplam	37 % (26,8)	101 % (73,1)	138

Tablo 2 de öğrencilerin uzmanlaşma eğilimleri saptanmaktadır. Uzmanlaşmak isteyenlerin 123 kişi olmasına karşın pratisyen hekim olarak kalacakların sayısı 13 de kalmak-

tadır. Kararsız durumda 2 kişi olup bu öğrenciler olanak bulurlarsa uzmanlaşmak istemektedirler. Bu görüldüğü gibi oldukça yüksek bir rakamdır.

TABLO 2 : Uzmanlaşma Eğilimi

	Kız	Erkek	Toplam
Uzmanlaşmak isteyenler	36 % (26,08)	87 % (63,4)	123 % (89,1)
Pratisyen kalmak isteyenler	1 % (0,72)	12 % (8,69)	13 % (9,4)
Kararsız	—	2 % (1,44)	2 % (1,44)
Toplam	37 % (26,8)	101 % (73,18)	138 % (100)

Tablo 3'de öğrencilerin ailelerinin aylık gelir dağılımını göstermektedir. Bu tabloda genel görünüm verilmektedir. Pratisyen olarak kalacak öğrencilerin aylık gelir dağılımında şöyle bir görünüm mevcuttur. 8 kişinin aile aylık geliri 5000 TL altında iken geri kalan 5 kişinin aile aylık geliri 5000 - 10000 TL arasında değişmektedir.

TABLO 3 : Gelir Dağılımını Gösterir Tablo

	Kız	Erkek	Toplam
5000 TL den aşağıya	11 % (7,97)	45 % (32,6)	56 % (40,5)
5000 - 10000 TL arası	20 % (14,49)	42 % (30,43)	62 % (44,92)
10000 TL den fazla	6 % (4,34)	14 % (10,1)	20 % (14,49)
Toplam	37 % (26,8)	101 % (73,1)	138 % (100)

Pratisyen hekim olarak kalmak isteyen öğrencilere sorulan «Neden pratisyen hekim olarak kalmak istiyorsunuz?» sorusuna 6 kişi burslu olduğu için 6 kişi toplum sağlığına pratisyen hekimin daha yararlı olacağı için ve 1 kişi de uzmanlaşmak için «torpilli» olmadığını söyleyerek cevap vermişlerdir.

Pratisyen hekim olarak kalacak ve bunuda toplum sağlığına daha yararlı olacağına inandığı için yapacağını söyleyen bir kişinin yanıtını buraya almadan geçemeyeceğiz, «Beslenmesini bilmediği için, ekonomik yetmezlik içinde olduğu için, üst solunum yolları infeksiyonlarından insanlar ölürken, milyonlar harcayarak ihtisas yapacak hekimlere olanak hazırlanmasına temelden karşıyım. Bu nedenle ihtisas yapmak ve yapılması taraftarı değilim.»

Pratisyen hekim olarak kalacakların 4 tanesi ise daha sonra uzman olmayı düşünüyor.

«Niçin ihtisas yapmak istiyorsunuz?» sorusuna çok çeşitli yanıtlar verilmiştir. 123 kişi ihtisas yapmak isterken bunlardan 66, % (47,8) sınıfın yanıtı fakülte öğrenimi içinde yeterli yetişememe inancında olduklarından, 42 % (30,4) sınıfın yanıtı mesleğin ileri bir aşaması olduğundan 5 % (3,6) in yanıtında her ikisini de kapsıyordu.

Bunlardan başka akademik kariyer yapmak istediğini söyleyen 3 yanıt ihtisaslaşmış hekimin kazancının daha fazla olduğunu söyleyen 5 yanıt, sağlık düzeni zorladığından dolayı ihtisaslaşmak istediğini söyleyen iki yanıt vardı.

