

ÇALIŞMA ORTAMI

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

MART-NİSAN 1995 - SAYI: 19

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

BU SAYIDA NELER VAR?

Hedef: Sağlık Meslek Birlikleri Dayanışma Kurulu (Doç. Dr. A. Gürhan Fişek)

TOPLUM ÖRGÜTLERİNDEN :

- Kadın Dayanışma Vakfı Forum (Nurhayat Kemerli)
- NÜSED Basın Açıklaması
- Toplum Ağız-Diş Sağlığı Komisyonu Çalışmaları (Dt. A. İskender KIRIM)

TOPLUM HEKİMLİĞİ EYLEMLERİ

- Toplum Hekimliğini Tanıtma Çalışmaları Bürosu Gölbaşı 1 ve 2 No'lu Sağlık Ocaklarında (Dr. Bülent Kılıç)

Büyüteç:

- İlaç Üzerine (Doç. Dr. Okan Akay)
- İlaç Yönetiminde Akılcılık (Prof. Dr. İsmail Üstel)
- Akılcı İlaç Kullanımında Tüketim Kontrolünün Yeri (Prof. Dr. R. Kazım Türker)
- Temel ilaçlar ve Jenerik ilaç Uygulaması (Prof. Dr. Metin Tanker)
- İlaçta Patent (Ecz. Firdevs Korkmaz)
- Akılcı Bir Kuruluş: FDA (Dr. Ecz. Leyla Üstel)

Soru-Yanıt: - İşçi Sağlığı, İş Güvenliği Mevzuatında Çözümler ve Sınır Değerlerin Geliştirilmesi (Kim. Müh. Ramiz Erkan)

Çeşitli Ülkelerden

- ABD
- İngiltere
- Suudi Arabistan

Kadın Sorguluyor

- Aile Kavramı içinde Kadına Yönelik Fiziksel Şiddet Olayının Adli Tıp Kurumu'na Yansıması (Yasemin GÜNAY- Emel RAMADANOĞLU)

HEDEF

SAĞLIK MESLEK BİRLİKLERİ DAYANIŞMA KURULU

Doç. Dr. A. Gürhan Fişek

Meslek ya da sınıf temelinde kurulan toplum örgütleri arasında en yaygın hastalık, "ücretleri yükseltme mücadelesi"ni fetişe (yüceleştirmeye) dönüştüren anlayıştır. 1960'ı yıllarda toplu iş sözleşmesi düzenine geçilmesi ile güçlenen "ücret sendikacılığı" bu okulun akıl hocası ve en deneyimli izleyicisidir.

Bir diğer hastalık grubu ise, siyasa! düzeyde görülen uç eğilimlerdir. Bunlardan biri kendisini "partiler üstü sendikacılık" şeklinde ifade eden, kitleleri depolitize etmeye ve siyasal seçimi gündelik (kısa erimli) çıkarlara indirgeyen anlayıştır. Bunun öteki ucu ise, her şeyi siyasal mücadeleden oluşmuş gören yaklaşımdır. Bu son yaklaşım, toplumsal mücadeleyle, gündelik sorunlara yönelik çabayı gözardı eden, küçümseyen yaklaşımdır. Prof. Dr. Nusret H. Fişek, "veda" mesajı olarak adlandırılan 3 Kasım 1990 tarihli TTB Genel Yönetim Kurulu'na mesajında bu hastalığa karşı uyarmıştır: "Güdümüzde... sosyo politik sorunların tartışılması çok çekici bulunuyor. TTB Merkez Konseyini de bu yola çekmek isteyenler var. Ancak şu unutulmamalıdır ki, TTB'yi güçlü kılan, asli görevlerini yerine getirmesidir. Bu yolla gitgide güçlenen TTB'nin 'savaşa hayır', 'idam cezalarına hayır', 'insan hakları' kampanyaları ses getirir. Tersine ise TTB'nin güçsüzleşmesine yol açar." (1) Bu hastalığın doğal ve vazgeçilmez uzantılarından biri de, "işe göre insan değil, insana göre iş" ilkesinin kılavuz edinilmesidir. Bugün hükümete, bir çok siyasal odağa ve bunların uzantısı olarak devlet makinesine egemen olan bu anlayıştır. Toplum örgütlerinde ise, bu ilkedeki, kariyerizmin ve mutlakiyetçi yönetimlerin desteklenmesinde yararlanılmaktadır.

Bir diğer hastalık, işbölümünün yetersiz, bilimsel yaklaşımın bugünküne oranla henüz güdük olduğu dönemin en önemli görüntülerinden biri, meslekler arası iletişim ve işbirliğindeki yoksunluktur. Bu mesleksi örgütlenmelerde (örneğin loncalar) de göze çarpıyordu. Ekip hizmetinden yoksun dönemlerin önemli görüntülerinden biri de tedavi edici sağlık hizmetine tanınan ezici roldür. Henüz hastalık etmenlerinin (örneğin mikropların) bile tam olarak tanınmadığı dönemlerde hoş görülebilecek bu yaklaşımın, bugün ikinci plana itilmesi beklenirken; "abartılmış" olarak sürdürülmeye çalışılması düşündürücüdür.

Bugün işbölümünün, meslek içi uzmanlaşmanın ileri boyutlara ulaştığı bir dönemde (tıpta süper ihtisaslar), toplumcu hizmet modelleriyle, "herkese sağlık" belgisi yaşama geçirilmeye çalışılıyor. Ekip hizmeti, bu belginin en önemli halkasıdır. Sağlık meslekleri arasındaki iletişimin ve birarada çalışma alışkanlığının geliştirilmesi sağlanmadıkça, sağlıkta toplumcu yaklaşımı egemen kılmaya olanak yoktur.

Bunun üstesinden, bireysel çabalarla gelinemez. Toplum örgütlerinin bir başka önemi burada ortaya çıkmaktadır. Toplum örgütleri birbirlerinin ayrılmaz parçası olan insan hakları, çalışanların özlük hakları ve üretimi birlikte geliştirmeye çabalamalıdır. Ne birinden, ne ötekisinden... Hiçbirinden vazgeçilemez. İşte baştan beri tanımladığımız çerçeveden bakıldığında 1988 yılı Kasım'ında biraraya gelen ve bir protokolla(2) kolkola, kafakafaya veren sağlık meslek birliklerini alkışlamak gerekmektedir.

