

ÇALIŞMA ORTAMI

İŞÇİ SAĞLIĞI
İŞ GÜVENLİĞİ
ERGONOMİ
İŞ HİJYENİ
ÇEVRE
VERİMLİLİK
İŞ HUKUKU
SOSYAL POLİTİKA

EYLÜL-EKİM 1994 - SAYI: 16

*Fişek Sağlık Hizmetleri ve Araştırma Enstitüsü Yayını * İki ayda bir çıkar*

BU SAYIDA NELER VAR?

Toplum Örgütlerinden:

- Barışın Özü: Hakça Üretim ve Hakça Paylaşım (NÜSED)
- Dr. Maria Sotiropoulou Ankara'da (Dr.Derman Boztok)

Hedef: Barış ve Toplumsal Gelişme Ocağı (Doç. Dr. A. Gürhan Fişek)

Psiko-Sosyal İhtiyaçları Karşılamak Üzere, İlk Basamak Sağlık Hizmeti Kaynaklarının Geliştirilmesi
(John Orley)

Çocuk Çalıştıran Küçük İşyerlerinde Çalışma Ortamı (Kim. Müh. Mustafa Taşyürek)

Büyüteç:

- Adli Tıp Uygulaması ve İşyeri Hekimliği (Dr. Yasemin Günay)

Çeşitli Ülkelerden:

- Pakistan
- Almanya
- Brezilya

İletişim ve Sağlık (Keith E. Kentopp, F.Zanger)

Okur Kaleminden:

- İstanbul Toplantısı (Dr. Sema Akalın)
- Sağlık ve Medya (Dr. Şükrü Güner)
- İzmir'de Bir Sağlık Programı: "Aktif Sağlık" (Dr. Ömür Çınar Elçi)
- Formaldehit: Bir Kanserojen mi? (Mustafa Taşyürek)

Toplum Hekimliği Eylemleri

- Toplum Hekimliği Eylem Grubu
- Toplum Hekimliğini Tanıtma Çalışmaları Bürosu

Çarpıtılan Konu: Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (Dr. Mümtaz Peker)

TOPLUM ÖRGÜTLERİNDEN:

BARIŞIN ÖZÜ: HAKÇA ÜRETİM VE HAKÇA PAYLAŞIM

(1 Eylül 1994 Dünya Barış Günü Basın Açıklaması)

Nükleer Tehlikeye Karşı Barış ve Çevre İçin Sağlıkçılar Derneği (NÜ-SED), ülkemiz ve dünya halklarının "Barış Günü"nü kutlar.

Barış çabaları, günümüzde, herkesin yaşamsal bir gereklilik olarak katılımını ve en yüksek etkinliğini gerektirmektedir.

Barış, insanca yaşamın temel koşuludur, özünde hakça üretim ve hakça paylaşım yatmaktadır.

Adaletsizlikler, sömürü ve baskı, toplumsal eşitsizlikleri, çelişki ve çatışmaları derinleştirmekte, terör ve savaşlar insanlığın yok oluşunu getirmektedir.

O halde, amaç, insanların en verimli, hakça üretecekleri ve hakça paylaşacakları ekonomik ve sosyal sistemleri geliştirmek, samimiyetle, toplumu eğiterek ve katılımını sağlayarak, bu demokratik sisteme giden yolları açmaktır.

Tüm toplumsal kesimler, bu sağlıklı strateji için işbirliği imkanları geliştirmelidir. Toplum fertlerinin girişimleri, emekleri, vergileri, yarattıkları değerler ve katkılarıyla oluşturulan devlet aygıtı, kaynaklar ve hizmetler, yerel yönetimlerin katkısıyla toplum tarafından en verimli biçimde değerlendirilmelidir. Toplumun bilgilendirilmesi ve eğitimiyle, vatandaşlık-üretici-tüketici bilinci geliştirilmeli, paranın akışı-birikimi-kullanımı tüm toplumca açıklıkla izlenmeli ve denetlenebilmelidir.

İnsanlık dışı sosyal eşitsizlikler, sağlıksızlık, yoksunluk, baskı, terör, kırım ve savaşların temelinde finans operasyonları ve kaynakların toplumun tümünün çıkarlarının aleyhine, belli azınlık çıkar gruplarına aktarılması yatmaktadır.

Politikaların, sömürücü azınlıklara değil; insanca çıkarlara, emekçilere, toplumun tümüne yarayıp yaramadığı ya da bu konuda samimi olup olmadığı, bu göstergelere bağlıdır ve toplumca her an açıkça değerlendirilebilmelidir.

Ulusal ve uluslararası güvenlik ve haber alma örgütleri, topluma yükümlü oldukları hizmetleri, toplumla bütünleşerek ve sağlıklı biçimde yerine getirmelidirler. Bu hizmetler de, tüm diğerleri gibi uygun mekanizmalarla, verimli biçimde denetlenebilmelidir.

Sağlık elemanları olarak, ülkemizde ve dünyada, tüm yöneticileri, herkesi; gerçek barış ve sağlık için birlikte çalışmaya çağırıyoruz.

Düşünce suçu yüz karasıdır, yukarıdaki çerçeve içinde, toplumun sağlıklı gelişimini engelleyen temel olgudur, kabul edilemez; tutuklu aydınların derhal serbest bırakılması için tüm gerekenler yapılmalıdır.

Ayrımcılık, dinsel fanatizm gibi sömürü tuzaklarından toplumun derhal kurtarılması için, her türlü eğitim seferberliğine girişilmelidir; toplumu birbirine düşüren, yaşamı bilimsel olarak anlamayı ve insanca yönetebilmeyi engelleyen, sinsî ve çağdışı eğitimlere derhal son verilmelidir. Ülkemizin düşünen insanlarına, aydınlarına, girişimci ve emekçilerine güvenilmelidir.

"Faili meçhul cinayetler", sorumlu yöneticilerin suçudur. Adil niteliğini yitiren, haksız ve yanlı tutum sergileyen, bu anlamda görev ve hizmeti engelleyen güvenlik ve adalet elemanları, derhal görevden alınmalıdır.

Komşularımız başta olmak üzere, tüm Dünya ülkeleriyle barışçı, kültürel, ekonomik ilişkilerimiz geliştirilmeli; bunun için kişi ve kuruluşlara girişimcilik kazandırılmalı, devlet imkanlarımız en verimli biçimde değerlendirilmelidir. Uluslararası finans çevrelerinin hazırladığı karanlık emperyalist oyunlar, karşılıklı tüm toplum kesimlerince yürütülen uluslararası canlı, bilinçli ve sağlıklı dayanışma ile boşa çıkarılmalıdır.

Derneğimiz, barış ve sağlık kültürünü geliştirmek için, mütevazî gücü ve imkanlarıyla, girişimlerde bulunmaya çalışmakta, projeler geliştirmektedir. **Amacımız, sosyal devlet imkan ve hizmetlerinin (sağlık, eğitim, kültür, çevre, güvenlik, vb.), yerel yönetimler ve toplum katılımıyla daha etkin ve verimli-kaliteli hale getirilmesidir. Barış ve sağlığa giden yolları açmak için katkıda bulunmak istiyoruz.**

1 Eylül 1994 Dünya Barış Günü'nde, Çankaya Belediyesi, demokratik kuruluşlarımız ve konuğumuz Yunanistan barışsever hekimlerinin kardeş dernek Başkanı Dr. Maria Sotiropoulou ile birlikte, herkesi, "Yurtta ve Dünyada Barış" için, kalıcı ve etkin çabalara çağırıyoruz.

NÜSED YÖNETİM KURULU

DR. MARIA SOTIROPOULOU ANKARA'DA

NÜSED bu yılki Dünya Barış Günü kutlamalarına kardeş Yunanistan IPPNVV kuruluşu başkanı Dr. Maria Arvaniti Sotiropoulou'yu davet etti. Türk-Yunan ilişkilerinin sarsılmak istendiği kritik bir dönemde, daveti şevkle kabul eden ve hemen bütün barış konularında fikir birliğinde olduğumuz bu değerli barışsever, yazar ve kadın ileri meslektaşımızı büyük mutlulukla konuk etti.

Çankaya Belediyesi, Türk Hemşireler Derneği, Ankara Tabip Odası, Ankara Eczacı Odası, Kadın Dayanışma Vakfı, Edebiyatçılar Derneği ve Barış Ağacı Platformu ile birlikte yapılan barış etkinliklerine, Maria coşku ile katıldı. NÜSED heyeti ile birlikte Cumhurbaşkanı Süleyman Demirel tarafından kabul edildi; Sayın Cumhurbaşkanının kabulleri ve barışın önemini vurgulayan konuşmaları TV'de TRT-1 ana haber bülteninde yer aldı. Çankaya Belediye Başkanı Doğan Taşdelen ile birlikte Botanik Bahçesinde Barış Çanı'nı çaldı, Ahmet Arif Parkı'ndaki törende barış ağacı dikti. Yüksel Caddesindeki etkinliklerde topluma hitap etti, yukarıdaki kuruluş temsilcileriyle birlikte 1 Eylül akşamı Barış Yemeği yedi. Hipodromda Zülfü Livaneli

konserini izledi. Maria, yukardaki kuruluş temsilcilerinin yanısıra, Kültür Bakanlığı Müsteşarı Emre Kongar, Cumhurbaşkanlığı Danışmanı Dinçer Sümer, AVSC, Birleşik Sosyalist Parti yetkilileri ve Aydınlık Dergisini ziyaret etti.

Maria Sotiropoulou, Tıp doktoru ve mikrobiyoloji uzmanı. Yazdığı 10 kadar kitabı var. Daha çok Eleftherotipia'da olmak üzere Yunan günlük basınında ve dergilerde makaleleri çıkıyor.

Mikis Theodorakis'in öncülük ettiği Yunan-Türk Dostluk Derneğinin önde gelen kurucularından. İki ülke halkları arasındaki dostluğu konu eden bir kitabı, çeşitli makaleleri ve konuşmaları var,

"Bugünün Kadını" adlı dergide düzenli yazıyor ve Atina'daki kadın barış kuruluşları ile birlikte çalışıyor.

9 yıl süreyle Yunan Yazar-Hekimler birliği Genel Sekreterliğinde bulunmuş ve Kastalia adlı derginin yöneticiliğini yapmış.

3 ay kadar önce, Nükleer Savaşın Önlenmesi İçin Yunan Hekimler Derneğinin Başkanlığına yeniden seçilmiş; kuruluşlarımızın bağlı olduğu Uluslararası Nükleer Savaşın Önlenmesi İçin Hekimler **Birliğinin** (IPPNW) Avrupa Bölgesi Yönetim Kurulu üyesi; aynı zamanda Yugoslavya-Bosna başta olmak üzere. Balkanlardaki barış ve sağlığı tehdit eden sorunlarla ilgilenmek üzere kurulan ve bizlerin de katılmış olduğumuz IPPNW Balkan Barış Komitesi üyesi.

Eşi Dr. Sotiris Sotiropoulos, çocuk hastalıkları uzmanı; 4 çocukları var.

Dr. Sotiropoulou, Ankara'ya ayrılmadan önce Dünya Barış Günü münasebetiyle bizlere yapacağı ziyaret konusunda, Atina'da da basın açıklamasında bulundu. Maria şöyle diyor:

"Eminim ki, bizler komşuluk bölgemizde mucizeler yaratabiliriz, yeter ki güçlerimizi birleştirebilenin ve ayrılık yönlerimizi sömürmelerine izin vermeyelim."

Maria ve barışsever Yunanlı meslektaşlarımızla hep birlikte olacağız.

Derman Boztok

HEDEF

Barış ve Toplumsal Gelişine Ocağı

Doç. Dr. A. Gürhan Fişek

Toplumlar halinde yaşamak İnsanlara belirli yükümlülükleri getirmiş ve belirli hakları kazandırmıştır. Toplumsal-ekonomik gelişmeye emeğini katmak bir yükümlülük ise, bunun ürünlerinden yararlanmak da bir haktır. Birini diğerinden ayırmak, yükümlü olduğu emeği alıp, hakkı olanı esirgemek bu çağın davranış biçimi değildir.

Onun içindir ki, çağa uyan yükümlülük ve hak dengesini ele alan ve kurallara bağlayan uluslararası bir birikim vardır. Bu birikim kendisini uluslararası belgelerle, sözleşmelerle ortaya koyar.

Bu sözleşmelerden biri. Uluslararası Çalışma Konferansı tarafından 22 Haziran 1962 tarihinde 117 No.lu "Toplumsal Politika (Temel Amaçlar ve Standartlar) Sözleşmesi" adıyla benimsenendir. (1)

Bu sözleşmede,

1. Ekonomik gelişmenin, toplumsal ilerleme için temel oluşturması,
2. Halkların çıkarlarını koruyucu mali ve teknik yardım sağlamak üzere uluslararası, bölgesel ya da ulusal düzeyde her türlü çabanın gösterilmesi,
3. Halk sağlığı, konut, beslenme, eğitim, çocuğun esenliği, kadının statüsü, çalışma koşulları, ücretlilerin ve bağımsız üreticilerin emeğinin karşılığını alması, göçmen işçilerin korunması, toplumsal güvenlik, kamu hizmetleri standartları ve genel üretim gibi alanlarda gelişmelerin hızlandırılması,
4. Toplumsal ilerleme önlemlerinin saptanması ve yürütülmesinde halkın ilgi ve işbirliğinin sağlanması için olanaklı tüm etkin girişimlerin yapılması öngörülmüştü.

117 No.lu ILO Sözleşmesinin, genel ilke ve hedefi şöyle özetlenebilir:

1. Tüm politikalar, ilkece halkın gönenc ve kalkınmasına ve toplumsal ilerleme İsteğinin geliştirilmesine yönelik olmalıdır.
2. Genel bir uygulama alanı olan tüm politikalar, halkın gönenci üzerindeki etkileri gereğince gözönüne alınarak saptanmalıdır.

3. Yaşam standartlarının yükseltilmesi, ekonomik kalkınmanın planlanmasında temel hedef alınır.

Bu yaklaşım daha sonra. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından da ele alınmış ve geliştirilmiştir.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu 11 Aralık 1969'da Toplumsal Gelişme ve Kalkınma Bildirgesi'ni kabul etmiştir.

(2) Bu bildirmede uluslararası ortak inanç ve ülkü dile getirilmiştir:

1. (*) Birleşmiş Milletler üyelerince, daha iyi bir yaşam düzeyi, tam çalışma ve ekonomik ve toplumsal gelişme ve kalkınmayı güdülemek üzere örgütle işbirliği içinde birlikte ve ayrı ayrı eylemde bulunmaya söz verilmiştir.
2. İnsan haklarına ve temel özgürlüklere ve barışa, insan kişiliğinin onur ve değerine, toplumsal adaletle inanılmıştır.
3. insanın, beklentilerini, ancak adil bir toplumsal düzende tam gerçekleştirebileceğine ve buna bağlı olarak her yerde toplumsal ve ekonomik gelişmeyi hızlandırmanın temel önem taşıdığına ve böylece uluslararası barış ve dayanışmaya katkıda bulunacağına inanılmıştır.
4. Bir yandan uluslararası barış ve güvenliğin, öte yandan toplumsal gelişme ve ekonomik kalkınmanın yakından ilişkili olup birbirlerini etkilediğinin bilincine varılmıştır.
5. Toplumsal kalkınmanın, toplumsal, ekonomik ya da siyasal sistemleri değişik Devletler arasında barış içinde birlikte yaşama, dostça ilişkiler ve işbirliği yoluyla gerçekleştirilebileceğine inanılmıştır.
6. Daha geniş bir büyüme ve değişme süreci içinde ekonomik ve toplumsal kalkınmanın birbirine bağıllığını ve aynı zamanda kalkınmanın tüm toplumsal yönlerinin her aşamasını tam hesaba katan bütünleşmiş bir kalkınma stratejisinin önemini vurgulamıştır.
7. Devletlerin ve uluslararası topluluğun çabalarına karşın dünyanın toplumsal durumu içinde ulaşılan gelişmenin yetersizliğinden üzüntü duyuluyordu.
8. Gelişmekte olan ülkelerin kalkınmalarında başlıca sorumluluğun kendilerine düştüğünü ve ekonomik bakımdan daha gelişmiş ülkelerle gelişmekte olanlar arasında yaşam standarttan farkını azaltmak ve sonunda kapamak gereksinmesi ve bu amaçla Üye Devletlerin tüm dünyada toplumsal kalkınmayı özendirme ve özellikle ekonomik büyümelerini hızlandırmak amacıyla gelişmekte olan ülkelere yardımcı olmak üzere iç ve dış politikalar izleme sorumluluklarını tanımıştı.
9. Silahlanmaya ayrılan ve çatışma ve yıkımlarla boşa harcanan kaynakların barış ve toplumsal gelişme işlerine ayrılmasının ivediliğine inanılmıştır.
10. Bilim ve teknolojinin, tüm insanlığın ortak gereksinmelerini karşılama konusunda yapacağı katkının bilincine varılmıştır.
11. Tüm devletlerin ve uluslararası örgütlerin ana çabasının tüm kötülükleri ve toplumsal gelişme engellerini, özellikle eşitsizlik, sömürü, savaş, sömürgecilik ve ırkçılık gibi kötülükleri toplum yaşamından çıkarmak olduğuna inanılmıştır.