TABLO 4 : Hangi Dalda İhtisas Yapmak İstediklerini Gösteren Tablo

(Bazı Yanıtlarda İki Dal Düşünülmüştür)

	Erkek	Kız	Toplam	%
Dahiliye	25	6	31	22,4
Genel cerrahi	21	—	21	15,2
Çocuk Hast.	8	13	21	15,2
Kadın - Doğum	12	3	15	10,8
KBB	9	—	9	6,5
Göğüs - Kalp Cer.	7	—	7	5
Göz Hast.	4	3	7	5
Fizik Tedavi	1	7	8	5,7
Uroloji	3	—	3	2,1
Toplum Hek.	3	4	5	3,6
Psikiyatri	1	—	3	2,1
Ortopedi	3	—	1	0,7
Farmakoloji	1	—	1	0,7
Patoloji	1	1	1	0,7
Biokimya	—	—	—	—
TOPLAM	—	—	136	—

«Niçin bu dalı seçmek istiyorsunuz» sorusuna ise 124 yanıt verilmiştir. Bunlardan 72 yanıt hastaya yararlı olabilmek amacıyla yoğunlaşırken ikinci çok yanıt ilgi ve ideal düşüncesinde toplanıyordu. Kazancı iyi diyen 77 yanıt, araştırma yapmayı düşünen de 2 yanıt vardı.

Yorucu olmadığını söyleyen yanıtların sayısı beş iken bu yanıtların tamamının fizik tedavi ihtisası isteyelerde yoğunlaşması ilginç bir noktayı österiyordu.

Değişik yanıtlarda vardı. Bunlardan birisi «torpilim oldu

ğu için», bir diğeri «okulda öğrenemediklerimi tekrar etmek istediğimden» ve bir diğeri «diğer dallara girme şansım az olduğundan» şeklindeydi.

TARTIŞMA :

Türkiye'de DOKTOR sayısının 20000 dolaylarında olduğu bilinmektedir. Bunların % 70'i uzmanlaşmıştır. Bu oranın yer yüzünde bu denli yüksek olduğu tek ülke Türkiye'dir. Bunun nedeni gerçekte çarpık anamalcı (kapitalist) düzenin Türkiye'deki konumundan ileri gelmektedir.

İşte, Türk Hekiminin içinde bulunduğu dram bu noktada başlamaktadır. Düzen öylesine bir düzendir ki ezilmemek için ezmek gerekmektedir. Bunu toplumun hangi katmanında olursa olsun insanımız çok iyi bilmektedir. Öğrenim yapmaya başlayan kişiye toplumdaki yeri, saygınlığı ve özdeksel yükseklığı nedeni ile TIP fakültesini seçme koşullandırılması yapılmaktadır. Ve liseyi bitiren genç hem ailesinin hem toplumun koşullandırması ile tıp fakültesine girmeyi düşünmektedir.

Tıp fakültesine girmeyi başaranlar daha çok Ankara, İzmir, İstanbul gibi illerimizde ve özel eğitim veren diğer liselerimizde yetişenlerdir. Diğer yöre gençlerinin bu konuda pek şansı olmamaktadır. Anketimizde % 53,6 gibi yüksek bir oranda 3 büyük ilimizde yetişenler yer almaktadır.

Toplumun alt katmanlarından gelen öğrencilerin daha kısa süreli öğrenimleri seçtikleri doğrultusunda yanlış kanının düzeltilmesi kanaatindeyiz. Çünkü anketimizde görülmektedir ki öğrenci kesiminin % 40,5'i 5000 TL aylık aile gelirine sahiptir. Yani şurası doğrudur ki Tıp fakültesine girme hakkını kazanan genç ne pahasına olursa olsun geleceğinin sağlam olacağı inancıyla tıp fakültesine devam etmektedir. Gerçekte tıp fakültesine adımını attığı andan itibaren düzenin adamı olma yolundadır artık.

Doktor bilindiği gibi en ucuz sermaye ile en yüksek talepli bir nesne satmaktadır : «Sağlık». Halk arasında yaygın olan «iki şıksık, bir tıktık», deyimini bunu eniyi belirlemektedir.

Bu durum doğal olarak toplumun kendine özgü koşullarından doğmaktadır. Anamalcı düzen, doktorlarında yaşamına el atmıştır ve doktorlar tam bir özel sektörçü olarak davranmaya itilir. Doktorun sermayesi ucuz talebi boldur.

Doktor piyasa koşullarına göre çalışmaya zorlanır. Hangi dalda en yüksek talep varsa doktorda o alana yönelir. (Bak : Tablo IV)

En çok hastaya hitabeden dalı seçer ve gelir büyük kentte yerleşir. Bu da doktorların % 80'inin büyük illerimizde toplanmasına neden olur.