Kamuoyuna ve örgütlerine yönelik çeşitli duyuru ve yazışmalarının yanında, Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulu'nun 25 - 26 Şubat 1989 tarihlerinde Ankara'da düzenlediği 1. Sağlık Kurultayı da çok önemli bir adımdır. Dört meslek birliği biraraya geliş nedenlerini de veren. Kurultay Çağrı'larında şöyle demektedirler: "*Biz hekim, eczacı, dişhekim, veteriner hekimler 'Sağlık İşkolu' bütününde toplumsal sorumluluğumuzun bilinci ile aşağıdaki saptamalarımızın tartışılarak çözümlerinin geliştirilmesi ve uygulanması amacı ile toplanıyoruz.*

Ülkemizde geçmişte olduğu gibi bugün de varolan sağlık sorunları, boyutları bakımından giderek ağırlaşmaktadır. Günümüzde, sağlık sorunlarının özelleşmeye yönelik, bir sağlık örgütlenmesi ile çözümlenemeyeceği de bilinmektedir.

Çağdaş sağlık hizmeti. ekip çalışması gereğini her zaman içinde barındıran bir anlayışa sahiptir. Temelinde yatan öncül yaklaşım da hizmetin, planlanmasından üretimine, dağıtımından denetimine kadar her aşamada toplumsal katılımın sağlanmasıdır.

Hem üretenler, hem de üretilenden yararlananlar için gerekli olan bu katılım, bir yandan politik partiler aracılığı ile gündem edilirken, diğer yandan da sendikalardan, demeklere, meslek odalarından, kooperatiflere kadar yaygınlaştırılacak geniş bir demokratik kitle örgütleri grubunca yani toplumsal katılımı gerçekleştirilmelidir."

Geniş bir delege katılımıyla gerçekleştirilen Kurultay'a sunulan Rapor da, önemli bir sosyal tarih belgesidir. Bu coşkulu eylemden de aldığı güçle. Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulu, kendisine umut bağlayanları yüreklendiren; ama, bu gelişmelerden rahatsız olan çıkar odaklarını da önlemler almaya iten çalışmalarını sürdürmüştür.

2. Sağlık Kurultayı, 2-3 Haziran 1990 tarihlerine ve TTB'nin dönem başkanlığına denk gelmişti. Seçilen konu başlığı "Sağlıklı Yaşam ve İnsan Hakları" İdi. Bu seçim çeşitli yönlerden çok anlamlıydı:

1. TTB son altı yıl boyunca verdiği insan hakları mücadelesi ile böyle bir toplantıyı ağırlamayı hak etmişti.

1.1. 12 Eylül baskısının sürdüğü bir dönemde, TTB yönetimi, "idam cezalarına hayır" dediği için yargılanmış ve aklanmıştı.

1.2. Hastalanan tutukluların muayenesi sırasında hekim yanında jandarma bulunduran uygulamayı kaldırmıştı(3).

- 1.3. Açlık grevlerinde zorla beslemeyi önlediği gibi. Adalet Bakanlığı'nın ünlü 1 Ağustos Genelgesi'nin açlık grevlerindeki su, tuz ve şeker verilmesi yasağını(4) engellemiştir.
- 1.4. Cezaevi hekimlerinin görevlerini yapabilmeleri için arkalarında olduğunu çeşitli örnek davranışlarla sergilemiştir.

2. Sağ. Mes. Bir. Dan. Kurulu'nun ilk kurultayında, mesleksi konular ağırlık kazanmış ve bunlar arasında İnsan hakları uğraşına değinilmiştir. Ama bu kez, ona ağırlıkla eğilme sırası gelmiştir.

3. Türkiye, 12 Eylül'ün izlerini silme ve demokratikleşmede yeni bir döneme girmek üzereydi. Toplumsal koşullar, bugün de süren DYP-CHP (SHP) koalisyonunu zorluyordu. Bu da Türkiye'nin "sosyal politika" ağırlıklı bir yönetimle yönetileceği anlamına geliyordu, insan hakları mücadelesinde deneyimli ve saygın bir ekibin yönetiminde sağlık meslek birliklerinin ağırlığı, böylesi bir iktidara hem destek ve hem de baskı grubu etkisi yapacaktı.

Ama ne yazık ki, gündelik çekişmeler ve seçim hesapları, bu kurultayın başarısız kılınması için iç çekişmeyi hızlandırmış ve atlama tahtası olarak kullanılmasına yol açmıştır. Kurultay sırasında yapılan konuşmalardan, katılımın az düzeyde tutulmasına kadar çeşitli göstergeler bunu doğruluyordu. Bu haksız müdahale, Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulu'nda sonun başlangıcı olmuştur.

Öte yandan, 'Sağlık Meslek Birlikleri'nin, demokratik yaşamımıza ilişkin birlikteliğinin etkileri görülünce, bundan ayrı olarak bir de tüm meslek birliklerinin üst örgütlenmesinin yapılması düşüncesi doğmuştur.'(CS) Türkiye Barolar Birliği ve TMMOB'nin de katılımıyla oluşturulan Demokratik Platform, zaman içinde daha da genişletilmiş ve başta işçi sendikaları konfederasyonları olmak üzere bir çok toplum örgütünü kapsayan bir nicel gelişme göstermiştir. Ancak gerek Tanker ve gerekse Cilasun'un da saptadıkları gibi, demokratik platform, sağlık meslek birliklerinin birlikteliklerini ve dayanışmalarını gereksiz kılan bir gelişme değil; tersine daha da vazgeçilmez kılan bir adımdır.(6,7)

Sağ. Mes. Bir. Dan. Kur.'da yeralan iki büyük meslek birliğinin (ki bunlar aynı zamanda 1. ve 2. dönem başkanlarıdır) yönetimlerinin görevden uzaklaştırılmış olmaları (seçimle) dikkat çekicidir. Ne büyük rastlantıdır ki, bu "bayrak değişimleri'nin, bir kaç yıl içinde bazı büyük siyasal partilerle ülke yönetimini de sardığı ve yönetimlerin "acemi"lere teslim edildiği (seçimle) düşünülürse, daha da dikkat çekici bir hale dönüşmektedir.

Özellikle, yeni TTB yönetiminin, Sağ. Mes. Bir. Dan. Kur.'nun çerçevesinde dayanışma konusunda isteksizliği^), çöküş sürecini hızlandırmıştır.

Gerek Türkiye'nin göreceli demokrat bir hükümete sahip olduğu bir dönemde, gerekse Avrupa ile her alanda bütünleşme çalışmalarının yürütüldüğü bir zaman diliminde meslek örgütlerinde yaratılan bu güçsüzlük ve "acemilik, büyük mesleksi demokratik kayıplara yol açmıştır. Kazanımların geliştirilememesi bir yana, hükümet politikalarını etkileme şansı da kullanılamamıştır.(6)

Bugün sağlık meslekleri arasında güçbirliğini ve dayanışmayı hedefleyen bu saygın çabanın istenilen sonucu yakalayamadığı görülmektedir. Gündelik yaşamda olduğu gibi, örgütsel yaşamda da yalnızlık sürmektedir, Ne yazık ki, bu başarısızlık aynı zamanda birçok toplum örgütünün, üyelerini ve özelemlerini kavramada başarısızlıkları ile elele gitmektedir. Yalnızlık ve tabansızlık, birbirine yapışmış bu iki olguyu hedeflemedikçe, ne toplumun sağlık düzeyini yükseltebiliriz; ne sağlıkçıların özlük haklarını geliştirebiliriz; ne de meslek ahlakını yüceltebiliriz.