İşte bu inanç ve ülkü. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nu, İNSANLARIN "onur ve özgürlük içinde yaşama ve toplumsal gelişme ürünlerinden yararlanma" HAKKI ve "gelişmede kendilerine düşen katkıda bulunma" ÖDEVİ olduğunu kabule götürmüştür. Bunun güvenceye alınması gerektiğini kararlaştırmıştır.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, bu hakkın kullanılabilmesi için, şu gerekliliklerin yerine getirilmesi gerektiğini

de kabul etmiştir:

- 5.1. (*) Aydınlanmış bir kamuoyu ortamında yaratıcı girişimin özendirilmesi;
- 5.2. Bireylerin tüm toplumdaki değişimler konusunda bilgilendirilmesi amacıyla ulusal ve uluslararası bilgilerin yayılması;
- 5.3. Toplumun tüm öğelerinin, bireysel olarak ya da örgütler yoluyla insan Hakları Evrensel Bildirgesinde yer alan temel özgürlüklere tam saygıyla ortak kalkınma hedeflerinin tanımlanması ve başarılmasına etkin katılımı;
- 5.4. Etkin biçimde bütünleşmiş toplumun yaratılması için halkın avantajsız ve marjinal kesimlerine toplumsal ve ekonomik kalkınmada eşit fırsatlar sağlanması;
6. Herkesin çalışma ve işini özgürce seçme hakkının güvenceye alınması;
7. Ulusal gelir ve zenginliğin hızla büyümesi ve bunların toplumun tüm üyeleri arasında eşitlikçi dağılımı, tüm toplumsal gelişme için temel olması;
8. Halkın, toplumsal gelişme ve refahını sağlama, kapsayıcı kalkınma planlarının bir parçası olarak toplumsal kalkınma önlemlerini planlama tüm ulusal çabaları bu amaç yönünde özendirme, eşgüdümleme, bütünleme ve toplumsal yapıda zorunlu değişimleri başlatmanın, her hükümetin baş ödevi ve son sorumluluğu olması;
9. Toplumsal gelişme ve kalkınma, halkların yaşam düzeylerini yükseltmek üzere girişilen ulusal çabaları uyumlu bir uluslararası eylemle tamamlayacak olan uluslararası topluluğun ortak ilgi konusu olarak tanınması...

Amaca ulaşılabilmesi için şu hedeflere ulaşılması gerektiği düşünülmüştür.

- 10.1. Çalışma hakkı,
 - 10.2. İşsizlik ve az çalışmanın ortadan kaldırılması,
 - 10.3. Sendika ve işçi dernekleri kurma ve toplu pazarlık yapma hakkının tanınması,
 - 10.4. Çalışanların adil ücretlendirilmesi,
 - 10.5. Saygın bir yaşam standardını güvenceye almaya yeterli düzeyde bir en az ücret sağlanması,
 - 10.6. Tüketicinin korunması,
 - 10.7. Açlık ve kötü beslenmenin ortadan kaldırılması ve yeterli beslenme hakkının güvenceye bağlanması,
 - 10.8. Tüm halk için, en yüksek sağlık standartlarının sağlanması ve elden geldiğince ücretsiz sağlık korumasının gerçekleştirilmesi,
 - 10.9. Eğitim ve öğretimden herkesin yararlanması, zorunlu eğitimle tüm düzeylerde ücretsiz eğitim hakkının sağlanması, yaşam boyu eğitimin genel düzeyinin yükseltilmesi,
 - 10.10. Herkes için, özellikle düşük gelir grupları ve geniş aileler için yeterli konut ve topluluk hizmetlerinin
 - 11.1. Yaygın toplumsal güvenlik sistemlerinin kurulması ve geliştirilmesi,
 - 11.2. Ana ve çocuğun korunması, sağlıklarına ilgi,
 - 11.3. Gençlerin, adalet ve barış idealleri, halklar arasında karşılıklı saygı ve anlayışla eğitilmesi ve gençlerin arasında bu ideal ve anlayışın geliştirilmesi; gençlerin ulusal kalkınma sürecine tam katılımının özendirilmesi,
 - 11.4. Suçluluğa ve buna yol açan koşullara toplumsal korunma önlemlerinin alınması,
 - 11.5. Tüm bireylerin, herhangi bir ayırım yapılmaksızın haklarının ve yükümlülüklerinin bilincinde olmasını ve haklarını kullanırken ve korurken gerekli yardımı görmesinin güvenceye bağlanması.
 - 12.1. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde hızlı ve sağlam toplumsal ve ekonomik kalkınma koşullarının yaratılması; uluslararası ekonomik ilişkilerin değişmesi; fırsat eşitliğinin bir ulusu oluşturan bireyler kadar uluslar için de bir hak olduğu yeni ve etkin uluslararası işbirliği yöntemlerinin geliştirilmesi;
 - 12.2. Her türlü ayrımcılığın ve sömürünün ve Birleşmiş Milletler Antlaşmasının amaçları ve ilkelerine aykırı tüm öteki uygulama ve ideolojilerin ortadan kaldırılması;
- kaynaklarından tam yararlanma olanağı sağlamak üzere her türlü yabancı ekonomik sömürünün, özellikle uluslararası tekellerce uygulanan sömürünün ortadan kaldırılması.
- Bilimsel ve teknolojik ilerlemelerin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler tarafından eşitlikçi olarak paylaşılması ve toplumsal kalkınma yolunda bilim ve teknoloji kullanımının giderek artması;
- 13.2. İnsanlığın bilimsel, teknolojik ve maddi gelişmesiyle düşünsel, manevi, kültürel ve ahlaki ilerlemesi arasında uyumlu bir dengenin kurulması;
 - 13.3. İnsan çevresinin korunması ve iyileştirilmesi.

III

Belli dönemlerde, toplumların gözü dönebilir; güzelliklerini, düşlerini ve gelişme umutlarını unutup; kara bir gücün ardına düşebilirler. Bu kara güç, mutlaka siyasete ve ekonomiye egemen güçlerce ve medya tarafından desteklenen, çok güçlü bir çıkar grubudur. Ama adı gibi topluma getirdikleri "kötü" ve "kara"dır. Cepleri dolar, güçleri artar; ama toplumun yaşam düzeyi düşer, geleceği kararır. Onun için bu "kara" dönemlerde "hedefi iyi seçmek ve ne istediğimizi bilmek zorundayız. Biz barış ve toplumsal gelişme istiyoruz.

Bugünkü sağlıksız ve çarpık gidiş, sosyal refah politikalarının yeniden sokak aralarına indirilmesiyle gerçekleşebilir. Sosyal refah politikaları yalnızca eğitim ve sağlık hizmetlerinden oluşmuyor. Bu politikaları en güzel ortaya koyan uluslararası bildirgelerden de ülkemizin bu üç uluslararası sözleşmeyi, uygulama kararlılığı ile, imzalamasını isteyelim. Bu sözleşmelerin getirdiği yükümlülükleri yaşama geçirmenin yolu da "Barış ve Toplumsal Gelişme

Odakları'nı sokak aralarına kadar sokmaktır.

Bugün ülkeler için en önemli sorun çağa uyan yükümlülük ve hak dengesini yansıtan uluslararası birikimi, toplumunun yararına sunabilmektir.

Türkiye bugün, çağa uyan yükümlülük ve hak dengesini, topluma yansıtamamaktadır. İstenen katkılar giderek yükselirken, buna karşı borcun ödenmesi çok düşük düzeylerde kalmaktadır. Bunun temelinde, yönetime egemen olan çağ-dışı yaklaşım vardır. Bunun örgütsel düzeydeki yansıması da çok fakirdir.

Yükümlülükleri toplayan mekanizmalar gelişirken, hakları dağıtan mekanizmalar gitgide cılızlaşmaktadır.

Bunun en somut örneği iki alanda görülmektedir: Eğitim ve sağlık. Toplumdaki her bireyi günü birlik etkileyen bu konular, gitgide yüksek karlılık gözetilen bir sisteme dönüştürülmektedir. Bir hak dağıtmaktan çok toplumdaki belirli bir azınlığa kaynak aktaran manivelaya dönüştürülmektedir. İşte son örnek: Okul satışı. Okullar, sosyal devletin sokak aralarına kadar indirebildiği ve elinde kalan son adacıktır... Kent - içindeki okullar satıldıktan sonra, kent dışında kampüsler kurulacaktı. Böylece kent merkezleri özel okullara bırakılacaktır. Tıpkı yıllardır sağlık ocaklarının kent merkezlerine sokulmayıp da, sağlığın kentlerde özel ellere bırakılması gibi.

Buna karşı çıkarken, bugüne değin tüm yitirilenleri ve özlenenleri de istemek zorundayız.

Okullar yalnızca sokak aralarında tutulmakla kalmamalı; kamunun tüm sosyal işlevlerini üstlenen bir komplekse dönüştürülmelidir, içinde sağlık ocağı, kültür ve gençlik merkezi, halk eğitimi merkezi, halk kütüphanesi aşevi olan yapılara dönüştürülmelidir.

Hedefimiz okul ve sağlık ocaklarının yukarıda tanımlanan bildirge doğrultusunda "barış ve toplumsal gelişme ocakları'na dönüştürülmesidir. Bu konuda devleti, sosyal yükümlülüklerini yerine getirmeye çağırarak olanlar da toplum örgütleri ve tüketici grupları olacaktır.

Okul satışına karşı çıkmak yetmez. Toplum örgütleri ile tüketici gruplarını, çok daha kapsamlı ve uzun erimli bir uğraşın içinde görmek ve desteklemek istiyoruz.

(*) Numaralar sözleşmenin madde numaralarına göre yazılmıştır.

KAYNAKLAR:

(1) Belgelerle İnsan Hakları (Derleyen: Muzaffer Sencer) Beta Yayınları 1988 İstanbul , s.319.

(2) İnsan Hakları ve Özgürlükler (Derleyen: Prof. Dr. Adnan Gülerman ve ark.) Petrol-İş Yayınları 1992 İstanbul, s.411

OKUR SEMİNERİ

AMAÇ

Çalışma ortamını yakından ilgilendiren konularına okurlarımızla birlikte katılıma-paylaşımcı yöntemle tartışılması ve sonuçlarının duyurulması

SEMİNERİN KONUSU İlaç ve Gıda Politikaları

(19-20 Kasım 1994) 10.00-17.00

Psiko-Sosyal İhtiyaçları Karşılama Üzere, İlk Basamak Sağlık Hizmeti Kaynaklarının Geliştirilmesi

John Orsey

Dünya Sağlık Örgütü'nün üye devletleri, 2000 yılına kadar "Herkes için Sağlık" amacına ulaşmada, anahtarın 'ilk basamak sağlık hizmeti' olduğunu savunmuşlardır. Yerel merkezler arasında dağıtılan sağlık hizmeti sorumluluğunun temel özelliği, kamu ve kamu-dışı sektörlerdeki personel ile birlikte çalışan, uzmanlaşmamış genel sağlık çalışanlarının bu işi üstlenmesini ve toplumla birlikte ailelerin aktif katılımını gerekli görmesidir. Toplumun sağlık çalışanları, özellikle sağlık kavramının gelişmesi ve hastalıkların önlenmesi üzerinde durarak, toplumu harekete geçirmek, yardım almadan kişisel çabalarla ayakta duran grupları uyarmak ve sağlık eğitimi sağlamak gibi geniş alanlarda uygulanabilir, basit ama etkili tekniklerin kullanımı konusunda eğitilmelidirler. Sağlık sektörünün kaynakları, yerel odaklarca üstlenilen bu faaliyetleri desteklemek üzere, belirli yollarla dağıtılmalıdır.

İlk basamak sağlık hizmetinin önemli bir görüşü, insanların sağlıklarını korumaları için sorumluluk almalarını gerekli görmesidir. Genellikle etkili bir ilk basamak sağlık hizmeti, daha verimli, insancıl ve daha etkili bir dağıtım sistemi olarak görülmektedir. 'Hizmet vermek' olarak görülen sağlık, aslında, insanların kendileri için kazanmaları gereken ve bunu da kendi yeterlilik ve nitelikleri ile elde edebilecekleri bir olgu olmalıdır. Sağlık, insanlar için sağlanan, onlara verilen bir hizmet olmamalı (olabildiğince), buna rağmen, insanlara kendi sağlıklarını korumaları ve güven altına alabilmeleri için yardım edilmelidir.

Bu yaklaşım, bazı çevrelerce, yüksek standartlarda sağlık hizmeti sağlayan, merkezi ve güçlü kurumlara karşı girişilen bir saldırı olarak görülmüştür. Bazı insanlar, kavram olarak "ilk basamak sağlık hizmeti"ne karşı çıktıkları halde, merkezileşmiş sistemde kazanılmış çıkarlara sahip olan bu kişiler, sağlık sektörü ile birlikte kaynakların, gelecekteki gereksinimlere göre düzenlenmesini kolayca etkileyebilmektedirler. Bu nedenle yerel yönetimler görevli olarak yoksun kalmaktadırlar. "İlk basamak sağlık hizmeti", merkezi yönetimin kaldırılması anlamına gelmemektedir. Fakat bu hizmetin önemli işlevlerinden biri, yerel yönetimlerin çalışmalarına, sadece zor durumlarda değil, her zaman destek sağlamak olan merkez yönetiminin rol değiştirmesi anlamında alınabilir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığı, tamamıyla fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak "iyi" durumda bulunmak şeklinde tanımlamaktadır. Bunlardan birinin, diğerlerinden daha önemli olduğunu belirleyen hiçbir gösterge bulunmamaktadır. Bu konulardan birinde, sağlıklı olmak için, sağlık hizmeti, birey ve topluma yönelik, tümelci bir yaklaşıma dayandırılmalıdır. Ne yazık ki, ruhsal ve sosyal olarak sağlıklı olmaya gösterilen dikkat, sağlık çalışanlarının eğitiminde ve sağlık hizmetinin verilmesinde, genellikle savsaklanmaktadır.

Ruhsal ve sosyal olarak sağlıklı olmak, sadece ruhsal rahatsızlıkların önlenmesi veya tedavi edilmesi değildir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Ruhsal Sağlık Bölümü, bu konuyu iki grupta ele almaktadır. Bunlardan biri, ruhsal ve nörolojik rahatsızlıkların önlenmesi ve tedavisidir. Diğer ise psiko-sosyal ve davranışsal etkenleri içermektedir. Bu iki grup arasında birtakım ilişkiler bulunmasına rağmen, birbirlerine karıştırılmamaları önemlidir.

Bu yazıda, öncelikle ikinci grup ile ilgilenecek ve genel sağlık hizmetinde, psiko-sosyal ve davranışsal bilim niteliklerinin pratik uygunluğu tartışılacaktır.

Çalışmalar, genel sağlık hizmeti kliniklerinde bulunanların %20'sinin duygusal ve sosyal sorunlu olarak orada bulduklarını belirlemiştir.

Hizmetin verildiği, çok uzak yerel yönetimlerde, sağlık hizmeti sunulan hastaların izlenmesi, psikolojik ve sosyal sorunların önemsenmemesi, ciddi bir şekilde fiziksel hasta olanların arasında tedavi edilmesi veya bakılması gerekenlerin seçilmesi, sağlık çalışanlarının bir işlevi sanılmaktadır. Bu durum, sağlık hizmeti ve halkla ilişkiler açısından verimsiz ve insancıl olmayan bir yöntemdir. Bir sağlık çalışanı, dikkat ve ilgi gerektiren psikolojik ve sosyal sorunlarla da ilgilenebilmelidir, Çünkü, kişinin psikolojik durumu, fiziksel durumunu etkileyebilir, ayrıca birlikte çalışacağı sağlık çalışanının daha iyi bir hizmet ve sağlık koşulları sunmasını da etkileyebilir.

Sağlık hizmetleri ile birlikte psiko-sosyal gereksinimlere de dikkat gösterilmesi birçok yararlar sağlamaktadır, Bunları şu şekilde sıralayabiliriz:

- 1) Genel sağlık hizmetlerinin işlevselliğini geliştirmek,
- 2) Toplumun sosyo-ekonomik gelişimine katkıda bulunmak,
- 3) Yaşam düzeyini yükseltmek
- 4) Ruhsal sağlığın gelişmesine yardımcı olmak,
- 5) Ruhsal rahatsızlıkların önlenmesi ve tedavisini sağlamak.

Ayrıntılı olarak, bunlarla ilgilenmek olanaksız olmasına rağmen, bu alanlardan bazı örnekler vermek istiyorum,

Genel sağlık servislerinin işlevselliği, hastalığa neden olan davranışlara yönelik daha büyük bir ilgi ile geliştirilebilmektedir. Bu, ciddi sağlık problemlerine yol açan, nikotin, alkol ve diğer ilaçların kullanımını içermektedir. Davranış, aynı zamanda, bulaşıcı hastalıkların geçmesinde, çocuğun yetiştirilmesinde ve iyi bir beslenme sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Davranışa indirgenen sağlık, her zaman bilgisizlik sonucu değildir. Bireyin bilgilendirilmiş toplumlarda bile, sağlıksız davranışın kalıcılığını sağlayan, duygusal

ve sosyal yaşam özellikleri vardır.

Sağlık servisleri işlevselliğinin, geliştirilmesindeki diğer bir görüş, sağlığa ulaşmak için tıbbî teknolojideki gelişmelerin yeterli olmadığı kabul edilmesidir. Sağlık hizmeti ile birlikte, teknoloji düzeyinin yükselmesinin, sağlık kazanımı sonucunu getireceği düşünülmektedir. Psiko-sosyal nitelikler, sağlık çalışanlarını, işleri konusunda daha verimli ve doyurucu yapabilmektedir. Çoğu insan, sağlık hizmetlerinde, aşırı şekilde artan harcamalara rağmen, aldıkları sağlık hizmetinden memnun olmamaktadırlar. Psikolojik ve duygusal (emotional) durumlar.

tıbbî girişimlerin yararlı olup olmayacağı belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle, önlem programına veya tedavi şekline uyum, verimlilik bakımından önem taşımaktadır ve genellikle bunu sağlamak, iyi bir psiko-sosyal bilgi ve nitelik gerektirmektedir.

Hastalıkların önlenmesi, sağlık sektörünün olanakları dahilinde, sosyo-ekonomik gelişmeye yapabileceği büyük bir katkı olarak belirtilmesine rağmen, sağlık sektörünün bu amaca ulaşmak için diğer kaynakları harekete geçirdiğinin örnekleri vardır. Özellikle bu konuda Honduras'daki programdan gelen ilginç bir örnek bulunmaktadır. Sağlık sektörü, şehrin marjinal alanlarının, sağlık ve sosyo-ekonomik gelişmesinin ilerlemesi amacıyla bir grup psikologu harekete geçirmiştir. Bu seferberlik, sağlık gelişim faaliyetleri için toplum üyelerinin hareketlenmesi ve alkol ve diğer ilaç kullanımının azalması için geliştirilen bir hareket sonucu kazanılmıştır.