Özel sektörde rekabette söz konusudur. Doktorda daha kaliteli mal üretmeye yönelir, fiyat önemli değildir. Çünkü en değerli nesneyi satmaktadır. İşte bu nedenle de uzmanlaşmaya yönelecektir. (Bak : Tablo II)

Zamana bağlı olarak ortaya çıkan ilginç bir durumda hastanın bir bütün olan yakınmalarının bölünmesidir. Ama buda daha çok müşteri ve daha çok kazanç anlamına gelmektedir.

Gerçekte bütün tıp fakültelerinde görülen teoriğe ağırlık veren bir eğitim düzeninde öğrenci mesleğini öğrenmeye değilde, sınavlarını vermeye yönlendiren birer robot oluyor. Fakülteyi bitirdiği ve ilk hastayla karşılaştığı anda kendisinin yetersiz olduğunu söyleyen eski hekimler gerçeği mezun olduktan sonra anlıyorlardı. Ama bugün tıp öğrencisi durumun acılığını henüz fakülte sıralarında iken kavrayabiliyor. Ama genede yıllardan beri alışık olduğu sistemi değiştirmek elinden gelmiyor.

Türk tıbbında sürekli eğitim diye bir kavramın olmaması, en yeni hekimin bilgilerinin 2 yıl içinde eskimesi ve ilaç firmalarının reklam broşürlerine bağlı kalacağını bilmeside bir diğer noktadır. İşte bunların bilincinde olan tıp öğrencileri eğitime devam etmeyi yeğliyorlar. Anketimizde mesleğin ileri aşaması olduğu için ihtisaslaşmayı düşünenler (% 30,4) : fakülte de yeterli yetişmediğine inananlar (% 49,8) gerçekte yukarıda saydığımız nedenlerin bilincinde olanlardır.

Hangi dalda uzmanlaşmak istiyorsunuz şeklindeki soruya yalnızca 3 öğrencinin prelinik dallarda (% 2,1) bu seçimi yapması, öğrencilerin geri kalanının hep klinik dallarda uzmanlaşmak istemeleri açıklanmak istemeyen kazanç düşüncesini yansıtabilir. Gerçekte yalnızca 5 yanıt kazancının iyi olduğu şeklinde verilmesine karşı bu konunun istismar edilmesinin kolay olabileceği düşüncesi ile kazancı iyi şekilde yanıtlamaktan kaçınılmış olabilir.

SONUÇ :

Eğer anket - araştırmamız bazı gerçeklere biraz ışık tutabilseyse, ereğimize varmış olarak kabul edeceğiz.

Gerçekte sağlık sorunu, Koruyucu sağlık hizmetleri sorunu, Tedavi edici hizmetler sorunu, ilaç sorunu, Sağlık personeli sorunu ve Tıp eğitimi sorunu tümüyle bir bütündür. Ve bunlar gerçekte Türkiye'nin genel düzeninden soyutlanamaz.

— ooo —

Yeni Tıp Fakülteleri Neler Getiriyor ?

Dr. Nejat AKAR

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerden anamalcı (kapitalist) düzen içinde kalkınmaya çalışanlarda bir üniversite modeli mevcuttur. Bu model gelişmiş ülkelerin üniversitelerinin bir kötü kopyasından ibarettir. İşlevleri eğitim, araştırma ve bunların ekonomik düzene yansıtılması olan üniversiteler az gelişmiş ülkelerde işlevlerini yerine getirememektedir. Çünkü dışa bağımlı, anamalcı düzen dış etkenlerin altında üniversitenin işlevlerinin işlerlik kazanmasına engel olur. Aslında yalnızca bilimi ileri ülkelerin yaptıkları gelişimleri izlemek ve bunları olabildiğince öğrenciye yansıtmaktan öte bir fonksiyon göstermezler. Gerçekte genel anlamda bu durum herşeyiyle ileri ülke anamalcı düzenlerinin taklitlerinden ileri geçememektedir.

