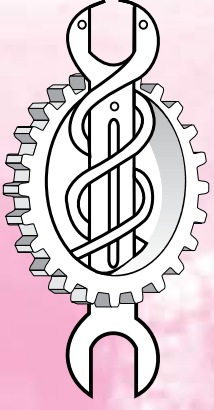


ISBN 1302-3519



ÇALIŞMA ORTAMI

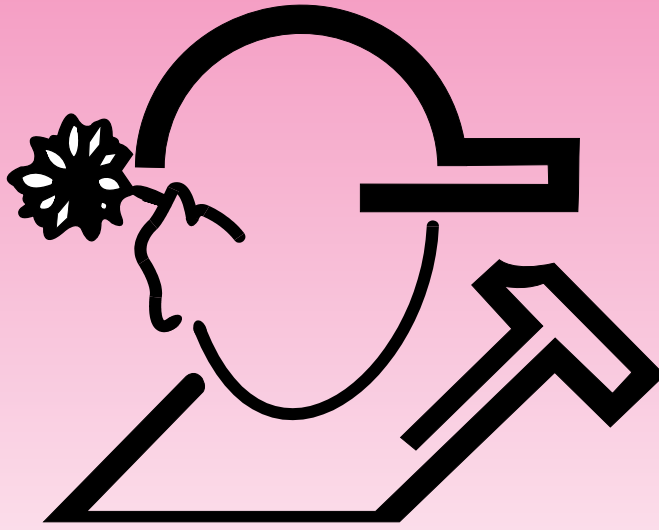
İki Ayda Bir Çıkar / Sayı : 103

Mart - Nisan 2009

İŞÇİ SAĞLIĞI
İŞ GÜVENLİĞİ
ERGONOMİ
İŞ HİJYENİ
ÇEVRE
TOPLUM ÖRGÜTÇÜLÜĞÜ
ÇOCUK EMEĞİ
KADIN
SOSYAL POLİTİKA
NÜFUS
SOSYAL HEKİMLİK

- Dünya Nereye Gidiyor? Kız Çocuklarının Çilesi
 - Çocuk Emeği Konusunda Yeni Açılımlar
 - İş Öncesi İş Güvenliği Söyleşileri
 - Yapım Yöntemi Bilgisi
 - İnşili Çıkışlı Bir Yol: İşçiler İçin Sağlık Güvenlik
 - Türkiye’de Sağlıkta Eşitsizlikler
 - Yoksulluk ve Verem
 - Neden Toplum Hekimliği Değil?
 - Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Uygulaması: İlk Gözlemler
- Sağlıkta Ticarileşmenin İki Hedefi: Sağlık Ocakları ve İşyeri Hekimlikleri
 - Chopin, Felsefe, Edebiyat
 - İki Dakika Düşün: Tehlikeyi Tanıyalım
Boru ve Çelik Konstrüksiyon Montajı

www.fisek.org.tr



*Çalışan Çocuklara "Vefa Borcu"nuza
Ödemek İster misiniz?*

*Fisek Enstitüsü'nün 26. Yılı
Çalışma Ortamı'nın 16. Yılı*

Dünya Nereye Gidiyor? Kız Çocuklarının Çilesi

Derleyen: Onur SUNAL*

Brezilya: 9 Yaşında Kürtaj Yapılan Çocuk Dinden Afaroz Edildi!!

Dünyanın hemen her yerinde boyutları değişmekle birlikte çocukların sorunlarının giderek arttığı gözleniyor. Küreselleşme süreci ile birlikte yaşanan şiddet olaylarındaki artış, kendini her alanda gösteriyor.

Cinsellik konusu belki de en hassas konulardan biri. Genelde yasal olarak 18 yaşını doldurmuş bireyler, dünyanın birçok ülkesinde reşit sayılıyor. 1989 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda ülkelerin daimi temsilcilerinin devletleri adına kullandıkları oylarla kabul edilen Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, 18 yaşın altındaki bütün bireyleri çocuk olarak kabul etmektedir. Bu yaş



geçen bireylerin kendi yaşamları konusunda özgür iradeleriyle aldıkları kararlar kendilerini doğrudan bağlar. Ancak reşit olmamış çocuklar, ailelerinin ve elbette devletin yasal koruması altındadırlar. Bir bakıma çocukların mağduriyetinden birinci derecede onları korumakla mükellef olan aileleri, yaşadıkları toplum ve vatandaşları oldukları devletler sorumludurlar. Çocuklar korunmaya ve gözetilmeye ihtiyaç duyarlar.

Brezilya, Güney Amerika Kıtası'nda yer alan çocuk nüfusun yoğun olduğu yüzölçümü oldukça geniş ülkelerden biridir. Daha çok gecekondu mahalleleri, futbol, kahve ve Rio Festivali ile gündeme gelen Brezilya, bu kez çocuk tecavüzü ve kürtaj konusu ile gündemde. Hepimizin hatırlayacağı gibi, çocukların cinsel istismarı konusu ülkemizde de hiç aklımızdan silinmeyecek bir olay nedeniyle çok yakın zamanda her ortamda tartışılmıştı. Vakfımız da bu konuda gereken hassasiyeti her zaman olduğu gibi göstermiş ve yazılı bir açıklama yapmıştı.

Pernambuco'nun kuzey batısında yer alan Alagoinhas adlı bir kasabada yaşayan 9 yaşındaki bir kız çocuğunun 15 haftalık bebeği, devletin bu konuda yetkili sağlık kuruluşlarından birinde yapılan operasyonla alındı. Brezilya'da, kanun gereği, annenin sağlığı risk altındaysa veya bir tecavüz sonucu hamile kalınmışsa kürtaj yasal bir kimlik kazanıyor.

36 kilo ve 1.33 metre boyunda olan 9 yaşındaki kız, ikiz çocuk taşıyordu. Kürtajın gerçekleştirildiği Eğitim Hastanesi'nin doktorlarından Fatima Maia'nın verdiği bilgiye göre, küçük kızın uterusunun değil iki bebek bir kaç haftalık bir bebeği bile taşıması imkansızdı.

Devletin ilgili resmi birimlerinin yaptığı kovuşturma sonucunda 9 yaşındaki zavallı kızın, üvey babası tarafından 6 yaşından beri taciz edildiği ve ayrıca küçük kızın 14 yaşındaki zihinsel özürü ablasının da, üvey baba tarafından tecavüz edildiği tespit edildi.

Ne var ki, bütün bu olaylar tüm açıklığıyla ortaya çıkarılırken, Katolik Kilisesi Bölgesel Başpiskoposu Jose Car-

doso, küçük kızı ve kürtajı gerçekleştiren doktorları dinden afaroz ettiğini açıkladı. Cardoso, Allah'ın kanunlarının her şeyin üstünde olduğunu ve buna herkesin uyması gerektiğini belirtti. Hem ülkedeki bilim çevreleri, hem de hukuk çevreleri tarafından şiddetle karşı çıkılan bu açıklama karşısında hükümet, konuyla ilgili yeni bir yasal düzenlemeye ihtiyaç duyulduğunu bildirdi.

İşte yüzyıllar boyunca insanları karanlığa mahkum etmiş zihniyetler, ne yazık ki günümüzde de yer ve sınır tanımadan bildiğini okumaya devam ediyor. Çağdaş bilimin ışığında bu karanlık zihniyetlerle mücadele etmeksizin, gelecek yeni nesillere aydınlık bir yarın bırakmak pek mümkün gözüküyor. Ve her zaman olduğu gibi karanlıklardan en çok boğulanlar ise, toplumların korunmaya en muhtaç varlıkları olan çocuklar oluyorlar.

"Brezilya'da resmi verilere göre her yıl 1 milyon kürtaj gerçekleştiriliyor. Toplumsal baskı ve yasaklar nedeniyle hamile kadınlar ve kızlar, olayın duyulmaması için ucuz paralar karşılığında sağlıklarını tehlikeye atarak bu konuda hiçbir yetkisi ve becerisi olmayan kişilere bebeklerini aldırıyorlar. Brezilya Sağlık Bakanlığı, 2000-2006 yılları arasında 10-14 yaşlarındaki 192,445 çocuk yaşta genç kızın doğum yaptığını ve 105 çocuk annenin de doğum sırasında hayatını kaybettiğini açıkladı.

Sri Lanka: İç Savaşın Faturasını Çocuklar Ödüyor

Atom silahlarının keşfinin ardından dünyada birçok ülke, nükleer silahlara sahip olmaya başladı. Bu gelişmeler, güçlü ülkelerin birbirleriyle doğrudan sıcak savaşa girmelerinin önünü kesti. Silah endüstrisinin patronu konumunda bulunan ülkeler, bu sefer de hem siyasal ve ekonomik çıkarları için, hem de silah ticaretinden elde edilen büyük gelirlerden nemalanmak için üçüncü dünya ülkelerindeki bütün ayrılıkçı hareketleri desteklemeye başladılar.

Dünyanın neresinde olursa olsun çatışmalardan kazanan tek bir sektör var: Silah Endüstrisi. İkinci dünya savaşını takip eden süreçte büyük savaşlar, yerini hiç bitmek bilmeyen daha küçük çapta çatışmalara bıraktı. Afrika'da, Güney Amerika'da, Ortadoğu'da, Uzak Doğu'da ve Balkanlarda çatışmalar 1950'li yıllardan beri hiç bitmek bilmedi.

Sri Lanka da benzer çatışmaların 25 yıldır yaşandığı ülkelerden biri. 1983 yılından beri ayrılıkçı Tamil Kaplanı İsyancıları ile hükümet güçleri arasında süren çatışmalarda, tam 75,000 kişi hayatını kaybetti. Tamil Eelam Özgürlük Kaplanları, (The Liberation Tigers of Tamil Eelam -LTTE-), İslami Cihad, El-kaide ve Hamas örgütlerinin bugüne kadar düzenlediği toplam intihar saldırılarından daha fazlasını hayata geçirdi. Bununla birlikte örgüt, kız ya da erkek ayırt etmeden her aileden 1-2 çocuğu zorla alıp savaştırıyor. Son zamanlarda yapılan tahminlere göre, bölgede 5,000'den fazla çocuk askerin olduğu düşünülüyor.

Birleşmiş Milletler Genel Sekreteri Ban Ki-moon 5 Mart günü yaptığı bir açıklamada, kuzey bölgelerinde yaşanan çatışmalar nedeniyle birçok çocuğun öldüğünü ya da sakat kaldığını ve bu durumun kendisini son derece tedirgin ettiğini ve Tamil Kaplanı İsyancılarının bir an önce bu çatışmaları durdurması gerektiğini belirtti.

Sri Lanka'da yaşanan çatışmalar nedeniyle çocuklar ölmekte, ailelerinin öldürüldüğünü görmekte ve kullanılan silahlar nedeniyle ciltleri yanmakta, kemikleri kırılmakta



* Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Vakfı Gönüllüsü

ve körpe vücutları şarapnel parçalarıyla yaralanmakta.

Sri Lanka'nın başkenti Colombo'nun 300 km. kuzeyinde yer alan Vanni bölgesinde süren çatışmalar nedeniyle 36,000 kişi, yaşadığı bölgeyi terk etmek zorunda kaldı. Ancak çatışmaların ortasında kalan insan sayısının, 250,000-300,000 civarında olduğu tahmin ediliyor.

60,000'den fazla çocuk ise okullarına devam edemiyor. Bu çocukların neredeyse tamamına yakını, son bir yıldır en az 12 kere yaşadığı yeri değiştirmiş. Barakadan bozma evlerde ve yarıdım çadırlarında yaşam savaşı veren bu çocuklar için okul hayatı artık ne yazık ki öncelikli değil.

Mısır: Kuş Gribi Endişeleri Artıyor

18 aylık bir çocuğun H5N1 kuş gribi virüsünü 10 Mart günü kapmasından sonra 2006 yılından bu yana ülkede görülen kuş gribi vakalarının sayısı 58'e çıktı. Son olaydan sonra Dünya Sağlık Örgütü WHO, hastalığın bulaşma yoluyla ilgili çalışma yapılmasını istedi.

Mısır'ın kuzeyindeki Manoufyia bölgesinde yaşayan çocukla birlikte, yakın zamanlarda, birkaç vakaya daha rastlanmıştı. Yaklaşık 5 milyondan fazla ailenin kümes hayvanı beslediği Mısır için virüs, hayati bir önem taşıyor.

Mısır Sağlık Bakanlığı, küçük kız çocuğunun hastalığı, oynadığı hastalıklı kuşlardan kapıldığını söyledi. 9 Mart günü hastaneye götürülen çocuğa antiviral bir aşı olan Tamiflu verildi. Tedavi gördüğü hastanenin başhekimisi Abdel Rahman Shahin, durumun kontrol altına alındığını ancak hastalığın seyrini izlemek için çocuğun bir süre daha hastanede kalacağını belirtti. Son zamanlarda çocuklar arasında ortaya çıkan kuş gribi hastalığındaki artış WHO yetkililerini harekete geçirdi.

4 Mart günü ise, Kahire'den 220 km. uzaklıkta olan İskenderiye şehrinde 2 yaşındaki bir erkek çocuğu, kuş gribi hastalığını kaptı.

1 Mart'ta ise Kahire'den 85 km. uzaklıkta bulunan Fayum kentinde yaşayan bir başka çocuğa aynı virüs bulaştı.

2009 yılında 5 kişinin aynı hastalığa yakalandığını belirten yetkililer, 2006 yılından beri tam 23 kişinin aynı hastalık nedeniyle hayatını kaybettiğini belirttiler.

WHO yetkililerinden uzman epidemiyolog John Jabbour, çocuklarda son zamanlarda görülen kuş gribi vakalarındaki artışın, kaygı verici olduğunu dile getirdi. Jabbour, Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda mutlaka çalışmalar yapması gerektiğini kamuoyuyla paylaştı.

Jabbour, hastalığın görülme sıklığındaki artışının nedenini ailelerin konuyla ilgili eskisi kadar hassas ve uyanık olmamasına bağladı. Jabbour, tavukçuluk yapan bütün ailelerin bu virüsten korunmak için gereken önlemleri her an alması gerektiğini savundu.

Mısır'da yaşanan kuş gribi vakaları ne yazık ki, çoğu zaman yetkili mercilerle paylaşılmıyor. Çünkü böyle bir durumda çiftçiler, bakanlık yetkilileri tarafından bütün kümes hayvanlarının itlaf edilmesinden korkuyorlar. Mısır'da devlet, itlaf edilen hayvanların parasını besicilere vermediği için ne yazık ki insanlar, kendileri ve çocukları için yaşamsal önemi olan bu gibi durumları resmi mercilerle paylaşmama yoluna gidiyorlar.

Dünya Sağlık Örgütü'nün verdiği bilgilere göre, bugüne kadar dünyada 410 kişiye H5N1 Virüsü bulaştı ve bunlar-

dan 256'sı yaşamını yitirdi. Bilim adamları, şu anda insanlara bulaşma riski düşük olan bu virüsün şekil değiştirerek dünyada milyonlarca kişiyi etkiler hale gelmesinden korkuyor.

Yemen: Kızların Yasal Evlenme Yaşının Düşürülmesi Gündemde

Kızlara ve kadınlara yönelik şiddet coğrafya değiştiriyor ama hedef değiştirmiyor. Bu sayımızda, bir önceki haberde, Brezilya'da üvey babası tarafından tecavüz edilerek hamile bırakılan 9 yaşındaki bir kızın katolik kilisesi başpsikoposu tarafından atıldığını yazmıştık. 101. sayımızda ise, Fas'ta ulemanın önde gelen imamlarından birinin, evlilik yaşının 9'a indirilmesi konusunda verdiği fetvadan söz etmiştik.

Gerçekten akıl erdirmek mümkün değil. Nasıl bir zihniyet, çocuk yaştaki bir kızın bedeninin kendinden yaşça büyük bir erkek tarafından kullanılmasını Allah'ın emri olarak görebilir? Fetvayı veren imam, ya da çocuk yaştaki kız dinden afaroz etmeye kalkan başpsikopos, yazık ki çağdışı ve akıl-dışı bir uygulamayı sözde inanç adı altında insanlara pazarlamaya çalışmaktadır.

Ama bu çağdışı düşünceye sahip insanlar sadece Fas ya da Brezilya'da yaşamıyorlar. Bu kez de Yemen'de şeriat hükümlerine aykırı olduğu iddiasıyla bazı milletvekilleri, çocuk ve kadınları koruyan bazı kanunlarda yapılan son değişikliklerin yürürlükten kaldırılmasını istedi.

Ulusal Kadın Komitesi Başkan Yardımcısı Horiah Mashour, bazı radikal milletvekillerinin yeni yasaları tekrardan tartışmaya açmak istediğini söylüyor. Radikaller, şeriat kanunlarında evlenme için bir yaş tavanının olmadığını iddia ediyorlar. Oysa yeni kanunla 17 yaşın altındaki çocuklar ancak mahkemelerce verilen izinler ile evlenebiliyorlar. Mashour, şu an uygulamaya konulan yeni kanunların bile yetersiz olduğunu, tekrardan eskiye dönmeye çalışmanın çocuk ve kadın hakları açısından tam bir intihar olduğunu dile getiriyor. Özellikle kırsal kesimlerdeki aileler, ilgili kanun hükümlerinin varlığında bile, doğan kız çocuklarının nüfus kayıtlarını yaptırmayarak, evlilik için yasal yaş sınırlandırmasını delme yoluna gidebilirler.

Ne var ki, daha önce evlenme yaşını 17'ye yükselten yasayı onaylayan bazı milletvekillerinin kararlarından dönebilecekleri belirtiliyor. Oysa yeni kanunlar çocukların ve kadınların haklarını korumayı amaçlıyordu. Genç yaşta kendinden yaşça çok büyük erkeklerle evlendirilen kızlar, şiddete uğramakta, eğitimleri yarım bıraktırılmakta, cinsel açıdan istismar edilmekte ve çok çocuk doğurdıkları için yaşamları boyunca tutsak olmaktadır.

International Centre for Research on Women (ICRW), Uluslararası Kadın Araştırmaları Merkezi'nin 2007 yılında yayınladığı bir rapora göre Yemen, çocuk yaşta kızların en çok evlendirildiği 20 ülke içinde 13. sırada yer alıyor. Evli kadınların %48,4'ü, 18 yaşının altındayken nikahlanmışlar.

*Yukarıda ülkelere ait verilen haberler Child Rights Information Network (CRIN)adlı organizasyonun, www.crin.org adlı web sitesinden alınmıştır.

**Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'den yapılan alıntılar ise United Nations Children's Fund (UNICEF), www.unicef.org adlı web sitesinden alınmıştır.



Çocuk Emeği Konusunda Yeni Açılımlar

Çocuk Emeği ve Sanat

Genel-İş ve DİSK'in eski başkanı Abdullah Baştürk'ün anısına, Baştürk ailesi, Edebiyatçılar Derneği ve Genel İş Sendikası'nın birlikte düzenlediği ve bu yıl altıncısı yapılan işçi edebiyatı yarışması sonuçlandı. Geçen yılki yarışma, çalışan çocuk öykülerine ayrılmış ve dağarcığımıza önemli katkılar getirmişti. Bu yıl da, öykü dalında Haydar Demir'in "Makine", yaşamöyküsü dalında Zehra İpşiroğlu'nun "Özgürlük Yolları" ve roman dalında Hasan Kıyafet'in "Umut Direniyor" adlı yapıtları ödüllendirildi.