Yaşam düzeyinin yükselmesi, ruh sağlığının ilerlemesi ve gerçekten sağlığın gelişmesi, genelde sağlık sektöründeki geleneksellikten gelen sağlık çalışanları için farklı bir bakış açısı gerektirmektedir. İlk basamak sağlık hizmeti yaklaşımı, hastalık kadar, sağlık üzerine de yoğunlaşan bu bakış açısı üzerinde önemle durmaktadır.

**The Psychological Well-Being of Refugee Children-Research, Practice and Policy Issues
International Catholic Child Bureau.**

Çocuk Çalıştıran Küçük İşyerlerinde Çalışma Ortamı

(Kim. Müh. Mustafa Taşyürek)

Yarisından fazlasında çocuk işçilerin de çalıştığı Ankara'da yüzden fazla küçük işyerleri (imalat sanayi) iş güvenliği ve iş hijyeni açısından irdelendiğinde akılda kalabilecek en büyük özellikler -sorunlar- ne olabilir? Bu soruya yanıt, aynı zamanda 1994 Türkiye'sinin bir çalışma profilini de ortaya koymaktadır.

Ağırlıklı olarak traktör, kamyon, bulaşık makinesi, inşaat araç ve ekipmanı, elektrik ve mutfak teçhizatları, çelik konstrüksiyon, dökümcülük, plastik kalıpcılık, poşet imali, iş makineleri bakım onarımı-yedek parçası üretimini de içeren bir dizi değişik uğraş dalı gözönüne alınarak yukarıdaki soru yanıtlanmaya çalışıldı. incelenen İşyeri binaları genelde işyeri olarak kullanılmak amacıyla yapılmış, bu nedenle uygun yollar, yeterli giriş-çıkış kapısı, uygun denilebilecek tavan yüksekliği, tuvalet lavabo gibi kişisel hijyen olanaklarının sağlandığı görülmüştür. Bu aşamada göze çarpan iki belirgin özellik vardır. Eğer binayı kullanan İşveren/patron binanın da sahibi ise o işyerinin fiziki yapısı daha sağlam, korunmuş, boyanmış, zemini düzgün, kolay temizlenebilir, tuvalet ve duş olanakları daha iyi durumdadır. Buna karşın kullanıcı-imalatçı o işyerinde kiracı ise genelde yukarıda sıraladığımız koşulların uygun olmadığı görülmektedir. Bozuk zemin, akıtan çatı, kirli duvarlar, kırık camlar, uygun olmayan elektrikli donanım, bozuk duş-tuvalet olanakları gibi. Hemen hemen her işyerinde yangına karşı taşınabilir yangın söndürme cihazları bulunmaktadır. Bunda özellikle belediye yetkililerinin denetimlerinin etkili olduğu izlenimi doğmuştur, Ancak bu yangın söndürücülerin T.S.E.'li olmaları gerekirken, büyük çoğunluğu T.S.E.'siz, testsiz, gelişigüzel yerlere asılmış ve düzenli kontrolleri yapılmamıştır,

İşyerlerinde Çalışma (Ve Sosyal Güvenlik) Bakanlığı iş (Güvenliği) Müfettişlerince denetlenenlerin çalışma koşulları, denetlenmeyenlere göre İyi, özellikle "işletme Belgesi" almış olanların oldukça iyi olduğu görülmektedir. Bu son gruptaki işyerlerinin işverenleri de konuya duyarlıdır.

imalata dönük işyerlerindeki makine parkuru ilgi çekicidir. Son derece tecrübeli, gün görmüş, acılar yaşamış makineler kullanılmaktadır. Almanya, İtalya, Fransa gibi ülkelerde çalışan kişinin yeteneklerine bağımlı olarak İş gören (elektronik olmayan), hızı (ve deviri) düşük, hantal, kapladığı alan ve tükettiği enerji fazla olan, daha çok bakım ve onarım gereksinimi duyan (eski-tamir edilmiş-ilaveler yapılmış) makineler kullanılmaktadır. Hatta Avrupa Topluluğu'nun iş güvenliği kurallarına göre güvenilir olamayacakları için kullanımdan kaldırılmış -koruyucuları yetersiz-makineler de denebilir. Bu makinelerin hemen hemen hepsinin kesici, delici, ezici, çapak fırlatıcı .aksamında koruyucu yoktur. Olanları çıkartılmış - İptal edilmiştir. Kısacası "Makine Koruyucuları Yönetmeliği" bu tür işyerlerini ziyaret etmemektedir!. Makinelerle ilgili tehlikeli bölgeleri ve olası tehlikeleri belirten uyarıcı işaretler, şekiller, kullanma talimatları da bulunmamaktadır, işyerlerinde göze çarpan bazı levha ve talimatlar yasak savan klasik (hırdavatçılardan sağlanan) levhalardır. Bunlar da gelişigüzel asılmıştır.

Çocuk çalıştıran işyerlerinin çalışma koşulları, çalıştırmayanlara oranla daha olumsuzdur.

Belki bir gün küçük işyerlerinde de ergonomiden ve renklerden yararlanma gündeme gelebilir.

Periyodik olarak güvenlik test ve kontrollerinin yapılması -sicillerinin tutulması- gereken araçlarla ilgili işlemler tamamen iş (güvenliği) müfettişlerinin denetimine bağlıdır. Hiç denetlenmemiş işyerlerinde işverenler böyle bir yasal zorunluluğun dahi farkında değildirler.

En çok kullanılan kişisel koruyucular sırasıyla iş elbisesi, ayakkabısı ve eldivenleridir. Solunum yolları, kulak ve göz koruyucuları, baretler hemen hemen hiç kullanılmamaktadır. Kullanılanların da uygunluğu tartışılır. Kişisel koruyucuların varlığı, çeşitleri ve kaliteleri hakkında gerek işveren pozisyonundaki ustalar, gerekse işçi ve çocuklarda büyük bir bilgi boşluğu, tanıtımsızlık vardır. Aslında bu bilgi boşluğu "İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği" bakımından işverenlerin işçileri koruma yükümlülüğü ile ilgili hukuki, makinelerin koruyucuları ile ilgili teknik, kişisel koruyucularla ilgili bir dizi iş hijyeni bilgi boşluğuna kadar uzanmaktadır.

Çizilen bu tablo karşısında iş kazası ve meslek hastalığı ile ilgili kesin bir yargıya varamıyoruz. İş kazalarının oldukça fazla olmamasının nedeni olarak çalışma sürelerinin uzunluğuna rağmen vardiya sisteminin olmaması, çalışanların çalışma hızlarını -tempolarını- hemen hemen kendilerinin ayarlamasıdır.

Sonuç, özellikle işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda bilgi ve düzenli, sürekli ve kalıcı bir desteğe gereksinim duyan küçük çaplı işyerleri ile karşı karşıyayız. Ancak verilecek desteğin önce ne olduğu tanıtılmalı ve tattırılmalı ki gönüllü talep yoğunlaşsın.

BÜYÜTEÇ

Adli Tıp Uygulaması ve İşyeri Hekimliği

(Dr. Yasemin Günay)

GİRİŞ VE AMAÇ

Meslek hastalığı ülkemizde 1945'te uygulamaya konulan ilk zorunlu sigorta kollarından biridir.

Meslek hastalığı halinde sigortalının kendisi, ölümü halinde desteğinden yoksun kalan yakınları, SSK'ca yapılacak yardımların yanısıra işverenden de maddi ve manevi tazminat isteyebilirler.

Ancak, tüm ödemelerin ilgiliye yapılabilmesi ve ödeme miktarının belirlenebilmesi için, kişide meslek hastalığının olup olmadığı, meslek hastalığı nedeniyle çalışma gücünden kaybının olup olmadığı, varsa bunun oranı, ölümün meslek hastalığından olup olmadığı, mesleki maluliyetin başlangıç tarihi, değişen zaman içinde maluliyet düzeyinin değişip değişmediği, hastalığın yükümlülük süresi içinde oluşup oluşmadığı ve kişinin başkasının bakımına muhtaç olup olmadığı gibi durumların hekim raporu ile tespiti gerekir.¹

Bizdeki yasal düzenlemelere göre, işyerinde meslek hastalıklarının araştırılması, izlenmesi ve şüphelenilen olguların ilgili sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi işyeri hekiminin görevleri arasındadır.²

Gerçekten başka bir sağlık görevlisi ya da kuruluşu meslek hastalığını işyeri hekiminden önce yakalayamaz dersek abartma olmaz. Çünkü işçiyi işi ile birlikte ilk değerlendiren, yakınmalarını dinleyen kişi işyeri hekimidir. Bir üst sağlık kuruluşunun meslek hastalığı tanısını koyması, öncelikle işyeri hekiminin şüphelenip sevk etmesiyle mümkün olacaktır. Eğer tersi bir durum sözkonusu ise, yani meslek hastalığı tanısı ikinci basamak sağlık kuruluşlarınca işyeri hekiminden bağımsız ve daha önce konuyorsa, o işyerinde işyeri hekimliği hizmetlerinin yürütümünde aksaklık var demektir.

İşyeri hekimince. Ağır ve Tehlikeli İşler Tüzüğü'ne³ uygun olarak, işçilerin işe girişlerinde ve yasalarca belirlenmiş düzenli aralıklarla yapılacak muayenelerin, meslek hastalıklarının erken tanısına yardımcı olması için, genel fizik muayenenin yanısıra, iş türünün gerektirdiği ayrıntılı sistem muayenelerini ve laboratuvar tetkiklerini de içermesi gerekir.

Meslek hastalığının kesin tanısı SSK'ca konur. Sigortalıların sürekli iş göremezlik, malullük gibi durumlarının tespitinde S.S.K. sağlık tesisleri sağlık kurumları verilen raporlardaki hastalık ve arızalar esas alınır.

Raporu yeterli görülmeyenler kurumca yeniden muayene ettirilirler. Son rapor esas alınır (506 sayılı yasa, madde 109)⁴. Meslekte kazanma gücünün yitirilme oranı SS. Sağlık İşlemleri Tüzüğü'ndeki esaslara göre,

1986'dan beri SSK Meslek Hastalıkları Hastanelerince yapılmaktadır⁵. Buradan alınan raporla da sakatlık (malullük) durumu saptanmış olmaz. Sakatlık kararını bu raporlara dayanarak SSK Genel Müdürlüğü Sağlık İşleri Başkanlığı verir. Bu karara itiraz halinde SS. Yüksek Sağlık Kurulu'nca karara bağlanır.

Ayrıca, S.S.K. Yüksek Sağlık Kurulu kararı ile, listede bulunmayan hastalıkların meslek hastalığı sayılabilmesi (506 sayılı yasa, madde 11), herhangi bir meslek hastalığında yükümlülük süresi aşılmış bile olsa, özel durumlarda bunun meslek hastalığı sayılabilmesi (Tüzük, madde 63), listede bulunmayan, ama iş ve görev gereği alındığı, laboratuvar deneyleriyle kesinlikle saptanan bulaşıcı hastalıkların meslek hastalığı sayılabilmesi (Tüzük, madde 65) ve yüksek yoğunlukta toza maruz kalmış ve hastalığı hızla ağır-laşarak gelişen pnömokonyozlarda 3 yıllık maruziyet süresinin İndirilebilmesi (Tüzük, madde 66) yolu da açıktır.

Yüksek Sağlık Kurulu kararına itiraz durumunda da mahkemeye başvurulabileceği Yargıtay kararları ile kabul edilmiştir. Gerçekten İBK'na (İçtihadı Birleştirme Kararına) göre⁶, SS. Yüksek Sağlık Kurulu kararına karşı ilgililer tarafından mahkemeye başvurulabilir ve mahkeme de Adli Tıp Meclisi'nden rapor isteyebilir. (Y.İ.B.K, 28.6.1976-6/4)

Tarafların itirazları sonucu konu mahkemeye gittiğinde, mahkemece doyurucu görülmeyen ya da çelişkili olan raporlarda Adli Tıp Kurumu'na başvurulmakta ve yukarıda hekim raporuyla tespitinin gerektiği belirtilen durumların Adli Tıp Kurumu'nca aydınlatılması istenmektedir.

Dolayısıyla iş sağlığı da bir yönüyle Adli Tıp Kurumu'nun ilgi alanına girmektedir. Sosyal Sigortalar Kurumu ve İş Yasası⁶ ile ilgili olaylar, iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu meslekte kazanma gücü kaybı ve maluliyet oranlarının saptanması. Adli Tıp Kurumu 3.İhtisas Kurulu'nun görevleri arasındadır⁷.

Bu konuda Adli Tıp Kurumu'na yansıyan dava dosyaları yukarıda anlatılan tüm aşamalardan sonra hala mahkemece karara varılamamış, seçilmiş vakaları temsil ettiğinden, bu dosyaların incelenmesi sonucu verilen kararların değerlendirilmesinin yararlı olacağı düşünüldü.

Çalışmada;

1- Dava dosyalarının Adli Tıp Kurumu'na yansıma nedenleri ve iş mahkemelerince Adli Tıp Kurumu'ndan aydınlatılması istenen konuların neler olduğunun tespiti,

2- Aydınlatılması istenen konularda karar aşamasında karşılaşılan güçlüklerin neler olduğu ve güçlüğüne neden olan faktörlerin tespiti,

3- Karar mekanizmalarında karşılaşılan güçlüklerde işhekimliği uygulamalarındaki yetersizliğin etken olup olmadığının tespiti,

4- Verilen kararlar ve karar kriterlerinin değerlendirilmesi,

5- Mevcut durumda tespit edilen

güçlüklerin giderilebilmesine yönelik

P çözüm önerileri oluşturmak amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmada, 1985-1991 yıllarını kapsayan 7 yıllık Adli Tıp Kurumu 3.ihhtisas Kurulu kararları arasından, meslek hastalığı ya da iş ve sağlık ilişkisi nedeniyle Adli Tıp Kurumu'na yansıyan dava dosyaları için verilen kurul kararları incelendi.

BULGULAR ve TARTIŞMA

1- Vakaların %58.9'u, 1920-1939 doğumludur.

2- Vakaların %77.7'si Zonguldak ve %6.2'si İstanbul İş Mahkemelerinden gelmiştir. Bu madencilik iş kolunun Zonguldak'ta ağırlıklı olmasına ve madencilik iş kolu dışındaki işlerde gözlenen meslek hastalığı tanı yetersizliği ve iş sağlığıyla ilgili örgütlenme eksikliğine bağlandı.

3- Vakaların %20'si birden fazla işyerinde çalışmıştır. Kişiler en fazla ilk işyerlerinde çalışmakta olup, değiştirilen işyeri sayısı arttıkça, yeni işyerindeki çalışma süresi azalmaktadır, iş değiştirme, meslek hastalığında tanı ve değerlendirme güçlüğüne neden olan faktörlerden biridir.

4- Hayatının bir döneminde maden işkolunda çalışanlar %90.6'lık çoğunluğu oluşturmaktadır.

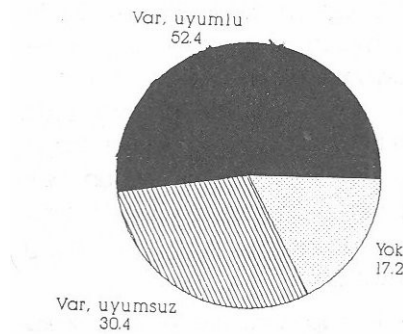
5- Mahkemece aydınlatılması istenen konular sıklık sırasına göre şöyledir:

- Ölümün meslek hastalığından olup olmadığı (%56.2)
- Meslek hastalığı ya da işten kaynaklanan rahatsızlığı varsa maluliyet oranı tespiti.....tarihindeki maluliyet oranı (%29.2)
- Kişide meslek hastalığının olup olmadığı (%16)
- Hastalığın başlangıcının en az ve en fazla sürelerinin tespiti, kişi işe girmeden önce.....hastalığının olup olmadığı (%12.5)
- Kişinin rahatsızlığının yaptığı işten kaynaklanıp kaynaklanmadığı ya da yapacağı işten dolayı rahatsızlık olup olmayacağı (%8.2)
- Varolan meslek hastalığından hangi işyerinin sorumlu olduğu ve kusur tespiti (%2.8)
- Davacı kurumca talep edilen meblağların mevzuata uygun olup olmadığı, taraflar arasında kusur tayini (%2.2)
- Kişinin rahatsızlığının çalışacağı işyeri için engel teşkil edip etmeyeceği (%1.9)
- Yapılan işe giriş muayenesinin hastalığını ortaya çıkarmak için uygun olup olmadığı (%1.6)
- İşçinin sicil kartlarında, kişide son tespit edilen hastalığın varlığını gösterir belirti bulunup bulunmadığı (%0.9)
- Kişinin rahatsızlığı sonradan olmuşsa çalışma gücünden kayıp oranının tespiti (%0.6)
- Kişinin mevcut hastalığı ile ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılıp çalıştırılmayacağı (%0.6)
- Kişinin rahatsızlığının yükümlülük süresi içinde oluşup oluşmadığı (%0.6)
- Davacının rahatsızlığının doğuştan mı, yoksa sonradan mı olduğunun tespiti (%0.3)
- Kişide.....hastalığının olup olmadığı (%0.3)

Aydınlatılması istenen bu konularda sağlıklı karar verilebilmesinin işyeri hekimliği uygulamalarının yeterli ve düzenli yapılmasıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Mahkeme talepleri, özellikle işyeri hekiminin yapmakla yükümlü olduğu işe giriş ve periodik muayenelerin önemini çok açık bir şekilde ortaya koymaktadır. Hatta yalnızca genel fizik muayenenin yeterli olmayıp, İş türünün gerektirdiği ayrıntılı sistem muayeneleri ve laboratuvar tetkiklerinin de gerekliliği ortadadır.