Yurdumuzdaki üniversiteler de düzenden soyutlanamadığı için yapıcı, ilerici, atılımcı olamamakta ve ancak düzeni korumak düzene adam yetiştirmek ve tutucu değerleri korumak şeklinde fonksiyon göstermektedir. Üniversite kendi toplumunun bünyesine, koşullarına göre araştırma, eğitim, yapması gerekirken; ülkemizde bunlar yapılamamaktadır.

Ülkemizde üniversiteleri büyük kent (Ankara, İstanbul, İzmir) üniversiteleri ve bölgesel üniversiteler olarak iki kısımda incelemek mümkündür. Büyük kent üniversiteleri büyük kentin içinde bulunduğu karmaşıklıktan kurtulamamaktadır. Çünkü büyük kentler çok çeşitli toplum katmanlarına sahiptir. Bu katmanlar ekonomik ve sosyal yönden ayrı ayrı incelenebilirler. Sorun büyük kent üniversitesinin hangi toplum katmanına yöneleceği üzerine yoğunlaşabilir.

Oysa bölge üniversitesinin bu konuda bir ayrıcalığı vardır. Hizmet götüreceği toplum büyük kentteki kadar karmaşık değildir. Zaten Anadolu üniversiteleri kurulurken amacın bölgesel kalkınmaya itici güç olması belirlenmiş ama işlevleri-

nin ne olacağı, yaptırımlarının ne olacağı saptanmamıştır. Gerçekte bu üniversiteler siyasi yatırım objesi olmaktan öteye gidememiştir. Her ne olursa olsun kurulan yeni üniversitelere bir tepki oluşmaktadır. Anamalcı düzenin ve tutucu değerlerin çıkarlarına ters düşeceği anda tepkiler büyüyecektir. Fakat böylesi bir durum söz konusu olmamaktadır. Çünkü bölge üniversitesi, kent üniversitesinin bir kopyasıdır. Ve toplumun o kesimi ile mükemmel bir uyum göstermektedir.

Hemen her bölge üniversitesinde bir tıp fakültesinin bulunması kuşkusuz rastlantı değildir. Tıp fakültelerinin üniversite bünyeleri içinde belirgin bir özelliği vardır. Bu da meslek gereği olarak halkla içiçe olması ve görünürde hizmet götürmesidir.

Tıp fakültelerinin sayısı yıllara bağlı olarak arttırılmıştır. Burada amaç Türkiye'nin hekim gereksinmesini karşılayabilmek ve bunun yanı sıra bir politik yatırım konusu haline getirmektir. Burada bölge liselerinden mezun olanların bölge üniversitelerinde daha kolay ve daha ucuz okumaları amaçlanmıştır. Buralardan mezun olanların bölgeye hizmet edecek eleman sıkıntısını gidermeleri beklenmişti. Ama bugün büyük kent lise öğrenim düzeylerinin, bölge liselerine oranla çok yüksek olması ile bu düşünce iflasa sürüklenmektedir.

1977 üniversite seçme sınavına girenlerden üçte ikisinin ilk istem olarak tıp fakültelerini yazmaları bir rastlantı değildir. Bunun rastlantı olmadığı çeşitli yazılarda irdelenmiştir. Ancak bu öğrencilerin çok küçük bir azınlığı tıp fakültelerine girme hakkını kazanmışlardır. Her geçen yıl artan öğrenci sayısı ile birlikte koşullar değişmediği halde öğrenci sayısı giderek artmaktadır. Tablo I'de bu durum açıklanmaya çalışılmıştır.

Plan/ama ve Gerçekleştirilen Sağlık Yüksek Öğretiminde Gelişme :

	1970/71	1976/77	1977/78
3. beş yıllık planda öngörülen öğrenci sayısı	1800	2810	3160
Gerçekleştirilen öğrenci sayısı	1200	2098	2160

Tablo I :

Kaynaklar : 3. Beş yıllık plan 1973 - 1977
ÜSS kılavuzu 76
ÜSS kılavuzu 77

Her geçen gün artan lise mezunlarına yüksek öğrenim hakkı sağlayabilmek için; fakültelerin kontenjanları sürekli arttırılmaktadır. Değişmeyen sayıda öğretim üyeleri, sınırlı pratik olanakları ile fakülteler sürekli şişirmeye çalışılan balonlara benzemektedirler. Bu durum kendini özellikle tıp fakültelerinde göstermektedir. Tıp Fakültelerinin diğer fakülte ve yüksek okullara olan bir ayrıcalığı eğitiminin büyük bir kısmının pratiğe dayalı olmasıdır. Yani gerçek bir usta-çırak eğitiminin geçerli olduğu bir yüksek öğrenimdir.