Bu yıl Abdullah Baştürk, iki gün süren etkinliklerle anıldı. İlk etkinlik 20 Aralık 2008 tarihinde yazarlar, Ankara'lı edebiyatseverler Mülkiyeliler Birliği'nde bir araya geldiler. "Edebiyat ve Sanatta İşçiler" (Prof.Dr.Ahmet Makal) ve "Sanat ve Çocuk Emeği" (Prof.Dr.A.Gürhan Fişek) üzerine yapılan sunumların ardından, yazarlar, ödüle layık görülen kitaplarını tanıtıp imzaladılar.

Prof.Dr. A.Gürhan Fişek, sunumuna başlarken toplumsal olguların, kamuoyunda duyarlılık yaratma sürecinin izlediği yolu şöyle açıkladı : "Toplumsal olgular sırasıyla, yazılı ve görsel basın, sanatçılar, bilim insanları ve sivil toplum örgütlerince gözler önüne serilirler. Kamuoyunu duyarlılaştırırlar. Politika yapımcıları da bu yolla, o sorunu çözmeye çağırılırlar."

"Sanat ve Çocuk Emeği" başlıklı sunumun iskeletini, sanat dallarının şu başlıklar altında sınıflandırılması oluşturuyordu :

1. Yazı sanatı (Öykü, roman, düzyazı, şiir)

2. Görsel sanatlar (Resim, fotoğraf, karikatür, sinema)

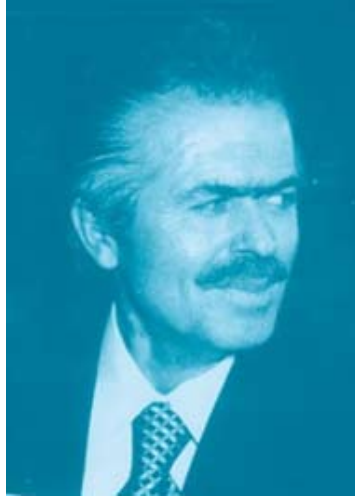
Orhan Kemal, Uyku adlı öyküsünde çalışan çocukları, öykünün eksenine oturtmuş ve onların ne denli zor koşullarda çalıştıklarına değinmişti :

"Madeni eşya fabrikası, hafta tatiline hazırlanıyordu.

Fabrikanın yüz elli amelesinden sekseni, ondört onaltı yaş arasındaki erkek çocuklardı ki, yirmi kadarı pres makinelerinde çalışıyordu. Üstleri başları paramparçaydı. (...)



Bu yıl Abdullah Baştürk, iki gün süren "Abdullah Baştürk İşçi Edebiyatı" etkinlikleri ile anıldı.



Abdullah Baştürk
Genel-İş ve DİSK eski Başkanı

Ustabaşı, tornalardan birinin üstüne sıçradı, düdüğü öttürdü, ameleleri topladı. Nutuk söyler gibi :

- Bana bakın! Diye bağırırdı. Öğleden sonra iş var, sabaha kadar çalışacağız belki de. (...)

Saatler çok ağır geçiyordu. Gece yarısından sonra çocukların hiçbirinde hal kalmamıştı. (...) Tam bu sırada arka makinelerden acı bir çığlık koşturdu. Koşuşmalar... (...) On sekizinci presin işçisi çocuk Haydar düşmüş, başı yarılmıştı.

Ustabaşı ellerini beline dayadı, Haydar'ın yanındaki makinenin işçisi çocuk Celalettin'e sordu:

- Nasıl kırdı kafasını bu eşşek?

Celalettin kekemeydi :

- Uuyuyuyordu, düdüğü öttü kakakafası. (...)

Refik Durbaş'ın "Çırac Aranıyor" adlı şiiri de en bilinen örneklerden biriydi. Bestelenmiş ve kulaklarımızda her an

ezgisini hatırlatan çarpıcı bir eserdir :

"Elim sanata düşer usta
Dilim küfre, yüreğim acıya
Ölüm hep bana
Bana mı düşer usta ?

Sevda ne yana düşer usta
Hicran ne yana
Yalnızlık hep bana
Bana mı düşer usta ?

Gurbet ne yana düşer usta
Sıla ne yana
Hasret hep bana
Bana mı düşer usta ?
(...)"

Yaşar Kemal'in "Beyaz Pantolon", Yeşim Eyüboğlu'nun "Cinnet Misafirleri" adlı öyküleri; Cem Karaca'nın "Tamer Çırağı", Bora Ayanoğlu'nun "Fabrika Kızı"; Aydın Ayan'ın "Simitçi"si çocuk emeğini ele alan resim çalışması; Ozan Sağdıç, Ara Güler, Aclan Uraz'ın fotoğrafları; Ömer Kavur'un "Yusuf ile Kenan" adlı sinema filmi iz bırakan çalışmalar arasında yer almaktadır.

Ancak çocuk emeği ve sanat alanında yapılan üç müdahale, daha çok sanatçının çocuk emeği konusuna dikkatinin çekilmesine ve değerli yapıtlar vermelerini özendirmiştir. Bunlardan ilki, Fişek Enstitüsü'nün 1998 yılında ilköğretim öğrencileri arasında açtığı "çalışan çocuklar" konulu resim, düzyazı ve şiir yarışmasıdır. Bu yarışma, bir çok genç sanatçı adayının dikkatlerini bu konuya çekmiştir. Bunu yine Fişek Enstitüsü'nün 2002 yılında başlattığı ve 7 yıldır sürdürdüğü Çalışan Çocuklar Fotoğraf Yarışmaları izlemiştir. Bu yarışmalar, bir çok fotoğraf sanatçısının övgüye değer çalışmalarını ve bugüne değin üç fotoğraf albümünü dağarcığımıza kazandırmıştır.

Üçüncü olarak da, Abdullah Baştürk Ödülü kapsamında 2007 yılında öykü dalında "Çocuk İşçi Öyküleri"nin yer almasıdır. Sevgi ve Turan Erenol'un çabalarıyla, ortaya çıkan bu Öykü kitabında yer alan çocuk işçi öykülerini dört başlık altında toplanmaktadır :

- Çalışmayı Seven Çıracak (5 öykü)
- İşçi Öğrenci (4 öykü)
- Bir Sarı Güldür İşçi Çocukları (3 öykü)
- Delikanlı İşçiler (5 öykü)

Sanatın kamuoyu duyarlılığının artırılmasındaki önemli etkisini gözardı etmememiz ve daha çok sanatçının ve daha çok sanat dalının çocuk emeğine eğilmesine aracılık etmeliyiz. Bunun yolu da yarışmalardan geçmektedir.

Çocuk çocukluğunu yaşamalı ; yarına hazırlanmalıdır. Bunun da yolu okuldan ve oyundan geçer. Ne yazık ki, bu nimetlerden yararlanamayan, çok geniş bir kesim olduğunu görüyoruz. Bütün uyarılara karşın, çocuklarımız hala sömürülüyor. Buradan politika yapıcılara bir kez daha çağrı yolluyoruz : Çocukları, çalışma yaşamından uzak tutacak sosyal politikalara sahip çıkın !

Basında Çocuk Emeğinin 30 Yılı (1979-2008)

Çocuk emeği alanında kamuoyu duyarlılığını yansıtan en önemli göstergelerden biri, yazılı ve görsel basındır. İzleyicinin ilgi duyduğu konuları ve ilgi duyduğu biçimde veren basın, bu konuda eğitici-yönlendirici işlevini de özgürce kullanma olanağına sahiptir. Prof.Dr. A.Gürhan Fişek'in "Çocuk Emeği ve Sanat" konuşmasında belirttiği gibi, basının sorunları keşfedici bir özelliği var. Bunları ilk kez kamuoyunun gündemine getirmesi ve kamuoyunu (ve sanatçıları, bilim insanlarını, politika yapıcılarını) harekete geçirmesi sözkonusu. Bu açıdan bakıldığında, yazılı basında çocuk emeği üzerine yazılanları, inceleyen bir çalışmanın hem izleyicilerin bakış açısı ve hem de basın kuruluşlarının yaklaşımını sergilemesi açısından, belgeleyici bir yanı olacaktır.

Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı, akademik kimliğinin ve çocuk emeğine gönül vermişliğinin yansımalarını bu alanda da gösterdi. Yeni bir araştırmanın yapılmasına ve kamuoyu gündemine taşınmasına olanak verdi. Yine bir ilki gerçekleştirdik. Araştırmacı Şafak Tartanoğlu, 1979 yılından başlayarak 1983, 1988, 1993, 1998, 2003, 2008 yıllarını kapsayan dört ulusal gazetenin (Cumhuriyet, Hürriyet, Milliyet, Türkiye) arşivlerinde, büyük bir özveri ve titizlikle yaptığı taramanın sonuçlarını bizlerle web sayfamızda paylaşıyor. Bu geniş çalışmanın ürünü olarak, çocuk emeği haberlerini içeren gazete kupürlerini, haberin özelliklerini içeren anket yanıtlarını ve Şafak Tartanoğlu'nun genel değerlendirmesini www.fisek.org.tr adresimizde bulabilirsiniz. Araştırmacıya, bize kattıkları ve emek ürünlerini bizimle paylaştığı için çok teşekkür ederiz.

"1979'dan bu yana 5'er yıllık zaman dilimlerinde yapılan gazete taramaları, bize çocukların çok "önemsendiğini ve sevildiğine" ilişkin söylemlerin tersine, ihmal edildiğini ortaya koymuştur. Çalışan çocuklar, onları çalışmaya iten ekonomik ve sosyal nedenler görmezden gelinerek, kendi yazgılarıyla başbaşa bırakılmaktadırlar.

Çocukların, eğitim görmeleri gereken bir çağda, er-

ken yaşta, çalışarak, bireysel bir kurtuluş aramaktadırlar. Bu büyük bir haksızlıktır. Ama onları bu mücadelelerinde, korumasız ve yalnız bırakmak daha büyük bir haksızlıktır. Yazılı, sözlü ve görsel basını bu konuda daha duyarlı olma-ya, kamuoyunu duyarlılaştırmaya çağırıyoruz."

Çalışma Yaşamında Sağlık Güvenlik

Ülkemizde çalışma yaşamındaki sağlık ve güvenlik sorunlarına ilişkin kitapların yetersizliği öteden beri sorundur. Özellikle Türk Tabipleri Birliği'nin 1988 yılında yayın alanına yeni kitaplar kazandırmasından önce, bu konuda yazılmış kitaplar bir elin parmaklarını geçmezdi. Bu iyileştirici müdahaleden sonra, bu alanda bir kıpırdanma oldu. Ama yine de kitap sayısı düşük... Bu alanda çalışanların gereksinmelerini karşılayacak konu çeşitliliği yok. Hem bu alanda eğitim gören öğrencilere ve hem de uygulamada çalışanlara yardımcı olmak üzere Prof.Dr.A.Gürhan Fişek, "Çalışma Yaşamında Sağlık Güvenlik" adıyla bir kitap hazırladı. 2008 yılında TRT-Diyarbakır Radyosu'nda yaptığı haftalık konuşmaları işleyip geliştirdi.



Kitap 3 bölümden oluşuyor: İş kazaları, meslek hastalıkları ve sosyal boyut.

İş kazaları bölümü en sık rastlanan iş kazaları olan "düşme"ler ile başlıyor ; "iş kazası gibi trafik kazaları" ile sonlanıyor.

Meslek hastalıkları bölümü ise, en sık rastlanan sağlık sorunu olan "bel ağrıları" ile başlıyor; "hem mesleksi hem bulaşıcı hastalıklar" ile sürüyor.

Sosyal boyut ise iki alt bölümden oluşmakta : (1) Yaşama ilişkin olanlar, (2) İşçi sağlığı iş güvenliği yönetimi.

Yaşama ilişkin olan işçi sağlığı iş güvenliği sorunları arasında, işsizlik, uzayan çalışma süreleri, gece/vardiyalı çalışma, kayıt-dışı çalışma vb. incelenmektedir.

İşçi sağlığı iş güvenliği yönetiminde, inceleme "mevzuat" ile başlıyor; "en iyi uygulamalar" ve "kurumsallaşma" ile sürüyor; çıkmazlar ile sona eriyor.

Yazar son söz yerine, gözbağlarını çözelim diyor."

Ortaya çıkan kitap, konuları bakımından geniş bir alana sesleniyor. Kitap bir eksikçe değiniyor ve böylelikle yayın alanındaki eksiklerin giderilmesi için de yeni görevler yük-lüyor.

İş Öncesi İş Güvenliği Söyleşileri

Mustafa TAŞYÜREK*

İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimlerimizin etkinliklerini değerlendirmek için eğitimin başlangıcında sorduğumuz genel sorulardan biri; "Çalışma ortamında iş kazaları en çok hangi iş saatinde olur(?" şeklindedir. Özellikle deneyimli çalışanların verdiği yanıt genellikle "ilk iş saatinde", işe yeni başlayanlar ise (mantık yürüterek) yorgunluğun oluşabileceği "son iş saatinde" olabileceği yönündedir. Bununla ilişkili istatistiksel verilere bir göz atılacak olursa; örneğin SSK istatistiklerinde iş kazalarının olduğu çalışma saatlerine bakıldığında:

2004'de toplam	83 830 iş kazası'nın	16 547'si	1. saat'de
2005'de toplam	73 923 iş kazası'nın	13 708'i	1. saat'de
2006'da toplam	79 027 iş kazası'nın	12 790'ü	1. saat'de

olduğu görülmektedir. Daha önceki yıllarda da benzer tablolar vardır. Buradan çıkartılan sonuç kesin olarak (gün içerisinde) **iş kazaları en çok ilk iş saati içerisinde olmaktadır.**

Aynı istatistiksel veriler incelemeye devam edildiğinde; 2006'da SSK'ya bildirilen 79 027 iş kazası'nın en fazla (18 229 iş kazasının) (1-3) sigortalının çalıştığı işyerinde olduğu, ikinci sırada ise 11 302 iş kazasının (21-49) işçinin çalıştığı iş yerlerinde oluştuğunu göstermektedir. Bunlardan 1 608'i 1. gün'de, aynı yıl saptanabilen 574 meslek hastalığının 41'i 1. gün oluşmuş (çok ilginç bir veri!).

Genelde Fişek Enstitüsü'nün, özelden de (elinizdeki) "Çalışma Ortamı" dergisi'nin ilkelerinden biri "sorunun bir tarafı olmak" değil, "çözümün bir tarafı olmak"tır.

Bu bağlamda; en çok ilk iş saatinde oluşan iş kazaları ve işe bağlı hastalıkları önlemek için "işyeri çalışma ortamında ne yapmalı?" sorusu, *işyeri uygulamalarından da yararlanılarak*, bu yazıda yanıtlanmaya çalışılmıştır.



Bir işyerinde (ki burası çok az işçinin çalıştığı bir işyeri de olabilir), örneğin bakım, onarım, montaj ya da de-montaj çalışması yapacak personel ile, tüm yüklenici (alt işveren vb.) çalışanlarına, daha işin başlangıcında; sağlık, güvenlik ve çevre konularında, çalışacakları işe ve sahaya uygun (en azından) aşağıdaki konuları içeren bir oryantasyon ya da temel eğitim, iş sağlığı ve güvenliği sorumlusu/uzmanı ya da yetkili yönetici tarafından verilmelidir. Bu sınıf eğitiminde değinilmesi gereken konuların başlıkları aşağıda kısaca belirtilmiştir.

A. Genel Oryantasyon

■ İşyerinde Sağlık, Güvenlik ile Çevre (SEÇ) Politikaları ile Prosedürleri öğretilmelidir:

- Tehlike iletişimi
- (varsa) SEÇ el kitabı
- Çalışılacak sahaya özgü temel iş sağlığı ve güvenliği kuralları

■ İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yönetmelik hükümleri
■ İş alanının sınırları, girişse yasak alanlar, tehlikeli alanlar.

■ Aşağıdakileri kapsayan kısa saha turu yaptırılmalıdır:
- İlk yardım ekipmanları

* Kim. Müh., İş Sağlığı+İşletme Yönetimi Bilim Uzmanı
Çalışma Bakanlığı Eski İş Güvenliği Müfettişi (1978-1985)
İş Güvenliği Uzmanı (A Sınıfı Sertifikalı)
Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Gönüllüsü

- Trafik alanları
- Sigara içilebilecek alanları, yerleri
- Yangın söndürücüler
- Lavabolar, duş alma yerleri
- Acil göz yıkama/ acil durum duşu
- Yemek yeme alanları
- Bakım ve onarım sırasında(ki) iş güvenliği hedefleri
- Denetimler ve iş güvenliği toplantıları
- Günlük iş başı iş güvenliği söyleşileri
- Haftalık Sağlık_Güvenlik (Emniyet)_Çevre (SEÇ) toplantıları
- Haftalık denetimler
- Denetimler için sorumluluklar
- Disiplin halleri – aksiyonları – yapılacaklara / kurallara uyulmadığında olabilecekler

B. Tıbbi ve Acil Durum Planlaması

■ Yaralanma/rahatsızlıklar/acil durumlar/tehlikeler'in raporlanması

- Nasıl, ne zaman, nereye, kime
- Kaza araştırması
- Güvenlik (Emniyet) Planı

Acil Çıkışlar

- Giriş, çıkış, kaçış ve toplanma noktalarının belirlenmesi
- Sert hava durumlarında yapılacaklar
- Saha alarmlarının anlamları

C. Kişisel Koruyucu Donanım / Giyim kodu

■ Takı, saat, vb. takılması hakkında çalışma sahasının ve yapılacak işin koşulları

- Gerekli ve yeterli KKD
- KKD kullanımı

D. İş İzinleri

- Etiketleme-Kilitleme ve Doğrulama saha turu prosedürü
- Personelin enerji kaynaklarından nasıl korunduğu
- İzolasyon ve doğrulama

■ Sıcak çalışma izinleri

Kapalı alan girişleri

- Sürekli hava kalitesini izleme
- (İçerideki çalışma süresince) kapalı alan gözlemcisi
- (Çalışılan yerdeki) kurtarma ekipmanları

Kaldırma Planları - Vinç Kullanımı

■ Günlük İş İzni (Sahadaki uygulamalarda gerekebilir)

E. Tehlikeli Maddeler, Yangından Korunma

- Kimyasal Kullanımı, Elleçleme / Taşıma ve Depolama
- Sarf malzemeleri
- Kimyasalların ve gaz silindirlerinin uygun depolanması
- Malzeme Güvenlik Bilgi Formları'nın (MSDS) Bulunduğu Yer

■ Asbest, Kurşun ve Diğer Zararlı Maddelerin Bulunduğu Alanlar

■ Yağ ve Kimyasal Dökülmesi - Acil Raporlama

■ Yangın Söndürücüler

- Aylık kontrol ve denetleme
- Uygun (yerlere) konumlandırma

F. El Aletleri / Merdiven Ekipmanları

■ Merdivenler

- Bağlanmalı ve güvenli olmalı
- Yukarı-aşağıya çıkışa uygun olmalı

■ Taşıma Teçhizatları

- Koruyucu kapakları, yüz – göz siperliklerin ve dayanak noktalarının uygun montajı

- (Güvenlik gözlüğüne ek olarak) yüz siperliğinin kullanımı

■ Uzatma Kabloları, Güç Kabloları, Kullanmadan Önce Kontrol Edin

■ Motorize Ekipman'lar

- Vinç ve forklift-yıllık, vardiya ve kullanım öncesi muayene gereklilikleri

- Tüm muayenelerin, kontrol ve testlerin kayıt altına alınması

- Yalnız sertifikalı operatörler (bu iş ekipmanlarını) kullanabilir

■ **İskeleler - Günlük ve Kullanım Öncesi Kontrolleri ve Bunların Kayıt Edilmesi.**

■ **Toprak Kaçağı Kesicisi - Her Zaman Kullanılmalı**

■ **Güvenli Olmayan Ekipmanı/Aleti -Hatalı Ekipmanı Raporlayın; Ayrı ve Belirlenmiş bir Yere / Kutuya Koyun ve Etiketleyin**

G. Güvenli İş Uygulamaları

■ **Vinç/Kaldırma**

- Tüm kaldırımlar için muayene, kontrol ve test edilmiş ve onaylanmış olmalı

- Kritik kaldırımlar için şartlar

■ **Uygun Kaldırma Teknikleri**

■ **Gözlemci "Arkadaş", Güvenli Çalışma Alışkanlıklarını Hatırlat**

■ **2 m ve Fazladan Düşme Riskinin Olduğu Yerlerde Korunma / Düşmenin Önlenmesi Tedbirleri**

■ **Tertip, Düzen, Temizlik**

- Temiz çalışma alanları, yürüme yolları, giriş-çıkış noktaları

■ **Hareket Halindeki Ekipmana Dikkat-Yük Altında Durma/Çalışma**

■ **Özel eğitim gerektiren durumlar**

- Kısıtlı çalışma onayı

- Vinç

- Forklift

■ **Diğer konular:** (sıcaklık/soğuk stres, çevresel vb.)