1995 Dünya Hoşgörü Yılı'nda, toplum örgütlerinden, onu oluşturan bireylerin özelemlerini gerçekleştirebilmek için, dayanışma ve güçbirliği içine girmelerini beklemek, bir lüks olmasa gerek.

KAYNAKLAR

- (1) Teoman Erel: Sakıncalı Vasiyet - Güneş Gazetesi 6.11.1990 s.3
- (2) TTB Merkez Konseyi: Genelgeler, Yazışmalar, Basın Açıklamaları - Türk Tabipleri Birliği Yayını Haziran 1990 s. 25
- (3) a.g.k. s. 277 ve s. 281
- (4) a.g.k. s. 392, s. 413
- (5) Türk Diş Hekimleri Birliği Merkez Yönetim Kurulu: 3. Olağan Genel Kurulu'na Sunulan Çalışma, Denetleme ve Mali Rapor (8.11.1988 -25.10.1990) 1992 s. 9
- (6) Kaynak kişi: Prof. Dr. Mekin Tanker (Türk Eczacılar Birliği eski Genel Başkanı)
- (7) Kaynak kişi: Dr. Eser Cilasun (Türk Diş Hekimleri Birliği eski Genel Başkanı)

OKUR SEMİNERİ

AMAÇ

Çalışma ortamını yakından ilgilendiren konularına okurlarımızla birlikte katılımcı-paylaşımçı yöntemle tartışılması ve sonuçlarının duyurulması

SEMİNERİN KONUSU

Teknoloji ve Sağlık

(27-28 Mayıs 1995) 10.00-17.00

TOPLUM ÖRGÜTLERİNDEN

KADIN DAYANIŞMA VAKFI

FORUM

12.3.1995

"Sığınma Evimi İstiyorum - Çünkü Kadına Yönelik Şiddet Her An Her Yerde" sloganıyla Çankaya Belediyesi Vedat Dalokay Toplantı Salonu'nda bir forum düzenledik.

Çünkü kadınlar yalnız kadın oldukları için, cinsiyetleri nedeniyle, sistematik biçimde dayak, cinsel istismar, cinsel taciz, aile içi tecavüz vb. gibi insanlık dışı işlemlere maruz kalmaktadır. Ailede, iş yaşamında, toplumda yaygın olarak yaşanmaktadır. Karşılaşılan durum ve yaşanan sorun, evrensel açıdan hem vahim hem de acil çözümler getirilmesi gereken öncelikli durumdadır.

İstatistiklere göre,

- 1991 yılında İngiltere'de öldürülen kadınların % 4 Ti eşleri tarafından öldürülmüştür.
- Fransa'da şiddet kurbanlarının % 95'i kadındır; bunların % 5'i kocaları ya da sevgililerinden dayak yemektedir.
- ABD'de her yıl dört bin kadın dövülerek öldürülmekte; tüm evliliklerin % 67'sinde en az bir kez şiddet olayı yaşanmaktadır. Her onbeş dakikada bir kadın dövülmekte, her altı dakikada bir, tecavüz olayı olmaktadır.
- Tayland'da evli kadınların % 50'si kocalarından sürekli dayak yemektedir.
- Pakistan'da ev kadınlarının % 99'u, çalışan kadınların % 77'si kocaları tarafından dövülmektedir.
- Hindistan'da, her 10 kadından 8'i şiddet kurbanı olmaktadır. Ayrıca resmi raporlara göre, her gün beş Hintli kadın, ölü eşi ile birlikte yakılarak öldürülmektedir.

Türkiye'de ise, resmi kayıtlara göre, bir yılda eşlerini döven erkek sayısının bir milyon yüz bin civarında olduğu düşünülüyor, işlenen 36.000 suçun 19.754'ü kadınlara tecavüz suçudur. Ancak ülkemizde bu konuda yapılmış geniş ölçekli bir araştırma ve istatistik henüz yoktur. Kişisel çabalarla, son yıllarda bu konuda veriler toplanmaya başlanmıştır. Bu araştırmacılarından biri olan Dr. Yasemin Günay, foruma katılan kadınlardan biridir. Adli Tıp Kurumu'nda (İstanbul) çalışan Dr. Yasemin Günay, şiddete uğrayan ve bu nedenle Adli Tıp'a başvuran kadınlara uyguladığı mini anketin sonuçlarını aktardı.

Ankara'da Kadın Dayanışma Vakfı'nın çalışmaları sonucu 1991 yılında açılan Kadın Danışma Merkez), 1993 yılında açılan Kadın Sığınma Evi'ne başvuran 600'ün üzerindeki kadınla yapılan görüşmeler sırasında elde edilen sonuçlar. Dr. Yasemin Günay'ın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bu sonuçların bir kısmı şunlardır:

- Her sosyo-kültürel düzeyde kadın ev içi şiddete maruz kalabiliyor.
- Şiddet uygulanan erkeklerin önemli bir kısmı alkol alıyor. Ancak alkol başlıbaşına neden değil, şiddet eğilimi olan erkeğin bu eğilimini ortaya çıkaran bir faktördür.
- Dayak herhangi bir nedenle ortaya çıkabiliyor. Bu, yemeğin zamanında hazır olmamasından, çocuğun ağlamasına kadar olan bir süreçtir. Yani erkeğin isteklerinden birinin yerine getirilmemesi dayacağı başlatıyor.
- Şiddet uygulayan erkekler kendi ailelerinde de şiddet yaşamış, bunu gören erkek için şiddet meşru bir nitelik kazanmıştır.

Yapılan başvurulardan 400'ü fiziksel şiddete, 160'ı kendine ya da çocuğuna yönelik cinsel şiddete uğramıştır. 1,5 yıldır açık olan Sığınma Evi'nde kalan kadın sayısı 100'ün üzerindedir.

Unutulmamalı ki, kadına yönelik duygusal, fiziksel, cinsel şiddet türlerini birbirinden ayırmak mümkün değildir. Genellikle birinin görüldüğü durumlarda, diğerleri de görülür. Şiddet başladıktan sonra artarak devam eder. Şiddet ister fiziksel, ister cinsel, isterse ruhsal olsun, insanlık-dışı ve aşağılayıcı bir olay. Bu nedenle baskı ve şiddetin, saldırganlığın ortadan kaldırılmasına özel bir öncelik verilmesi gerek.