"Davacı kurumca talep edilen meblağların mevzuata uygun olup olmadığı, taraflar arasında kusur tayini" gibi Adli Tıp Kurumu'nu ilgilendirmeyen konuların da mahkemeler tarafından Adli Tıp Kurumu'na sorulması, bazı konularda hangi bilgilerin kimden ve nereden elde edilebileceği konusunda açıklık olmadığını göstermektedir. Öyle ki davacı kurum SSK olunca, bu ve benzeri konuların aydınlatılmasının SSK'dan İstenmesi sağlıklı bir sonuca yol açacaktır. Böylesi durumlar için tarafsız bir kuruluşa gereksinim olduğu söylenebilir.

6- Vakaların %82.8'inde daha önce aynı konuda bilirkişi raporu alınmış olup, bunların %63.3'ünde daha önceki bilirkişi kararı Adli Tıp Kurumu Kararıyla uyumsuzdur. Bu sonuç, İş sağlığıyla ilgili bilirkişilik uygulamalarında ortak ilkelerin olmadığını ve bilirkişilik kurumunun yeniden düzenlenmesi gerektiğini göstermektedir. (Şekil: 1)



Şekil 1: Vakaların daha önce aynı konuda alınan bilirkişi raporuna göre dağılımı

ÖLÜMLÜ VAKALAR

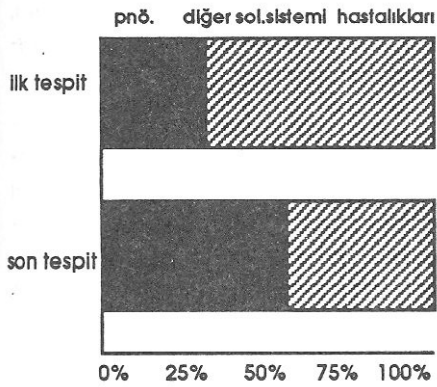
Şekil 1: Vakaların daha önce aynı konuda alınan bilirkişi raporuna göre dağılımı

7- Adli Tıp Kurumu'na yansıyan 186 ölümlü vakanın 18 Tinde "**ölümün meslek hastalığından olup olmadığı**" sorulmuştur. **Bunların %28.2'sinde ölümün meslek hastalığından olduğuna karar verilebilmiştir.** Burada önemli olan iki nokta vardır. Bunlardan biri; meslek hastalığına karar verilemeyenler arasında delil yetersizliği vb. nedenlerle sonuca ulaştırılmayanların olması, ikincisi; meslek hastalığı olduğuna karar verilen bu %28.2'lik kesimin uzun süren bu karar aşaması süresince meslek hastalığı yokmuş gibi kabul edilmeleri ve mağduriyetlerinin sürmesidir.

8- Vakaların %55.8'inde ölüm nedenini ilk belirleyen kurum Yerel SSK Hastaneleri, %14.5'inde Merkez SSK Hastaneleridir. Bu, sigortalı işçilerin daha çok SSK Hastanelerinden yararlanmalarına ve ölmeden önce yakınları tarafından SSK Hastanelerine yatırılmalarına bağlanmıştır. %13.8 vakada ölüm nedeni konusundaki ilk bilginin konu-komşu ve muhtar tarafından verilmiş olması ilgi çekicidir. Bunlar muhtemelen hastane koşullarına ulaşmadan evde ölenler ve hakkında ölüm tutanağı bulunmayanlardır. Ölüm tutanağı varsa da dava dosyasında bulunmamaktadır. Bunun delillerde yetersizliğe ve dolayısıyla adaleti yanıltıcı sonuçlara yol açtığı tartışmasızdır.

9- İlk saptanan ve Adli Tıp Kurumu'nca saptanan ölüm nedenlerinin ağırlıklı olduğu hastalık grupları aynı olup, bunlarda ilk üç sırayı göğüs hastalıkları, karın hastalıkları ve baş arızaları almaktadır. **Ancak ilk tespit edilen ölüm nedenlerinde pnömokonyozlar göğüs hastalıkları arasında %24.7 oranında iken, Adli Tıp Kurumu'nda tespit edilen ölüm nedenlerinde bu oran %55.6'dır.** Bu ilk ölüm nedeni tespit edilirken pnömokonyoz komplikasyonu olan durumların (cor pulmonale, kalp yetmezliği, solunum yetmezliği vb.) asıl ölüm nedeni olarak kaydedilmiş olmasından kaynaklanmaktadır. Burada "ölüm tutanaklarının hazırlanması sırasında ölüm nedeni konusunda gereken titizliğin gösterilmeyip kolaylıkla işi bitirme tutumunun önemli bir rolü vardır. Kesin ölüm nedeninin belli olmadığı durumlarda yapılması gereken, ölümün "kalp yetmezliği, solunum ve dolaşım yetmezliği" gibi genel sonuçlara bağlanıp, kişinin gömülmesine izin vermek yerine gerçek ölüm nedenini belirleyebilmek için otopsi yapmaktır. Ayrıca ülke çapında düzenlenmekte olan D.İ.E'nin ölüm tutanaklarının, D.S.Ö.'nce önerilen "temel neden, ara neden ve son nedeni içeren . "ölüm nedeni tespit formu'na uygunluk gösterecek şekilde geliştirilmesi yararlı olacaktır. (Şekil:2)

10- Ölümlü vakalarda ortalama ölüm yaşı 57.28 olup, ölen kişiler ortalama olarak işten ayrıldıktan 15.73 yıl sonra ölmüşlerdir. Türkiye'de 1989 yılında 0 yaşında beklenen ortalama yaşam süresi erkeklerde 63.26, kadınlarda 66.01 yıldır. Ölümlü vakalardaki ortalama ölüm yaşının beklenen yaşam süresinin altında olduğu gözlenmektedir.⁸



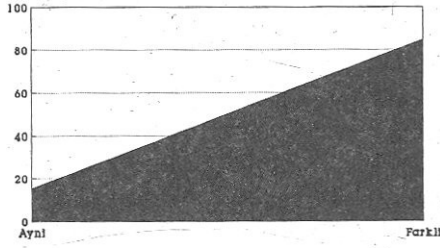
Şekil 2: ilk ve son saptanan ölüm nedenleri arasında pnömokonyozların diğer solunum sistemi hastalıklarına oranı

Şekil 2: İlk ve son saptanan ölüm nedenleri arasında pnömokonyozların diğer solunum sistemi hastalıklarına oranı

MESLEKİ MALULİYETLER (İŞGÖREMEZLİKLER=SAKATLIKLAR)

11- 93 kişide **meslek hastalığı ya da işten kaynaklanan rahatsızlık varsa, maluliyet düzeyi tespiti ya datarihindeki maluliyet düzeyinin ne olduğu** sorulmuştur. Bu konuda karar verilenlerin %58.4'ünde maluliyet düzeyinin olduğuna, %12.4'ünde..... tarihindeki maluliyetininolabileceğine karar verilmiştir. %3.4 vakada da tarihindeki maluliyet düzeyinin tespit edilemeyeceği belirtilmiştir. Bu tespit edilememe durumunun tek nedeni kişinin hastalığına ilişkin elde düzenli kayıtların bulunmamasıdır.

Birden fazla maluliyet düzeyi tespit edilenlerin %35. Tinde maluliyet düzeyleri arasındaki çelişki hastalığın seyri ile uyumsuzdur. Adli Tıp Kurumu'nca yeniden maluliyet düzeyi tespit edilenlerin %71.2'sinde tespit edilen maluliyet düzeyi son tespit edilenden daha yüksek, %13.5'inde daha düşük, %15.3'ünde aynıdır. Yani %84.7 vakada maluliyet düzeyi Adli Tıp Kurumu'nca farklı tespit edilmiştir. Mağluliyet düzeyi tespitlerinde de bilirkişilik yapan kişi ve kuruluşların aynı kriterleri gözönüne almadıkları söylenebilir. (Şekil:3)



Şekil 3: Adli Tıp Kurumu'nda belirlenen sakatlık oranlarının daha önce saptanan sakatlık oranlarına göre durumu

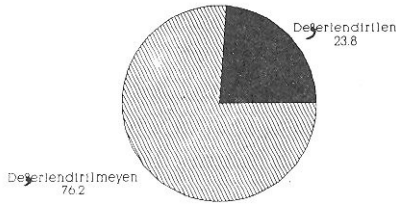
Şekil 3: Adli Tıp Kurumu'nda belirlenen sakatlık oranlarının daha önce saptanan sakatlık oranlarına göre durumu

MESLEK HASTALIKLARI

13- Kişide meslek hastalığının olup olmadığı konusunda karar verilen 52 kişinin %69.2'sinde meslek hastalığının olduğuna, %30.8'inde meslek hastalığının olmadığına karar verilmiştir. Burada da önemli olan meslek hastalığının olduğuna karar verilen kesimin, karar verilinceye kadar meslek hastalığı yokmuş gibi kabul edilmeleri ve mağduriyetlerinin sürmesidir.

14- Adli Tıp Kurumu'na yansıyan vakaların %79'u hayatının bir döneminde meslek hastalığı tanısı almıştır. Bunların %97.6'sında tanısı konulan meslek hastalığı pnömokonyozlar ve diğer solunum sistemi hastalıklarıdır. Bu da ülke genelindeki durumun yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır. SSK İstatistik Yıllıkları'na göre 1952-1977 yılları arasında tanısı konabilmiş meslek hastalığının %88.7'si pnömokonyozlar ve akciğer tüberkülozu olgularıdır. Bunların hemen tümü sigortalıların %4.5-5'ini oluşturan madencilik iş kolundan gelmektedir. Pratik olarak madenciler dışında kalan %95'lik işçi çoğunluğunda meslek hastalığı saptanmamıştır. En gelişmiş işçi sağlığı hizmeti veren, endüstrilerinde en etkili koruyucu önlemleri almış ülkelerde bile erişilememiş böyle bir durum karşısında sistemin yeterince işlemediği düşünülerek yeni düzenlemelere gidilmiştir. Ankara ve İstanbul'da Meslek Hastalıkları Hastaneleri kurulmuş, Çalışma Bakanlığı İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi'nin çalışmaları genişletilmiştir. 1978-1986 yılları arasındaki 9 yıllık sürede tanısı konulan meslek hastalıklarının %25'i mesleksel solunum sistemi hastalıkları iken, %64'ü kimyasal maddelerle olan mesleki zehirlenmelerdir.⁵ Ancak, 1986'dan sonra Kartal Meslek Hastalıkları Hastanesi'nin kapatılarak SSK Süreyyapaşa Hastanesi içinde bir kliniğe dönüştürülmesi; Ankara'dakinin etkisizleştirilmesi eskiye dönüşe yol açacaktır. 1978-1986 dönemi değerlendirmelerimizi doğrulayan bir adacık olarak kalacaktır. Vakalar Adli Tıp Kurumu'na daha geç yansdıklarından, bu dalgalanma henüz adli tıp raporlarına yansımamıştır.

15- Meslek Hastalıkları Hastanesince değerlendirilmesi gereken vakaların %76.2'sinin meslek hastalıkları hastanesince değerlendirilmemiş olduğu anlaşılmaktadır. Meslek hastalığı tanı ve değerlendirmesinde önemli yeri olan Meslek Hastalıkları Hastanelerinden yeterince yararlanılmadığı ya da sistemin işlemediği düşünülebilir. (Şekil:4)



Şekil 4: Vakaların Meslek Hastalıkları Hastanesi'nce Değerlendirilme Durumları

Şekil 4: Vakaların Meslek Hastalıkları Hastanesi'nce Değerlendirilme Durumları

16- Meslek hastalığı tanısı konulanların %52.8'inde ilk meslek hastalığı tanısı işletme Yetkili Birimince, %23.8'inde Yerel SSK Hastanesince konulmuştur. %4.8 vakada tanı Adli Tıp Kurumunda konulmuştur. Yalnızca 10 vakada tanı Meslek Hastalıkları Hastanesince konulmuştur. Bu sonuca göre meslek hastalıkları açısından hastalık riskinin olduğu bölgelerde yerel örgütlenmelerin olumlu olacağı söylenebilir.

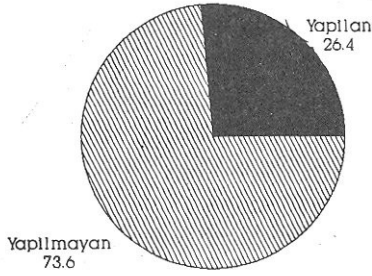
17- Meslek hastalığı tanısı konulan vakaların %90.8'inde meslek hastalığı tanısı kişinin işten ayrıldığı yıl ya da daha sonra konulmuştur. Kayıtlardaki bilgilere göre ortalama olarak kişi işten ayrıldıktan 1,59 yıl sonra meslek hastalığı tanısı konulmuştur. **Meslek hastalığı tanısı konulan kişiler ortalama 42.72 yaşındadır.** Bu durum, işçilerin meslek hastalığına yakalandıktan sonra işyerinde fazla tutulmadıklarını ya da kişinin hastalığı malul olacak derecede ilerledikten sonra tanı konulabildiğini göstermektedir. Çalıştıkları iş nedeniyle meslek hastalığına yakalanan kişilerin işyerinde sakatlanmış sayılmaları gerekir. İş Kanunu'nun 25. maddesi ve Sakatların İstihdamı Hakkında Tüzük gereğince; işverenlerin kendi işçisi iken sakatlanmış, ancak işyerinden ayrılmamış olanları sakat olarak kaydedilmek üzere Kurum'a bildirmeleri, sakatlanma nedeniyle işinden ayrılmak zorunda kalan ve eski işyerinde çalışmak isteyen işçileri öncelikle işe almaları gerekir. (Sakatların İstihdamı Hakkında Tüzük, madde 13.14)⁹ Bunun yerine İş Kanunu'nun 17. maddesi

gereğince işverenin bildirimsiz fesih hakkının kullanıldığı görülmektedir.

Adli Tıp Kurumu karar ölçütü

18- Mahkemelerce aydınlatılması istenen konularda Adli Tıp Kurumu'nca karar, vakaların %72.4'ünde ayrıntılı dosya tetkiki sonucu verilmiştir. %26.3 vakada kişiler Kurum'da yeniden muayeneye tabi tutulmuşlardır. Ölümden sonra Adli Tıp Kurumu'na yansıyan 186 vakayı muayene etmeye olanak olmadığına göre, bunlar çıkarıldığında, Kurum'ca muayene edilenlerin oranı %64.6'ya çıkmaktadır. Ölümlü vakaların hiçbirisinde otopsi yapılarak karar verilmemiştir. Yapılması gereken, meslek hastalığı olan kişilerin ölümleri durumunda otopsi yapılarak gerçek ölüm nedeninin belirlenmesidir. Hasta yakınlarının da bu talepte bulunması yararlı olacaktır. Ancak, ülkemizde otopsiye başvurma ve otopsi yapma alışkanlığı gelişmediğinden ve vakalar ölümlerinden aylar hatta yıllar sonra Adli Tıp Kurumu'na yansıdığından kişilerin meslek hastalığına bağlı olarak mı, yoksa başka bir hastalıktan mı öldüğü hakkında karar vermek güçleşmektedir.

19- İşe giriş muayenesi yapılması gereken vakaların %73.6'sında işe giriş muayenesinin yapıldığına ilişkin kayda rastlanmamıştır. İşe giriş muayenesi yapılanların da yalnızca 1'inde yapılan muayene meslekle uyumlu bulunmuştur. (Şekil:5)



Şekil 5: Vakaların işe giriş muayenelerinin yapılma durumları

Şekil 5: Vakaların işe giriş muayenelerinin yapılma durumları

20- Periyodik muayenelerin yapılması gereken vakaların %85.1'inde periyodik muayeneler yapılmamış olup, yapılan muayenelerin hemen tümü meslekle uyumsuz bulunmuştur. Öyle ki periyodik muayenenin yapıldığı belirtilen 47 kişinin 38'inde muayene notu olarak yalnızca "normal çalışır" kaydı konulmuştur.

İşe giriş ve periyodik muayenelerin yapılmaması ya da eksik yapılması hem kişisel hem de işyeri yönünden zararlara neden olmaktadır. Örneğin akciğerlerin temizleme mekanizmasındaki herhangi bir bozukluk alveolde biriken toz miktarının artmasına sebep olur. Kronik bronşit, amfizem, bronşektazi gibi solunum sistemi hastalığı olanlarda ve sigara içenlerde akciğerlerin temizleme mekanizması bozulmuştur. Bu kişilerde pnömokonyoz hastalığı daha erken oluşacak ve daha ağır seyredecektir, ilk işe giriş muayenesiyle böyle hastalığı olanlar ayrılırsa, hem kişilerin genç yaşta malul kalmaları hem de işe alan kurumun tazminat ödemesi engellenecektir. Ayrıca daha önce başka bir işyerinde hastalananlar belirlenecek, ikinci kez işe alan kurum tazminat ödemekten kurtulacaktır.¹⁰

Meslekle uyumu gözönüne alınarak yapılan periyodik muayenelerle hastalık çok erken dönemde yakalanacak, hastalık oluşturan ortamdan uzaklaştırılan işçilerde ağır sekellerin ve genç yaşta maluliyetin oluşması engellenecek, meslek hastalığına bağlı ölümler azalacaktır.

21- Dava dosyalarının %68.8'inde işyerinde alınmış herhangi bir önleme ilişkin kayıt yokken, %21,4'ünde yalnızca işe giriş ya da periyodik muayenelerin yapıldığına, %7.5'inde hem işe giriş, hem de periyodik muayenelerin yapıldığına ilişkin kayda rastlandı. %1.6 dosyada da çalışma ortamına yönelik önlemler kaydedilmiştir. Bu sonuç ya gerekli önlemlerin alınmadığını ya da kayıtlara geçmemiş olduğunu göstermektedir.