Bugün yurdun çeşitli yörelerinde onaltı tane tıp fakültesi vardır. Bunlardan bazılarının ismi var ama cismi yoktur. Eski ve yerleşmiş tıp fakülteleri yeni yeni tıp fakülteleri doğurmaktadır. Ama çoğu yeni tıp fakültelerinin çoğunun temel unsurları olmamaktadır. Yani uzuvları olmaksızın doğan bebeklere benzemektedir, yeni fakülteler. Bunların tamamlanması zamana bırakılmaktadır.

Örnek vermek gerekirse Diyarbakır tıp fakültesi Ankara tıp fakültesi bünyesinde kurulmuş ve şimdi bağımsız olarak işlev görmeye çalışmaktadır. Bugün Diyarbakır Tıp Fakültesinde ondokuz öğretim üyesi vardır ve beşi temel tıp derslerinde olmak üzere on kürsü ya boştur ya da kurulmamıştır. İstanbul Tıp Fakültesinin bünyesinde kurulan Bursa Tıp Fakültesinin ve Hacettepe Tıp Fakültesi bünyesinde kurulan Erzurum Tıp Fakültesinin Diyarbakır'dan pek farklı yanları yoktur. Şöyleki ilkinde 40 öğretim üyesi mevcutken yedisi temel tıp olmak üzere on kürsü boştur. Erzurumda öğretim üyesi sayısı 27 iken boş kürsü sayısı yedidir. Yani yeni tıp fakültelerine giren öğrenci bazı dersleri görmeden ve öğretim üyesi olmaksızın tamamlayacaktır. Bu da zaman ve işgücü kaybına neden olacaktır.

Öğretim üyelerini iki bölümde incelemek olasıdır. Preklinik ve klinik öğretim üyeleri. Dikkati çeken nokta temel tıp derslerinin öğretim üye sayısının bariz olarak az olmasıdır. Kliniklerde ise bu sayının çok şişkin olduğu dikkatten kaçmamaktadır. Tablo II bu sözlerimize bir örnek teşkil etmektedir.

	Klinik Öğ. Üyesi	Preklinik Öğ. Üyesi
Ankara Tıp Fakültesi	153	29 (% 15.9)
İstanbul Tıp Fakültesi	181	35 (% 19.3)
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	156	23 (% 14.1)

Tablo : II..

Alınan yüksek sayıdaki öğrenci ile yetersiz sayıdaki araçlar, laboratuvarlarla öğrenciye hiçbir temel bilgi getirmeksizin, yalnızca bürokratik bir öğretim sürdürülür. Öğretim üyeleri sayısı değişmeksizin alınan öğrenci sayısının arttırılması daha değişik sorunlar getirmektedir. Örneğin 1972 yılında üç öğretim görevlisinin bulunduğu Ankara Tıp Fakültesi Histoloji Kürsüsü'nde bu sayı 1977 yılında ikiye düşmüştür. 1972 yılında alınan öğrenci 225 iken, 1977 yılında bu sayı 400'e yükselmiştir. Öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı enflasyona uğramış para niteliğini kazanmıştır. Bu da temel tıp denilen nosyonu öğrenciye kazandırma amacını güden sistemde, öğrencinin sınavdan sınava çalışan bir öğrenci prototipi yaratmadan öteye gidememiştir. Öğretim üyesi başındaki bu kadar öğrenciye yetişemeyeceği için, öğretim üyesinin fonksiyonu lise öğretmeninden farksız duruma düşecektir. Bir de bunlara yeni tıp fakülte kontenjanı adı altında alınan öğrencileri eklersek sorun iyice çıkmaza girecektir.

Eski fakültelerin kontenjanlarının arttırılması ve yeni fakültelerin kurulması görünen nedenlerin dışında üniversite önündeki binleri azaltmayı ve ülkenin hekim açığını kapatma ön plana almıştır. Ama tablo 1'de görüldüğü gibi plan hedeflerine hiç bir zaman ulaşamamıştır. Bu bir bakıma çok iyi olmuş ve tıp fakültelerinin barajları yıkılmaktan bir süre için de olsa kurtarılmıştır.