Çünkü, şiddet temelde, kişisel ve özel bir sorun değildir.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü'nün 1988 araştırması sonuçlarına göre, Türkiye'de erkeklerin % 44,9'u kadın kocasına İtaat etmediği zaman, onu dövmeye hakkı olduğunu düşünüyor. Yine erkeklerin % 62,2'si evde erkeğin mutlak otoritesi olduğuna ve kadının ona İtaat etmesi gerektiğine inanıyor. Çünkü erkeklerin % 53,7'si kadınlardan daha akıllı ve üstün olduklarını; % 64'ü kadın kocasıyla uyuşmazlığa düştüğünde onunla tartışmak yerine kadının durumu sessizce kabullenmesini onaylıyor.

Yukarıdaki araştırma sonuçları, kadına yönelik şiddet ve özellikle dayak olgusunun, neden bu ölçüde yaygın olduğuna da bir yanittir. Çünkü dayak, eğitim, cezalandırma, sindirmenin gerektiği her alanda egemen olanın ezmek, baskı altına almak istediklerine uyguladığı fiziksel şiddettir. Dayak, bir iktidar ilişkisinin kurulması ve yeniden üretilmesi için bir araçtır.

Kamusal alanda şiddetin bir parçası olan dayak olayına kamu görevlileri ve diğer insanlar müdahale ettiği halde, özel alanda (aile içinde) yaşanan dayığa kimse müdahale etmediği gibi dayak mağduru kadın, bu durumu onur sorunu yapmakta, dayağın yükünü, utancını tek başına taşımakta ve göğüslemektedir.

Forum'da tanıklık yapan kadınlar, yaşam deneylerinde bunlardan sözettii. Yıllarca kocasının şiddetine maruz kalan Emine, sonunda çocuğu ile birlikte Sığınma Evi'nde kalmaya başlamış ve kendine güvenmeyi öğrenmişti.

Yine sığınma evi aracılığıyla uğradığı şiddetten kurtulan Nazlı, şimdi kendisine açtığı işyerinde ve evinde çocuğuyla birlikte mutlu olduğunu belirtiyor

Ailesinin baskılarından yıldığı için evden ayrılan Yasemin, çocuğuyla birlikte kaldığı sığınma evi aracılığıyla

baskılardan ve toplumsal saldırılardan kurtulmuştu.

20 yıllık evliliğini sonlandıran Yerdize'nin evden ayrıldıktan sonra kaldığı yer yine sığınma evi'ydi. Sığınma evi, kadınlar için şiddetin ardından nefes aldıkları bir konuma sahiptir. Emine'nin, Nazlı'nın, Yasemin'in yaşadıkları, kadınların büyük bir kısmının yaşadıklarından farklı değildir. Ancak onlar şanslıdır; çünkü, sığınma evine ulaşmayı ve kendi ayaklan üstünde yeni bir yaşam kurmayı ya da yeni bir yaşamın yollarını açmayı başarmışlardır.

Bunu yapamayan Cemile, 3 çocuğunu ve kendisini Fırat Nehri'ne atarak öldürmüştü. Çünkü Cemile bıktığı koca dayacağından kendini kurtaracak bir kurum bulamamıştı.

Koca dayacağı o kadar doğal sayılıyor ki toplumda, karakola gidildiğinde dikkate almıyorlar. Tam tersine evindeki olayı aktardığı için kadın kınanıyor. Çünkü aile namahremdir. Aile içindeki ilişkiler gizli kalmalıdır. "Kol kırılır, yen içinde kalır." Kadın sürekli aşağılandığı, ruhsal ve fiziksel yönden örselendiği bu durumdan kurtulmak istediğinde, bu nedenle yakınları, tanıdık çevresi, hukuk, güvenlik ve sağlık kurumlarının engelleriyle karşılaşmaktadır.

Foruma katılan Avukat Fahrünnisa Akbatur, kadının Medeni Kanun'daki yerinden sözetti.

Medeni Kanun'a göre, erkek evin reisidir, kadın onun muavinidir. Buna göre kadın erkeğe ait bir işyerinde çalıştığında para almaz. Çünkü bu onun görevidir. Çocuklarla ilgili bir anlaşmazlık olduğunda kocanın oyuna öncelik tanınır.

Ailenin zaten yasal reisi olan erkek, kocalık rolü gereği, kadın ve çocukları "koruyan" ve ailenin düzenini sağlayan kişidir.

Medeni Kanun'un 59. maddesinde de varolan "kadın kocasının izni olmaksızın çalışamaz" maddesi 2 yıl önce Feminist kadınların çabaları ile kaldırılmıştı.

Kadın, boşandığı durumda "mal birliği" anlaşması gereği mağdur olmaktadır. Çünkü mallar, ailenin reisi olan erkeğin adına alındığından, boşanan kadın çocuklarıyla bir başına ortada kalmaktadır. Yıllardır harcadığı emek birikimi boşa gitmekte daha doğrusu erkeğe kalmaktadır. O nedenle, "mal ayrılığı" rejiminin yaşama geçirilmesi önemli bir durumdur.

Av. Fahrünnisa Akbatur'un anlattıklarına göre, kadın yasalara göre de ikincil konuma sahip. Yasaları uygulayan mahkemeler de bu konumu koruyucu biçimde davranmaktadır.

Bilindiği gibi ilk kez Türkiye'de "Dayağa Hayır" kampanyası 1987 yılında Çankırı'da, bir hakimin, kocasının dayak atması nedeniyle boşanmak üzere başvuran bir kadına "Kadının karnından sıpayı, sırtından sopayı eksik etmeyeceksin" açıklaması ile boşa-maması üzerine başladı.

1979 yılında hükümetimizce de imzalanan Nairobi Kadınların İlerlemeleri için Geleceğe Yönelik Stratejiler Belgesi'nde Birleşmiş Milletler'e üye devletlere önerilen stratejiler şunlardır:

1. Hükümetler, kadınların onurunu korumayı en başta gelen görevleri olarak görmelidir.
2. Bu amaçla bu tür şiddet kurbanları için kalacak yer, destek, yasa! koruma ve yardım yöntemleri oluşturulmalıdır.
3. Aile içinde ve toplumda kadına yönelik saldırıların, kamuoyunda, toplumsal bir sorun olarak algılanmasını sağlayacak bilinç oluşturulması için çaba gösterilmelidir.
4. Şiddetin nedenlerini saptayıcı ve ortadan kalkmasını sağlayıcı politikalar ve yasalar oluşturulmalı; ulusal düzeyde mekanizmalar kurulmalıdır. Kadın ve çocuk kurbanları koruma ve yardım sağlama amacıyla kurumsallaşmış ekonomik ya da yasal önlemler alınmalıdır.
5. Herşeyden önce de, kadınları topluma aşağılayıcı biçimde sunan imajlara son verilmelidir.
6. Kadınlar, gördükleri kötü muamelelerin kendi fiziksel ve ruhsal bütünlüklerine karşı bir darbe olduğu, bu davranışlara karşı mücadele etmekte haklı oldukları hatta bu mücadelenin sağlıklı toplum adına bir ödev olduğu konusundan bilinçlendirilmelidir.