Oryantasyon/Eğitimi veren: Tarih:/...../200...

Oryantasyon Eğitimine Katılanlar

Adı – Soyadı:

İmzası

Yüklenici firma personelinin işe başlamadan (ör: 5 gün) önce, sahip oldukları eğitim sertifikaları ve uzmanlık belgelerini ibraz etmeleri de ayrıca istenir.

Normal çalışma düzeninde ya da bakım, onarım, montaj, de-montaj gibi işe başlamadan önce verilen ve kayıt altına alınan eğitimden sonra, yapılan işin değişkenliğine göre **her gün** (bir anlamda da yukarıda belirtilen ilk iş saatinde olabilecek kazaları önlemek, çalışanların dikkatini SEÇ konularına çekmek için) **ya da her hafta düzenli olarak**; "Toolbox Talks", "Toolbox Topics", "Tailgate Meetings" vb. olarak adlandırılan, Türkçe'ye kısa süreli "**iş başı iş güvenliği söyleşileri**" olarak aktarabileceğimiz, 3-5 dakikalık katılımlı / tartışmalı (interaktif) iş güvenliği toplantıları / eğitimleri yapılır.

Konular olabildiğince o sırada yapılan işleri yansıtabilecek şekilde seçilir. İş başı iş güvenliği söyleşilerinde (toolbox) işlenen konular ile o sırada katılımcılar tarafından gündeme getirilen konular ve (varsa) önlemleri gibi bilgiler de kaydedildikten sonra, katılımcılar tarafından imzalanarak iş güvenliği eğitim dosyasına konur.

Kısa "İş Güvenliği Söyleşi" konuları; "Güvenli Düşün", "Ekipman ve El Aletlerinde Güvenlik", "Personel Güvenliği", "Yangın ve Güvenlik" ve "Çeşitli Konular" gibi ana konu başlıkları altında bir çok konuya değinilebilir.

Çalışma Ortamı okuyucusuna örnek olması açısından buraya "El Yaralanması" konusunu alınmıştır.

El Yaralanmaları

Ülkemizde SSK verilerine göre (örneğin 2006 yılında) 79 027 iş kazasının 19 346'sı el, 2 022'si baş parmak, 13 614'ü diğer parmaklar, 1 334'ü de bilek ile ilgili, kısaca en çok el ile ilgili iş kazalarının olduğunu görüyoruz. İstatistiksel verilerin daha iyi toplandığı kabul edilen ülkelerden biri olan ABD'de her yıl 16 milyon insan el yaralanması ile sonuçlanan kazalarla karşılaşmaktadır. Bunlardan 250'den fazlası ciddi ve sakatlıkla sonuçlanmaktadır. El bir vücudun en karmaşık parçalarından biridir - bu tendonlar, kemikler, dokular ve sinirlerin hareketi ile bir şeyi kavrar ve yapılacak şeyi yaparız. Bunun sayesinde çok karmaşık işler de yapılabilir. Ellerimiz olmadan bir kapıyı açmak, bir çatalı tutmak veya ayakkabımızın bağcığını bağlamak gibi çok basit işleri bile yapmak olanaksız ya da son derece güç olur. Baş parmağınızı avucunuzun içine koyun ve

ayakkabınızın bağını bağlamayan çalışın, bakalım başarabilecek mi siz ? Gerçekten bu son derece zor olacaktır.

El yaralanmalarının onarılması güçtür. Çünkü elin çok karmaşık bir yapısı vardır. Bir el yaralanmasından sonra, daha önce rahatlıkla yaptığı hareket, beceri, ve kavrama gibi özelliklerini kaybedebilir.



Endüstriyel yaralanmaların %25'inden fazlası el, bilek ve parmaklarla ilgilidir.

Tipik yaralanan şunlardır:

- Delinme yaralanmaları
- Yırtılmalar
- Kırık parmaklar
- Termal Yanıklar
- Kimyasal Yanıklar

Bu yaralanan şu işlemler sırasında oluşur:

1. Kesme veya keskin bir el aletini kullanırken

2. El aletleri kullanma

3. Hareketli parçaların içerisine uzanma sonucu

4. Tehlikeli bir şeye dokunma (elektrik veya termal bir kaynağa)

Sözün sonu : "Güvenli çalış, ellerini koru !"

İş Güvenliği Önerileri:

İşe Özel Konular:

Gözden Geçirilen Malzeme Güvenlik

Bilgi Formları /MSDS'ler:

Katılımcılar:

Eđitimler ve kayıtlı iş öncesi iş güvenliği toplantılarına ilave olarak "güvensiz durum" ve "güvensiz hareketlerin" de düzenli olarak kontrol edilmesi gerekmektedir.

Burada makine montajı yapılan bir "**çalışma ortamında**" haftalık kontrol ve denetim listesi (örnek olması açısından) aşağıda belirtilmiştir. Yapılan işe göre bu listeye gerekli ilaveler yapılabilir, ilgisiz maddeler de çıkartılabilir.

Bu uygulama sonunda işyerinde, iş kazası olasılığının ya da şiddetinin en aza indirilebileceği ya da tamamen ortadan kaldırılabileceğini görüyoruz ve siz de göreceksiniz.

Kaynak:

<http://www.toolboxtopics.com/Gen%20Industry/Gen%20Indus%20Contents.htm>

http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik/istatistik2006/4_2006_ISKAZASI_16_45.xls

<http://brassmeim.com/safety/topics/a-topics.htm>

http://www.safetytoolboxtalks.com/index.php?option=com_content&task=view&id=174&Itemid=2

HAFTALIK İŞYERİNDE SAĞLIK, GÜVENLİK VE ÇEVRE KONTROL LİSTESİ

Tarih :
Kontrolü Yapan :
İmza :

	Evet	Hayır	Yorum
İŞ SAĞLIĞI			
Sahada çalışan personelin listesi var mı?			
Ağır ve tehlikeli işleri yapan personelin sağlık raporları var mı? Güncel mi ? (Periyodik muayeneleri yapılmış mı?)			
Sahada çalışan tüm personelin iş sağlığı ve güvenliği (oriyantasyon) eğitimini almış mı?			
GENEL			
Çalışma Sahasına uygun geçiş var mı?			
Uygun uyarı işaretleri sağlanmış ve ayarlanmış mı?			
Uygun Kişisel Koruyucu Donanım kullanılıyor mu?			
Çalışma alanında düşme veya malzeme düşmesine neden olabilecek potansiyel var mı?			
Yangın söndürücüler sağlanmış mı?			
Planlanan veya yapılacak işler için işçilerle yapılan iş öncesinde işbaşı iş güvenliği söyleşileri (toolbox) tamamlandı mı ?			
Çalışma sahasında yeterli ışıklandırma var mı?			
ÇEVRE DÜZENİ - TEMİZLİĞİ			
Çevre düzeni iyi durumda mı ?			
Çalışma sahasında veya geçiş yollarında kayma riskleri var mı?			
Malzeme ve ekipman uygun depolanmış mı?			
ATIKLAR			
Çalışma sahasında atık konteynirleri sağlandı mı?			
Atıklar doğru konteynirlarda depolandı mı?			
ELEKTRİK			
Kullanılan el aletleri iyi durumda mı ?			
Kullanılan elektrik ekipmanları iyi durumda mı?			
Kullanılan elektrik ekipmanları "muayene olmuştur" markalı mı?			
Kullanılan elektrik kablolarından hasarlılar var mı?			
Yüksek koruma akım aletleri doğru seçilmiş mi ?			
Elektrik panolarının yetkili olmayan personel tarafından kullanımını engellemek için önlem alındı mı ?			
Elektrik panoları kapalı tutuluyor mu? Kilitle mi?			
Elektrik panolarının önüne (gerilim değerine uygun) izolasyon halısı yerleştirildi mi?			
YÜKSEKTE ÇALIŞMA			
Yüksekte çalışma var mı?			
Merdivenler sabit ve iyi durumda mı?			
Merdivenlerin/ merdivenlerden kayma riski var mı?			
İskele üzerinde yapılan çalışmalarda sabit olmayan, monte edilmemiş malzeme var mı?			
İskele platformu sabit ve sağlam mı?			
Korkuluk ve iskele arasında düşme riski var mı?			
AĞIR İŞ MAKİNALARI			
Ağır iş makineleri iyi durumda ve bakımlı mı?			
İş için kullanılan makine ve yeri doğru mu?			
Kullanılan elektrik ekipmanı "muayene edilmiştir" markalı mı ?			
Ağır iş makineleri ile yapılan operasyon sırasında gelen misafir veya işçileri uyarıcı sorumlu var mı?			
Tüm operatörlerin "operatörlük sertifikası" var mı?			
YÜKLEME VE BOŞALTMA PERASYONLARI			
Kaldırma operasyonu var mı?			
Tüm operatörler eğitilmiş ve uzman mı?			
Vinç güncel test sertifikasına sahip mi?			
Kullanılan halatlardan hasarlı olanı var mı?			
Vincin manevra yapabileceği yeterli alanı var mı?			
Yükleme / boşaltma operasyonları sırasında süpervizör/ustabaşı yer aldı mı?			
Kaldırma dişlileri iyi durumda mı?			
Kaldırma dişlileri sertifikalı mı?			
Yükleme / boşaltma alanına yakın elektrik hatları var mı?			
Operasyon sırasında / yük altında çalışanlar için risk var mı?			
KAZA / YARALANMA / RAMAK KALMA			
Ramak kaza / yaralanma veya kaza var mı ?			
Eğer varsa lütfen detaylarını verin .			
DİĞER			

Yapım Yöntemi Bilgisi

Cihat UYSAL*

Yapı üretim sürecinde çalışma güvenliğinin önemi konusunda neler yapılıyor?, neler yapılmalı?. Bu soruların sıkça sorulduğu şantiye sayısı yeryüzünde bile oldukça sınırlı. Ülkemizde şantiyelerde, fabrikalarda mühendislik yapmış herkes buna tanık, bazıları farkında bile değil. Bu nedenle, kazaların önlenmesi için temel atma törenlerinde gerçekleştirilen geleneksel (!) kurban keserek önlem alınması sürdürülüyor. Akacak kanların peşin ödemesi yapılarak, kan akmayacağına güvence altına alındığı varsayılıyor. Çalışma Bakanlığının, yöre örgütünden alınan ve neredeyse kimsenin sorup izlemediği Şantiye Defteri ise, varlığından neredeyse kimsenin haberi olmadığı bir ortamda açılıp kapatılıyor.

Yapı üretiminde uygulanacak yöntemle ilişkin ne eğitimde ne de uygulamada yeterli ilgi gösterilmediği için, yapı teknik ve teknolojilerinde meydana gelen devasa boyutlardaki yeniliklere karşın, kamu ihalelerinde kullanılan teknik kitapçıkların küçücük değişikliklerle kullanılmasına devam ediliyor. Yapılan iş kendisinin yeterince tanımlanamadığı, güncellenemediği için yöntemi konuşmaya bir türlü sıra gelmiyor. Toplumumuz adeta soğuk kanlı hayvanlarda görünebilecek yavaşlıkla, sorunları tartışmaktan uzakta, “ölüm gerekiyorsa ölmeyi de biliriz” dercesine yaşamını sürdürüyor. Bu soğukkanlılığın umursamazlığı, olan bitenin ayırında olanların da kanını donduruyor.



Yapım yönteminin bilgisi üzerinde tartışma olmayınca örneğin, beton nasıl ve hangi koşullarda üretilir, kalıba nasıl, hangi koşullarda yerleştirilir, hangi beton nerede kullanılır ya da kullanılmaz konuları her şantiyede birinin üzerinde kalan sorumluluk hanesinden paylaşılan bilgilere dönüşmesine olanak vermiyor. Böylelikle, başarılı olduklarında “karizma sahibi” o gider yapar diye anılan teknisyenlerin türemesinin önü açılıyor. Becerisi

kendilerinden menkul bu insanlar giderek sektörün, özellikle de kamu yapı sektörünün varı-yoğu oluyorlar. Ne mutlu ve de ne yazık onlara ki yalnızlar. Yalnızlıkları, üslendikleri sorumlulukların zoru ile bütünleştirerek, esnekliklerini yitirmeye, bildiklerini paylaşacak ortam olmadığı için kemikleşmeye mahkum olmaya başlıyorlar. Bu süreç, usta-çırak yolu ile de olsa meslek içi eğitimi de engelliyor.

Yeni mezun olan teknisyenler malzemenin, teknik gereçlerin nasıl kullanıldığına genellikle acemi ya da bilgisiz ellerde tanık oluyorlar. Betoncu, çiviye, kalıbı, iskeleyi ilk kez şantiyede görmenin şaşkınlığı ve dehşeti ile öğrenim başlıyor. Başlangıçta yaşanan bu yabancılaşma ve onun yarattığı korku teknisyenleri cahil cesareti ya da bedeli ağır kahramanlıklara sürüklüyor.



Çevremize baktığımızda, yukarıda dile getirdiklerimin sonuçları ile sık sık karşılaşyoruz. Sıkıştırılmamış dolgu yapılan yol ve kaldırım, donatısı dışarıya fırlamış betonarme yapı elemanı, birkaç katta bile düşeyliğini sağlayamadığımız yapılar, her biri farklı yükseklikteki merdiven basamakları, 60-70 cm yüksekliğinde korkuluklar, otoyolların yol yüzeyide görülen derin ve uzun çatlaklar, Ankara'nın kent merkezinde sık rastlanan ünlü birinci balkon çatlakları... gibi saymakla bitmeyecek yapım yöntemi bilgisi eksikliğinin sonuçları ülkemizi baştan başa kaplıyor.

İKİ DAKİKA DÜŞÜN
> Sayfa 23'ün yanıtı

Ne yapılmalı ?

1. Korkuluklu çalışma platformu olmayan 2 m'den daha yüksekçe çikirdiğinde ve / veya orada yapılacak çalışmalarda paraset tıpi emniyet kemeri, şok emicili bağlanıtı halatı (ipi) kullanılmalı,
2. İnşaat, çelik konstrüksiyon ve borulama işinde yapılacak çalışmalarda tüm personel baret kullanmalı,
3. Baret, emniyet kemeri, güvenlik gözlüğü ve güvenlik ayakkabısı olmayan hiçbir personel çalışma sahasına sokulmamalı,
4. İşçilere güvenlik durum ve güvenli hareket konusunda eğitim verilmeli,
5. İşçiler iş güvenliği açısından denetlenmeli,
6. İşçilere yaptıkları işlerle ilgili yapılan risk değerlendirilmesi hakkında bilgi verilmeli.

* Mimar Y.Müh.

İnişli Çıkışlı Bir Yol: İşçiler İçin Sağlık Güvenlik

Derleyen: Onur SUNAL*

Dünya Sosyal Adalet Günü İlk Kez Kutlandı

Dünyada varlığı bile hissedilmeyen bir kavramın "günü"nü kutlanması gerçekten ilginç!!!

Sosyal Adalet, son zamanlarda üzerinde en çok durulan kavramların başında geliyor. Adalet konusunda yapılmış olan birçok tanımlama bulunmakta. Ancak adalet, daha çok hukuki açıdan hakkın yerini bulması veya yasal düzlemde insanlara eşitlik esasına göre muamele edilmesi anlamlarını taşıyor. Oysa sosyal adalet, özellikle endüstri devrimi sonrasında, emeği ile geçinen kitlelerin özellikle iktisadi açıdan sömürsünün sona erdirilmesi ile ilgili bir süreci tanımlıyor.

Eşitsizliklerin ortadan kaldırılması veya siyasal, sosyal, yasal ve iktisadi açıdan çok daha eşitlikçi bir toplumda yaşanabilmesi için yapılan bütün girişimler, sosyal adaleti sağlamak amacını gütmektedir. Sosyal politikaların tamamının özünde, sosyal adaleti sağlama düşüncesi yatmaktadır. Gelir, servet ve kaynak dağılımındaki adaletsizlikleri ortadan kaldırmak, herkese fırsatlara erişmek bakımından eşitlik sağlamak, sağlık-eğitim hizmetlerinden bütün toplum faydalanabilmesi için gereken uygun koşulları yaratmak ve daha sayılması sayfalarca sürecek olan birçok uygulamayı hayata geçirmek, sosyal adaleti sağlamak için.

Birleşmiş Milletler, Milenyum Kalkınma Hedeflerini açıklarken, yoksulluktan arınmış bir dünya resmini hayal ediyordu. Hayal demek doğru olacak çünkü, özellikle 1980'li yıllardan sonra dünya genelinde yaşanan gelişmeler, - küreselleşme adı altında dünyanın insanoğlu ve doğa da dahil olmak üzere bütün güzelliklerinin ve kaynaklarının, para patronlarına ve sermaye baronlarına peşkeş çekilmesi- eşitsizlikleri tarih boyunca hiç görülmemiş noktalara getirmişti.

İşte bu görüntü içerisinde, 2007 yılının Kasım ayında, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 20 Şubat'ın Dünya Sosyal Adalet Günü olarak kutlanmasını kabul etti. Birleşmiş Milletler, Social Justice in an Open World: The Role of The United Nations(Dışa Açık Bir Dünyada Sosyal Adalet: Birleşmiş Milletler'in Rolü), adlı raporu yayınladı. Sosyal adaletin tesis edilebilmesi için iktisadi, siyasal ve yasal eşitliklerin sağlanması gerektiğinin altını çizen rapor, çalışma yaşamını da konunun merkezinde önemli yerlerden birine koyuyor. Decent Work(Düzgün İş) Ajandası ile, herkese insan onuruna yaraşır, güvenli ve sağlıklı bir iş sağlanması hedefini ortaya koyan ILO, yoksullukla mücadelede düzgün istihdamı, en öncelikli kavram olarak ele alıyor.