22- Vakaların %74.0'ında meslek hastalığı dışında başka hastalık ya da hastalıklar mevcut olup, en çok görülen 5 hastalık grubu sırasıyla şunlardır:

- Göğüs hastalıkları
- Karın hastalıkları ve arızaları
- Baş arızaları
- Endokrin sistem, damar sistemi vd hastalıklar
- Kulak arızaları

Meslek hastalığı dışındaki hastalıklara "işle ilgili hastalıklar" açısından yaklaşmak gerekir. Mesleksel olmayan hastalıklarla çalışma koşulları arasındaki etkileşim de, işçi sağlığı biliminin en önemli konularındandır. Tüm dünyada kronik hastalıklarda görülen artış işyerlerinde de önemli sorunlar yaratmakta, işyeri hekimine görevler yüklemektedir. Uygun işe giriş muayeneleriyle, çalışacak kişinin sağlık durumu ile yapacağı iş arasında uyum sağlanması, periyodik muayenelerle de sağlık durumlarının gözetim altında tutulması gerekir. Vakaların %90'ının çalıştığı maden işkolundaki işler riskli iş türü olup, çalışanlar riskli iş-koşullarında çalışmaktadırlar. Meslek hastalığı dışındaki hastalıklar içinde ilk sırayı alan kronik bronşit, amfizem ve kronik

obstruktif akciğer hastalıklarıyla cor pulmonalenin içinde bulunduğu grup erken maluliyet ve emekliliğin başlıca nedenlerindedir. Bu tür solunum sistemi rahatsızlığı olanlar için solunum ve dolaşım fonksiyon testleri yapılabilirse hastalığın hangi aşamada olduğunu ve kişilerin hangi işlerde verimli olabileceğini belirlemek kolaylaşır. Meslek hastalığı dışındaki hastalıklar içinde ikinci sırayı karın arızaları almaktadır. Riskli çalışma koşullarının karaciğer hastalıkları ve peptik ülser gelişimini hızlandırdığı bilinmektedir.⁵

23- Kişilerde kayıtlara geçmiş olan sağlık yakınmalarından en çok 10 yakınma sırasıyla şunlardır: Nefes darlığı, öksürük, göğüs kafesinde ağrı, sırt ağrısı ve yan ağrısı, balgam çıkarma ve kanlı balgam, halsizlik ve çabuk yorulma, terleme ve gece terlemesi, iştahsızlık, zayıflama ve ateş. Sık görülen bu sağlık yakınmaları konusunda işyeri hekimlerinin uyanık olmaları, hastalanan işçiler söylemese bile özellikle sormaları gerekir.

24- Vakaların %93.7'sinde sigara kullanımına ilişkin kayda rastlanılmamıştır. Halbuki işyeri hekimliği açısından eksojen etkenler önemlidir. Çünkü, işyeri ortamındaki gaz, buhar ve toz gibi olumsuz etkenler, sigara alışkanlığı ve çevre kirliliği gibi iş yaşamı dışındaki faktörlerle birleşince rahatsızlık kolaylaşır. Kişinin sigara kullandığının bilinmesi hastalığın seyrini değerlendirme açısından ve taraflar arasındaki kusur tayini açısından da önemlidir. Ayrıca sigara kimyasal ve toksikolojik analiz sonuçlarını da etkileyen bir faktördür.

25- Vakaların mahkemeye intikal tarihi ile Adli Tıp Kurumu karar tarihi arasındaki süre 3.39 yıldır. Vakaların Adli Tıp Kurumu'na gönderilme tarihi ile Adli Tıp Kurumu karar tarihi arasında bu süre 5.8 aydır. Mahkemelerce III. ihtisas Kurulu'na gönderilen dosyalardaki mevcut verilerin yetersiz olması nedeniyle, gerek İşyerindeki işe giriş ve periodik muayenelerin sonuçları, gerekse meslek hastalığı tanısının konulduğu, tedavi gördüğü ya da öldüğü belirtilen hastalardaki tıbbi muayene ve müşahede evrakları gibi eksik belgelerin kurumca yeniden istenmesi bu süreyi uzatmaktadır. Bu hem adaletin sağlanmasını geciktirmekte; hem de toplumda "titiz bir inceleme yapmak zorunda olan Kurum'un ağır çalıştığı izlenimini uyandırmaktadır. Özellikle ölümlü vakalarda dosya kişinin ölümünden çok sonra Adli Tıp Kurumu'na yansıdığından sağlıklı karar verilebilmesi kayıtların düzenli tutulması ve eksiksiz olarak gönderilmesi ile doğrudan ilişkilidir. Görüldüğü gibi kişinin sağlığıyla ilgili kayıtların düzenli tutulması ve gerektiğinde elde edilebilmesinin yargısal açıdan önemi büyüktür.

ÖZETLE;

- İş hekimliği uygulamalarının yeterli olmaması, özellikle işe giriş ve periodik muayenelerin yapılmamış olması, periodik muayenelerin işçilerin malulen emekli olmalarından sonra sürdürülmemiş olması,
- İşyerindeki ve sağlık kuruluşlarındaki kayıtların düzenli ve sağlıklı tutulmamış olması,
- Ölüm tutanakları hazırlanırken gereken titizliğin gösterilmemiş olması,
- Bilirkişilik uygulamalarında ülke çapında ortak ve bilimsel ilkelerin benimsenmemiş olması,
- Ölümlü vakalarda durum yıllar sonra Adli Tıp Kurumu'na yansıdığından otopsi yapılamaması gibi durumların mahkeme dosyalarının Adli Tıp Kurumu'na yansımalarına neden oldukları anlaşılmaktadır. Gözlenen eksiklikler çözümsüz durumlar olmayıp, yapılması gereken bugünden yarına bırakmadan kolları sıvamaktır. Aksi halde hem taraflar mağdur olmakta, hem mahkemeler ve Adli Tıp Kurumu meşgul edilmekte, en önemlisi de doğru ve sağlıklı karar verilmesinde güçlükler doğmaktadır.

Kaynaklar:

- 1- Tunçomağ K, Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar, 5.Baskı, Beta Basım Yayım ve Dağıtım A.Ş., İstanbul, 1990.
- 2- İşyeri Hekimlerinin Çalışma Şartıyla Görev ve Yetkileri Hakkında Yönetmelik, İşçi Sağlığı Kılavuzu, 3.Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayını, Yorum Basın-Yayın San. Ltd. Şti., Ankara, Mart 1991.
- 3- Ağır ve Tehlikeli İşler Tüzüğü, Çalışma Mevzuatı-3, Petrol-İş Sendikası Hukuk Yayınları-3, Egemen Ofset, İstanbul, 1990.
- 4- Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu, Çalışma Mevzuatı-2, Petrol-İş Sendikası Hukuk Yayınları-2. Egemen Ofset, İstanbul, 1990.
- 5- Tonguç E, Meslek Hastalıklarına Genel Bakış, İş Hekimliği Ders Notları, 3.Basım, Türk Tabipleri Birliği Yayını, Maya Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara, 1993.
- 6- İş Kanunu, Çalışma Mevzuatı-1, Petrol-İş Sendikası Hukuk Yayınları-1, Egemen Ofset, İstanbul, 1990.
- 7- Tunalı I, Adli Tıp, 1 .Baskı. Yarı-Açık Cezaevi Matbaası, Ankara, 1989.
- 8- D.I.E., 1989 Türkiye Nüfus Araştırması, T.C, Başbakanlık D.I.E., Ankara, 1991.
- 9- Sakatların İstihdamı Hakkında Tüzük, Çalışma Mevzuatı-3, Petrol-İş Sendikası Hukuk Yayınları-3. Egemen Ofset, İstanbul, 1990.
- 10-Sözer K, Umut S, "Kömür İşçisi Pnömon-kon-yozunda Kontrol Muayenelerinin Önemi", Adli Tıp Dergisi, 1989, Cilt 5, Sayı 3-4.

ÇEŞİTLİ ÜLKELERDEN ÖRNEKLER

- Pakistan
- Almanya
- Brezilya

Sendikalar: Hâlâ Güç Bir Durum

Koneaz Fatima, Pakistan Sendikalar Federasyonu (PTUF) Başkanı

Pakistan'ın şimdiki nüfusu yaklaşık 98 milyondur ve yılda %3.2'lik bir hızla artmaktadır. Doğum hızı binde 42, ölüm hızı binde 12'dir. Kişi başına düşen yıllık gelir 4910 rupi ya da 280 dolardır. Okur-yazarlık oranı %26'dır. Bu rakamın içinde okul eğitimi görmeyip yalnızca okur-yazar olanlar da bulunmaktadır. Ülkede 4800 kişiye bir doktor, 83000 kişiye bir diş hekimi, 6.4 hastane yatağı başına bir hemşire, 2484 kişiye bir (Parademic), 2493 kişiye bir birinci basamak sağlık kuruluşu ve 1790 kişiye bir hastane yatağı düşmektedir.

1980 nüfus sayımına göre konut koşulları bozulmuştur. Oda başına düşen ortalama insan sayısı 3.5'tir.

Nüfusun %38'i temiz içme suyu, %15'i kanalizasyon, %36'sı ise elektrikten yararlanabilmektedir.

Endüstriyel iş gücünün özellikleri

Endüstride yerleşik ve örgütlü bir iş gücü yoktur. İşçiler köylerden gelmekte ya da şimdi Hindistan toprakları içinde yer alan bölgelerden gelen sığınmacılardan oluşmaktadır. Aslında 1940'ların başında uygun iş ve ev bulmadaki zorluklar nedeniyle hiçbir yerleşik iş gücü bulunmamaktaydı, işçi değişimi çok fazlaydı ve iş gücü, planlanan endüstrileşme sürecinin en zayıf halkasını oluşturuyordu.

Endüstrileşme ve sosyal politika

Son otuz yılda Pakistan'da hızlı ve büyük adımlarla bir endüstrileşme süreci yaşanmıştır. Bu gelişim aynı zamanda toplumda ikili bir yapı yaratmıştır. Tarıma dayalı geniş bir kırsal bölge içinde küçük adacıklar şeklinde, modern teknolojinin getirdiği sorunları yaşayan endüstri kentleri, kasabalar ve mülkler bulunmaktadır.

Çok sayıdaki endüstri işçisini güvenlik ve refah bölgelerinin biraz daha yakınına getirebilmek için çeşitli stratejiler içeren çalışma politikaları kullanılmıştır. 1955 ve 1959'da benimsenen birinci ve ikinci çalışma politikaları tutucu bir yaklaşımla hazırlanmıştır. Endüstriyel barışın ekonomik gelişmeye yardımcı olduğu, bu baskın da işçilere aşırı refah olanakları sağlanarak korunabileceği düşüncesine dayanırlar. Buna karşın 1969 politikası ekonomik ve adli mücadeleleri birbirinden ayırmış ve toplu sözleşmeyi getirmiştir. Ancak hükümetin işe karışması yüzünden bu ılımlı yaklaşım bile başarılı bir sınav verememiştir. Sendikal hareket bir yandan hükümet ve işverenlerle tamamen ters düşerken öte yandan yapısı, rolü ve işlevleri açıkça anlaşılammıştır.

Hükümet politikası ve sendikalar

Pakistan'daki sendika hareketi ülkenin tarihi kadar eskidir. Başlangıçta sendikalar hemen hemen hiç pazarlık güçleri olmadan ve üyeleri için elle tutulur bir kazanım elde edemedi. 1972 ve 1977 arasında politik koşulların bir sonucu olarak bazı sendikalar ve federasyonlar boy gösterdi. Ancak General Ziya-Ül-Hak rejimi tarafından ilan edilen sıkıyönetim; kamu ve özel sektör hastanelerinde, bazı basın-yayın kuruluşlarında ve Pakistan Havayolları'nda sendikal etkinlikleri yasakladı. Ayrıca ulusal bankalarda çalışanların toplu sözleşme hakları da ellerinden alındı.

Bu durum da göstermektedir ki Ziya-Ül-Hak'ın hükümet politikası canlı, yapıcı ve güçlü bir sendika yaratmak değildi. Hükümet ve işverenler en başından beri çalışma karşıtı bir zihniyet içindeydi. Buna örnek olarak ilk işçi sendikası olan Karaçi Tersanesi işçileri Sendikası'nın kuruluşunun hükümet tarafından ertelenmesini verebiliriz.

Ziya-Ül-Hak hükümetinin bakış açısıyla üretimin artması, ekonomik ve sosyal refah ancak sendikal hareketin ortadan kaldırılmasıyla başarılabilirdi. Sendikaları yoketmek ve liderleri susturmak için büyük miktarlarda para harcandı. 1977 ve 1988 yılları arasında kayıtlı sendikaların sayısı artmış gibi görünüyor, ancak örgütlü işçilerin sayısında herhangi bir artış olmuyordu. Pek çok sendika federasyonu yalnızca kağıt üzerinde vardı. Ancak bu federasyonların başkanlıkları üçlü görüşmelere ve diğer toplantılara katılıyor, işçi Fonu Heyeti, Asgari Ücret Heyeti gibi yerlerde temsil ediliyorlardı.

Sosyal Sigortalar Yönetim Kurulunda hükümet ne yazık ki kayıtlı ve temsil yetkisi olan federasyonlarla temsil yetkisi olmayan federasyonlar arasın-da ayırım yapmamaktadır. Bu da doğal olarak ülkedeki sendikaların çok yetersiz ve zayıf bir şekilde iş görmesine neden olmaktadır.

Sendikaların geleceği

Pakistan'da sendikal hareket gelişmeye başladığından beri 42 yıldan fazla bir zaman geçmiştir. Ulaşılan noktanın doyurucu olduğu söylenemez. Hareketin tabanı hâlâ oturmamıştır. Sendika üyelerinin sayısı büyük ölçüde bilinmemektedir. Sendikaların parasal kaynakları çok kıttir. Hemen hemen hiç ücretli çalışanları bulunmamaktadır ve işin çoğu, harekete katkıda bulunmak isteyen orta sınıf aydınların gönüllü çabaları ile yürütülmektedir.

Hareketin gelişmemesinden pek çok etken sorumludur. Bunlardan en belirgin olanı işverenlerin ve hükümetin düşmanca tutumudur. Son 42 yıl boyunca sendikal hareket birçok kez ağır baskılara uğramıştır. Bu baskıların harekete verdiği zarar ölçülemeyecek boyuttadır.

Kamuoyu gibi işverenler de sendikaların hep karşısında olmuşlardır. Sendikalara en temel hak olan tanınma hakkı bile henüz verilmemiştir. Be-nazir Butto hükümetinde bile sendikalara üye olmak ya da sendikalar

aracılığıyla temsil edilmek çeşitli şekillerde cezalandırılmaktadır.

Bütün bu güçlüklerle karşı karşıya olan ve Pakistan gibi yoksulluğun ve işsizliğin çok fazla olduğu bir ülkede bulunan sendikaların neden gelişme gösteremediklerini anlamak güç değildir. Ancak Pakistanlı işçiler umursamazlıklarından ve geriye dönüklüklerinden sıyrılıp yoksulluğu ve acıları yazgıları olarak görmekten vaz geçtikçe, haklarının ve kendi güçlerinin farkına varacaklar ve gittikçe büyüyen sendika saflarına katılarak politik, ekonomik ve sosyal özgürlükleri için savaşıacaklardır.

ALMANYA Salgın Hastalıklar Yeniden Diriliyor

İkinci Dünya Savaşı sonrası Avrupa'da büyük ölçüde kökü kazılan ve pek çok bilimadamı tarafından böyle gösterilen bulaşıcı hastalıklar tekrar hortladı. Yalnızca Üçüncü Dünya Ülkeleri'nin fakir semtlerinde değil, sanayi devletleri olarak anılan ülkelerde de her geçen gün daha çok İnsan difteri, kolera ya da çocuk felcine yakalanıyor ve ölüyor. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verem hastalarının sayısının arttığına dikkat çekiyor. Alman doktorları da salgın hastalıkların yeniden dirilişi konusunda uyarıyor.

Münihli difteri uzmanı Friedrich-Wilhelm Tiller, gerçi alarm vermediklerini, ancak bu bulaşıcı hastalığın 1994 yılının Almanya'sında görülmesinin endişe verici olduğunu söyledi. Tiller, "Olağanüstü ilaçlar var, ancak bir salgın olarak difteriyi hafızalarımızdan silmiştik" dedi.

Bu nedenle doktorların bu konudaki bilgi eksikliği, geç teşhis ve halkın aşya fazla istekli olmaması ortaya çıkan sonuçlardır. Aşı yapılması gereken difteriye karşı tahminlere göre her beş kişiden biri bağışık. Özellikle tatile çıkanlar tehlikededir. Genellikle kalabalık olan Moskova Havaalanı'na iniş bile hastalığın bulaşma tehlikesini taşıyor.

Almanların aşya fazla istekli olmamalarına koşut Doğu Avrupa'da devletin sağlık sisteminin çöküşünden sonra özellikle Rusya ve Ukrayna'da difteri büyük ölçüde artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü bu yıl Rusya'da yaklaşık 40 bin kişinin hastalanacağını ve bunun en az iki bininin yaşamını yitireceğini tahmin ediyor. Oysa 1992 yılında yalnızca 12.500 dolaylarında hasta kaydedilmişti.

Berlin Robert Koch Enstitüsü bili-madamlarından Prof. VValtraud Thilo'nun Aşağı Saksonya Tabipler Dergisi'ndeki makalesinde salgının yakın bir tarihte önüne geçilemeyeceğini, tam tersi bir gelişmenin görüldüğünü bildiriliyor. 1993 yılında 21 Avrupa ülkesinde küçük salgınlar ya da münferit vakaların yaşandığı belirtilmektedir.

Almanya'da geçtiğimiz yıl dokuz insanda difteri tespit edilmiştir. Ancak ülkede bir difteri salgınının baş göstermesi olanaksız. Ama yine de dikkatli olmakta yarar var. Ancak halkın yüzde 90'ından fazlası difteri aşısı olması durumunda bu sinsi virüsten tam anlamıyla korunmak mümkün. Federal Sağlık Dairesi'nce verilen bilgiye göre, yetişkinlerin ve bunların büyük bölümü yeni eyaletlerde olmak üzere yalnızca yüzde onu kadarı bu hastalığa yakalanmayacak durumda.