Kadınların dayacağı kabullenmeyecek bir özgüven ve kararlılığa sahip olmaları, erkeklerin şiddete başvurmaktan çekinmeleri için yapılabilecek en anlamlı şey, tüm kadınlar arasında dayanışma ağları kurmaktır. Böylece kadınlara, bu sorunu yaşayan tek kadın olmadıkları mesajını vermek, durumunu değiştirmek için gereken güven ve isteği kavramasına yardımcı olmak mümkün olacaktır.

Danışma Merkezi ve sığınma evleri, çoğu kadın için şiddetin egemen olduğu ilişkiden kurtulma, özgürlüğüne kavuşmada bir adımdır. Kadının özgüveni konusunda önemli bir aşamadır. Bu nedenle, yaygın olarak açılmaları gerekmektedir.

Ancak kadınların 1987 başlattıkları kampanyaya bağlı olarak açılan Bakırköy ve Şişli Belediyelerine bağlı sığınma evleri daha sonra kapatılmıştır. Morçatı Kadın Sığınağı Vakfı çalışmalarını sürdürmektedir.

Türkiye'nin tek bağımsız sığınma evi olan Kadın Dayanışma Vakfı'ca bağlı sığınma evi de 1994 yere! seçimleri sonrası Refah Partili Belediye yetkilileri tarafından kapanmaya zorlanmıştı. Ancak bunu başaramadılar. Güçlülere karşı sığınma evi ve danışma merkezi bugün dimdik ayakta durmaktadır.

Psikolog Nurhayat Kemerli / Ankara

NÜSED

BASIN AÇIKLAMASI 14 Mart 1995

Nükleer Tehlikeye Karşı Barış ve Çevre için Sağlıkçılar Derneği, toplumumuzun varlığı, barış ve demokrasisine karşı girişilen acımasız hain saldırıları lanetler. Daha fazla sömürmek ve finans birikimi yaratmak için, emperyalist odaklar ezeli kanlı oyunlarını oynamakta; ne pahasına olursa olsun, terör ve istikrarsızlık ortamlarında hakimiyetlerini sürdürmek istemektedirler. Yeni Dünya Düzeninde insanlığın sosyal kazanımları ortadan kaldırılmakta, Afganistan, Irak, Yugoslavya, Azerbaycan ve eski Sovyet ülkeleri örneklerinde olduğu gibi parçalayıp birbirine düşürdükleri toplumlar üzerinde sömürü operasyonlarını sürdürmektedirler.

Ülkemizde sistemli olarak dinsel ve etnik ayrımcılık tırmandırılmakta, cinayetler işlenmekte, devlete hakim olan uluslararası bağlantılı sermaye çevreleri, bu korkunç süreci önleyecek sağlıklı demokratik önlemleri alacak yerde, demokratik kanalları tıkayıcı, kitleleri katılımdan dışlayıcı politikalar uygulayarak karanlık güçlerin suçlarına iştirak etmektedirler. Uluslararası terör operasyonlarıyla doğrudan bağlantıları olmayan, ancak devlet mekanizmasının-da etkileri olan sermaye çevreleri ise, politika üretememekte, toplumla bütünleşememekte, olaylara aciz ve seyirci kalmaktadırlar.

Yok oluş sürecini önlemenin yolu, acil olarak, katılımcı demokratik yapıların kurulması, korunması ve geliştirilmesidir. Toplumun sağlıklı biçimde kendini korumasının yolları açılmalıdır. Toplum kendisini, sosyal (toplumcu) devletin de dahil olduğu demokratik örgütleri ile koruyacaktır. Anayasa, ya-salar ve devlet sosyalleştirilmelidir. Devlet ve kamu kuruluşlarının, açıklık, de-netlenebilme ve katılım ilkeleriyle ıslah edilmesi en acil gereksinimdir. Toplumun barış ve sağlığını sabote eden süreçler önce devlet ve kamu kuruluşlarından temizlenmelidir. Toplumun demokratik girişimcilik kazanacak biçimde, bilimsel eğitim seferberliği ile güçlendirilmesi, en acil başlatılması gereken girişimdir. Toplum insan haklarını/haksızlıklarını, kendisine kurulan tuzakları bilinçle kavrayabilmeli, uyanıklık içinde olmalı, demokratik olarak örgütlenebilmeli ve olabildiğince açıklık içinde çalışan güvenlik güçleriyle işbirliği yaparak çevresindeki kötülük odaklarını kurutabilmelidir.

Bu sağlıklı süreçlerin başlatılabilmesi için, demokratik kuruluşlar önce katılımcı demokrasiyi kendi içlerinde ger-çekleştirebilmeli, kitlelerine güven ver-meli, katılım için istek uyandırmalıdır. Toplumcu yaklaşım zorunluluğunu görebilen tüm siyasi partiler; Meclis, devlet, kamu kurumlarını ıslah etmede samimiyetle birleşmelidirler; tüm toplum olarak var olma savaşı sınavını veriyoruz.. Yerel yönetimler, kamu hizmetlerini topluma yarar sağlayacak hale getirebilmek, ıslah edip verimli kılabilmek için, toplum denetimi/katılımı mekanizmalarını kurmalıdırlar. Demokratik toplum kuruluşlarının gayretleriyle, yerel düzeyde, belediye/muhtarlık gibi yerel yönetimler, toplum bireyleri, demokratik/gönüllü kuruluşlar ve devlet/kamu kuruluşlarının görevlilerinin katılacağı, "barış ve demokrasi için sosyal dayanışma komiteleri" kurulmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi modelimiz, sağlık ocaklarının çevresindeki (sosyal hizmet ve eğitim kuruluşları başta olmak üzere) kuruluşlarla ve toplumla sağlık ve kalkınma için kuracağı işbirliği, böyle girişimler için katkı sağlayabilecek uygun bir alt yapıyı oluşturmaktadır. Yine halkevleri bu süreçte katkı sağlayıcı işlev görebilir. Milli Eğitim, Kültür, içişleri ve Adalet Bakanlıkları örgütlerine büyük görev düşmektedir. TRT bu amaçlarla kitle iletişiminde örnek olmalıdır. Toplumun gözü bu kuruluşların üzerindedir, görevlerini yerine getirmelerini beklemekte, katılarak denetlemek istemektedir.