Bu yıl ilki kutlanan Dünya Sosyal Adalet Günü, çok ses getirebilmiş gibi görünmüyor. Zaten, bu denli büyük adaletsizlikler içinde yaşayan dünya toplumlarının, kutlanan bu güne duyarlı olmasını beklemekte ne yazık ki düş budalılığı gibi görünüyor.

OSHA'nın OBAMA'dan Beklentileri Büyük

Öyle anlaşılıyor ki, 8 yıllık Bush yönetiminden herkes çekmiş. Bush uygulamaları, ABD'nin iş sağlığı ve güvenliği sisteminin işleyişini de derinden etkilemiş. New York İş Sağlığı ve Güvenliği Komitesi NYCOSH,- The New York Committee for Occupational Safety and Health-, periyodik olarak yayınlanan Safety Rap adlı dergide, Bush yönetiminin ardından ABD'nin İş Sağlığı ve Güvenliği Kurumu'nun OSHA(Occupational Safety and Health Administration), yeniden etkin olarak çalışabilmesinin olanaksız olmadığını ancak ciddi bir emek ortaya konması gerektiği görüşünü kamuoyuyla paylaştı .

NYCOSH, derginin son sayısını Obama yönetimine tavsiye niteliğinde hazırladı. OSHA'nın hangi konulara öncelik vermesi gerektiğinin altını önemle çizildiği Safety Rap dergisinin son sayısı, ABD'nin yeni seçtiği başkanı Obama'dan beklentilerinin yüksek olduğunu ortaya koyar nitelikte. Beklentilerin bazıları şöyle:

NYCOSH'un yöneticilerinden Joel Shufro, 1970 yılında kurulduğundan beri OSHA'nın misyonunu tam anlamıyla yerine getirebilecek kaynaklara hiçbir zaman sahip olmadığını belirtti. Shufro'ya göre, ne yazık ki son 8 yıldır Bush yönetimi altında OSHA, işçilerin sağlıklarından çok, şirketlerin sağlıklarını önemsendi. Safety Rap adlı derginin yazı işleri kurulu, son yıllarda ilk defa, iş sağlığı ve güvenliği konusunda bir ışık görüldüğünü ve zor da olsa yeni yönetimle birlikte gözle görülür bir gelişme yaşanabileceğini ifade etti.

Derginin son sayısına, AFL-CIO'nun sekreteri Richard Trumka, Amerikan Öğretmenler Federasyonu Başkanı T-Randi Weingarten gibi, sendikaların önemli isimleri de katkılarda bulundu.

- Yeni sağlık ve güvenlik standartlarının yayınlanması
- İşçi eğitim programları için yeni finans kaynakları
- Göçmen işçilere ulaşılabilmesi için yeni programlar
- Bir felaket anında işçilerin sağlık ve güvenliklerini korumak için yeni stratejiler
- Kaza ve hastalıkların eksik bildirilmesini önleyecek yasal önlemler
- Zorunlu İş Sağlığı ve Güvenliği Komitelerinin kurulması

NYCOSH'un yöneticilerinden Joel Shufro, 1970 yılında kurulduğundan beri OSHA'nın misyonunu tam anlamıyla yerine getirebilecek kaynaklara hiçbir zaman sahip olmadığını belirtti. Shufro'ya göre, ne yazık ki son 8 yıldır Bush yönetimi altında OSHA, işçilerin sağlıklarından çok, şirketlerin sağlıklarını önemsendi. Safety Rap adlı derginin yazı işleri kurulu, son yıllarda ilk defa, iş sağlığı ve güvenliği konusunda bir ışık görüldüğünü ve zor da olsa yeni yönetimle birlikte gözle görülür bir gelişme yaşanabileceğini ifade etti.

Derginin son sayısına, AFL-CIO'nun sekreteri Richard Trumka, Amerikan Öğretmenler Federasyonu Başkanı T-Randi Weingarten gibi, sendikaların önemli isimleri de katkılarda bulundu.

Avrupa'da Tarım İşçileri Sendikaları Toplandı: Tema Risk Değerlendirmesi

Tarım, Avrupa Birliği müktesebatı, mevzuatı ve bütçesi içerisinde en önemli yere sahip konulardan biridir. Tarım,



* Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Vakfı Gönüllüsü

insanların yaşamlarını sağlıklı bir biçimde sürdürebilmeleri için gerekli olan yiyecek ve içeceklerin üretilmesini mümkün kılar. İnsanlık ve medeniyet tarihi içerisinde de, tarlaların ekilip-biçilmeye ve sürülmeye başlamasının çok önemli bir yeri vardır. Tarımsal üretim günümüzde özellikle Avrupa'da, makinalaşmanın ve teknolojinin yoğun olarak görüldüğü bir sektör haline dönüşmüştür. Yoğun olarak kimyasalların ve tehlikeli araç ve gereçlerin kullanıldığı bu sektörde, iş sağlığı ve güvenliği giderek önem kazanmaya devam etmektedir.

2008 yılının son günlerinde Alman, Polonez, Bulgar ve Çek tarım sendikaları ve kooperatiflerinin temsilcileri Almanya'nın Göttingen kentinde bir araya geldi. Alman tarım sendikası IG BAU'nun ev sahipliğini yaptığı toplantı, Avrupa İş Sağlığı ve Güvenliği Ajansı'nın Sağlıklı İşyerleri- Herkes için Kazanç- (Healthy Workplaces- A Win for Everybody) kampanyasının uygulaması konusunu, tarım sektörü için gündeme getirdi. EFFAT(European Federation of Food, Agriculture and Tourism Trade Unions), Ajans'ın finansal katkılarıyla yapılan toplantıda, Ajans'ın risk değerlendirilmesi konusundaki girişimlerinin tarımsal boyutunu anlatmaya çalıştı. Katılımcılara tarım sektörü ile ilgili yapılan araştırmalar gösterildi ve daha sonra riskler konusunda katılımcılar gruplara ayrılarak işyerlerindeki durumdan bahsettiler.

İşçi katılımı sağlanmadan risk değerlendirilmesi yapılmasının mümkün olamayacağından bahseden yetkililer, bu söylemin bir slogan olarak tarım işçileri tarafından benimsenmesi gerektiğini vurguladılar. EFFAT'ın Tarım Sekreteri Spahn, her yıl Avrupa'da iş kazaları nedeniyle ortalama 6.000 kişinin hayatını kaybettiğini ve bunların içinden 1.000 işçinin tarım sektöründe çalıştığını altını çizdi.

Dr. George Scamoni, 1996 yılından beri risk değerlendirilmesi konusunda, İşçi Temsilcileri Yasasına dayanılarak, çeşitli şekillerde, uygulama açısından çözüm getirmek amaçlı reçeteler yazıldığını ancak, bunun bugüne kadar pek de hayata geçirilmediğini söyledi. İşçilerin ve işverenlerin, risk değerlendirilmesi konusunda son zamanlara kadar bilinçli hareket etmediklerini dile getiren sendika temsilcileri, yeni dönemde bu konuda çok daha fazla önlem alınması için, tarım işçilerinin bilinçlendirilmesinin şart olduğunu ifade ettiler. Bununla birlikte, yükümlülüklerini yerine getirmeyen işverenlerin yasal olarak baskı altına alınması gerekliliği de önemle vurgulandı.



Vardiyalı Çalışma Kansere Nedeni mi?

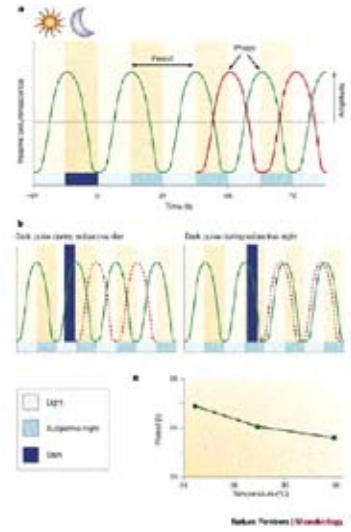
İnsan vücudunun hormonlara olan tepkisini kaydıran vardiyalı çalışma kansere neden oluyor mu? Eğer durum buysa, beslenme ve gıda takviyeleri bu riski azaltır mı? İşte bunlar, New Jersey Kansere Enstitüsünde çalışan bilim adamlarının cevabını bulmaya çalıştığı zor sorular. New Jersey Kansere Enstitüsü, Robert Wood Johnson Tıp Fakültesine bağlı bir kanser araştırma merkezi. Bu araştırma için enstitünün, kanser araştırmalarına fon sağlayan V Vakfı'ndan aldığı para ise 600.000 USD.

Bu sağlanan fon ile Helmut Zarbl tarafından yürütülen, *circadian ritimler ve kanser önlenmesi* adlı çalışma desteklenmiş oluyor. Circadian ritimler, en kısa tanımı ile bütün insanların uyumasını, hormonlarını, acıkmasını düzenleyen "beden saatleri" anlamına gelmektedir. V Vakfı'nın Kansere Yönetimi Volvano, bu araştırmanın sonucundan son derece umutlu olduklarını ve elde edilen yeni bulgularla prostat ve meme kanserlerini önlemeyi hedeflediklerini belirtti.

Zarbl, son zamanlarda yapılan epidemiyolojik çalışmaların, gece çalışan kadın ve erkeklerde meme ve prostat kanserine yakalanma riskini anlamlı düzeylerde yüksek bulduğunu belirtiyor. Bu nedenle, Ulusal Kansere Araştırma Enstitüsü tarafından vardiyalı çalışma, olası kanserojenler listesinde yer alıyor.

Araştırma ekibinin bulgularına göre, bazı kimyasal kanserojenler -ki bunlar aynı zamanda circadian ritimin bozulmasına da neden oluyorlar-, kanseri önleyen bir proteinde dengesizliğe sebep olarak hücrelerin hormonlara verdiği tepkiyi bozuyor. Bazı yiyeceklerde doğal olarak bulunan Methylselenocysteine (MSC), deneylerde kullanılan farelerde circadian ritimini düzelmesini ve hücrelerin östrojen hormonuna verdiği tepkinin normalleşmesini sağlayarak kanserin önlenmesini veya engellenmesini sağlıyor. Bazı çalışmalara göre MSC, selenyum minerali içerdiği için bazı kanserlere yakalanma riskini düşürüyor.

3 yıllık çalışma sürecinde ekip, vardiyalı çalışmanın, hücrelerin östrojenlere verdiği tepkiyi başkalaştırma ihtimalini ve eğer böyle bir durum varsa bunun MSC ile düzeltilme yolunu araştırarak. Öncelikle hastanede gündüz vardiyasında çalışanların kanları alınacak daha sonra aynı kişilerin en az bir hafta gece vardiyasında çalıştıktan sonra bir kez daha kanları alınacak. Böylece, circadian ritmini bozan ve östrojen hormonuna verilen tepkileri belirleyen biodeğerlerdeki değişimler kaydedilecek. Daha sonra, 100 tane gece vardiyasında çalışan gönüllüye, 30 gün boyunca MSC takviyesi verilerek, circadian ritmi konusunda ne şekilde değişiklikler görüldüğü tespit edilecek.



Türkiye’de Sağlıkta Eşitsizlikler

Yelda ÖZEN*

Giriş

Yoksulluk ve sağlıksızlığın son zamanlarda bu kadar çok tartışılır olması rastlantı değildir. Yaklaşık son 30 yıldır hem dünyada hem de Türkiye’de çeşitli alanlarda gerçekleşen neoliberal dönüşümler, toplumsal eşitsizliklerin biçimini değiştirerek sağlığı da kapsayan çeşitli alanlardaki eşitsizlikleri derinleştirmiştir. Bu süreçte refah ve yoksulluk kutuplaşmasının eşitsizlikleri artırması sağlık göstergelerine de doğrudan yansımıştır.

1980’li yıllarda İngiltere’de sağlık göstergelerini sosyo-ekonomik göstergelerle ilişkilendiren “Kara Rapor”un (*The Black Report*) yayınlanmasının ardından sağlıkta eşitsizlikler önemli bir tartışma konusu olmuş, sağlığı nelerin etkilediği yönünde tartışmalar hız kazanmıştır (Townsend ve Davidson, 1982). Sağlıkta eşitsizliklerin ölçülmesinde ortak bileşenler olsa da her ülke için farklı incelenmeler dikkati çekmektedir. Kimi çalışmalar sağlıkta eşitsizliklerde etnik boyuta dikkat çekerken, kimileri sosyal cinsiyet farklılığına, mesleklere göre ayrılmış sosyal sınıflara ya da toplumsal ilişki ağlarını kapsayan sosyal sermayeye bakmaktadır. Bu yazıda Türkiye’de var olan veriler ve çalışmalar incelenerek sağlıkta ne tür eşitsizliklerin hangi sosyal değişkenlerle ilişkili olduğu irdelenecektir.

Türkiye’de Durum

Öncelikle Türkiye’de sağlıkta eşitsizlikleri anlamaya yönelik güvenilir ve kolay erişilebilir verilerin yeterli olmadığını belirtmekte yarar vardır. Doğum, ölüm ve hastalıkların tam ve düzenli bir şekilde kayda alınamaması bir yandan ulusal ölçekte eksikliklere neden olmakta diğer yandan da uluslararası karşılaştırma yapmayı zorlaştırmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007).

Ulusal düzeyde hem Sağlık Bakanlığı hem de Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Araştırma Merkezi (HÜNEAM) tarafından toplanan veriler incelendiğinde ilk göze çarpan sağlık göstergelerinin bölgelere ve yerleşim yerine göre farklılaşmasıdır. Bu veriler üzerinden değerlendirmeye gidildiğinde sağlıkta eşitsizlik üç biçimde karşımıza çıkmaktadır: (1) Sağlık göstergelerinin çeşitli toplumsal değişkenlere göre (cinsiyet, bölgeler, kır-kent, doğu-batı, gelir grupları, gelişmişlik düzeyi, iller, vb.) farklılaşması; (2) Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler ve; (3) Sağlık hizmetleri ve personelinin dengesiz dağılımından kaynaklanan eşitsizliklerdir.

1. Sağlık Göstergelerinde Eşitsizlikler

HÜNEAM tarafından düzenli olarak gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), sağlıkta yaşanan eşitsizliklerin bölge, yerleşim yeri, eğitim durumu, yaş, cinsiyet vb. göre değiştiğini göstermektedir (Tablo 1; TNSA, 2003).

Tablo 1 incelendiğinde, üç dönemde de doğumdan sonraki 1 ay içinde ölüm hızı ve 1 aylıktan 1 yaşına kadar olan bebeklerin ölüm hızı diğer ölüm hızlarından yüksek olmasına karşın yıllara göre azalma göstermektedir.



Benzer şekilde bebek ve çocuk ölüm hızları da düşüş eğilimi içindedir. 1988 yılında 1000 canlı doğumdan 82’si ölüirken, 2003’de 29 bebek ölmüştür. 5 yaş altı ölümlerin çoğunluğu bir yaşından önce gerçekleşmektedir. 1 ile 5 yaş arası çocuk ölümleri çok büyük değişiklik göstermezken, 1 yaşına kadar olan ölüm hızları düşme eğilimindedir. Özellikle doğumdan sonraki ilk bir ay içinde yaşanan ölümler en yüksek düzeyde görülmektedir.

Yerleşim yeri, bölgeler ve annenin eğitimine göre ölüm hızlarını incelersek, karşımıza farklılıklar çıkmaktadır. 1993 yılından 2003’e gelene kadar ölüm hızları düşmekte ancak kent-kır farkı, doğu-batı farkı ve eğitimsiz-mezun farkı açılmaktadır. 1993 yılında kırdan ve kentte doğan bebeklerin ilk ay içindeki ölüm hızları birbirine oldukça yakındır. Ancak 2003 yılında kentte doğan her bir bebeğe karşılık kırdan 1,4 bebek ilk ayını doldurmadan ölmektedir. Dolayısı ile sağlıkta eşitsizliklerde kır kent farklılığı açısından neonatal ölüm hızı belirleyici görünmektedir. Postneonatal ölüm hızı incelendiğinde kır kent farklılığının en çok bu yaş grubu ölümlerinde yaşandığını, ancak yıllara göre baktığımızda düşük de olsa 1998 yılında bir azalma gerçekleştiğini görmekteyiz. 2003’de ise fark yeniden açılmaya başlamıştır. Bölgelere göre bebek ve çocuk ölümleri incelendiğinde 2003 yılında batıda gerçekleşen her bir bebek ölümü, doğuda neredeyse 2 bebek ölümüne denk düşmektedir. Annenin eğitim durumu da bebek ölümlerinde önemli bir belirleyici olmuştur. Eğitimi olmayan ile ilkökul mezunu olan annelerin bebeklerinin ölümleri arasındaki fark gittikçe kapanma eğilimi göstermektedir (Tablo 1). Ancak 2003 yılı verilerine göre eğitimi olmayan ya da ilkökul bitirmemiş annenin beşi (1 ay ile 1 yaş arası), ilköğretim ikinci kademe ve üzeri eğitim almış annenin beşinden 7 kat daha fazla ölmektedir. Eğitim düzeyi farkı eşitsizlikleri derinleştirmiştir.

Bebek ve çocuk hastalıkları ve ölümlerinin önlenmesinde aşılamanın rolü büyüktür. Tam aşılama oranları arttıkça bebek-çocuk ölümleri de düşüş göstermektedir. 2003 yılında kentsel yerleşim yerinde yaşayan çocukların %63’ü tam aşıli iken kırsal yerleşim yerinde ise %37 gibi oldukça düşük bir yüzdendir (TNSA, 2003). Hiç aşı olmayanlar incelendiğinde kız çocuklarının, doğuda yaşayan çocukların, doğum sırası 6 ve üzerinde olan çocukların, kırdan yaşayan çocukların ve annesinin eğitimi olmayan çocukların daha dezavantajlı oldukları görülmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın (2006) verilerine göre aşılama oranları yıllar itibarı ile artış göstermektedir. Ayrıca bölgesel farklılıklar da yıllar geçtikçe azalmaktadır. 2002 yılında Marmara Bölgesinde %82 olan BCG aşılama oranı, Güneydoğu Anadolu Bölgesinde %68’dir. Ancak 2006 yılında geldiğimizde farklı aşılama oranlarında da benzer eğilimler gözlenmiş ya fark oldukça azalmış ya da tamamen kapanmıştır. Aşılamanın artması ilgili hastalıkların görülme sıklığını da azaltmıştır. Örneğin 1999’dan 2006’ya kadar polioidan dolayı, 2001’den itibaren difteriden dolayı ölüm gerçekleşmemiştir, boğmaca, kızamıktan dolayı ölümler uzun süredir yılda bir-iki kişiyi geçmemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2006).

*

Her 100.000 canlı doğumda ölen anne sayısı uluslararası düzeyde önem taşıyan sağlık göstergelerinden biridir. Gebelik, doğum ya da lohusalık döneminde gerçekleşen bu ölümler Türkiye’de yıllara göre azalma göstermektedir. 1974-5 Türkiye Nüfus Araştırmasına göre anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 208 olarak hesaplanmıştır (HÜNEAM, 2005: 9). 2005 yılı anne ölümleri çalışmasında anne ölüm oranı 38,3 olarak bulunmuştur. Bölgesel düzeyde baktığımızda Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi en yüksek anne ölümlerine sahiptir. Ayrıca Batı Anadolu bölgesinde gerçekleşen anne ölümlerinden 7 kat daha fazla görülmesi dikkat çekicidir. Kırsal farklılığı açısından, kırsal gerçekleşen anne ölümleri kenttekilerin neredeyse 2 katı düzeyinde gerçekleşmektedir (HÜNEAM, 2005:51). Anne ölümleri kırsal yaşayanlar için 15-49 yaş arasındaki tüm kadın ölümlerinin %5,5’ini oluştururken, kentte %3,3’ünü oluşturmaktadır (HÜNEAM, 2005:79). Gebeliğe bağlı ölümlerinin kadın ölümleri içindeki payı da %4,3’tür. Bu oran, İstanbul’da % 2, Kuzeydoğu Anadolu Bölgesinde ise %13’tür.