Uzmanlar ince hastalık olarak da bilinen tüberkülozun ve koleranın günün birinde geri döneceğini tahmin etmemişlerdi. Dünya Sağlık Örgütü, 2000 yılına dek verem hastalarının sayısının 30 milyonu bulacağını tahmin ediyor. Dünya Sağlık Örgütü verem uzmanlarından Kraig Klauđt, veremin dünyada en çok İhmal edilen hastalıklardan biri olduğunu belirterek, İyi ilaçların olmasına rağmen bu trajedinin yaşanıyor olmasının aslında tamamen yersiz olduğunu söyledi. Klauđt "Biz bir mucize silah aramıyoruz, ilaçlar zaten var, ancak doğru kullanılmıyorlar" dedi. Görülen vakaların büyük bölümünün önlenebileceğini söyledi. Klauđt, 1990-1992 yılları arasında yalnızca İspanya'da yüzde 28'den fazla bir artış kaydedildiğini ve kolera ile verem virüsünün tüm dünyada tekrar yayılmaya başladığını bildirdi. Sağlık alanındaki iyi koşullar nedeniyle Almanya için henüz bir tehlikenin sözkonusu olmadığına işaret etti.

Hannover Behring işletmeleri salgın uzmanlarından Helma Weber Oldecop "biz de bu tehlikeyle karşılaşabiliriz. Eğer Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Doğu Avrupa'da bu saigin hastalıklara sıklıkla rastlanıyorsa, bizde de birkaç yıl sonra görüleceklerdir" dedi. Bu hastalıkların artışını antibiyotiklerin bolca kullanımına başlayan uzman, bu şekilde bakterilerin bağışıklık kazandığını ve giderek daha az insanın iyileştirilebildiğini sözlerine ekledi.

(DİD, Alman Haberler Servisi, 11 Ağustos 1994, No.2698)

BREZİLYA

Brezilya'da Düşüklere Bağlı Ana Ölümleri Giderek Artıyor

Rio de Janeiro'da, Miguel Couto Doğümevi'nde, 1978 ile 1987 yılları arasındaki on yıllık bir dönemin incelenmesi sonunda, düşüklere bağlı ana ölümlerinin %268 arttığı saptandı.

Miguel Couto Doğümevi, sadece Brezilya'nın değil Güney Amerika'nın da en büyük gecekondu bölgelerinden birisinin yakınında kurulu ve genellikle, kentin yoksul gecekondu semtlerine hizmet veren bir doğum-evidir.

Araştırmada, ana ölümleri içinde, doğrudan gebeliğe bağlı ölümler %82 olarak saptanmış olup; en büyük neden %47 ile düşük komplikasyonlarıdır. Diğer nedenler; %19 ile toksemiler, %13 ile kanamalar, %3 ile enfeksiyonlar olarak sıralanmaktadır. Ana

ölümlerinin dolaylı nedenleri içinde ise %6'şar ile kardiyak ve solunum yolu nedenleri başta gelmektedir.

Düşüklere bağlı ölümlerin en büyük nedeni, yasal olmayan yollarla yapılan düşük girişimleridir. İncelemenin yapıldığı on yıllık dönem içinde 7633 kadın düşük komplikasyonu nedeni ile hastaneye acilen getirilmiş ve bunların da üçte ikisinin, yasal olmayan yollarla yapılan düşük girişimleri olduğu saptanmıştır. Bu anneler genellikle gebeliğin ikinci trimesterinde olup, ölümün esas nedeni ise sepsis-dir. Hastalann üçte biri hastaneye getirildiğinde irreversibl şokta olup, hastanede ortalama iki gün yaşatabilmektedirler.

Miguel Couto Doğümevi'ndeki, Ana Ölüm Hızı (AÖH), 1978 yılı için yüzbinde 128 iken, 1987 yılında yüz-

binde 462 olarak gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin içinde düşük kompiikasyonu nedeni ile AÖH ise yüzde 197'dir.

Araştırmacılar, antenatal bakım ile ilgili verilerin eksik olduğu Brezilya'da, gebelikteki herhangi bir antenatal bakımın tüm gebelerin %20'sinden daha azında gerçekleştirilebildiğini hesaplıyorlar.

Tıpkı Brezilya'da olduğu gibi, Latin Amerika'daki diğer hastanelerde de doğum yataklarının %25'ini düşük kompiikasyonu nedeni ile yatan kadınlar oluşturuyor.

İletişim ve Sağlık

(Keith E.Kentopp, Francis Zanger)

Günümüzde, kıtalararası telefon konuşması yapmak veya uydu kanalı ile TV yayınlarını izlemek günlük yaşamın bir parçası haline geldi. Artan teknolojik bilgilerin yanında bu gelişimin bir diğer nedeni de Cenevre'de bulunan ve Birleşmiş Milletlerin bir yan kuruluşu olan Uluslararası İletişim Birliği'nin (International Telecommunication Union) koordinatörlüğü ile yapılan çalışmalardır. Çünkü, iletişimin yaygınlaştırılabilmesi ve işlevsel olabilmesi için belli standartların oluşturulması ve uluslararası anlaşmaların yapılması gerekmektedir, iletişimin, sosyal ve ekonomik gelişim sürecinde üstlendiği yaşamsal rol dikkate alınırsa İTÜ'nün önemi daha iyi anlaşılır. Sağlık alanında da iletişimin öneminden söz etmek olasıdır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hastalık etkenlerinin ortadan kaldırılması amacı ile insanlara ulaşmanın en kolay yolu iletişim araçlarıdır. Yayın alanını artırmak veya ucuz transistörlü radyoların yaygın kullanımını sağlamak gibi bazı girişimler sayesinde iletişim araçları "sağlık eğitim programlarında etkin olarak kullanılabilir ve böylece eğitimin önündeki en büyük engellerden biri olan okuma-yazma sorunu aşıldığı gibi, insanlara kendi ana dillerinde ulaşabilme olanağı sağlanmış olur.

Koruyucu sağlık çalışmalarında iletişimin rolüne örnek olarak. Birleşmiş Milletlerin 1980 yılında Bangladeş'te temiz içme suyu sağlama amacıyla uygulamaya koyduğu çalışma gösterilebilir. Başarılı olabilmesi için, insanların eski alışkanlıklarını terketmelerinin ve katılımlarının sağlanmasının çok önemli olduğu bu çalışmada, düzenli radyo yayınları kilit rol oynamış ve toplum katılımını sağlamanın yanında eğitim işlevini de yerine getirmiştir. Benzer bir yaygın çalışma bu kez 1979 yılında UNICEF ve WHO tarafından Botswana'da, sağlık beslenme ve birincil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde halkın eğitilmesi amacı ile yapılmış ve burada da radyo yayınları önemli bir rol oynamıştır. Aynı yıllarda Gambia'da her evde bir radyo bulunmasına yönelik çalışmalar düzenlenmiş ve böylece bağışıklama çalışmalarının halka yaygın olarak haber verilebilmesi sağlanmıştır.

Ulusal ve uluslararası düzeyde hastalık takip ve kontrolü veya örgütler arası koordinasyonun kurulabilmesi amacı ile alıcı-verici radyolar, teleks ve diğer iletişim araçlarının gerekliliği yadsınamaz. WHO, bulaşıcı hastalıklarla savaşta böyle bir iletişim ağı kullanmaktadır: "Otomatik Teleks Yanıt Servisi." Bu ağ sayesinde salgınlar ve tehlikeli hastalıklarla ilgili en yeni bilgiler dünyanın her yerine ulaştırılabilmektedir. Öte yandan Bangladeş, Zaire, Etiyopya gibi birçok ülkede, suçiçeği ve benzeri birçok hastalığın eradikasyon çalışmalarında, alıcı-verici radyolar kullanılarak gerekli müdahaleler gecikmeden yapılabilmektedir ve böylece risk altındaki populasyon daha hızla korunabilmiştir.

Doğal felaketlerde ve benzeri durumlarda da uluslararası iletişim ağı insanlığın en büyük yardımcısı olmuştur. Bu amaçla sadece tayfun, kasırga gibi felaketler değil aynı zamanda, sel, toprak kayması, çekirge istilası ve zirai salgınlar da uydu ve uçak bağlantılı merkezler tarafından kontrol edilmekte, gerekli müdahaleler daha hızla yapılabilmektedir. Bazen de 1976 Guatemala depreminde olduğu gibi, felaketler sırasında iletişim araçlarının kullanılması, sonraki dönemlerde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine de yardım etmektedir. Deprem sonrası kurtarma ve daha sonra da tamirat çalışmalarında alıcı-verici radyoların kullanılmasından sonra, o güne dek yeterli sağlık hizmeti alamayan yöre halkı, radyoların sağlık hizmetinde de kullanılabileceğini keşfetmişler ve böylece hizmetlerde önemli gelişmeler kaydedilmiştir.

İletişim sistemlerindeki modern gelişmeler sayesinde telefon, teleks ve diğer olanakların en uzak bölgelere kadar ulaştırılması ve iletişimin yaygınlaştırılması mümkün olmuştur. Zambia'da sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmak amacıyla uygulamaya konan bir programın ilk basamağında, sağlık merkezlerine teleks ağı kurulmuş ve böylece Sağlık Bakanlığı ile hızlı iletişim kurmaları sağlanmıştır. Öte yandan, ülkenin en ücra köşelerine hizmet götürülen "Zambia Uçan Hekimler Servisi'nin ve yerel hastanelerin temel iletişim aracı radyolardır. Pasifik bölgesinde uygulanmaya başlanan coğrafi anlamda dünyanın en geniş sağlık projesinin başarıya ulaşması uydu-yer bağlantıları sayesinde olmuştur. NASA ATS-1 uydusu ve faks olanağı da bulunan yer merkezler sayesinde dünya yüzölçümünün yaklaşık üçte biri büyüklüğündeki bir alanda sağlık hizmetleri yaygınlaştırılabilmektedir.

İletişim sistemlerinin, kazaları önlemede de büyük önemi vardır. Ambulans ve polis araçlarına konacak alıcı-verici radyo sistemleri, özellikle otoyollarda hız kontrol cihazları, otomatik sinyalizasyon sistemleri ve radyo, televizyon gibi iletişim araçları ile hava ve yol durum uyarıları, güvenli trafik akışını sağlayabilir. Ambulans araçlarına konacak alıcı-verici radyo sistemleri aynı zamanda, sağlık personelinin hastane ile veya yardım gereksinimi olanlarla gerektiğinde bağlantı kurmasını sağlayarak hizmet akışını hızlandırabilir.

İletişim araçlarının kullanılabileceği alanların bir diğeri de özürülülerin rehabilitasyonudur. Eski Sovyetler Birliği'nde İşitme engelli çocukların eğitiminde mikrofön-kulaklık sistemleri kullanılmış ve bu yöntemle konuşmayı daha çabuk öğrenebildikleri gözlenmiştir. Unutmamak gerekir ki işaret dili de bir tür iletişimdir ve bazı ülkeler televizyon yayınlarında bu dili kullanmaktadırlar. Ayrıca yatağa bağımlı çocukların eğitiminin

devamlılığında radyo, televizyon yayınlarının önemi büyüktür. Özellikle de bu yayınların kimi zaman iki yönlü olması ve eğitici tarafından periyodik ev ziyaretleri ile desteklenmesi etkinliği artmaktadır. Görme engelli insanların çevreleri ile iletişim kurabilmelerinde radyonun önemli bir yeri vardır. Öte yandan kurulacak özel sistemler ve "Braille" harflerinin kullanımı teleks sistemlerini de görme engellilerin hizmetine sunabilir. Özürlülerin kullanabileceği şekilde dizayn edilmiş telefonların hizmete sunulması da bu alanda önemli bir adım olacaktır. El büyüklüğünde bir monitör ve telefon yardımı ile kalp hastalarının evlerinde sürekli kontrolü ve gerekli müdahaleyi hızla yapabilmek olasıdır. Görüldüğü gibi toplum sağlığına farklı alanlarda ve etkin bir şekilde hizmet eden iletişim sistemlerinin yaygınlaştırılmasının devam etmesi, salt sosyal ve ekonomik gelişimi sağlamakla kalmayacak, aynı zamanda yaşam kalitesini artıran önemli faktörlerden biri olacaktır.

Derleyen: Ömür Çınar Elçi
(") World Health Magazine, Apr. 1981, pp. 3-7

OKURLARIN KALEMİNDEN:

- İstanbul Toplantısı (Dr.Sema Akalın)
- Sağlık ve Medya (Dr.Şükrü Güner)
- İzmir'de Bir Sağlık Programı: "Aktif Sağlık (Dr.Ömür Çınar Elçi)
- Formaldehit : Bir Kanserojen mi? (Kim.Müh. Mustafa Taşyürek)

İSTANBUL TOPLANTISI

2-3 Nisan 1994 tarihlerinde İstanbul'da gerçekleştirilen "Sağlık ve Medya" konulu Okur Semineri, değişik yaş ve meslek gruplarından, farklı illerden yirmi kişiyi buluşturdu. Toplantı yeni dostlukları, deneyim alış-verişini ve böyle zor bir konuda geleceğe yönelik umutları arttırdı.

Medya ve Sağlık ilişkisi Halk Sağlığına duyarlı toplumsal kesimleri başlıca iki yönüyle ilgilendirmektedir:

- Bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden "iyiliğini" sağlayacak önlemlerin alınabilmesine katkıda bulunulması,

- Toplum, yerel yöneticileri ve politikacıları güdüleyerek, sağlık politikaları hakkında bilgilendirmesi, alternatifler sunması,

Medya-Sağlık etkileşimindeki herhangi bir aksaklık sonuçta toplum sağlığına zarar verebilmekte, bu alandaki olumluluklar ise sağlıkta fırsatların kaçırılmamasında yardımcı olmaktadır.

Toplantı bu genel saptamaların ardından yerel ve genel basında sağlık haberlerine verilen önemi bu haberlerin verilmiş biçimini ve güvenilirliğini tartışan dört ayrı sunumla devam etti. Sonuç olarak aşağıdaki noktaların öne çıktığı görüldü.

- Medya çok geniş bir kavramdır. Bir bilgi veya haberi sunmak amacıyla kullanılan tüm iletişim kanallarını (camilerdeki vaazlar dahil) kapsar.

- Sağlık ve Medya iki ayrı hizmet sektörü olarak aynı tüketici kesime yönelik çalışmalarında birçok sorun yaşamaktadır.

- Medya kendi oto-denetimsizliğine bağlı olarak topluma sağlıkla ilgili bir çok yanlış bilgi sunabilmektedir.

Yine medya aynı nedenle, ulusal ve uluslararası ölçekte, çoğu kez toplumları sağlıkla ilgili yanlış politikaları tercih etmeye yönlendirebilmektedir. Sonuçta toplumda medya aracılığı ile oluşan bilgi ve tutum değişimi, bireylerin kendi sağlıkları lehine politikaları kavramalarını zorlaştırmaktadır.

Medyayı bu denil işneledikten sonra "çuvaldızı" kendimize batırdık!

Sağlık hizmetlerini yönetenler ve sunanlarda da medyadakine benzer bir oto-denetimsizlik yaşanması, sağlık hizmetlerinden yararlananların arzu edilen kalitede ve güvenilirlikte yararlanamamalarına ve sağlık hizmetlerini denetleme görevini medyadan bekler bir duruma gelmelerine yol açmaktadır.

İkinci günün tartışma konusu medyanın sağlık ile ve sağlığın medya ile nasıl barıştırılabileceği oldu.

Bu hedefe ulaşılabilmesi için bazı avantajlar olduğu tespit edildi. Halkın sağlık haberlerine duyarlılığı nedeni ile basın bu konuyu gözardı edememektedir. Sağlık sektöründe nitelikleri giderek artan meslek kuruluşları olduğu gibi, medya sektöründe de sağlık muhabirleri örgütlenmişler ve bir dernek çatısında biraraya gelmişlerdir. Bu gelişmeler oto-denetim oluşması için önemli adımlardır.

Medyanın gücünden toplumun sağlığı lehine yararlanılabilmesi mümkündür. Bunun başarılması için:

- Medya ile sağlıkçıların daha sıkı diyaloglar kurması,

- Sağlık ile ilgili topluma sunulabilecek güvenilir kriterlerin bilimsel olarak belirlenmesi ve sağlık meslek birliklerinin bu konuda güvenilirliklerinin artırılması,

- Toplumun sağlığını tehdit eden olaylarda, olay henüz sıcakken iyi bir sunumla medyaya destek olunarak, onlardan da destek beklenmesi,

- Sağlık ile ilgili kurumların oto-denetim yapabilir duruma gelmeleri,

- Tüm sivil toplum örgütleri ile olan ilişkilerde daha iyi nitelikli, eşit ve ulaşılabilir bir sağlık hizmeti anlayışının paylaşılıp, tüketicinin bilinçlenmesine önayak olunması gereklidir.

Katılımcılar bu konudaki görüşlerin tartışılması ve ortak noktaların altının çizilmesinin ardından bir sonraki okur seminerinde biraraya gelmek üzere İstanbul'dan ayrıldılar.

İlk kez katıldığım okur seminerinin katılımcı ve paylaşımcı ruhu beni oldukça etkiledi. Önümüzdeki okur seminerini beklerken bu toplantının sonuçlarının yaşama geçirilebilmesi, ortak bir uğraş olarak gündelik yaşantımıza girdi. Tüm Çalışma Ortamı okurlarına sevgi ve dostlukla.

Dr. Sema AKALIN / İSTANBUL

SAĞLIK VE MEDYA

Batı dillerindeki "communication" sözcüğünün karşılığı olan "iletişim" kavramının önemi günümüz dünyasında giderek artmaktadır. Günlük yaşamımızın adeta bir parçası olmuştur, iletişim genel olarak "bilgilerin aktarılması"dır. Aktarılmak istenen mesajları taşımayı sağlayan araç ise medya'dır. İletişim'de koşul iletişim aracıdır. Bu araç olmadan kişilerin birbirleriyle ilişki kurmaları mümkün değildir. İşte bu araç bilimsel dilde "medya" olarak adlandırılmaktadır.