Devlet kuruluşları yerel ve merkezi düzeyde tam bir açıklıkla, yükümlü oldukları görevlerin yerine getirilmesi konusunda topluma hesap vermeli, toplumun kendilerini yapıcı biçimde denetlemesi ve katkı sağlamasına olanak tanımalıdır. Terör ve toplumsal çelişkiler, ancak toplumun sağlıklı girişiminin sağlanmasıyla ortadan kaldırılabilir. Toplumun sağlığı ve mutluluğu, ancak bizzat toplumun sömürüyü kurutabilmesiyle mümkündür. Hükümete/devlete düşen ilk görev vatandaşların gerçek güvenliğini, sağlığını ve diğer insan haklarını sağlarken, eşitsizlikleri giderici samimi önlemler alması, örneğin öncelikle adil vergi toplaması ve hırsızlıkları/vurgunları önlemesidir; suç işleyenleri ortaya çıkarması ve cezalandırmasıdır. Bu önlemleri almayan hiç bir hükümet inandırıcı olamaz, söndürücülerin aleti olma yargısından kurtulamaz. Hükümetler toplum için vardır; toplum göreve getirdiği yöneticilerine karşı denetimin! mutlaka kuracaktır.

Dünya halklarının barış ve refahı için. Hoşgörü, Yılı'nda, yerel düzeyden Birleşmiş Milletler'deki uluslararası düzeye kadar, emperyalist kapitalist saldırganlık ve sömürüye karşı, emekçilerin dayanışması örgütlenmelidir. Bunun için önce insanlığımıza; kendimizle, yakın çevremizle ve toplumumuzla barış ve işbirliğine inanmamız; adil, insanca bir yaşam için mücadele etmemiz gerekiyor.

Sağlık elemanları olarak 14 Mart Tıp Bayramı'ndaki mesajımız, acı ve endişe dolu günlerde, umudu, inancı ve kararlılığı vurgulamak istiyor.

NÜSED Yönetim Kurulu Adına Dr. Derman Boztok

TDB İZMİR DİŞHEKİMLERİ ODASI TOPLUM AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI KOMİSYONU ÇALIŞMALARI

"Sağlık yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığı böyle tanımlamıştır. Sağlık ve hastalık anlayışı toplumlarda, eğitim düzeyi, ekonomik durum, gelenek ve göreneklere göre değişmektedir. Fakat sağlık kavramı hakkında kişilerin ve toplumların bilgi, tutum ve davranışları nasıl olursa olsun sağlık, bir bütün olarak ele alınmalı ve sağlıklı olmak tüm insanlar için temel amaç olmalıdır.

Sağlık hizmetleri uygulanış biçimlerine göre;

1-Koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimi

2-Tedavi edici Sağlık hizmetleri 3-Rehabilitasyon hizmetleri olarak belirlenir.

"Bir yıl sonrasıysa düşündüğün, tohum ek

Ağaç dik, on yıl sonrasıysa tasarladığın

Ama düşünüyorsan yüzyıl sonrası, halkı eğit"

diyen M.Ö. 700 yıllarında yaşamış Ku-an-Su isimli bir Çin filozofu ileriye dönük, kalıcı kazanımlar için halk eğitiminin önemini vurgulamıştır.

Dünya Sağlık örgütü de koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimine büyük önem vermekte ve bu konuda çalışmalar yapmaktadır. 1962 yılında yayınladığı "Diş Hekimliği Eğitimi" konusundaki bir forumda diş hekimliği eğitiminin amaçlarını sıralarken, toplam on maddeden üçünü diş hekimlerinin toplumsal sorumluluklarına ayırmıştır. Bu maddeler:

1-Diş hekiminin, yaşadığı toplumdaki sorumluluğu kabul etmesi ve bunun gerektirdiği yönlendirmeyi üstlenmesi

2-Koruyucu diş hekimliği hizmetlerini uygulayabilecek istek ve yetenekte olması

3-Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, toplumun ağız-diş sağlığının yükseltilmesindeki sorumluluk üstlenmesi gerektiğidir.

1987 yılında mesleğin ve meslek odasının topluma tanıtılması, ağız-diş sağlığı eğitimindeki boşluğun giderilmesi ve eğitim-öğretim kurumlarının programlarına ağız-diş sağlığı ile ilgili konuların yerleştirilmesi için kamuoyu oluşturmak amacıyla İzmir diş hekimleri odası bünyesinde bir "Toplum-Ağız-Diş Sağlığı Komisyonu" kuruldu ve çalışmalarına başladı.

Komisyonumuz, kurulduğundan bu yana "Ağız-Diş Sağlığı Haftaları"nda da yoğun olmak üzere toplumun ağız-diş sağlığı eğitimi gereksinmelerini karşılamak için eğitime yönelik malzeme ve insan gücünün kazanımının yanısıra, okul öğrencilerine ve yetişkinlere koruyucu diş hekimliği konusunda dergilere yazılar yazmak, festivallerde sergiler açmak, çeşitli fabrika ve yetiştirme yurtlarında ağız-diş sağlığı için eğitim, alan ve çevreye yönelik mesleki atıkların toplanmaları konularında çalışmalar yapmaktadır. Amaç, tedaviden hem daha üstün, hem daha kolay, hem de daha ekonomik olan koruyucu diş hekimliği hizmetlerini olanakları ölçüsünde topluma ulaştırabilmektir.

İz. D. O. Toplum Ağız-Diş Sağlığı Komisyonunun bugüne kadar yaptığı çalışmalar:

1 - Eğitim çalışmalarımız

* Erişkin dönemde alışkanlıkların değiştirilmesi ve verimli alışkanlıkların kazandırılması çocukluk dönemine göre çok daha zor olduğundan, eğitim çalışmalarımızı çocukların doğal grup olarak bulunduğu ilkokullarda uyguladık. Bugüne kadar İzmir'de 250 civarında ilkokul ve ilköğretim okulu ziyaret ettik. Bu ziyaretlerde onlara diş, diş sağlığı, diş hekimliği, kötü alışkanlıklar, beslenme ve çürüklerden korunma yöntemleri konularında bilgiler verdik.

Ayrıca, 1988 yılında Hürriyet çadırında, 1992 yılında Gaziemir, Levent, Gürçeşme ve Balçova Nikah Salonlarında, 1993 yılında ise Fatih Koleji salonunda eğitime yönelik tiyatro gösterileri düzenledik.

* Komisyon olarak ilkokul, ilköğretim okulu, anaokulu ve liseler dışında bazı fabrikalarda da eğitim çalışmalarını sürdürdük.

1991 yılında Kaplamin Ambalaj Sanayi Fabrikası, 1992 yılında Pınarbaşı Cevher Döküm Fabrikası'nda slayt gösterisi ve sohbet şeklinde bir eğitim çalışması yapıldı. Eğitim sonrasında çalışanlara diş macunu ve diş fırçası dağıtıldı.

2- Alan Araştırmalarımız

* Torbalı GM OPEL fabrikasında 1992-1993 yılları arasında yaptığımız çalışmada eğitim çalışmasının ne derece etkili olduğunun araştırılması amaçlandı, işlerinde çalışan kişilerin sabit olması, zaman içinde değişmemesi, işyeri hekiminin ve yönetiminin böyle bir araştırmaya destek olması nedeniyle bu fabrika seçildi.