Doğuştaki beklenen yaşam süresi de yıllara göre düzenli bir artış göstermektedir. 1990 yılında doğuştaki beklenen yaşam süresi 66 iken, 2007 yılında 71,7’dir. Kadınların yaşam beklentileri erkeklere göre daha fazla görülmektedir (www.tuik.gov.tr).

Genel anlamda sağlık göstergeleri incelendiğinde, birçok hastalığın ortadan kaldırıldığı ya da sıklığının azaldığı, bir kısmının aşılama ile önlenildiği, yaşam süresinin uzadığı, bebek ve çocuk ölümlerinin azaldığı, ölüm nedenleri olarak bulaşıcı hastalıkların yerini kronik hastalıklara bıraktığı görülmektedir (Nettleton, 1995). Bir yandan kolaylıkla önenebilir yoksulluk kaynaklı sağlık sorunları, ölüm ve hastalık oranlarında hala büyük bir pay oluştururken, diğer yandan “refah hastalıklarında” hızlı bir artış görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (2002) 21. yüzyıla sağlık devrimi ile girildiğini, ancak birçok ülke için hem eski hem de yeni ölüm-hastalık örüntülerinin yaygın görülmesinden dolayı çifte yükten (*double burden*) bahsetmekte ve risk faktörlerinin düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde tehlikeli bir şekilde artış gösterdiğini ifade etmektedir (WHO, 2002: 5). Türkiye’de de, genel anlamda sağlık göstergelerinde iyileşme gözlenmiştir. Ancak diğer yandan yukarıda belirtilen sağlık eşitsizlikleri artış göstermiştir. Türkiye’de 2003 yılında ölüm nedenlerinde 1. sırada kalp ve dolaşım sistemi rahatsızlıkları, 2. sırada kanserler yer alırken, 4. sırada perinatal mortalite, 5. sırada da enfeksiyon hastalıkları yer almaktadır (Hamzaoğlu ve Özcan, 2006: 50). Beş yaş altı çocuk ölümlerinde ise enfeksiyon birinci sırada görülmektedir. Dolayısıyla Türkiye açısından bir yandan kronik hastalıklar en önemli ölüm nedeni olarak yer alırken, diğer yandan önenebilir nitelikteki hastalıklar ölüm nedeni olarak üst sıralarda görülmektedir.

2. Sağlık Hizmetlerine Erişimde Eşitsizlikler

Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler Türkiye’deki sosyal güvenlik sistemini sorgulamayı gerektirmektedir. Türkiye’de sosyal güvenlik daraltılarak, sosyal sigortalara indirgenmiştir. Türkiye’de refah rejimi birçok sosyal bilimcinin ifade ettiği gibi hiçbir zaman Batı’daki gibi bir rejim değildir (Kalaycıoğlu ve Rittersberger-Tılıç, 2003). Türkiye’nin sosyal sigortalının yapısı ücretli ve ücretlinin bakmakla yükümlü nüfusu içermektedir. Türkiye’de sistem

formal sektörde çalışan nüfusu kapsadığından, enformel sektörde çalışan kişi ve ailelerini sistem dışı kalmakta dolayısıyla çok çeşitli risklere karşı korunmasız olmaktadır. Dünya Bankası Türkiye raporuna göre kentsel alanda her 3 işçiden biri kırsal alanda da her 4 işçiden 3’ü herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı değildir (WB, 2006: iii). Bu da sağlık hizmetlerine bedava erişimi kısıtlamaktadır.

Sağlık açısından riskli gruplar olan ortopedik, görme, işitme, dil, konuşma, zihinsel özürü nüfus ve süregelen hastalığı olan nüfusun sosyal güvenliğe sahip olma ve sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu incelendiğinde karşımıza kır-kent, bölgeler ve cinsiyet farklılıkları çıkmaktadır (TUİK, 2002). Türkiye’de 2002 yılı itibarıyla özürü nüfusun %47,55’i sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı iken %52,45’inin herhangi bir sosyal güvencesi yoktur. Kayıtlı olanların ise yarısından fazlası bağımlı statüdedir. Kronik hastalığı olan nüfusun ise %63,67’si herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı iken %36,33’ünün sosyal güvencesi yoktur. Sosyal güvencesi olanların da yarısından fazlası bağımlı statüdedir. Kırsal farklılığı incelendiğinde kırsal özürü nüfusun %35,15’i sosyal güvenlik kapsamında iken, kentte %59,27’si kapsama dahildir. Kentte yaşayan kronik hastalığı olanların %70,8’inin sosyal güvencesi varken kırsal bu oran %50,28’dir. Cinsiyet farklılığı açısından bu oranları incelediğimizde her iki grup için de kadınların daha fazla sayıda sosyal güvencesi olduğu, ancak %80’lerin üzerinde bağımlı statüde yer aldıkları görülmektedir. Bölgesel düzeyde incelediğimizde doğu batı farkı göze çarpmaktadır. Her iki riskli grupta yer alanlar batıda, doğudan 2 kat daha fazla sosyal güvenlik sistemi kapsamındadır.

Yoksulların sağlık deneyimlerini Ankara’nın Altındağ ilçesinde araştıran bir çalışmada sağlık hizmetlerine erişememenin yoksullarda zorunlu-acil durumlar dışında hizmet almamalarına, sağlık sorunlarını sürekli ertelemelerine ve kendi kendilerine baş etme yoluna gitmelerine neden olduğu belirtilmiştir (Özen, 2008). Ayrıca yoksulların hizmet almamada özellikle hanelerdeki çalışan bireylerin çoğunun günlük enformel çalışan işçi olmaları ve hastaneye gitmenin gelir kaybını doğurması nedeni ile sağlık hizmeti almamaya zorlandıkları görülmektedir. Araştırmada sosyal güvencesi olmayan ancak Yeşil Kartı olan gruplar ise özellikle bürokratik işlemlerin zaman alması ve ilaç bulamama gibi nedenlerle ancak acil durumlarda ve kronik hastalık durumunda bu yolla sağlık hizmeti aldıkları belirtilmiştir. Hatta çok zorunlu durumlarda bazen cepten harcama yaparak hekim önerisi olmaksızın ilaç aldıkları da ifade edilmiştir. Yalnızca zorunlu sağlık hizmeti almalarına rağmen sosyal güvencesi olmayanlar için cepten harcama yoksulu daha da yoksullaştırmaktadır. Öz (2008) tarafından yapılan doktora tezinde 2003, 2004 ve 2005 yıllarında sağlık için cepten yapılan harcamalar analiz edilmiştir. Araştırmaya göre en yoksul dilimde (%20’lik) yer alan hanelerin yıllara göre cepten yaptıkları sağlık harcamaları oransal olarak artış göstermiştir. 2003 yılında bir hane, gelirinin ortalama %4,82’sini sağlığa ayırırken, en yoksul haneler gelirlerinin %7,77’sini, en zengin haneler ise gelirlerinin %3,33’ünü sağlığa ayırmışlardır (s:95). 2005 yılında ise en yoksul kesim gelirinin %8,29’unu sağlık için kullanırken en zengin kesim sağlık için gelirinin %3,08’ini kullanmaktadır. Yoksulluğun sağlığı etkilemesi ile sağlık risklerine en fazla maruz kalan yoksulların sağlık hizmetlerine en çok ihtiyaç

Tablo 1: Bölgelere Yerleşim Yerine ve Eğitim Durumuna Göre Bebek ve Çocuk Ölüm Hızları

Yerleşim Yeri	Neonatal Ölüm Hızı ‰(1)			Postneonatal ölüm Hızı ‰(2)			Bebek Ölüm Hızı ‰(3)			Çocuk Ölüm Hızı ‰(4)			5 yaş altı‰(5)		
	1993	1998	2003	1993	1998	2003	1993	1998	2003	1993	1998	2003	1993	1998	2003
Kent	29,9	23,5	15	14,1	11,7	8	44	35,2	23	6,8	7,5	7	50,5	42,4	30
Kır	28,1	29,6	21	37,4	25,4	18	65,4	55	39	11,8	13,7	11	76,4	68	50
Bölgeler	1993	1998	2003	1993	1998	2003	1993	1998	2003	1993	1998	2003	1993	1998	2003
Batı Anadolu	29,7	25,3	15	13	7,5	7	42,7	32,8	22	5,6	5,6	8	48	38,3	30
Güney Anadolu	34,6	16,8	19	20,8	15,9	10	55,4	32,7	29	7,8	10,7	2	62,8	43	30
İç Anadolu	29,4	26,8	10	28,5	14,5	10	57,9	41,3	21	12	8,7	12	69,2	49,6	33
Kuzey Anadolu	16,2	19,7	20	28	22,4	14	44,2	42	34	5,6	8,9	14	49,5	50,5	48
Doğu Anadolu	29,9	32,6	23	30,1	28,9	18	60	61,5	41	11	15,4	7	70,4	75,9	49
Eğitim Durumu	1993	1998	2003	1993	1998	2003	1993	1998	2003	1993	1998	2003	1993	1998	2003
Eğitimi yok/ilk. Bitirmemiş	31,4	34,9	29	38,9	25,5	22	66,8	60,5	51	10,7	13,7	13	76,8	73,4	63
İlköğretim ve üzeri	27,9	22,4	29	14,3	13,6	14	43,9	36,1	43	6,1	8,1	14	49,7	43,9	57
Türkiye	29,2	26	17	23,4	17	12	52,6	43	29	8,8	10	9	60,9	52	37

Kaynak: 1993 TNSA, 1998 TNSA, 2003 TNSA

(1) Doğumdan sonraki bir ay içinde ölüme hızı; (2) Doğumdan sonraki bir aydan sonra ancak bir yıldan önce ölüme hızı; (3) Doğumdan sonraki bir yıl içinde ölüme hızı; (4) Birinci be beşinci doğum günleri arasında ölüme hızı; (5) Doğumdan sonraki 5 yıl içinde ölüme hızı

duyduğu halde en az hizmet alabilmeleri sağlık eşitsizliğinin diğer bir boyutunu oluşturmakta, yoksulluk sağlıksızlığı ürettiği gibi sağlıksızlık da bir yandan yoksulluğu yeniden üretmektedir.

3. Sağlık Hizmetleri Dağılımında Dengesizlikler

Sağlık Bakanlığı (2006) verilerine göre hekim başına düşen nüfus 1994 yılında 921 iken 2006 yılında 637 kişidir. Benzer şekilde hemşire başına düşen nüfusta da azalma görülmektedir. Ancak ebe başına düşen nüfusun büyük oranda azalmadığı görülmektedir. Sağlık hizmeti veren personelin bazı bölgelerde yoğunlaşmış bazı bölgelerde yetersiz kalması dağılımdaki dengesizliği gösterir ki bu da tüm vatandaşların eşit ve kolay erişilebilir hizmet almalarını engellemektedir. Personel yetersizliği çoğu zaman özellikle acil durumlarda hastaların daha merkezi hastanelere sevk edilmesini zorunlu kılmaktadır. Sağlık ocaklarında personel başına düşen nüfusu incelediğimizde daha yüksek rakamlar ile bölgesel ve kır-kent farklılıkları ortaya çıkmaktadır. 2006 yılında hekim başına düşen nüfus 4380 iken, Ege, Akdeniz ve Karadeniz bölgelerinde hekim başına Türkiye ortalamasından daha az nüfus düşmektedir. Ancak Marmara, İç Anadolu, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri Türkiye ortalamasının oldukça üzerindedir. Hekim başına düşen nüfusun en yüksek olduğu iller arasında İstanbul (7133 kişi), Çorum (7163 kişi), Erzincan (7684 kişi), Van (7337 kişi) ve Şırnak (7978 kişi) gelmektedir. Güneydoğu Anadolu bölgesinde sağlık ocaklarında hemşire başına düşen nüfus Ege Bölgesinin iki kat üzerindedir.

Sağlık Bakanlığı (2004) verilerine göre 2004 yılında ebisi olmayan köy sağlık evi Türkiye yüzdesi 66 iken, bu oran Doğu Anadolu bölgesinde 83'tür, İç ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde %72'dir. Ayrıca aynı yıl Türkiye'deki sağlık ocaklarının %22,3'ünde hekim yoktur. 2000 ile 2004 yılları arasında bakıldığında sağlık ocakları sayısı 2 katına çıkarılmış, aynı zamanda hekim olmayan sağlık ocakları oranı da iki katına çıkmıştır. (2000'de %11,6; 2004'de %22,3). Bu oran bölgelere göre de farklılık göstermektedir. Marmara Bölgesi ile Doğu Anadolu'daki fark dikkat çekicidir (Doğu Anadolu'da %38; Marmara Bölgesinde ise %12).

Sağlık Göstergelerinin

Uluslararası Standartlardaki Yeri

Sağlık göstergeleri yıllara göre iyileşme gösterse de hala uluslararası standartlara yakın görünmemektedir. UNDP'nin yıllık raporları incelendiğinde sağlıkla ilgili göstergeleri de içeren İnsani Gelişim Endeksi'nde Türkiye'nin yeri her yıl diğer ülkelerin gerisinde kalmaktadır. 2007-2008 raporunda 100.000 nüfusa düşen hekim sayısı 135'tir. Ancak Türkiye bu açıdan birçok düşük gelişmişlik düzeyine sahip ülkelerden geride görünmektedir. Türkiye bu endekse göre 84. sırada yer almakta ve 100.000 nüfusa düşen hekim sayısı açısından 88. sıradaki Lübnan'dan (325 hekim), 98. sıradaki Azerbaycan'dan (355 hekim), 109. sıradaki Türkmenistan'dan (418 hekim) ve 122. sıradaki Tajikistan'dan (2003) daha geridedir (UNDP, 2007: 249). UNDP 2007-2008 raporunda Türkiye verilerinin 1998 yılına ait olması da dikkat çekicidir. Buna göre en yoksul %20'lik dilimde yer alanlarda doğumların yarısından fazlası sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmekte, en zengin %20'lik dilimde yer alanların doğumlarının ise neredeyse tamamı sağlık personeli tarafından yapılmaktadır. Diğer bir değişken 1 yaşına kadar tam aşılama oranları incelendiğinde en yoksul kesim için %28 iken, en zengin kesiminde ise bu oran yüz kişide 70'dir (UNDP, 2007: 255). Yaşa göre boy kısalığı en yoksul kesimde %29 iken en zengin grupta %4'tür. Bebek ölüm hızı en yoksul grupta binde 68; en zengin grupta ise binde 30'dur. 5 yaş altı çocuk ölüm hızı en yoksul kesimde binde 85, en zengin dilimde binde 33'tür.

Türkiye'de bütçeden sağlığa ayrılan pay da aynı gelişmişlik düzeyine hatta daha az gelişmişlik düzeyine sahip bazı ülkelerden daha düşüktür. 1923'den 2006'ya kadar Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçedeki payına baktığımızda dalgalanmalar olduğunu görmekteyiz. Ancak düzenli bir artış söz konusu değildir. 1923'de bu pay %2,21 iken, 1960 yılında en yüksek paya erişmiş (%5, 27), 2006 yılında ise hala bu yüzdenin altında olduğu görülmektedir (%4,39) (Yeginboy ve Sayın, 2008). İnsani Gelişim Raporunda (2007) Türkiye'de doğuştan beklenen ömür 71,4 iken, OECD ortalaması 78,3'dür. Ancak Türkiye bu açıdan orta düzeyde gelişmiş ülkelerin ortalamasından (70,9) daha yüksek yaşam beklentisine sahiptir.

Sonuç

Türkiye’de sağlık göstergeleri yıllar itibarıyla iyileşse de sağlıkta eşitsizlikler önemli bir sorundur. Sosyo-ekonomik göstergelerin sağlık statüsüne doğrudan yansıdığı açıktır. Hastalık ve ölüm örüntülerinde farklı sosyal sınıflar ve statüleri işgal eden gruplar arasındaki farklılıklar sağlık eşitsizliklerine yol açabilmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinden eşit yararlanmayı sağlayamayan bir sosyal güvenlik sistemi söz konusudur. Dahası sağlık hizmetleri ve personelinin dengeli dağıtılmadığı bir sağlık sistemi bu eşitsizlikleri perçinlemektedir. Son zamanlardaki ekonomik göstergelerin bu göstergeleri olumsuz yönde etkileyeceği yoksulluk göstergelerinden hareketle tahmin edilebilir. 2002 yılında kırdaki yoksulluk oranı % 34,48 iken kentte % 21,95’tir. Farklılık yıllar itibarıyla artış göstermiş, kentteki bir yoksul kırdaki 3,4 yoksula denk düşmüştür. Gıda yoksulluk oranları daha düşük olmasına rağmen, kır-kent arası farklılığın çok daha ciddi boyutlarda olduğu görülmektedir. Yıllara göre düşüş gösterse de kır-kent eşitsizliği derinleşmektedir. 2005 yılında gıda yoksulluğu kentlerde %0,64 iken 2006’da ciddi bir düşüş yaşayarak %0,04’e düşmüştür; kırdaki ise tam tersi bir gelişme olmuş, 2005 yılı gıda yoksulluk oranı %1,24’den 1,91’e yükselmiş, dolayısı ile farklılık oldukça açılmıştır. Bu yüzdelerle göre kentte bir gıda yoksuluna yani açlık yaşayan ferde karşılık, kırdaki 47,75 gıda yoksulu bulunmaktadır (TUIK, 2008).

Sağlıkta eşitsizlik konusunu daha iyi irdeleyebilmek için verilerin toplanması aşamasında denetim ve uzman bir ekibin oluşturulması gerekmektedir. Ayrıca eşitsizliklerin nedenlerinin daha ayrıntılı incelenmesi gerekmekte ve bu konuyu inceleyen araştırma merkezlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Bebek ölümleri, anne ölümleri, çocuklarda ve annede beslenme yetersizliği ve bunun gibi birçok göstergeyi etkileyen faktörler olarak bölgeler, yerleşim yeri, cinsiyet, eğitim durumu, gelir grupları gibi değişkenler önemli olmakla birlikte diğer faktörlerle bir bütün içinde kültürel ve sosyal faktörlere de dikkat çekilmelidir. Hastalık ve ölüm örüntüleri çok çeşitli nedenlerden dolayı değişiklik gösterebilir. Bebek ölümlerinde sağlık hizmeti veren kuruluşa uzak olma da etkili olabilir bebek bakımında geleneksel yöntemlerin tercih edilmesi de; annenin yetersiz beslenmesinde kadını ikinci plana atan baskın ataerkil ideoloji de etkili olabilir yoksulluk da; doğum öncesi bakım almamada yaşanan yerin ya da kendini ait hissettiği etnik grubun norm ve değerleri de etkili olabilir eğitim yetersizliği de. Her ne kadar ulusal ölçekte

toplanan veriler büyük resmi görmemizi sağlasa da ayrıntılara inilmeden eşitsizlikleri anlayabilmek zorlaşmaktadır. Dolayısı ile bir yandan ulusal ölçekte daha çok sayıda değişkene bakılarak sağlık verileri toplanmalı ve sorunlar belirlenmeli, diğer yandan da deneyimleri merkeze alan niteliksel çalışmalarla ayrıntılara inilerek sorunun kökenindeki ekonomik, toplumsal ve kültürel faktörler belirlenmelidir.