Bir ifade aracı olarak medya basın, televizyon, radyo, reklam dünyasını vurgulamaktadır. Bu alan yaşamımızın bütün kesimlerini etkilediği gibi, toplumumuzun hemen hemen tamamının ilgi alanı olan sağlık konusunu hiç gündemden düşürmemektedir. Bu konuda da medya büyük bir hazineye sahiptir. Ülkemizde yeterli bir sağlık kültürü oluşmadığından sağlık haberleri, insanlarımızın hiç bir süzgeçten geçirmeden de ilgisini çekmektedir.

Günlük yayın organları, haftalık, aylık periyodikler, radyo ve TV programları, reklam dünyası sağlık konularıyla doludur. Ama ne yazık ki, bu doluluğun bilimselliği ve doğruluğu çok şüphe götürmektedir. Medya bu haberleri yeterli bir inceleme yapmadan vermektedir. Pek çoğunun sağlık danışmanları bulunmadığı gibi, bu alanda yetişmiş sağlık muhabirlerine bile yeterli özeni göstermemektedir. Çünkü ona göre sağlıkta ne haber olsa gider... Sağlık alanında her türlü olumsuzluğun yaşandığı, insanlarımızın sağlıklarının son derece bozuk olduğu ve sağlık üzerine çok yetersiz bilgi sahibi bir ortam, sağlık haberlerine açtır ve ilgisini çeker. Medya için, çarpıcı bir başlık, renkli bir fotoğraf, ağlayan bir anne, isyan eden bir baba ile röportaj amacına ulaşma yolunda yeterli olmaktadır. Çoğunlukla sebep-sonuç ilişkisine girilmemekte, sorunun altında yatan nedenlere inilmemektedir. Sağlığın medyadaki bu durumundan sorumlu sadece medya çalışanları mıdır? Kuşkusuz hayır. Basında yazım çıkacak, haberim çıkacak, TV'de görüneceğim, radyoda konuşacağım diye bilimsellikten uzak, halkı yanlış yönlendiren hekimlerimizi, sağlık elemanlarımızı görmüyor muyuz? 50 yıldır uygulanan tedavi yöntemlerini kendi bulduğu, yeni uygulama gibi anlatan, gazete sayfalarında reçete yazarak tedavi yapmaya kalkan, bilimselliği kanıtlanmamış, bilimsel kurallarda tartışılarak kabul edilmemiş sağlık konularını basına sansasyonel olarak anlatan meslektaşlarımızı görmüyor muyuz? El ilanı dağıtan, uyguladığı tedavileri renkli broşür yaparak dağıtan meslektaşlarımızı tanımıyor muyuz? Bu olaylar karşısında bizler ne yapıyoruz? Meslek kuruluşlarımız ne yapıyor veya yapabiliyor? İğneyi önce kendimize batırmalıyız...

Dr. Şükrü Güner

İZMİR'DE BİR SAĞLIK PROGRAMI: "AKTİF SAĞLIK"

Özel yerel radyoların açılmasından sonraki ilk bocalama dönemleri atlatıldıktan sonra, radyonun iletişimdeki önemi ve etkinliği bazı yayıncılar ve kitle örgütleri tarafından değerlendirilmiştir. Bu olumlu süreç, İzmir'de yayın yapan birkaç yerel radyonun yayın akışlarını etkilemiş ve toplum gereksinimleri de dikkate alınarak, iletişimi sağlama kaygısı taşıyan, insan, kent, çevre, tüketim, politika gibi birçok değişik konuda sözel programlar yapılmaya başlanmıştır. Fakat insanımızın genel bakış açısı paralelinde sağlık sorunları bir süre bu programlar içinde de ihmal edilmiştir. Öte yandan sağlık sorunlarına yönelik bir programı yapmaya, bu yükü omuzlamaya cesaret edip öne çıkan da olmamıştır.

Bu süreç devam ederken, İzmir Tabip Odası-Halk Sağlığı Kolu, radyo yayınlarının başlangıcından beri üyeler tarafından tartışılan ve yapılması önerilen sağlık programını hayata geçirme kararı aldı. Ardından başlayan tartışmalar çoğunlukla radyo seçimi ve içerik konusunda oldu. Çünkü hemen her radyonun seslendiği topluluk sosyal ve kültürel açıdan bir değerinden farklılıklar gösteriyordu. Bu da doğal olarak program içerik ve akışını etkileyen önemli etkenlerin başında gelmekteydi. Yapılmak istenen bir sağlık programından çok, toplumun her kesimini ilgilendirecek sağlıklı ilgili sorunlara ve sosyal etkilerine değinmek, bir yandan toplum sağlığına yönelik eğitim görevini üstlenirken, öte yandan sorunları tartışmaya açmaktı. Komisyona desteklerini ileten radyolar içinden, yayınlarında sosyal sorunlara ağırlık veren fakat şimdiye dek sağlık programı yapmamış olan Radyo Aktif seçildi ve ilk görüşmelerden sonra, haftada bir saat canlı yayın konusunda anlaşma sağlandı. Fakat, komisyon üyelerinin, tamamen farklı bir eğitim gerektiren radyoculuk konusunda en ufak bir deneyimleri yoktu. Doğrusu bu da cesaretleri kırmıyor değildi. Korkular ve kaygılar, uzayıp giden tartışmalara neden olurken, gönüllü olan üç hekimle programa başlama kararı alındı. Konu belirleme, konuk seçme, yayına hazırlık koşturmaları ile ve tamamen amatörce fakat, yüklenilen sorumluluğun ciddiyeti ile "Aktif Sağlık" üç ayını doldurdu. Başlangıçtaki "mikrofon korkusu"nu birkaç program sonrası yenmek, çalışmaların daha hızlı ve keyifli bir tempoda sürdürülmesine önayak oldu. Güncel konular yanında tıp tarih, mitoloji gibi değişik alanlardan seçilen konular programa ayrı bir renk getirdi. Toplum sağlığını hedefleyerek yayına başlayan "Aktif Sağlık" için, yayın amacı paralelinde seçilen konular her geçen gün toplumun değişik kesimlerinden birçok insanın ilgisini çekmeye başladı. Bağı-şıklama, ana-çocuk sağlığı, çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, birincil sağlık hizmetleri, yerel sağlık hizmetleri, tıbbi etik gibi birçok değişik alanda konulara değinilen program içinde özellikle ilgi çeken konularda bazıları; Tüberküloz, Bağı-şıklama, Doğum kontrol yöntemleri ve İzmir'de uygulanmaya başlanan Norpant, Çocuk İstismarı, Hasta hakları, Belediye sağlık hizmetleri. Katı atıklar ve İzmir'in çöp sorunu, Yatağan ve çevre sorunları, Yaşlılar, Kimyasal tarım ilaçları, Türkiye'de ilaç sektörü ve sorunları...

Konuların güncel olması ve programa çağrılan birbirinden değerli bilim ve düşün İnsanları, ilginin her geçen gün biraz daha artmasına neden olmuş bir anlamda programın hedefi doğrultusunda hızla yol aldığını göstermiştir, iletilen olumlu mesajlar, yapılan eleştiriler, programa emek veren insanları ve bu alanda düşünce üretkenleri mutlandırmaları yanında en önemli yol gösterici olmuştur. Özellikle bazı hastanelerde sağlık çalışanlarının program saatinde toplanıp yayınları birlikte izlemeleri, farklı alandan üniversite öğrencilerinin her programı bir ders gibi izlediklerini iletmeleri, insanların daha fazlasını isteyen yapıcı eleştirileri ve önerileri ve diğer bazı yerel radyolardan yapılan teklifler, sınırlı da olsa "Aktif Sağlık"ın bir boşluğu kapadığını en azından bu yolda olduğunu göstermektedir.

Öte yandan, başlangıçta destek ve teşviklerini aldığımız radyo sahiplerinden bir kısmının programa "olmasa da olur" yada "olmasa daha iyi olur" yaklaşımı ile bakmaları, "canım, haftada bir saat sağlık konusunda ne söylenir!" cümlesinde özetlenebilen o bildik mantıkla bakmaları ve emek verenleri bir süre de olsa sıkıntıya sokmaları, daha mücadele edilmesi gereken çok şey olduğunu göstermesi açısından eğitici olmuş, fakat dinleyicilerden gelen olumlu eleştiriler ve programı hazırlayanların kararlılıkları o yaklaşıma gerekli cevabı

vermiştir.

Dr .Ömür Çınar Elçi / İzmir

FORMALDEHİT: BİR KANSEROJEN Mİ?

Sanayide genellikle formalin (veya formol) şeklinde kullanılır. Bu ağırlıkça %35-50 formaldehit içeren sulu çözeltilerdir.

Formaldehit acı, renksiz, boğucu, keskin kokulu bir sıvıdır. Kaynama noktası 98°C, parlama (alevlenme) noktası (açık kapta) 694°C. (kapalı kapta) 37,7°C, patlama sınırları %7,0-73, kendiliğinden tutuşma derecesi 430°C'dir. Su, alkol ve eterde çok çözünür.

Formaldehitin çok geniş bir kullanım alanı olmasından dolayı maruz kalan işçi sayısı da çok fazladır. Uygun güvenlik ve sağlık önlemleri alınmayan işyerleri ve laboratuvarlarda çalışanlara solunum yolu ve deri teması ile etki eder. Burun, boğaz, solunum yolları ve deride tahriş yapar. Yüksek konsantrasyondaki formaldehite maruz kalanlarda idrar tutukluğu (anuri), tırnaklarda yumuşaklık ve bağırsak rahatsızlığı görülebilir. Sık sık temas deride allerji ve dermatit yapar. Bazı insanların duyarlılığı diğerlerinden daha fazla olabilir. Son zamanlarda yapılan çalışmalar bu maddenin insan için kanserojen olabileceği kuşkusunun doğmasına neden olmuştur.

Çalışma ortamı atmosferindeki formaldehite maruziyetin akut etkileri tablo 1 'de özet olarak gösterilmiştir,

Tablo: 1 Ortam atmosferindeki (airborne) formaldehite maruziyetin akut etkileri:

Etkiler	Ortam Atmosferindeki formaldehit konsantrasyonu (ppm)
Koku çıkarma.....	0,05-1,0
Göz tahrişi.....	0,01-2,0
Üst solunum yollarında tahriş.....	0,10-25
Alt havayolu ve pulmoner etkiler.....	5-30
Pulmoner (akciğer) ödem, kızarma (iltihaplanma), pnömoni (akciğer iltihabı).....	50-100
Ölüm.....	100

(Zenz, Cari., Occupational Medicine, Principles and Practical Applications, Second Editl-on., Year Book Medical Publisher*, Inc., Chicago, 1988, s.734)

Formaldehitin sanayide kullanıldığı yerleri şöylece özetlemek olasıdır:

- * Sentetik reçinelerde (fenolik, karba-mid, melamin),
- * Kimyasal sentezlerde (heksametilen tetramin, etilen glikol, formik asit, formal, asetaldehit, para formaldehit),
- * Boyalarda (trifenil metan, aramin, antrasen, kinolin),
- " Patlayıcılarda (rox),
- * Tıpta (dezenfaktan, mikrop öldürücü)
- * Dericilikte (koruyucu, sertleştirir.).
- * Hasır şapkalara (su geçirmez duruma getirmede),
- * Kürklerin kıllarını tespitite,
- " Botanik, zooloji ve bakteriolojide (koruyucu),
- * Kağıda su ve jelatin emdirerek su geçirmez hale getirmede,
- * Kola ve kola preparasyonunda (katılaştırıcı. koruyucu).
- * Rayon (sentetik ipek), tekstil ürünleri ve şeker kamışında (koruyucu).
- " Aynaların sırlanmasında,
- * Metalürjide (altın ve gümüş indirgenmesinde),
- * Kauçuk ve lastikte (koruyucu ve dolgu maddesi olarak)
- * Kontrplak, komprime liflerden yapılmış tahta, termal izolasyon köpüklerinde kullanılır.

Sağlık ve Güvenlik Önlemleri:

Formaldehit serin, iyi havalandırılan, açık alevlerden veya yangın tehlikesi olan alanlardan uzak yerlerde depolanmalıdır. Taşındığı varil veya tanklar güvenli bir şekilde kapatılmalı ve kolay görünür bir şekilde etiketlenmelidir. Dökülmesi durumunda uygun solunum yolları koruyucusu olan işçiler tarafından derhal temizlenmelidir. Ortam atmosferinde çok fazla miktarda formaldehit olması durumunda dışarıdan hava beslemeli veya kendiliğinden hava sağlayan (tüplü) maskeler kullanılmalıdır.

Yangın durumunda karbon dioksitli veya karbon tetraklorürlü (BCF) yangın söndürücüler kullanılmalıdır. Serbest formaldehit içeren katı maddelerle veya fazla miktarda formaldehit içeren çözeltilerle temas eden kişiler genel ve yerel aspirasyon sistemi gibi teknik önlemlerle korunmalıdır.

Formaldehit ile yapılan çalışmalarda riskleri ve tehlikeleri önlemek için genel iş güvenliği uygulamalarında daha fazla bir dikkat ve özen gösterilmelidir.

Gösterilmesi gereken özeni şöyle sıralayabiliriz:

- İşçilerin formaldehit kullandıkları alanlara, kolayca bulunabilecek yerlere acil tehlike duşları ve göz duşları konulmalıdır.
- Eğer deri maruziyeti riski varsa acil duş olanakları sağlanmalıdır.
- Cilde bulaşması durumunda su ve sabunla iyice yıkanmalıdır. Göze sıçrarsa en az 15 dakika bol su ile yıkanmalıdır.
- Kimyasal maddelerle çalışılan alanlarda, bunlar taşınırken, işleme tabi tutulurken veya depolandığı alanlarda; herhangi bir şey yemeye, içmeye, sigara içmeye izin verilmemelidir.
- Bu madde ile çalışan işçiler yemeklerden önce ellerini yıkamalıdır, vardiya sonunda duş almalıdır.
- Çalışanların maruziyet süresi olabildiğince azaltılmalı, rotasyona tabi tutulmalıdır,
- İşçilerin periyodik muayenelerinde özellikle gözler, cilt ve solunum yolları iyi bir şekilde kontrol edilmelidir.

Mustafa Taşyürek / Kocaeli

KAYNAKLAR:

1. Zenz, Cari., Occupational Medicine, Principles and Practical Applications, Second Edition., Year Book Medical Publishers, Inc., Chicago, 1988,s.735.
2. —, Sanayide En çok Rastlanan Zehirli ve Tehlikeli Maddeler, T.C. Çalışma Bak. İşçi Sağ. Genel Md. Kardeş Matbaası, 1970 Ankara, s.100.
3. Parmeggiani, Dr. Luigi (Tec. Ed)., Encyclopaedia of Occupational Health and Safety,, Third Edition, Volume 1., ILO Geneva, 1983, s.914-915.
4. Hans, Mick. Today's Supervisor, National Safety Council, November 1991., Chicago, s.10-11,

Toplum Hekimliği Eylemleri:

- Toplum Hekimliği Eylem Grubu
- Toplum Hekimliği Tanıtma Çalışmaları Bürosu / Ankara Tabip Odası

TOPLUM HEKİMLİĞİ EYLEM GRUBU

Tüm değer yargılarının erozyona uğraması ile birlikte sağlığı meta olarak gören anlayışın kabul ettirilmeye çalışıldığı günümüzde, **224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun"**a inanan ve onu destekleyen kişilerin biraraya gelmesi ve yasayı tekrar irdeleyip tartışması gündeme gelmiştir. Bu amaçla, 17 Eylül tarihinde İzmir'de Prof. Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU, Dr. Derman BOZTOK, Prof. Dr. Necati DEDEOĞLU, Doç. Dr. A. Gürhan FİŞEK, Dr. Bülent KILIÇ, Dr. Berna MUSAL ve Dr. Mehmet ZENCİR bir grup çalışması gerçekleştirmişlerdir.

Ülkemizde 1961 yılından buyana halkın sağlık sorunlarına çözüm bulmayı amaçlayan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası" bilindiği üzere, son yıllarda çeşitli kesimlerce yoğun biçimde tartışılmış ve bazı kesimler tarafından başta özel finans kaynaklarıyla ilintilendirilmesi ve sağlık birimlerinin özelleştirilmesi gündeme getirilmiştir. **Bu durum yasanın özünü içtenlikle ve ödün vermeksizin korumaya kararlı kişilerin yeniden yasa çevresinde kenetlenmesini sağlamıştır.**

Öncelikle yasanın ilk uygulanmaya başladığı yıllarda, çok zor koşullar altında bile, sağlık çalışanlarının büyük bir coşku ve heyecanla yasayı uygulamaları, herşeyden önce bunu toplumla paylaşmaları unutulmamalıdır. 1960'lı yıllarda, yılın büyük zamanı yolların kapandığı, ulaşımın ve iletişimin olmadığı bir dönemde, çeşitli bilim adamlarının da kabul ettiği gibi Muş ve çevre illerde son derece başarılı sonuçlar alınmıştır.

Tüm bu gerçekler göz önüne alındığında; öncelikle **amacın, sosyalleştirme yasaasının ilkelerinin aynen korunarak ve ilk çıktığı zamanki haliyle uygulanmasının sağlanması** olmalıdır.

Grup çalışması sırasında 224 sayılı yasa gene! olarak gözden geçirilmiş ve günümüze uymadığı öne sürülen bazı maddeleri tartışılmıştır. Örneğin yasada köylerden söz edilmesinin nedeninin o dönemde halkın %80'inin köylerde yaşamasından kaynaklandığı belirtilerek, yasanın uygulanmasıyla edinilen deneyimler ve özellikle kentte hizmetin uyarlanmasının getirdiği yeni atılım gereksinimleri ile günümüzde kentlerle ilgili ek yönetmeliklerin çıkarılabileceği belirtilmiştir. Ayrıca kentlerde sağlık hizmeti sunumu ve yasaya uygun modeller tartışılmış ve yasanın kursuz bir sağlık hizmeti için gereken tüm ilkeleri kapsadığı, her oluşum sürecinde görülen ve doğal olarak ortaya çıkan/çıkabilecek, küçük bazı eksiklik ve yanlışlıkların yönetmeliklerle giderilebileceği görüşüne ulaşılmıştır.