Bu yeni açılan tıp fakültelerinin ne gibi işlevleri olacağı tam olarak belirlenmediği için şimdilik yalnızca doktor üreten fabrika görünümündedirler. Beraberlerinde bu fakültelere ayrılan finansmanın ana tıp fakültelerine harcanmasını da getirdiğinden gelişmeleri ana tıp fakültesince önlenmektedir. Bu fabrikalar yarım tam yetişmeyen yetersiz doktorlar üretecek tir. Tıp fakültesinde zaten yetersiz olarak yetişmiş olan hekim, eğer uzmanlığa devam edebilirse, öğrenimi sürdürdüğünden sorun çözümlenecektir. Oysa uzmanlaşma olanağı bulamayan hekimin tıp fakültesinde edindiği bilgiler eskiyecektir. Bu tam yetişmeyen ve bilgileri eskleyen hekimlere halkın sağlığı nasıl emanet edilecektir? Ama sorun eğer halkın sağlığı değil de, görünüşü kurtaracak olan hekim sayısı ise yapılacak pek bir şey yoktur.

Yapılması gerekenin ne olacağı üzerine tartışma açılabilir. Önerimiz bu fakülteleri hekim üreten fabrika görünümünden kurtarmak ve eğitimin halk sağlığına hizmet edecek hekim ye-

tiştirecek şekilde yeniden düzenlenmesi ve sürekli eğitimin bu fakültelerin işlevleri arasına sokmak olmaktadır.

Gerçekte üniversitelerin kendi öz benliklerine kavuşabilmesi ancak özgürlükçü demokratik ve ilerici bir düzenin toplum bünyesine hakim olması ile söz konusu olacaktır.

KAYNAKLAR :

- 1 — ÜSS kılavuzu 76
- 2 — ÜSS » 77
- 3 — 3. Beş yıllık plan
- 4 — Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim kılavuzu
- 5 — S. Kaynak : Tıp Eğitiminin Sorunları TOB - Temmuz - 77

— ooo —

YİNE İLAÇ SORUNU....!

Geçtiğimiz hafta içinde yüksek tirajlı birçok gazetede tam sayfa ilanlarla ilaç sanayicilerinin bazı gerçekleri çarpıtmaya çalıştıklarını izledik. Bu yanıltıcı yayınlara kısaca cevap vermeyi bir görev sayıyoruz.

İlaç sanayii tatlı kârlar bırakan ve en az kontrol edilen sanayi dallarından biridir. Çok uluslu ilaç tekellerinin ortak ve sözcüleri olan ilaç firmaları son günlerde yarattıkları yapay ilaç darlığı ve zam istemlerine karşı oluşan tepkileri yumuşatma ve halkımıza şirin görünme amacı ile bu çarşaf gibi ilanları verdiler. Ama gerçekler hiç değişmedi.

Bir kere ilaç kontrolleri çok yetersiz kalmaktadır. Bilinçli olarak yetersiz bırakılan Hıfzıssıhha Enstitüsü İlaç Kontrol Şubesi piyasadaki müstahzarların ancak % 25-30'nu kontrol edebilmekte, bir kontrolü atlatan firma 3-4 yıl başıboş kalmaktadır.

İlaç kaliteleri de oldukça düşüktür. Örneğin 1965-1967 yılları arasında yapılan kontrollarda bozuk ilaç oranı % 18'di. Bozuk çıkan ilaçlardan hekimlerin, eczacıların ve halkın habersiz bırakılması ve genellikle bu bilgilerin gizli tutulması daha yeni tarihli bilgiler vermemizi önlemektedir. Kaldı ki bu gizlemeler, yasaklanan ya da satışı durdurulması gereken ilaçların serbestçe satılmasını da sağlamaktadır.

İlaç firmaları, uzantıları oldukça çok uluslu tekellerden pahalı olarak aldıkları hammaddeleri çok küçük boyutlarda ambalajlamakta ve böylece ilaçların çok kabarık fiyatlarla satılmaları mümkün olmaktadır. Odamızca yapılan bir çalışmada, yalnız ambalajın değiştirilmesi ve klinik - eczane tipi büyük ambalaja gidilmesi ile ilaç fiyatlarının % 21-54 oranında ucuzlatılmasının mümkün olabileceği saptanmıştır.