- Kaynakça
Dinçer, B., Öztaşlan, M., Satılmış, E. (1996). *İllerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması araştırması*. Ankara: DPT.
Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2006). *Ulusal anne ölümleri çalışması, 2005*. Ankara.
Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2003). *Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2003*. Ankara.
Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (1998). *Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 1998*. Ankara.
Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (1993). *Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 1993*. Ankara.
Hamzaoğlu, O., Özcan, U. (2006). *Türkiye sağlık istatistikleri 2006*. Ankara: TTB Yayınları.
Kalaycıoğlu, S., Rittersberger-Tılıç, H. (2003). Yapısal uyum programlarıyla ortaya çıkan yoksullukla başleme stratejileri. A. A. Dikmen (ed.), *Kentleşme, göç ve yoksulluk*. Sosyal Bilimler Derneği Yayınları, 197-246.
Nettleton, S. (1995). *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.
Öz, E. (2008). *Ulusal hanehalkı cepten sağlık harcamalarının finansmanda dikey hakkaniyet açısından değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık İdaresi Bölümü (yayınlanmamış doktora tezi). Ankara.
Özen, Y. (2008). *Health experiences among the urban poor: The case of Altındağ*. Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Bölümü (yayınlanmamış doktora tezi). Ankara.
T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı (2007). *Çalışma ve değerlendirme raporu: Surveyans sistemi mevcut durumu ve uluslararası kuruluşların talep ettiği sağlık göstergeleri ile uyumu*. Ankara.
T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2006). *Çalışma yılı 2006*. Ankara.
T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2004). *Çalışma yılı 2004*. Ankara.
Townsend, P. & Davidson, N. (1982). *Inequalities in health: The Black Report*. Harmondsworth: Penguin.
TUIK (2008). 2007 Yoksulluk çalışması sonuçları. *TUIK Haber Bülteni*, 192.
TUIK (2002). Sosyal güvenliğe sahip olma ve kayıtlı olma durumuna göre özürü nüfus oranı, 2002. <http://www.tuik.gov.tr> (22 Aralık 2008’de erişilmiştir)
UNDP (2007). Human development report 2007-2008. UNDP: New York.
Yeginboy, Y., Sayın, K.Ş. (2008). Cumhuriyet döneminden günümüze sağlık politikası ve sorunları. http://www.deu.edu.tr/userweb/iibf_kongre/dosyalar/yeginboy.pdf (20 Ocak 2009’da erişilmiştir)
World Health Organization (2002). *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy lifestyle*. Geneva.
World Bank (2006). *Turkey labor market study*. Poverty Reduction and Economic Unit, Europe and Central Asia Region. Report no: 33254-TR.

Yoksulluk ve Verem

Osman ELBEK*

Hipokrat tarafından erime ve tükenme anlamına gelen “phtisis” olarak adlandırılan tüberküloz, halen Türkiye’nin ve dünyanın önemli halk sağlığı sorunudur. Bu yazı, zenginliğin ve refahın arttığına iddia edildiği bu dünyada tüberkülozun neden hala önemli bir sorun olduğunu tartışmayı amaçlamaktadır.

İlaç ve görüntüleme teknolojilerinden kar sağlayan endüstrinin daha fazla etkisine giren sağlık alanı, her geçen gün giderek artan bir hızla hastalıkların sosyal dinamiklerle ilgisini görünmez kılmaya çalışmaktadır. Bu bakış açısı nedeniyle hastalıklar sadece mikroorganizmalar, sitokinler,

reseptörler, nörotransmitterler,.. üzerinden tanımlanmakta ve böyle tanımlandığı için de, çözüm yolları bu faktörler üzerine inşa edilmektedir. Oysa sağlık, sosyal faktörlerin belirlediği bir sonuçtur. Sosyoekonomik eşitsizliklerden doğrudan etkilenmektedir. İşte bu nedenle tüberküloz, hakkında geliştirilen ulusal ve küresel kontrol programlara rağmen toplum sağlığı sorunu olmaktan çıkamamıştır.

Aslında tüberkülozun önlenmesinin dünyadaki gelir dağılımı adaletsizliğini gidermekle mümkün olacağı yaklaşık yüzyıl önce ifade edilmişti. Öte yandan yoksulların herkesten daha fazla sağlık hizmetine ulaşma hakları olduğu da uzun zamandır bilinen bir gerçektir. Çünkü yoksullar diğer

* Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi

bireylere göre daha sağlıklı bir hayatta var olmaya çalışırlar. Ekonomik sorunlar nedeniyle dengeli beslenemeyen, sağlıklı konutta yaşayamayan ve uygun sanitasyon imkanı bulunmayan bir kişinin tüberküloz veya başka bir hastalığa yakalanması olağan değil midir? Ayrıca tütün bağımlılık oranının da yoksullarda daha yüksek olduğu düşünüldüğünde sorunun boyutu daha iyi anlaşılabilir.

(...) Yeterli ekonomik gelire sahip olmama, uygun barınma koşullarında yaşamama, temiz su kullanmama, düşük bağışıklama oranı ve düşük immün sistem ise tüberküloz olma riskini arttırmaktadır.

Öte yandan beslenme, sağlığı belirleyen temel değişkenlerden birisidir. Bireylerin besin gereksinimi ise yaşına, cinsiyetine, fiziksel aktivite durumuna ve hastalık durumuna göre değişkendir. Oysa tüm dünyada besin ihtiyacını belirleyen faktör sosyoekonomik eşitsizliktir. (...)

(...) Güney Afrika'da yapılan bir araştırmada alkol bağımlılığı, düşük vücut kitle indeksi, eğitim düzey düşüklüğü, ev halkının mal varlığının azlığı, işsizlik ve sigara alışkanlığının tüberküloz riskini arttırdığı gösterilmiştir.¹ Türkiye'de 2003 yılında tanı alan toplam 733 tüberküloz hastasının %79,3'ünün herhangi bir işte çalışmadığı, %30,7'sinin iş bulma güçlüğü çektiği, %51,4'ün ortalama gelirlerinin 210 doların altında olduğu, %42,0'inin yaşadığı ekonomik sorunu çözemediği ve %80,6'sının aynı evi 1-4 kişi ile paylaştığı saptanmıştır.² Türkiye'nin sanayi alanında marka şehri olan Gaziantep'te yapılan bir çalışmada ise tüberküloz tanısı alan olguların %5,8'inin okur-yazar olmadığı, %11,7'sinin ancak okur-yazar olduğu ve hastaların %47'sinin yeşil kart da dahil olmak üzere hiçbir sosyal güvencesinin bulunmadığı tespit edilmiştir.³

Yapılan pek çok çalışma yoksulluğun sağlıklı bir ha-

yat kadar toplumsal dışlanmaya da yol açtığını göstermektedir. Örneğin Türkiye'de tüberküloz tanılı askerlerin illere göre dağılımının incelendiği bir araştırmada; memleketlere göre tüberküloz görülme oranının, ilin milli gelir dağılımı ile anlamlı oranda korele olduğu saptanmıştır.⁴ Brezilya'da yapılan başka bir ilginç bir çalışmada ise Türkiye'dekine benzer biçimde tüberkülozun, toplumsal dışlanmanın en yoğun olduğu ve alt yapı hizmetlerinin en sorunlu olduğu kentlerin çevrelerinde en yüksek olduğuna işaret etmektedir.⁵ (...)

Yukarıdaki tüm veriler sağlık durumunu belirleyen temel dinamiğin sosyoekonomik eşitsizlik ve bunun yarattığı dışlanma olduğuna işaret etmektedir. Ancak neoliberal ideolojik hegemonya, sağlığın sınıfsal ve toplumsal kimliklerle ilişkisini kesmekte, toplumsallığı Şilen ortadan kaldırmakta ve sağlığı medikalize ederek sağlık sorununu bireyin bireysel sorunu haline getirmektedir. Bu nedenle sadece formal sektörde çalışanları değil tüm yurttaşları evrensel bir sağlık güvencesine alan, çocuk ve yaşlıları özel olarak gözetken, tabana yayılmış bir vergilendirme sistemi ile fonlanan bir sosyal güvenlik sisteminin ve çalışmaya endekslenmeyen bir yurttaşlık gelir hakkının varlığı, sosyoekonomik eşitsizliklerin neden olduğu bu sorunları azaltacaktır. (...)

Kaynaklar

- 1) Harling G, et al. The social epidemiology of tuberculosis in South Africa: A multilevel analysis. *Sos Sci* 2008; 66: 492-505.
- 2) Balbay Ö. Sosyal ve ekonomik boyutuyla Türkiye'deki tüberküloz hastaları. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 2: 5-14.
- 3) Elbek O, ve ark. Gaziantep 2 no'lu verem savaş dispenseri'nin 2004 yılı izlem sonuçları. *Tüberk Toraks* 2006; 54: 341-8.
- 4) Çiftçi F, ve ark. Tüberkülozlu asker hastaların coğrafya dağılımı. *Toraks Dergisi* 2006; 7: 40-4.
- 5) Vendramini SH, et al. Tuberculosis risks and socio-economic level: a case study of a city in the Brazilian south-east, 1998-2004. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10: 1231-5.

Neden Toplum Hekimliği Değil?

Nusret H. FİŞEK*

Mantar Dergi kurulundan "Niçin Toplum Hekimliği?" konusunda bir yazı istedikleri zaman, bu isteği kabul etmemeye kararlıydım. Gelen arkadaşa Hacettepe Üniversitesi'nde sekiz yıldır "Niçin Toplum Hekimliği?" diye anlatıp durduğumu, bir de bunu dergiye yazmanın anlamı olmadığını söyledim. Ancak toplum hekimliği görüşünü eleştiren açıklıksız bir öğrencinin mektubunu basarlarsa bunu dergiye verebileceğimi sözlerime ekledim. Arkadaşımız bunu kabul etti.

Bana gelen mektup şöyle :

"Sayın Hocam,

Siz, "Hekimlik hizmeti sadece muayenehanelerde, hastanelerde oturup hasta beklemek değildir. Toplumun içine çıkmak, hekim ayağı basmamış yerlere kadar uzanıp, sağlık hizmetinden yararlanmayanlara hizmet götürmek gerekir" diyorsunuz. Bu dediğiniz olacak iş değildir. Geçenlerde T.Büyük Millet Meclisi'nde hükümet programını eleştiren bir parti başkanının dediği gibi "Kişiler için kazanç esastır". Hekim olduğum zaman, benim gelirim gelir katacak olanlar nasıl olsa muayenehane ve hastanelere geliyorlar ve bize bu ülkenin en çok kazanan kişileri düzeyinde bir

yaşantı sağlıyorlar. Bu durumda ben niye eziyete katlanıp toplum içine, ülkenin hekim ayağı basmamış yerlerine gideyim. Oradaya yaşayanların bana verecekleri neleri var ki! Kaldı ki, oraya gitsem bile, orada yapılacak hekimlik, hekimlik mi yani?! Röntgen yok, laboratuvar yok, bazen ilaç bile yok. İşin özeti : Yok, yok, Diyeceksiniz ki: "Yoku var etmek için çalış, başarısın." Bu kadar zorluğa göze alsam herkes bana güler. "Akılsız, bir hastahane asistan olmak, Almanya veya Amerika'ya gitme olanağı varken, kara-sevdaya tutulmuş gibi, niye dağlar düştün." derler.

Gelelim söylediğiniz başka bir düşüncenize : "Bu memleketin sağlık sorunu pnömoni ölümleriymiş". Türkiye'de ölenlerin en az dörtte biri pnömoniden ölmüş. Hekimlerin pnömonili hastaları bulup tedavi edecek şekilde örgütlenerek çalışmayı bir yana bırakıp, çok az sayıda hastaya yönelmeleri ender ve tedavisi güç vakalara önem vermeleri de yanlış imiş. Ben bu düşünceye de katılmam. Pnömoni teşhis ve tedavisinin ilginç yanı ne?! Her gün bir düzine pnömonili hasta tedavi etsem, kırk gün baklava yiyen kişi gibi bıkarım. Siz benim de kendisini her yönden tatmin etme peşinde bir insan olma hakkımı niye düşünmüyorsunuz?

Koruyucu hekimliğin önemli olduğunu da söylüyorsunuz. Yine siz söylemişsiniz : 1950'lerden önce her yıl sıtmalı hasta sayısı 5 milyon civarındaymış. Hastalar hekim

* Prof. Dr., Sağlık eski Bakanı

kapılarında, hastahane kapılarında dizilirmiş. Peki, sitma yok edildi de ne oldu? Bizim kazanç kaynaklarımızdan biri kurutuldu. Akıllı adam bindiği dalı keser mi? Sitma kontrol altına alınmasaydı, kolayca tedavi edeceğimiz hastalardan sadece kazanacağımız parayı değil, alacağımız hayır duaları da düşününüz. Şimdi kim, 'Allah razı olsun, hekimler sitmanın kökünü kazıdı!' diyor?

Bir diğer nokta da, ekip çalışması. 'Hekimler tek olarak çalışmamalı, hizmetlerini yürütmek için örgütlenip ekip halinde çalışmalı' diyorsunuz. Herhalde burada da gözden kaçırdığınız bir nokta var. Ekip halinde çalışırsak, yaptığımız hataları başkaları da görür, küçük düşeriz. Durup dururken bu tehlikeyi neden göze alalım?

Hastayı çevresiyle birlikte ele almaya gelince : Ben bu ilkeyi gözönüne alarak hekimlik yapsam, belki hastaya daha faydalı olurum, ama bu bana ne sağlar? Hiçbir şey. Ben hastayı, çevresini düşünmeden de tedavi edebilirim. Ülkemizde bütün hekimler, bunu böyle yapıyor ve gül gibi geçinip gidiyorlar. Değerli kişilerden itibar da görüyorlar. Bu şekilde davranınca, arada bir başarısız olabilirim; ama başarılarım başarısızlıklarını kapatır. O halde bu söylediğiniz de pratik değeri olmayan bir görüştür.

Hatırımında kaldığına göre, toplum hekimliğinin temel ilkelereinden, çürütmediğim kalmadı.

Saygılarımla ... ”

Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası Uygulaması: İlk Gözlemler

Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR*

Türkiye'de Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SS-GSS) Yasası 5510 sayılı ile 2006 yılında kabul edilmiştir. 1 Ocak 2007'de yürürlüğe girmesi öngörülen Yasa'nın önemli maddeleri 15 Aralık 2006 tarihinde Anayasa Mahkemesince iptal edilmiş, takiben yürürlük tarihi üç kez ertelenen Yasa'nın iptal edilen maddeleri bu kez 17 Nisan 2008 tarihinde 5754 sayılı Yasa ile yeniden düzenlenmiştir. 5754 sayılı Yasa ile genel sağlık sigortasına ilişkin düzenlemelerin önemli bir kısmı 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

SS-GSS Yasası "...nüfusun tümüne, hakkaniyete uygun ve eşit..." sağlık hizmeti yaklaşımını ileri sürerek yola çıkmış olmasına karşın (Başbakanlık, 2005:55), Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen maddelerin iptal gerekçelerinin sağlık hakkının kısıtlanması, Anayasa'nın sosyal devlet, sosyal hukuk devleti ve sosyal güvenlik hakkını düzenleyen maddelerine ve eşitlik ilkesine aykırılık gibi nedenlere dayanması Yasa'nın amaçları ile gerçek niyeti arasındaki çelişkiyi açıkça ortaya çıkarmaktadır. Nitekim SS-GSS Yasası, sağlıklı bir hak olarak kabul eden sosyal devlet anlayışına çok uzaktır ve gerçek amaç sağlık güvencesini özel sigortacılık mantığı üzerine inşa etmek ve kamu kaynaklarını özel sektöre aktaracak bir finansman modeli yaratmaktır. Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen maddeleri yeniden düzenleyen 5754 sayılı Yasa'nın ek katılım payı getirme, ek ücret talep edebilme, ek ücret için belirlenmiş tavanların kaldırılması, sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkileri çerçevesinde sunulması ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nun yetkilerinin genişletilmesi gibi düzenlemeler somut örnekler olarak karşımızda durmaktadır.

Bu çalışma SS-GSS Yasası'nın nüfusun tümüne, hakkaniyete uygun ve eşit sağlık hizmeti sunup sunamayacağını Yasa'nın ilk dört aylık, diğer bir deyişle erken uygulama sonuçlarına göz atarak incelemeyi amaçlamaktadır.

1. SS-GSS Yasası Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi Sağlayabilecek mi?

"Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak" kavramı

Dünya Sağlık Örgütüncü (WHO), yeterli sağlık hizmetlerini, ödenebilir bir fiyatla, tüm nüfusun hizmetine sunmak olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2004:3). Ödenebilir bir fiyat, hastalığın finansal riskine karşı (sosyal veya özel) koruma sağlanmasını gerektirmektedir. Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamanın iki boyutu bulunmaktadır. Birincisi kapsamın genişliği olarak da adlandırılan nüfusun tümünü kapsamaması, ikincisi kapsamın derinliği olarak adlandırılan cepten ödeme yapmadan sağlık hizmetlerine erişebilmektir.

SS-GSS Yasası, mevcut sosyal sağlık güvencesi programlarını tek bir Yasa altında toplayan, katılımı zorunlu ve prime dayalı bir finansman sistemi öngörmektedir. Yasa, mevcut sistemde sağlık güvencesi kapsamında bulunanların yanı sıra güvence kapsamı dışında kalan işsizlik sigortası dışındaki işsizler, isteğe bağlı sigortalılar, oturma izni almış yabancılar ile Yasanın 60. maddesinde sayılmayan diğer kişileri de primleri kendilerince ödemek kaydıyla kapsam altına almıştır. GSS primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için prime esas kazancın yüzde 12,5'idir. Bu primin yüzde 5'i sigortalı, yüzde 7,5'i ise işveren katkısıdır. Yalnızca GSS'na tabi olanların primi, prime esas kazancın yüzde 12'sidir.

SGK verileri, tüm nüfusu zorunlu olarak sosyal sağlık sigortası kapsamına alan SS-GSS Yasası'na rağmen sigortalı sayısında artış yerine azalış olduğunu göstermektedir. 2007 yılında nüfusun yüzde 83'ünü oluşturan sigortalı oranı 2008 yılı sonunda yüzde 80'e düşmüştür. 1 Ekim 2008 tarihinden sonraki verilere biraz daha ayrıntılı bir şekilde bakıldığında, aktif sigortalılarda, Ocak 2009 tarihindeki küçük bir artış dışında, sürekli bir düşüş gözlenmektedir. Öte yandan aktif sigortalı oranının 2009 yılının Ocak ayı itibarıyla bir önceki yılın aynı ayına göre yalnızca yüzde 2,1 oranında arttığı görülmektedir. Aktif sigortalıların tersine, bağımlı sayısında Aralık 2008 tarihindeki düşüş dışında sürekli bir artış gözlenmekle birlikte, Ocak 2009 tarihinde bir önceki yılın aynı ayına göre yüzde 5,4 oranında bir daralma söz konusudur. Bu daralma sosyal güvenlik kapsamının da yüzde 1,3 oranında azalmasına neden olmuştur. Aynı dönem için sigortalıların nüfusa oranı ise yüz-

* Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü Öğretim Görevlisi. Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı Yönetim Kurulu Üyesi

de 2 oranında gerilemiştir. Ekim 2008 tarihinden itibaren aktif pasif oranı da daralarak 1,97'den 1,90'a düşmüştür (Tablo 1).