Alan araştırması için;

- Durum saptaması

- Motivasyon ve eğitim

- Tedavi (tedavi için çalışanlara fabrika yönetimi tarafından izin olanağı sunulmuştur.)

- Son grup saptaması aşamaları uygulanmıştır.

Bu çalışmada 20 diş hekimi ile, 180 çalışan taranmıştır.

Araştırmadaki amaç, tedavi olanağı sunulduğu halde kişilerin bunu değerlendirip değerlendirmedeğinin belirlenmesi ve yaş ve eğitim düzeyinin ağız ve diş sağlığına etkisi olup olmadığının saptanmasıydı.

Bu araştırma Türk Periyodontoloji Derneği'nin düzenlediği Ulusal Ağız-Diş Sağlığı Kongresi'nde bir tebliğ halinde sunuldu.

* Buca ve Bornova Yetiştirme Yurtları'nda yukarıdaki araştırmaya benzer bir alan araştırması başlatılmış olup tedavi aşamasına gelinmiştir. Araştırma sürmektedir.

3- Festivallere Katılım, Sergi, Resim ve Karikatür Yarışmaları

Bugüne kadar kamuoyunun Diş-hekimliği mesleği ve ağız-diş sağlığı konularında bilgi edinmeleri amacıyla çeşitli festivallere katıldık. Kültürpark'da sergiler ağtıkt. Bunun yanında komisyon olarak Ağız-Diş Sağlığı Haftaları'nda resim ve karikatür yarışmaları düzenlemekteyiz.

4-Çeşitli Dergilerde Çıkan Yazılar

Komisyonumuzun, 1991 yılından itibaren Tüketiciler Rehberi-Sağlık, 1995 yılının başından itibaren de İ. Tabip Odası Halk Sağlığı Bürosu Bülteni'nde yazıları yayınlanmaktadır.

5-Çevre Temizliğine Katkı Olarak Zararlı Atıkların Toplanması

Bütün ülkelerin kalkınmada öncelik verdiği çağdaş endüstri ve teknolojinin getirdiği yeni üretim yöntemleri, çevre kirlenmesine yol ağan etkenlerin başında gelir. Üretici ve tüketiciler endüstri dalları, artık ve atık maddeleri ile doğrudan su ve kara sistemlerini kirletmektedir.

Çevre kirlenmesinde diş hekimliğinin payı da yadsınamayacak boyutlardadır. Diş hekimliğinin çevre kirlenmesindeki payının en önemli kısmını amalgam atıkları oluşturmaktadır.

Tüm bu bilgilerin işığı altında komisyonumuz 1991 yılında başlatılmış olduğu Amalgam Atıklarını Toplama Kampanyası'nı sürdürmektedir.

Dt. A. İskender KIRIM

TOPLUM HEKİMLİĞİ EYLEMLERİ

ANKARA TABİP ODASI TOPLUM HEKİMLİĞİNİ TANITMA ÇALIŞMALARİ BÜROSU GÖLBAŞI 1 VE 2 NO'LU SAĞLIK OCAKLARINDA

Yeni dünya düzeni ve yıkılan sosyal devlet anlayışı çerçevesinde. Dünya Bankası destekli olarak sağlıkta özelleştirme çalışmalarını sürdüren Sağlık Bakanlığı, toplumun sağlık gereksinimlerini hiçe sayan bir uygulama daha yaptı. 15 Ocak 1995 tarihinde Gölbaşı ilçesinin büyük kesimine hizmet götüren 1 No'lu Merkez Sağlık Ocağı kapatıldı ve Acil Yardım Trafik Hastanesine bağlı Semt Polikliniğine dönüştürüldü. Kent içi nüfusu yaklaşık otuzbin kişi olan Gölbaşı İlçesi'nde hizmet veren iki sağlık ocağı varken bu sayı bire düşürüldü ve iki sağlık ocağı ile bir AÇSAP (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması) personeli 2 No'lu sağlık ocağının binasına yerleştirildi.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasına göre, sağlık hizmeti, topluma sağlık ocakları aracılığıyla ve öncelikle birinci basamakta verilir. Sağlık ocaklarının temel özelliği gezici hizmet ve ekip hizmeti verebilmesidir. Bu sayede bebek ve gebe izlemleri yapılır, toplumla yakın ilişki kurulur ve hem çevreye hem kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri başarıyla yerine getirilir.

Semt poliklinikleri ise büyük kentler-deki hastanelerin birer uzantısı konumdadırlar. Hastalar ancak sevkedildikleri taktirde buraya başvurur ve hastaneden gelen uzman hekimlerce ileri tetkik ve tedavileri gerçekleştirilir. Semt polikliniklerinin 24 saat çalışması ve acil hizmetleri de vermesi gerekir.

Gölbaşı ilçesinde her 10.000 kişiye bir sağlık ocağı olması, yani üçüncü bir sağlık ocağının açılması gerekirken, sağlık ocaklarından birisinin kapatılması hem sağlık personeli hem de toplumu zor durumda bırakmıştır. Yaklaşık 35 kişilik sağlık ocağı personeli, 2 No'lu sağlık ocağına taşınmış, 8 hemşire ise semt polikliniğine atanmıştır. Bu durumda her iki sağlık ocağının da aynı binada çalışması nedeniyle hasta muayenesi, gebe-bebek izlemi, aşı çalışmaları sağlıklı koşullar altında yapılamaz duruma gelmiştir. Kayıtlar tutulamaz, istatistiksel hesaplar yapılamaz olmuştur. Gayet iyi donanımlı 1 No'lu sağlık ocağının laboratuvarı kapatıldığı için, 2 No'lu sağlık ocağı laboratuvarının çalışma yükü artmıştır. Doktor ve hemşirelerin dinlenme odaları kalmamış, fiziki olanaklar hizmet için yetersiz hale gelmiştir. 2 No'lu sağlık ocağının kentin biraz dışında olması nedeniyle halkın sağlık ocağına olan ulaşımı da zorlaşmıştır.

Yöneticiler Gölbaşı halkını daha iyi bir hizmet vaadiyle kandırmışlardır. Bakanlık yetkilileri daha iyi sağlık hizmetinin ancak hastane koşullarında ve uzman hekimlerle olacağını iddia etmiştir. Oysa semt polikliniğinde aylık rotasyonlarla çalışan hekimler bulunmaktadır. Bu nedenle hekimle hasta arasında iletişim kurulamamakta, hastaların sürekli izlemleri yapılamamaktadır. Hekimler hastayı bir ay sonra göremeyeceğini bilmekte ve bu da hasta-hekim arasındaki iletişimi zorlaştırmaktadır. Semt polikliniğinin sağlık ocakları ile iletişimde olmaması ve sevk zincirine uyulmaması, istatistiksel değerlendirmeler ve kayıtlar açısından da tam bir karmaşa yaratmaktadır. Hastaların kişisel sağlık fişleri kullanılamamaktadır.