İlacın Türkiye'de ucuz olduğu savı da bir yutturmacadan başka bir şey değildir. Bir tedaviyi tamamlayacak kadar ilaç yazılmış normal bir reçete tutarı bile çoğu kez asgari ücretin dörtte ya da üçte birini bulmaktadır. İlaç fiyatlarını halkımızın satın alma gücünün çok üstünde olması nedeniyle hekimler gönül rahatlığı ile reçete yazamamakta, tedaviler gereğince yerine getirilememektedir.

Genel olarak bir ambalaj sanayiinden öte gidemeyen ilaç sanayinin temsilcileri hammadde üretimi söz konusu edilince, «2000 çeşit hammaddeyi nasıl üretelim?» diyerek konuyu çarpıtmaktadırlar. Oysa, yüksek teknoloji gerektirmeyen ve en zengin kaynaklarını yurdumuzda bulabildiğimiz afyon alkaloidleri ve kalp glikozitleri gibi birçok önemli ilaç hammaddesinin üretimi bu sorunu önemli ölçüde çözümlenecektir. Örneğin yalnızca afyon alkaloidlerini işleyip ilaç üretecek bir fabrika yılda 1 milyar liranın üzerinde döviz bırakabilecektir ki bu ilaç hammaddesi için dışarıya ödenen miktara yaklaşıktır. Kaçık kı, döviz kaybının önemli bir kısmını, bir çok gelişmiş ülkenin zararı ya da yararsız bularak kullanmadığı ilaçların hammaddeleri için ödenenler oluşturmaktadır. İlgili Bakanlığın, göstermelik de olsa yasaklama kararı aldığı birçok ilaç yıllardan beri imal edilerek serbestçe satılmakta, bunların hammaddeleri için de önemli miktarda döviz harcanmaktadır.

Aşırı kârlarını yetersiz bulan ilaç sanayicileri ise, zam alarak ilacı daha da pahalı satabilmek için bazı ilaçları piyasadan çekmiş, üretimi kısıtlayarak yapay bir ilaç darlığı yaratmışlardır. Bu arada önemli bir etmen olan döviz yokluğunun ardına sığınmışlardır. MC yetkilileri ise, sanki onların sözcüleri gibi davranarak verdikleri demeçlerle bu çirkin oyunu körüklemektedirler. Yokluğu küçümsetilmeğe çalışılan 50 - 60 kalem ilaç arasında kullanılması zorunlu kalp ilaçları, şeker hastalarının kullandığı insülin, kanser tedavisinde kullanılan sitostatikler, bir, çok önemli ağrı kesici ve antibiyotik bulunmaktadır.

Son zamlarla yoksul halkımızın cebini iyice boşaltan MC, yeni bir oyunla elimizde kalan son değerli varlığımız olan, sağlığımıza göz koymuştur. MC'nin can güvenliğini ortadan kaldıran faşist baskı, terör ve işkencelerle yetinmediği ortadadır.

Biz hekimler olarak, halk sağlığından yana hekimlerin örgütü olarak hiç de «Türkiye İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası»nın gönül rahatlığı içinde değiliz. Çünkü ilaç sorununun ulaştığı geniş boyutları ve bundan zarar göreceğimizin emekçi halkımız olduğunun bilincindeyiz. Amacımız gerçekleri çarpıtmak değil, ilaç ve ilaç sanayii konusundaki gerçekleri sorunun sorumlularını ve kimlerin gerçekte kamuoyuna yanlış bilgi verdiklerini halkımıza ve tüm demokratik güçlere duyurmaktır. Yukarıda genel çizgileriyle değindiğimiz konularda daha geniş açıklamaları olanaklarımız ölçüsünde sürdürmeyi de görev sayıyoruz.