SS-GSS Yasası, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için bazı koşullar aramaktadır. Primleri devlet tarafından ödenecekler ile aylık ve gelir almakta olanlar dışındaki tüm GSS sigortalılarının, bazı istisnalar dışında, sağlık hizmeti sunucusuna başvurdukları tarihten önceki bir yıl içinde toplam 30 gün GSS primi ödemiş olmaları gerekmektedir. Bağımsız çalışanlar ile hiçbir madde kapsamına girmeyen diğer kişilerin bu koşulla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun, isteğe bağlı sigortalı ve yabancılar kapsamında olanlar için kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dahil GSS prim borçlarının bulunmaması gereklidir.

Prim ödeme koşullarını yerine getirmeyen ve prim borcu olan sigortalıların sağlık hizmetlerine ulaşamayacakları dikkate alındığında, sosyal güvenlik kapsamının daha da daralacağı açıktır. SGK Kasım 2008 verilerine göre, toplam 3.282.062 aktif bağımsız çalışan sigortalıdan yalnızca 1.239.068 sigortalının (yüzde 37,8) prim borcu bulunmamaktadır. Bu durumda bağımsız çalışanların yüzde 62'si sağlık güvencesi kapsamı dışındadır. Hizmet akdi ile işçi çalıştıran işverenlerden 1 milyonun üzerinde işverenin de prim borcu bulunmaktadır. 2004 yılında sağlık karnesi bazında yapılan hesaplama göre hizmet akdiyle çalışanların yüzde 27'sinin prim yükümlülüklerinin yerine getiril(e)mediği hesaplanmıştır (Yenimahalleli Yaşar, 2007:195). Aynı yıl bağımsız çalışanlar için bu oran yüzde 40'tır. Yakın dönemdeki prim aflarına rağmen, bağımsız çalışanların sağlık güvencesi durumunda yüzde 22'lik bir kayıp söz konusudur. Benzer bir durumu hizmet akdi ile çalışanlar için beklemek yanlış olmayacaktır.

SGK verilerine göre, Kasım 2008 tarihinde sosyal güvenlik kapsamı 57.264.509 kişiden oluşmaktadır. 9.316.661

yeşil kart sahibinin de sağlık hizmetlerine erişebildiği dikkate alınarak bu rakama eklendiğinde, sağlık güvencesine sahip kişi sayısı 66.581.170'e çıkmaktadır. Bu durumda, kapsam dışında kalan nüfus 4.005.086 kişiden oluşmaktadır. Bu sayıdan çeşitli özel yasalarla prim ödemediği sağlık güvencesinden yararlanan kişi sayısını (1.296.987 kişi) çıkardığımızda 2.708.099 kişinin sağlık güvencesi kapsamı dışında kaldığı görülmektedir. Bu rakama yaklaşık 2 milyon prim borcu olan bağımsız çalışan ile iki katından fazla olması beklenen bağımlıların (Tablo 1'deki bağımlılar ile aktif çalışanların oranına göre kabaca hesaplandığında) eklediğimizde rakam 9-10 milyonu bulmaktadır. Hizmet akdiyle çalıştırılıp primleri ödenmeyenlerin de bu rakama ilave edilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

İstihdamın yaklaşık yarısının kayıt dışında olduğu, türetilmiş işsizliğin yüzde 25'lere ulaştığı, gelir dağılımındaki bozukluğun ve yoksulluğun her geçen gün arttığı bir ülkede özel sigorta mantığı ile prim ödeyebileceği güvence sağlayan bir sistemin tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlama konusunda başarıya ulaşmasının imkansız olduğu açıktır. Öte yandan SGK'na tanınan yetkilerle her geçen gün temel teminat paketinin daraltılarak yurttaşları hizmetler karşılığında ek ödeme yapmaya ve böylece özel sağlık sigortalarına yönlendirmeye dayanan bir anlayış söz konusudur. Oysa ki, daha önce vurgulandığı üzere, tüm nüfusa güvence sağlamanın bir amacı da cepten ödeme yapmadan sağlık hizmetlerine ulaşılabilir. Ülkemizde tedaviyi yarım bırakma nedenleri arasında maddi yetersizliğin yeşil kartlılarda yüzde 93,3, sigortalı olanlarda yüzde 73,3 ile oldukça yüksek oranlarda olması, bazı gelir gruplarının cepten ödemeler konusunda ne kadar kırılğan olduklarının en açık göstergesidir (Tatar vd 2007:1038).

2. SS-GSS Yasası Finansmanda Adaleti Sağlayabilecek mi?

SS-GSS Yasası'nın bir diğer amacı "finansmanda hakkaniyet" daha doğru bir deyişle finansmanda adaleti sağlamaktır. Tarihsel kökenini Aristo'nun "eşitsizlere eşitsiz,

Tablo 1: Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kapsamı (Ocak 2008 - 2009)

	2008 Ekim	2008 Kasım	2008 Aralık	2009 Ocak	2008 Ocak	Yıllık Değişim %
AKTİF SİGORTALILAR	15,631,920	15,611,190	15.258.608	15.293.784	14.973.191	2,1
PASİF SİGORTALILAR						
-Dosya	7,942,317	7,989,338	8.045.815	8.060.923	7.604.246	6,0
-Kişi	8,635,019	8,681,607	8.746.703	8.763.238	8.287.347	5,7
-Bağımlılar	32,951,352	32,971,712	32.639.537	33.287.660	35.197.939	- 5,4
Aktif / Pasif Oranı	1,97	1,95	1,90	1,90	1,97	- 3,6
Türkiye Nüfusu	70,586,256	70,586,256	70.586.256	71.517.100	70.586.256	
506.SKG Özel Sandıklar	310.850	310.850	310.850		298.266	
Sosyal Güvenlik Kapsamı	57,218,291	57,264,509	56.644.848	57.344.682	58.073.642	-1,3
Sigortalılar/ Nüfus (%)	81	81	80	80	82	

Kaynak: SGK Ekim, Kasım, Aralık 2008; Ocak 2009 Aylık İstatistik Bültenleri (<http://www.sgk.gov.tr>).

eşitlere eşit davranma” yaklaşımından alan, Marksist teori tarafından “ödeme gücüne göre katkı, ihtiyaca göre hizmet” olarak benimsenen ve daha sonra 20.yy’da eşitlikçi teori tarafından yaygın olarak kabul edilen finansmanda adalet kavramı, dikey ve yatay olmak üzere iki şekilde ele alınmaktadır. Dikey adalet farklı ödeme gücüne sahip bireylerin farklı miktarlarda, yatay adalet ise benzer ödeme gücüne sahip bireylerin aynı miktarlarda katkı yapmalarını öngörmektedir. Her iki kavram gelirin yeniden dağıtımını ile de yakından ilişkilidir (Yenimahalleli Yaşar, 2007:133-134).

SS-GSS Yasası’nda hem dikey hem yatay adaletle erişimi engelleyecek birçok düzenleme bulunmaktadır: İlk kez gündeme gelen zorunlu devlet katkısının, adaletsiz vergi yapısı değiştirilmediği sürece tersine bir gelir dağılımına neden olacağı açıktır. Sosyal sigortacılığa dayalı sistemin finansmanın yalnızca ücret ve kazanç dayalı olması, yani sigortalıların yatırım ve tasarruflarındaki gelirlerinin dikkate alınmaması diğer sosyal sigortacılık sistemlerinde de gözlenen en temel adaletsizlik örneğidir. Prime esas kazancın üst sınırının bulunması bu adaletsizliği daha da bozmaktadır. Yasa’nın bazı gruplar için getirdiği prime esas günlük kazancın alt sınırının otuz günlük tutarının iki katı oranındaki prim miktarı, gelir ile ilişkilendirilmediği için adaletsizdir. Ayrıca Yasa’nın ek kullanıcı katkıları getirmesi, hizmeti daha fazla kullanacakların daha fazla katkıda bulunmasını sağlayarak adaleti bozmaktadır. Özel sağlık sigortası primi ve bireysel emeklilik katkı paylarının aylık asgari ücretin yüzde 30’unu geçmeyen kısmının prime esas kazançtan düşülmesi, benzer hane gelirine sahip olanlardan özel sağlık sigortası primi ve bireysel emeklilik katkı payı ödeyenlerin yaptıkları katkı miktarını azalttığından adaletsizliğe neden olmaktadır.

3. SS-GSS Yasası Eşit Sağlık Hizmeti Yaklaşımına Sahip midir?

SS-GSS Yasası’nın benimsediği üçüncü yaklaşım, eşit sağlık hizmeti yaklaşımıdır. Sağlık hizmetlerinde eşitlik; sağlık durumunda, sağlık hizmetlerine erişimde, sosyal sağlık güvencesinde, sağlık hizmetleri sunumunda söz konusu olabilmektedir. SS-GSS Yasası ile çerçevlendirilmiş olan bu çalışma, tartışmayı sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık hizmetlerine erişimi doğrudan etkileyen sosyal sağlık güvencesinde eşitlik konusu ile sınırlandırmamızı zorunlu kılmaktadır. Burada ülkemizde sağlık hizmetlerine ve sosyal sağlık güvencesine erişim ile birlikte sağlık durumunda ve sağlık hizmetleri sunumunda da önemli düzeyde eşitsizlikler olduğunu vurgulamakla yetinelim (Yenimahalleli Yaşar, 2008:181-190).

Türkiye’de tüm nüfusa sağlanamayan sağlık güvencesi kapsamı kırsal kente, gelir gruplarına ve bölgelere göre de farklılaşmaktadır. Kırsal nüfusun yüzde 45,4’ünün sağlık sigortası yokken, kentsel nüfusun yüzde 29,9’unun sağlık sigortası bulunmamaktadır. Düşük gelirli olanlar daha büyük oranda kapsam dışında kalmaktadır. Birinci gelir diliminde yer alanların yüzde 55,2’si, beşinci gelir diliminde yer alanların yüzde 15,5’i sigorta kapsamı dışındadır. Orta Anadolu Bölgesi’nde nüfusun yüzde 28,7’si sosyal sigorta kapsamı dışındayken, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri’nin yüzde 47,5’i sigorta kapsamı dışındadır (SB, 2004:2,6,7).

Sağlık hizmetlerine erişim için sağlık güvencesi gerekli ancak yeterli değildir. Sağlık güvencesine rağmen sağlık hizmetlerine erişimi engelleyen etmenlerden finansman ile ilişkili olanı cepten harcamaların düzeyidir. Türkiye’de cepten ödemelerin toplam sağlık harcamaları içerisinde payı 1996 yılında yüzde 32 iken 2006 yılında yüzde 19’a, OECD ülkeleri ortalamasına gerilemiştir (SB, 2007:208). Ancak 1996-2006 döneminde toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının iki katına çıkarak yüzde 3,7’den yüzde 7,5’e ulaşması nedeniyle cepten ödemelerde ortaya çıkan görece düşüklük üzerinde dikkatle çalışılması gereken bir konudur. Gelir dağılımının bozukluğu ve yoksulluğun giderek artması cepten ödemelere karşı kırılabilirliği arttırmaktadır. Ayrıca, güvence kapsamında olan hizmetler için yapılan enformel ödemelerin toplam cepten ödemelerin yüzde 25’ini oluşturması üzerinde önemle durulması gereken bir diğer konudur. Enformel cepten ödemelerin yüzde 73’ünün nakit para ödemelerinden oluşması, bu ödemelerin hizmet için teşekkür etme amacını aştığını göstermektedir. Ayrıca bu ödemelerin kamu sektöründe, gelir düzeyi daha düşük olanlar, yaşlılar ve işsizler tarafından daha yüksek oranlarda yapılıyor olması sağlık durumları daha bozuk olan bu grupların sağlık durumlarının iyileşmesini engellemektedir (Tatar vd., 2007).

Sonuç Yerine:

AKP Hükümetlerinin “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın yalnızca bir parçası olan SS-GSS Yasası’nın tek başına ele alınması bütünü görmeyi engelleyen bir durumdur. Yasa, Türkiye’de bazı çevrelerce 1964’ten beri hayali kurulan, 1980 yılından sonra temelleri atılan, AKP Hükümetleri döneminde somutlaşıp uygulamaya konulan sağlıkta neoliberal dönüşüm çabalarının bir uzantısıdır. Bu dönüşümde IMF ve Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlar ile birlikte Türkiye’deki sermaye çevrelerinin de katkısı büyüktür. Ne yazık ki bu neoliberal dönüşüm yegane sonuçları, sağlık durumunun sağlık harcamaları artışına paralel bir şekilde iyileşmemesi, eşitsizliklerin, adaletsizliklerin ve güvencesizliklerin artması olmuştur. Sağlık sistemini “tüm nüfusa, adaletli ve eşitlikçi bir yaklaşımla” sunacak olan modelin bilinçli olarak gözlerden kaçırılmak istenen kamuya dayalı sistem olduğu çok açıktır.

Kaynakça:

- Başbakanlık, (2005), *Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözümler Önerileri*, Nisan, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2004), *Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması 2002-2003*, Ankara: Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü ve Sağlıkta Umut Vakfı.
- Sağlık Bakanlığı, (2007), *Türkiye’de Sağlıkta Bakış*, Ankara: Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü.
- SGK Aylık İstatistik Bültenleri, (Ekim, Kasım, Aralık 2008; Ocak 2009), (<http://www.sgk.gov.tr>, erişim tarihi 3 Mart 2009).
- Tatar, M. ve diğerleri, (2007), *“Informal Payments In The Health Sector: A Case Study From Turkey”*, Health Affairs, Vol.26, N.4, pp.1029-1039.
- World Health Organisation, (2004), *Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period*, by Guy Carin and Chris James, Discussion Paper, N.2, FER-EIP, Geneva.
- Yenimahalleli Yaşar, Gülbiye (2008), *“Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neoliberal Dönüşümün Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler”*, Mülkiye, Güz, C.XXXII, S.260, s.157-192.
- Yenimahalleli Yaşar, Gülbiye (2007), *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Sağlıkta Ticarileşmenin İki Hedefi: Sağlık Ocakları ve İşyeri Hekimlikleri

A.Gürhan FİŞEK*

Türkiye, iyi günler de gördü; her zaman, basiretsiz ve çıkar gruplarının etkisi altında kalan yönetimlerle yönetilmedi. Tersine öngörüsü olan ve insan odaklı politikalarını uygulayacakları araçları çok iyi seçen ve bir ülkenün peşinden giden yönetimlerle de yönetildi.

İşte işyeri hekimlikleri (1930) ve sağlık ocakları (1961), böylesi dönemlerin bize bıraktığı birer miras. Bu iki kurumun, Cumhuriyet'in anıt kurumları arasında sayılması yadırganmamalıdır. Çünkü Osmanlı İmparatorluğu döneminde, böylesi "halkçı" yaklaşımla yönetilen sağlık birimlerine rastlamamaktayız.

Ortak özellikleri :

1. Sağlık mevzuatımızın iki başyapıtı ile uygulamaya konuldular.

İşyeri hekimliklerinden ulaşılabilen ilk örnek 1908 yılında yabancı şirketler tarafından işletilen demiryolları işletmelerinde ve yalnızca burada çalışan memurlar için işyeri hekiminin görev yapmasıdır (1). Cumhuriyet sonrası, bu uygulamanın, zorunlu kılınması ve yaygınlık kazanması için, Genel Sağlık Koruma Yasası'nın -Umumi Hıfzıssıhha Kanunu- (1930 tarih ve 1593 sayılı) beklenilmesi gerekti. İşyeri hekimliklerinde temel yaklaşım, çalışma alanlarının odak olarak alınmasıdır.

Sağlık ocaklarına, farklı adlar altında da olsa, ulaşılabilen ilk örnek, 1871 yılında ortaya konulan memleket hekimlikleri ve onu izleyen hükümet tabiplikleri uygulamalarıydı. Bunlar, koruyucu hekimlik felsefesi temelinde değillerdir. Buna karşın, Ankara-Etimesgut'ta Dr.C.Or tarafından uygulanan çalışma (1936), çağdaş anlamda ilk basamak sağlık hizmetlerinin ilk habercilerindendi. Bu örneklerin, kavramsallaştırılması, bir model olarak sunulması ve ülke çapında yaygınlaştırılması için, 1961 yılının, 27 Mayıs 1960 sonrası geliştirilen sosyal politikanın yüceltildiği dönemin beklenilmesi gerekti. Bu dönemde hazırlanan ve uygulamaya konulan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa'nın (1961 tarih ve 224 sayılı) temel yaklaşımı, yaşama alanlarının odak olarak alınmasıdır.

1. Her ikisi de, koruyucu hekimlik uygulamalarını temel alan bir yaklaşımın ürünü ve aracıydılar. İşyeri hekimliklerinin temel işlevi, işyerlerini sağlıklı güvenli çalışma koşullarını kavuşturmak yoluyla iş kazalarının meslek hastalıklarının önüne geçmekti. Hastalanan işçilerin erken tanısı yoluyla onların sağlıklarını yitirmelerini önlemektir. Sağlık ocakları da öyle. Çevrelerindeki sağlık tehlikelerini ortadan kaldırarak, toplumun hastalanmasının önüne geçmek, hastalananların da bir an önce iyileştirilerek, hem kendileri ve hem de çevreleri için bir tehlike kaynağı olmalarını önlemektir. Her ikisinde de, tedavi edici hekimlik son başvurulacak olan yöntemdi.

2. Her ikisi de topluma en yakın sağlık birimleriydiler (ilk basamak).

İşyeri hekimlikleri, hemen işçilerin çalıştıkları yerde, onların yanı başında konuşlanmıştı. İşyeri hekimine başvurması, işçi için bir iş kaybı oluşturmamaktaydı. Bu bakımdan işveren için bir olumluluktu; izin alma ya da direnç sorunu aşıldığı için de işçinin yaşamını kolaylaştıran bir uygulamaydı. Sağlık ocağının da, yaşanılan mahallede ya da köyde olması, ulaşımı bir sorun olmaktan çıkarmakta, kadın ya da erkek, yaşlı ya da genç, herkesin kolayca başvurmasını olanaklı kılmaktaydı. Kapalı bir çevrede hizmet sunuyor olması da, sağlık personeli ile toplum arasında yakın ilişkilerin gelişmesini, dostlukların kurulmasını sağlamakta; bu da hizmetin, sıcaklığını ve etkinliğini arttırmaktaydı.

3. Her ikisi de yozlaştırılmak ve kurumlarındaki gerçek amaçlardan uzaklaştırılmak için, mücadelelerin odağı haline geldiler. Her iki kurumun da koruyucu sağlığı hedeflemesi, tüm toplumu hizmetin kapsama alanı içerisine sokmaktaydı. Böylece, sağlık da, ülke çapında yürütülen sosyal politikanın ve insan hakları mücadelesinin bir parçası haline gelmekteydi. Hiç kuşkusuz bu ilerici adımın karşısında bir de "gerici" cephe vardı. Her iki dönemde de, sağlık, sosyal politikanın ileri-geri mücadelesinin cephelerinden biri haline geldi (1).