Çok tartışılan toplum katılımı kavramının da yasada yer almasına rağmen, ancak toplumun demokratikleşme sürecine bağlı olarak gerçekleştirilebileceği dile getirilmiştir. Toplum katılımında sendikalar ve meslek örgütlerinden yararlanılabileceği ancak özellikle sağlık çalışanlarının kendi görevlerine yabancılaştırmalarının önlenmesi ve katılımlarının sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Hekimlerin mezuniyet öncesi dönemde birincil sağlık hizmetlerini tanınmaları, başka bir deyişle modele uygun eğitilmeleri, hekimliği yalnızca poliklinik hizmetleriyle sınırlı görmemeleri önemli bir nokta olarak vurgulanmıştır.

Sonuçta yasanın, belli çıkar çevrelerine ters düştüğü için engellendiği, bir çok maddesinin işletilmediği yada değiştirildiği düşüncesi üzerinde görüş birliğine varılmıştır. Bu nedenle "**yasanın uygulanmadığı**" ya da "**uygulanamaz nitelikte olduğu**" savları doğru değildir. Aksine, yasanın bilinçli olarak uygulanmadığı, uygulanırsa başarılı olacağı" savı doğru ve gerçekçi yaklaşımdır.

Toplum Hekimliği Eylem Grubu" bundan sonra da belli sürelerle biraraya gelecek ve bu konu üzerindeki çalışmalarını devam ettirecektir.

Grup önümüzdeki dönemde "sosyalleştirme" yasaasını uygulamayanlar hakkında yasal yollara başvurmayı, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere bu kuruluşları ve kişileri izlemeyi, sergilemeyi ve sorgulamayı kararlaştırmıştır.

Toplum Hekimliği Eylem Grubunun hedefi, toplumun her kesiminin, eşit ve nitelikli bir sağlık hizmeti almasını sağlayacak bir şekilde, "sosyalleştirme" yasaasını uygulamaya sokmak, yaşama geçirmek ve sonuçta sağlık üretiminin her basamağında coşku ve mutluluğu yaratabilmektir.

TOPLUM HEKİMLİĞİNİ TANITMA ÇALIŞMALAR/ANKARA TABİP ODASI BÜROSU

GİRİŞ VE GEREKÇE:

Bugün ülkemizde, topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinde çok büyük bir düşüklük söz konusudur. Bunun en açık göstergesi ise hizmeti alanların da sunanların da bu niteliksizlikten yakınmakta oluşlarıdır. Sağlık hizmeti için başvuranların yanısıra sağlık çalışanları da büyük bir moralsizlik, yılgınlık ve çöküntü içindedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerine gereken önem ve destek verilmemekte, başta tıp eğitimi olmak üzere tüm sistem tedavi edici hekimlik üzerine dayandırılmaktadır.

Sağlık örgütlenmesinde "Sosyalleştirme Yasası" ile çok amaçlı ve entegre hizmet vermek üzere kurulmuş olan sağlık ocakları bilinçli olarak desteklenmemekte, yıllar öncesinden kalma çağdışı dikey örgütlenmeler ise hâlâ devam ettirilmekte, hatta yenileri açılmaktadır. Sağlık hizmet sunumu, tümelci bir anlayışla ve yasanın öngördüğü tek bir çatı altında toplanamamış, birçok kamu kuruluşu ve SSK ayrı sağlık örgütleri kurmuştur. Bunun yanısıra finansmanda da karmaşa vardır ve örneğin SSK nedeniyle işçi kesiminden adil olmayan bir şekilde sağlık vergisi anlamına gelen sigorta primleri toplanmaktadır.

Türkiye'nin sağlık düzeyi göstergeleri de içinde bulunulan bu kötü durumu kanıtlamaktadır. Bulaşıcı

hastalıklar giderek artmakta, önlenabilir ölümler azaltılamamaktadır. Uluslararası kuruluşların ülkeler arası değerlendirmelerinde Türkiye her yıl gerilemektedir.

Daha da önemlisi, ülkemizde sınıflar arası farklılıklar giderek açılmakta, birçok insan gereksinimi olduğu halde hekime ulaşamazken, belli bir grup en küçük rahatsızlıklarında yurt dışına gitmektedir.

Politika uygulayıcılarda İse, ciddi yetersizlikler vardır. Sosyal politikalar bilinçli bir şekilde engellenmektedir. Ülkenin dar kaynakları aşırı tüketimi kamçılayıcı, kontrolsüz ve savurgan bir biçimde belli kaynaklara aktarılmaktadır. Sağlık sisteminde bireysel çalışma, kâr, rekabet, özel hekimlik ve özel sağlık işletmeleri desteklenmektedir. Bu durum, açıktır ki, uluslararası bağlantıları yoğun ilaç tekellerinin, tıbbi teknoloji pazarlayıcılarının işine gelmektedir.

Tüm bu olumsuzlukların ötesinde ülkemizdeki ciddi sorunlardan birisi de, toplum örgütlerinin ve bireylerin edilgenliği ve eylemsizliğidir. Bireyler ne kendi örgütlerini, ne sistemi ve ne de yöneticileri denetlemekte, yol gösterememektedirler. Kuşkusuz tüm bunlar demokrasi ve barış gibi evrensel kavramlarla yakından ilişkilidir ve bir kültür sorunudur.

Sonuçta ülkemizde varolan "Sosyalleştirme Yasası" uygulanmamasına ve yanısıra sürekli uygulama yanlışlıkları yapılmasına rağmen, başarısızlıkla suçlanan kasıtlı ve bilinçli olarak gene sosyalleştirme olmaktadır.

Çağımız, sağlıkta, ürünlerin, tüm toplum bireyleri tarafından dil, din, cins, soy, veya varlıklılık gibi ayırımlar olmaksızın, herkesin gereksinimleri ölçüsünde paylaşılması çağıdır. Onun için de çağdaş hekimlik anlayışından söz ederken, hekimliğe toplumcu yaklaşımdan söz edilir.

Hekimliğe toplumcu yaklaşım, hem hizmetin planlanmasında, hem sunulmasında ve hem de değerlendirilmesinde, çağın olanaklarının değerlendirilmesini zorunlu kılar. Bilimsel düşüncüyü, toplum katılımını ve toplumsal gelişmeyi gözardı edemez.

Hekimliğe toplumcu yaklaşım, toplumla birlikte sağlıkçıların, sorunları dar bir boyutta değil, tüm toplum sorunlarıyla birarada tartışmasını gerekli bulur. Sorunları sürekli tartışır ve eylemlerine yansır.

Ne yazık ki, ülkemizde belirli dönemler dışında, insan haklarını tanımanın da bir gereği olan bu yaklaşım, Anayasa'ya göre sağlık hizmetlerini topluma ulaştırmaktan sorumlu Devlet tarafından benimsenmemiştir. Bugün sağlık alanında yaşanan akıl almaz çöküşün altında, çağa karşı olan bu direnç yatmaktadır.

AMAÇLAR:

- 1 -Özellikle toplumun geniş kesimleri ile yüzyüze olan ilk basamak sağlık çalışanlarına, **hekimliğe toplumcu yaklaşımı** tanıtabilmek ve uygulatabilmek,
- 2-Güncel sorunları bu çerçevede tartışmak, toplumun tüm bireyelerine eşit, ulaşılabilir, sürekli ve kaliteli bir sağlık hizmeti verebilmek için sosyal hekimlik yaklaşımlarını geliştirebilmek ve ülke koşullarına uygun çözümler üretmek,
- 3-Çağdaş sağlık hizmetini Anayasa ve yasalara karşın engelleyenleri izlemek, belgelemek ve sergilemek,
- 4-Sağlıkla ilgili alanlardaki "sosyalleştirme" yasası gibi öz kazanımlarımızı ve deneyimlerimizi korumak,
- 5-Kendilerini desteksiz ve yalnız hisseden sağlık çalışanlarına destekte bulunmak, örgütleriyle aralarında bağ kurmak.

YÖNTEM :

- 1 -Ankara Tabip Odası aracılığıyla Sağlık Ocağı toplantıları yapmak,
- 2-Tanıtım ve yol gösterme amacıyla broşür, eğitim materyali oluşturmak,
- 3-Toplum hekimliğini tanıtmaya çalışmalarına ve gelişmelere koşut olarak komşu Tabip Odalarında tanıtım ve inceleme amaçlı geziler gerçekleştirmek,
- 4-Toplumcu bilim adamlarını ve toplum örgütlerini çeşitli projeler aracılığıyla biraraya getirmek.

HEDEFLER:

- 1-Her birimin elindeki olanakları kullanarak verebileceği en iyi,sağlık hizmetini üretmesi,
- 2-Sağlık ocaklarında, sağlık çalışanları ile toplum arasında, dostça ve sıcak bir iletişim kurulması,
- 3-Üreticisinin ve tüketicisinin coşkuyla katıldığı ve gereksinimleri ölçüsünde pay aldığı bir sağlık hizmetine ulaşmak.

Çarpıtılan Konu: Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı

Dr. Mümtaz Peker

Bilinen hikayedir. Papa, Hıristiyan ülkelere olan geleneksel ziyaretlerden birini Washington'a yapmaktadır.

Hava , alanında gazeteciler Papa'yı karşılar. İlk soruları "Washington'da genelevi de ziyaret edecek misiniz?"dir. Papa hayretler içinde "-Burada genelev de mi var?" diye sormaktan kendini alamaz. Ertesi gün gazeteler sürmanşetten "Papa gelir gelmez sordu "-Genelev var mı?" şeklinde çıkmıştır.

Fakat bu kez hikaye değil, gerçek olay yaşandı. Papa isteyerek düşük karşıtı İslâmî kesimi de yanına alarak tüm medyada boy gösterdi. "İsteyerek yapılan düşüğü" dayatan konferansa hayır. Medya malzeme bulmuştu. Hem de dinsel etik açısından en seçkin kabul edilen kurumlardan. Konu istenildiği gibi çarpıtılabildi. Yaşam hakkı, yatak odası, konferansın dayatması, sivil toplum v.b. Öyle de yapıldı. Fakat gerçek bundan ne kadar farklı? Bunu kısaca tartışmak istiyorum.

Sosyal ve ekonomik değişme ile nüfus arasındaki ilişki 1950'den bu yana sosyal bilimlerde en çok tartışılan konulardan biridir. Tüm gelişmekte olan ülkelerde bu dönemde yüksek bir nüfus artışı (yüksek doğurganlık-düşük ölümlülük örüntüsünden ötürü) yaşanmaya başlamıştır. Hızlı nüfus artışının ekonomik ve toplumsal hayatta doğurduğu sorunlar ile bunu etkileyen faktörler incelenmeye başlanılmıştır. Sorun, bilim çevrelerinde olduğu kadar, hükümetler ve uluslararası kuruluşlar düzeyinde de tartışılmaya başlandı. Hükümetler bu yeni olgu karşısında yeni politikalar oluşturmaya ve bunları uygulamaya başladılar.

Uluslararası örgütler değişik biçimde tartışırken en büyük ilgi Birleşmiş Milletler'den geldi. Örgüt 1974'ü Dünya Nüfus Yılı olarak kabul etti. Aynı yılın Ağustos ayında Bükreş (Romanya)'te Dünya Nüfus Konferansını düzenledi. Toplantıya üye ülkelerin tümü katılırken, sorun ağırlıklı olarak siyasal düzeyde tartışıldı. Toplantıda nüfus artışının en zorlayıcı önlemlerle kısıtlanması gerektiğinden, sözkonusu artışın hükümet politikaları ile desteklenmesi gerektiğine kadar değişik görüşler savunuldu. Doğal olarak her konuda anlaşma olmadı. Uzlaşılan ortak noktalar bir faaliyet programı çerçevesinde dünya kamuoyu ve hükümet yetkililerine duyuruldu.

On yıl aradan sonra ikinci toplantı yeri bu kez Mexico City (Meksika) idi. Toplantının siyasal tartışması Çin'in uyguladığı tek çocuğu savunan nüfus politikası üzerine yoğunlaştı. Evli çiftleri tek çocukla sınırlandırmak, insan hakları ile nasıl bağdaşabilirdi? Bu kez anlaşılacak ortak noktalar daha fazla idi. Kabul edilen nüfus eylem planı, gelecek on yıl içinde üye ülkelerin nüfus sorunları konusunda neler yapabileceklerini tartışıyordu.

İkinci on yıl geçti. Bu kez toplantı yeri Kahire (Mısır) idi. Toplantı başlamadan önce Papa ve İslâmî Örgütler sorunu saptırdı. Tehditler savruldu. Önceden katılmak isteyenler son anda vazgeçti. Medya olayın yalnızca bu yüzünü sundu. Ne var ki toplantı gündemi o kadar yoğun idi ki. Kimse bununla ilgilenmedi. Önemli gördüklerimden bazıları,

- Kadın-erkek eşitliği ve kadına yetki verilmesi: Değişik üye ülkelerde cinsler arasındaki eşitsizlik hala sürmektedir. Kalkınmanın sürdürülebilmesi için kadınların, eğitim, sağlık ve gelir açısından güçlendirilmeleri kaçınılmazdır. Fakat bu nasıl sağlanabilir? Öte yandan tüm toplumlarda kız çocuklarının, cinsellik tacizleri, erkek çocuğa göre daha az tercih edilmeleri, beslenme yetersizlikleri, daha az eğitim görmeleri önemini koruyan cinsiyet eşitsizlikleri günümüzde de sürmektedir. Çalışma yaşamına girişte erkeklerin tercih edilişi çoğu ülkede devam etmektedir. Aile yapısı ve bileşiminde çoğu ülkede hızlı bir değişim olmasına karşın geleneksel eşitsizlikler sürmektedir. Bunlar günümüzde çözüm bekleyen ve kadının daha iyi bir konuma ulaşmasını engelleyen sorunlardır.

- Bir çok ülkede yüksek doğurganlık, düşük ölümlülük ve hızlı nüfus artışı devam etmektedir. Bu nedenle toplam doğurganlık hızında önemli farklılıklar oluşmaktadır. Örneğin 1985-90 döneminde kadın başına Ruvanda'da 8.5 çocuk düşerken, İtalya'da bu sayı 1.5 çocuk olmuştur. Hızlı nüfus artışından ötürü, çoğu ülkede genç nüfusun sağlık, eğitim, istihdam ve konut istemi artmaktadır. Bunların karşılanması ise üye ülkelerin bütçeleri içinde önemli bir sorun yaratmaktadır. Hızlı nüfus artışı sonucu, nüfusun kır-kent dağılımı hızla değişirken, büyük kentlerin nüfusları kısa zamanda ikiye katlanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde kentsel nüfusun 1975'de yüzde 26'sı olan oranı, 2015 yılında yarıyı geçecektir. Alt yapısı hazır olmayan bu kentlerde yaşam sorunları çözüm beklemektedir.

Uluslararası ekonomik koşullar, ülkelerarası göç akımının doğmasında önemli rol oynamaktadır. Gelişmekte olan ülke kaynaklı göçmenlerin çalışma koşulları hayati sorunları içermektedir. Özellikle kadın ve çocuk göçmenlerin insan hakları açısından tacizleri konusunda çağrı yapılmalıdır.

- İnsan hakları olarak sağlıklı üreme ve aile planlaması: Konferansın temel amaçlarından biri de tüm üye ülkelerde sağlıklı üremeyi, temel sağlık hizmetleri çerçevesinde çözüme kavuşturmadır. Bireyler ve çiftler sağlıklı üreme haklarını en iyi şekilde düzenlemek için aile planlaması hizmetlerinden yararlanmalıdırlar. Bugün gelişmekte olan ülkelerde çiftlerin yüzde 55'i herhangi bir aile planlaması tekniği kullanmaktadır. Bu durum 1960'lı yıllara göre artmıştır. Ayrıca 1960'lı yıllarda ortalama 6-7 çocuk isteyen bu ülkelerdeki çiftler bugün 3-4 çocuk istemektedirler.

Cinsel ilişki konusunda günümüzde bireyleri ve çiftleri bekleyen tehlike STDs ve AIDS'tir. VWHO'nun tahminine göre 1993'de 2.5 milyon AIDS'li ve 14 milyon kişi ise taşıyıcı (HIV)'dir.

- Ciddi sorunlardan biri de anne ölümlülüğü ile bebek ve çocuk ölümlülüğüdür. Gelişmekte olan ülkelerde yüksek düzeyde görülen bu ölüm hızlarının düşürülmesi AÇS/AP hizmetlerinin birlikte sunulması ile sağlanabilir.

- Nüfus sorununa birleşik yaklaşım, çevre ve kalkınma: Hızlı nüfus artışı nedeniyle çevre ve kalkınma sorunları günümüzde yeni yaklaşımları beklemektedir. Tüm toplumlarda insanların çevre kullanımları konusunda daha

iyi eğitilmeleri için daha çok çaba harcanmalıdır, Ayrıca ekonomik büyümenin sürdürülebilmesi için gelişmekte olan ülkelerin borç batağından kurtulmaları, uluslararası liberal ticaret politikalarının yeniden tanımlanması, parasal ve teknoloji yardımlarının yeniden düzenlenmesi konferansta tartışılan konular arasında yer almıştır.

Dünyamızda istenmeyen gebeliklerden ötürü her yıl yaklaşık 50 milyon düşük olmaktadır. Sorunun çözümü için bireylere ve çiftlere daha iyi aile planlaması tekniklerinin nasıl sunulabileceği, istemeden gebe kalanlara, doğurmak istemedikleri bu gebeliği sonlandırma konusunda nasıl hizmet verilmelidir? Bu sorun da tartışma konuları içinde yer aldı.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON POPULATION AND DEVELOPMENT ICPD '94