SSYB BAZI İLAÇLARIN SATIŞ VE KULLANIMINI YASAKLADI

T. C.
SAĞLIK ve SOSYAL YARDIM
BAKANLIĞI

Eczaçılık ve Tıbbi Müstahzarlar
Genel Müdürlüğü 2189
Konu : Satıştan menedilen müstahzarlar

Ankara : 15.8.1977

..... Valiliği

Aşağıda isimleri, ruhsat tarih ve numaraları ile seri numaraları yazılı bulunan müstahzarların piyasa kontrolü maksadıyla yaptırılan tahlil ve tetkikleri neticesinde formülüne, farmasi tekniğine veya Türk kodeksine uygun olarak imal edilmedikleri tesbit edilmiştir.

Bu sebeple ilinizde mevcut hastane, ecza deposu, eczane, ecza dolapları ve sair bütün sağlık müesseselerinde mevcutları tesbit edilerek yalnız bildirilen bu serilerin satış ve kullanıl-maktan menedilmelerinin ve yapımcıları hakkında yapılmakta olan yasal işlemin sonucuna kadar mühür altında muhafaza edilmelerinin teminini rica ederim.
(Geçici Genelge)

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Adına
Müsteşar
Dr. Osman YAŞAR

1 — İstanbul'da Lokman laboratuvarı adına 14.5.1974 tarih ve 118/59 sayılı ruhsatlı (MEPROL TABLET) Seri No : 46 M 14 (Normal süresinde dağılmadığından)

2 — Adana'da Günsa Güney İlaç ve Hammaddeler San. Tic. A .Ş. adına 16.3.1972 tarih ve 109/48 sayılı ruhsatlı (ZEN-

KAIN DAMLA) Seri No 6 K 03 (İçerisinde yabancı partiküller bulunduğundan)

3 — İstanbul'da Dinçel laboratuvarı Ltd. Şti. adına 7.3.1973 tarih ve 115/69 sayı ile ruhsatlı (BEHEPTAL DRAJE) Seri No : 03.77 82 (Terkibindeki Biotin'in eser halinde bulunduğundan)

4 — İstanbul'da Doğu İlaç Fabrikası A. Ş. adına 27.9.1962 tarih ve 65/4 sayı ile ruhsatlı (EMEDUR 100 Mgr. SUPPOZİTÜAR) Seri No : 6 A (Terkibindeki aktif maddenin homogen olarak dağılmadığı ve formülüne nazaran % 36 fazla bulunduğundan)

5 — İstanbul'da Liba laboratuvarı adına 22.7.1948 tarih ve 17/44 sayı ile ruhsatlı (NETURONE EFERVESAN GRANÜLE) Seri No : 327047 (Poşet muhteviyatının % 31,3 eksik bulunduğundan)

6 — İstanbul'da Dinçel Laboratuvarı Ltd. Şti. adına 4.7.1969 tarih ve 100/41 sayı ile ruhsatlı (BETİSOL AMPUL) Seri No : 02 77 21 (Terkibindeki Biotin'in eser halinde bulunduğundan)

7 — İstanbul'da Santa Farma İlaç San A. Ş. adına 22.11.1973 tarih ve 117/55 sayı ile ruhsatlı (EUCARBON TABLET) Seri No : 7 D 442/3 (Normal süresinde dağılmadığından)

8 — İstanbul'da İltaş İlaç San. ve Tic. A. Ş. adına 14.5.1970 tarih ve 104/12 ayı ile ruhsatlı (DİNAVİT TABLET) Seri No : 6 G 900 (Terkibindeki Calcium - pantothenat'ın % 32 eksik bulunduğundan)

9 — İstanbul'da Dilpa İlaç San. ve Pazarlama A. Ş. adına 17.12.1976 tarih ve 124/83 (Eski : 7.7.1968 tarih ve 91/46) sayı ile ruhsatlı (GABROMİCİNA ENJEKTABL 0,5 Gr.) Seri No : 7 B F 09 (Flakonda muallak ecsam bulunduğundan)

10 — İstanbul'da Tek İlaç San. A. Ş. adına 8.10.1974 tarih ve 119/63 sayı ile ruhsatlı (EUPHYLLİN AMPUL) Seri No : 2318 19 A 76 (Ampullerde muallak ecsam bulunduğundan)

11 — İstanbul'da Haver laboratuvarında imâl edilen (LOBELİNE FORTE AMPUL) Seri No : 76066 (Ampullerde muallak ecsam bulunduğundan)