4. Her ikisi de, bugün ayaktadır. Sosyal politikanın ileri – geri mücadelesi bugün de sürmektedir. Tüm yozlaştırma ve yıkma çabalarından ağır yaralar almış olmasına karşın, iki kurum da varlığını sürdürmektedir. Çünkü, hizmetten yararlananların gözdesi olmuşlardı ve sahipleniliyorlardı.



5. Her ikisinin işlevlerini tam olarak yerine getirebilmeleri için, ekip çalışması gerekiyordu. Bir mesleğin yüceltilmesinden çok, birlikte amaca ulaşma öne çıkarılmaktaydı. Sağlam kişileri hedef olan hizmetler (koruyucu hizmetler), sağlık insan gücünün en geniş yelpazede hizmete katılımını olanaklı kılar. Hiçbir çalışanın bir başkasından daha değerli olmadığı, herkesin kendi mesleğini uyguladığı bir birlikten söz ediyoruz. Onun için koruyucu hizmetin egemen olduğu işyeri sağlık birimlerinde ve sağlık ocaklarında, doktorların

* Prof. Dr. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fak. Öğr. Üyesi
Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı Genel Yönetmeni

yıldızlaşmasından çok, bir ekibin, planlanmış hizmetini yerine getirmesi önemlidir.

6. Her ikisi de, en az hastalanma ve en az yaralanmayı hedefliyordu. Bu yüzden de, hastaların sırtından para kazanma olanağı yoktu. Her iki kurumun da amacı, halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesiydi. Tüm yurttaşlar için sağlıklı, kaliteli ve uzun ömür hedefleniyordu. İnsanlar için tercih edilen bu özellik, sağlıktan para kazanmayı hedefleyenler için ise tam bir "kabus"tu. Sağlıkta neo-liberal sistemi getirmeyi hedefleyen "dönüşüm" için hazırlanan toplantıları "ilaç endüstrisi"nin ve Dünya Bankası'nın finanse etmesi anlamlıdır. Sağlam kişi, neden sağlığı için para harcasın; çoğunluğu sağlamlardan oluşan toplumlarda hangi akli başında yönetici "mantar biter gibi" her sokağa bir hastane açabilir?!

7. Her ikisinin finansmanı da, doğrudan hizmet alanlar tarafından yapılmıyordu. İşyeri hekimliklerinin (ya da bugün gelinen noktada ortak sağlık-güvenlik birimlerinin) giderleri işveren tarafından üstlenilmektedir. Sağlık ocakları ise, başvuranlardan değil, genel bütçeden giderlerini karşılamaktadırlar.

Bu iki anıtsal yapının bir birinden ayrılan özellikleri de vardır. Bu farklı özellikleri şöyle sıralayabiliriz :

- İki ayrı bakanlık tarafından uygulamaları izleniyordu. Yasalarla güvence altına alınan bu birimlerden, işyeri hekimlikleri Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca;



sağlık ocakları da Sağlık Bakanlığı'nca meslek uygulamaları bakımından denetleniyordu.

- Sahip çıkması gereken baskı grupları birbirinden farklıydı. İşyeri hekimlikleri, işçi, işveren kuruluşları ve hekimlerin meslek odalarıncı sahipleniliyordu. Sağlık ocakları ise, çevre halkınca ve sağlıkçıların meslek odaları-derneklerince savunuluyordu.
- Finansman kaynakları ve yönetimleri farklıydı. İşyeri hekimlikleri işverenlerce, sağlık ocakları ise genel bütçeden finanse ediliyor ve yönetiliyordu.

Bugün gelinen noktada, Cumhuriyetin bu iki anıt kurumunun kapısına kilit vurulmak istenmektedir. "Yeni İstihdam Paketi" olarak anılan İş Yasası'ndaki değişiklikler ve "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası (SS-GSS)" ile bu konuda önemli hamleler yapılmıştır.

İşyeri hekimlikleri, zaten kurulduğu andan başlayarak tedavi edici hekimlik anlayışı içerisinde hapsedilmeye çalışılmıştır. 2008'de İş Yasası'nda gerçekleştirilen değişikliklerle, işyeri hekimliği, işveren tarafından "satın alınabilir bir hizmet (bir meta)" konumuna indirgenmiştir. Ayrıca aile hekimleri, ilk basamak hizmet birimi olarak tanımlanarak, "işyeri hekimliği" işlevini üstlenmeleri de dayatılmaktadır.

Bu bakış açısı ve kurulan tuzak, başta koruyucu hizmetler olmak üzere bir çok sosyal işlevini zedelemeyi hedeflemektedir. Ancak bu geri mücadeleye, Türk Tabipleri Birliği dışında karşı çıkan olmamıştır.

Sağlık ocakları, zaten 1965 yılından başlayarak, bundanmaya etkisizleştirilmeye ve yok edilmeye çalışılmıştır. Bugüne değin, başlangıçtaki "ülkü"sünden çok şey yitirse de, sağlık ocakları, halkın gereksinmelerini karşılamayı ve ondan destek almayı sürdürmüştür. SS-GSS, sağlık ocağını ticari bir işletmeye çevirmeyi ve patron olarak da aile hekimini koymayı hedeflemektedir. Burada bir takım oyundan ve insani amaçlı bir **hizmetten** artık söz edilemeyecektir. Aile **hekimi**, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) katkılarıyla, kar amaçlı ve sağlık işçilerinin sömürsü temelinde bir ticari faaliyet sergileyecektir.



Cumhuriyetin iki anıt kurumunun sonunu getiren bu müdahale kendisine "Sağlıkta Dönüşüm" adını vermektedir. Ne yazık ki, burada "dönüş"mek değil, bir "dönüş" vardır. Bu da Cumhuriyet öncesi döneme ve "parası olana sağlık hizmeti" ve "parası olmayana ise hayır hizmeti" sunulması uygulamasına bir dönüştür.



Sosyal politikanın ileri-geri mücadelesinde, yapılan bu gerici atılıma karşı verilmesi gereken tepki, Cumhuriyetin Anıt Kurumlarını sahiplenmek ve kuruluşlarında ortaya konulan "ülkü"ye inançla sahip çıkmak olmalıdır.

Kaynaklar

(1) Fişek A.G. : "Türkiye'nin Sosyal Politikasında İleri-Geri Mücadelesi" (Cumhuriyetin Temel Değerleri Işığında Sosyal Hukuk Devleti Paneli içerisinde), Düzenleyen : Adalet Mensupları Dayanışma Derneği, 14 Mart 2008 Ankara.

Chopin, Felsefe, Edebiyat

Erdoğan BOZBAY*
ebozbay@şsek.org.tr

Yazının başlığındaki üçleme nasıl oldu da bir araya geldi dersiniz. Siyah beyaz döneme ait Türk filmlerinden tabii. Senaryodaki genç kızımız, kendine yakın bir semtten, kara bıyıklı, işçi yada zanaatkar birisine gönül verirse mesele yoktu. En azından birbirlerini hafife alacak bir durum söz konusu değildi. Hele de saz çalıp türkü söylemesi genç kızın kalbini çalmayı daha da hızlandırabilirdi. Ama okumuşsa, üstüne üsluk keman yada piyano çalıyor ya da yanmıştı delikanlı. Kız, ağzında irice bir sakız, sözcükleri alabildiğine yayarak, yan yana sıraladığı sekiz on “e” li bir **“ŞOPEEEEEEN”** derdi ki evlere şenlik. Şopen göndermesiyle karşısındakini hafife mi alırdı, küçümser miydi, dalga mı geçirdi, yoksa sempatik mi bulurdu? Çocuk dünyamda bir türlü çözümlenemedim bu soruyu. Sadece boş boş güldüğümü anımsıyorum. Yine delikanlımız güzel tümcelerle duygularını dile getirmeye çalışsa, **“amma da ağzın laf yapıyor haaa, belli ki çok mürekkep yalamışsın, yine edebiyat parçalamaya başladın”** diye sözünü keser yada delikanlımız derinlikli, anlaşılması biraz zorlu tümceler kuracak olsa, **“derinlere daldın yine felsefe yapmasanaa”** diye cilveyle karışık bir edayla konuyu geçiştirirdi. Delikanlının, genç kızın mahallesindeki lakabı çoktan **“beyzade”**ye çıkmıştı bile. Kıyafetinin tam karşılığı ise anlamını bile bilemedikleri **“bobstil”** veya **“canti”**ydi. Kravatlar aksesuarların en şanssızıydı. Ondaki bahsedilirken hakaretin dozu **“medeniyet yuları”** na vardırılırdı. Sokağın bıçkın kabadayıları, bir yandan gövdelerini alabildiğine şişirerek gözdağı verirken, bir yandan da müstakbel enişterelerini biraz hafife alıp, sinek gibi ezmeyi ihmal etmezlerdi. **“Hadî ordan muhallebi çocuğu!”**

Sıkı bir Türk filmi izleyicisi olduğum için senaryoyu kendim yazmışçasına anımsıyorum bu diyalogları. Ayrıca delikanlı yada genç kızımız üniversitelerde, hele de yurt dışında okumuşsa burnu büyük olmaya, herkeslere tepeden bakmaya, kabuğundan çıkan salyangoz rolü oynamaya mahkumdu. Yemek beğenmez, arkadaş beğenmez, iş beğenmez, içinden çıktığı ortamı beğenmez, tembelin tekiydi. Akşamlara kadar kurulduğu koltukta bir şeyler okuyormuş gibi yapar, ancak yemekten yemeğe ayağa kalktığı anda endamını görebilir, boyunun ölçüsünü alabilirdiniz. Yanındaki sehpa duran kadehi ise ne tam dolu olurdu ne de tam boş.

Evet, buraya kadar anlatılanın hepsi o siyah beyaz filmlerde kaldı kalmasına ya, tüm bu film karelerini durup dururken mi anımsadım yani? Sorarım size, çevrenizde **“medeniyet yuları”** denen kravatı kaç kişi hâlâ zevkle takıyor dersiniz. Elinde keman tutan yada piyano başında oturan kişi hakkında günümüzde bile olumlu şeyler düşünüyor



mu acaba. Sözcüklerin hakkını vererek, elden geldiğince düzgün ve doğru konuşanlara, geyik muhabbeti yerine beynin derinliklerinde gezinlere hangi gözle bakıldığı ise hepimizce malum. Takdir ve taltif edildiklerine doğrusu ben hiç tanık olmadım. Bir tek **“muhallebi çocuğu”** ile **“bobstil, canti”** nin yerine daha popüler sözcükler geçmiş olabilir.

Her zaman savuna gelmişimdir. Sinema çok güçlü bir etkileşim aracıdır. Bunu kimse yadsıyamaz. Bakışından sigara içişine, saç şeklinden bıyık rengine, saç biçiminden oje rengine, özel yaşamından mal varlığına kadar birebir

taklit edilen oyuncular, sanatçılar, sanatçısular insanları olumlu/olumsuz etkilemeyi, rol model olmayı dün olduğu gibi bugün de sürdürüyor, yarın da sürdürmeye devam edecek. Duruşuyla, ahlâkıyla, düşüncesiyle toplumu bu denli etkileyen sanatçılara büyük sorumluluk düştüğü tartışılmaz. Eğer, geçmişin siyah beyaz filmlerinde, o masum gibi görünen, dudak bükülen, hakaret içeren, küçümşenen, hatta dışlanan giysiler, aksesuarlar, davranışlar, kibarlıklar, düzgün ilişkiler, doğru konuşmalar, zarif düşünceler olumlu biçimde kullanılsa, seyirciyi olumlu yönde etkilemek amaçlıysaydı acaba sonuç ne olurdu? Bugünlerde, uygarlık tornasının(!) şekillendiremediği, modernleşmenin bir türlü inceltmediği, çağını hayli gerilerden takip eden bir takım film kahramanları, beyazperdede böylesine boy gösterme cesaretini bulabilir miydi? Diyelim ki buldu, milyonları aşan seyirciyi sinema salonlarına çekebilir miydi?

KATKILARINIZ İÇİN

VAKIFLAR BANKASI

- 1- OSTİM Şb. (TL Hesabı) No: 201 48 18
- 2- Çankaya Şb. (TL Hesabı) No: 202 58 08
- 3- Çankaya Şb. (USD Hesabı) No:281-402 58 09
- 4- Çankaya Şb. (Euro Hesabı) No: 281-4032406

PTT YOLU

- 5- Posta Çeki : 102965 (Fişek Enstitüsü)

KREDİ KARTI

Kredi kartınızla katkıda bulunarak **“çocuk dostları”** mız arasına katılabilirsiniz.

Kredi kartı numaranızı, **“CVC2 (kartınızın arkasındaki son üç rakam)”** ve son kullanma tarihini bildirmeniz yeterli.

Lütfen katkılarınızın sonrası adresinizi bize bildiriniz.

Faks : (0312) 425 28 01
e-posta : cocukdostumuz@fisek.org.tr

* Jeomorfoloğ
Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı
Yönetim Kurulu Üyesi

İKİ DAKİKA DÜŞÜN

Tehlikeyi Tanıyalım

Boru ve Çelik Konstrüksiyon Montajı

Mustafa TAŞYÜREK*

(mustafatasyurek@fisek.org.tr)

Durum: İşçiler bir fabrika inşaatında boru ve çelik konstrüksiyon montajını yapmaktadırlar. İşçilerin bu çalışma sırasında karşılaşılabileceği tehlikeyi tanımlayabilir misiniz ?



Neler Olabilir ?

1. Korkuluksuz çelik konstrüksiyonun üzerine çıkmış olan işçi dengesini kaybedip düşebilir. Olası bir deprem sonucu oluşabilecek sarsıntı sonucu düşebilir.
2. Yukarıdan bir malzeme düşerek kafasına çarpabilir, baş yaralanması ve düşmesine neden olabilir.
3. Aşağıdaki işçilerin üzerine yukarıdaki işçi düşebilir.
4. Aşağıdaki işçilerin üzerine yukardan bir malzeme, civata vb. düşerek başlarının yaralanmasına neden olabilir.

> Yanıtı 9. sayfada

* Kim. Müh., İş Sağlığı+İşletme Yönetimi Bilim Uzmanı
Çalışma Bakanlığı Eski İş Güvenliği Müfettişi (1978-1985)
İş Güvenliği Uzmanı (A Sınıfı Sertifikalı)
Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı Gönüllüsü

ÇALIŞMA ORTAMI DERGİSİ BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Şeyda AKSEL
Prof. Dr. Yasemin GÜNAY BALCI
Jeom. Erdoğan BOZBAY
Prof. Dr. Ayşen BULUT
Ecz. Dr. Ayçe ÇELİKER
Prof. Dr. Murat DEMİRCİOĞLU
Prof. Dr. Necati DEDEOĞLU
Dr. Seyhan ERDOĞDU
Mak. Y. Müh. Aykut GÖKER
Prof. Dr. Bahar GÖKLER
Dr. Uğur GÖNÜL
Prof. Dr. Güler Okman FİŞEK
Prof. Dr. A. Gürhan FİŞEK
Prof. Dr. Hamit FİŞEK
Prof. Dr. Kurthan FİŞEK
Oya FİŞEK
Prof. Dr. Alpaslan IŞIKLI
Prof. Dr. Ali Esat KARAKAYA
Prof. Dr. Muammer KAYAHAN
Prof. Dr. Ahmet MAKAL
Prof. Dr. Ferhunde ÖZBAY
Prof. Dr. Nevzat ÖZGÜVEN
Prof. Dr. Şerife Türcan ÖZŞUCA
Prof. Dr. Mümtaz PEKER
Prof. Dr. Sarper SÜZEK
Kim. Müh. Mustafa TAŞYÜREK
Dr. Engin TONGUÇ
Prof. Dr. İsmail TOPUZOĞLU
Mim. Y. Müh. Cihat UYSAL
Prof. Dr. İsmail ÜSTEL
Dr. Ecz. Leyla ÜSTEL

ÇALIŞMA ORTAMI DERGİSİ BİLİMSEL DANIŞMA KURULU'NUN YİTİRDİĞİMİZ AMA HEP ARAMIZDA OLAN ÜYELERİ

Doç.Dr. Ömer Tunç SAVAŞCI
Prof.Dr. Cahit TALAS

YAZI KURULU

Taner AKPINAR

Umur AŞKIN

Can Umut ÇİNER

Akasya KANSU

Emirali KARADOĞAN

Onur SUNAL

Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR

- **ÇOCUK HABER**
Dünya Nereye Gidiyor? Kız Çocuklarının Çilesi 2
Onur SUNAL
- **VAKIF HABERLERİ**
Çocuk Emeği Konusunda Yeni Açılımlar 4
- **SAĞLIK GÜVENLİK ÇEVRE**
İş Öncesi İş Güvenliği Söyleşileri..... 6
Mustafa TAŞYÜREK
- **YAŞAM**
Yapım Yöntemi Bilgisi 9
Cihat UYSAL
- **SAĞLIK GÜVENLİK ÇEVRE**
İnişli Çıkışlı Bir Yol: İşçiler İçin Sağlık Güvenlik..... 10
Derleyen: Onur SUNAL
- **BÜYÜTEÇ: SAĞLIK**
– Türkiye’de Sağlıkta Eşitsizlikler 12
Yelda ÖZEN
– Yoksulluk ve Verem 15
Osman ELBEK
– Neden Toplum Hekimliği Değil? 16
Nusret H. FİŞEK
– Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Uygulaması: İlk Gözlemler 17
Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR
– Sağlıkta Ticarileşmenin İki Hedefi:
Sağlık Ocakları ve İşyeri Hekimlikleri 20
A.Gürhan FİŞEK
- **TOPLUM**
Chopin, Felsefe, Edebiyat..... 22
Erdoğan BOZBAY
- **BULMACA**
İki Dakika Düşün: Tehlikeyi Tanıyalım
Boru ve Çelik Konstrüksiyon Montajı 23
Mustafa TAŞYÜREK

Kütüphane

Nusret H. Fişek Bilim ve Sanat Ortamı

<http://kutuphane.fisek.org.tr>



- **Sahibi:** Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı Adına
A. Gürhan FİŞEK (e-posta: agf@fisek.org.tr)
 - **Sorumlu Yazı İşleri Müdürü:**
A. Gürhan FİŞEK (e-posta: agf@fisek.org.tr)
 - **Yönetim Yeri:** Selanik Cad. Ali Taha Apt. 52/4
Kızılay 06650 ANKARA (e-posta: bilgi@fisek.org.tr)
Tel: (312) 419 78 11 • **Faks:** (312) 425 28 01 - 395 22 71
 - Web sayfası: www.fisek.org.tr
 - Çalışma Ortamı Dergisi’nde yayınlanan yazılar, resimler kaynak gösterilerek kullanılabilir.
- Bu dergide yayınlanan yazıların sorumluluğu yazarlarına aittir.
Bu bir HAKEMLİ dergidir.

- Çocuk Dostu’muz olanlara dergi ve kitaplarımız düzenli olarak gönderilmektedir. Sizleri de **Çocuk Dostu’muz** olarak görmek isteriz.
- Çalışma Ortamı Dergisi iki ayda bir yayınlanır.
(Yerel Süreli Yayın)
 - ISSN 1302-3519
 - **Sayı:** 103 • Mart - Nisan 2009
 - **Ücretsizdir**
- **Yapım ve Basım:** Çetin Medya Grup
Çetin Plaza - İstanbul Cad. Elif Sk. No:4 İskitler 06060 ANKARA
Tel: (0312) 384 30 67 - 75 • Fax: (0312) 384 30 57
www.cetingrup.net
Baskı Tarihi : 5 Mart 2009