Bunun yanısıra semt polikliniğinde sigortalı hastalara bakılmaması da sorunlar yaratmaktadır. Oysa Gölbaşı halkının çoğunluğu sigortalıdır. Bu durum poliklinik hizmetini de verimsizleştirmektedir. Semt polikliniğinde kadın-doğum hizmetlerinin verilmemesi, hasta gözlem-izlem yatağı olmaması, döner sermaye nedeniyle hastalardan ücret alınması da başlıca yakınma konularıdır. Hizmetin semt polikliniğinde 24 saat olması gerekirken bu da yapılmamakta, 24 saat nöbet 2 No'lu sağlık ocağında ve sağlık ocağı personeline tutturulmaktadır. Acil hizmet için gerekli donanımı olmayan, gece nöbeti için yeterli fizik olanaklara ve güvenliğe sahip olmayan sağlık ocağında 24 saat nöbet tutturmak ve büyük reklamlarla açılan semt polikliniğini ise saat 16.00 da kapatmak anlaşılabilir bir tutumdur.

Ortaya çıkan sorunlar gerek sağlık personeli gerekse toplumu harekete geçirmiştir. Bu amaçla ATO Toplum Hekimliği Tanıtma Çalışmaları Bürosu; iki sağlık ocağı ve Sağlık Grup Başkanlığı personelinin katılımıyla 27 Şubat 1995'te Gölbaşı'nda bir toplantı düzenlenmiştir. Toplantı sonrasında oluşturulan yaklaşık 10 kişilik bir ekip Gölbaşı Belediye Başkanı'ndan bir randevu alarak görüşmede bulunmuştur. Böylece yerel yönetimin desteği alınmış, bunun sonucunda Mart ayı sonunda mahalle muhtarlarıyla sağlık personeli arasında ortak bir toplantı yapılması kararı alınmıştır. Durum ATO, TTB, kaymakamlık, valilik, sağlık müdürlüğü ve bakanlığa da bildirilecek, kapatılan sağlık ocağının en kısa zamanda tekrar açılması istenecektir.

Gölbaşı yerel radyosunun da desteği ile toplumdan gelen baskıların artması sonucu. Sağlık Bakanlığı yetkilileri, sağlık ocağına yeni bir bina yapılacağını söylemek zorunda kalmışlardır. Bunun için de eski sağlık ocağının bahçesinde bulunan yarım kalmış garaj inşaatının sağlık ocağı binasına dönüştürüleceği vaat edilmiştir. Fakat bu inşaatın sağlık ocağına dönüşmesi ve ne zaman biteceği ise belirsizlik içindedir.

Sağlık personeli ise haklı olarak, "Sağlık Bakanlığı samimi olsaydı, sağlık ocağını kapatacağı yerde önce semt polikliniğine yeni bir bina yapar ve böylece gereksiz yere ve aceleyle sağlık ocağını kapatmazdı" yorumu yapmaktadır. Elde edilen tüm veriler Sağlık Bakanlığının sağlık ocağı konusunda samimi olmadığını göstermektedir.

Oldukça başarılı çalışmalar yapan ve bu çalışmaları nedeniyle 1994 yılında TTB Nusret Fişek Sağlık Ocağı yarışmasında, bir yıl süreyle TTB yayınlarına abonelik kazanan 1No'lu sağlık ocağının kapatılması büyük bir sorumsuzluk örneği olarak ortada durmaktadır. Sağlık ocağı yeniden açılana kadar Toplum Hekimliğini Tanıtma Çalışmaları Bürosu girişimlerine devam edecektir.

Nusret Fişet Anma Etkinlikleri sloganlarında olduğu gibi:

"Sağlık Ocaklarımızı Koruyalım ve Her Mahalleye Bir Sağlık Ocağı"

Dr. Bülent Kılıç

BÜYÜTEÇ

- İlaç Üzerine (Doç. Dr. Okan ATAY)
- İlaç Yönetiminde Akılcılık (Prof. Dr. İsmail ÜSTEL)
- Akılcı İlaç Kullanımında Tüketim Kontrolünün Teri (Prof. Dr. R. Kazım TÜRKER)
- Temel ilaçlar ve Jenerik İlaç Uygulaması (Prof. Dr. Mekin TANKER)
- Patent (Ecz. Firdevs KORKMAZ)
- Akılcı Bir Kuruluş: FDA (Dr. Eczacı Leyla ÜSTEL)

İLAÇ ÜZERİNE

ilaçla ilgili dile getirilen sorunların ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin yapılanması ve işleyişi ile yakından ilgisi vardır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin geri plana itildiği, tedavi hizmetlerinin öncelik aldığı özel sektör yaklaşımı ile hareket eden bir sağlık politikası, ilaca da sağlıktaki önemini ve sosyal niteliğini göz ardı ederek herhangi sıradan bir sanayi ürünü gibi bakabilmektedir.

Ülkemizde son yıllarda uygulanan serbest pazar ekonomisi ilacın bu özelliklerini iyiden iyiye gözardı etmiş ve sorunlarının çözümünü bu ekonomik yaklaşımın sadece kâr anlayışı üzerine kurulan koşullarına terketmiştir. Bir süredir başlatılan ve halen sürdürülen benzer çabalar, ilaç fiyatlarının tamamen serbest bırakılması, ilacın yazılı ve görsel basında reklamı yapılarak satılması, kendi kendini tedavi (Şelf medikasyon) görüşü yaygınlaştırılarak ilacın doktor ve eczacı kontrolü dışında satılması gibi pek çok konuyu gündemde tutmaktadır.

Buna ilave olarak yürürlükteki yasayı değiştirerek ilacın patent kapsamına alınması ve Avrupa Gümrük Birliği'ne girerek AT topluluğunda üretilen ilaçların ülkemizde de serbest satılması, ilaç fiyatlarına gelecek ciddi artışlar ilaç gündemini daha da ağırlaştıracak gözükmektedir.

Nüfusumuzun yüzde 32'si sosyal güvenceden yoksun olup sağlık ve ilaç harcamalarını kendi imkanları ile karşılamak durumundadır. Ülkemizde ilaç tüketiminin rasyonel olduğunu söylemek mümkün değildir, ilaç tüketimi sosyal güvencesi olan kesimlerde adeta bir savurganlık boyutunda iken bu olanaktan yoksun kesimlerde herhangi bir ilaca ulaşmak bile güç olabilmektedir. 1989 yılında yapılan bir pilot çalışmada evlerde yarım bırakılmış veya hiç kullanılmamış ilaçların tahmini tutarının 200 milyar TL olduğu ifade edilmiştir. Mevcut tablo sosyal güvenlik kurumları açısından da pek parlak gözükmemektedir. Kurumlar artan tüketim ve ilaç fiyatlarının karşısında ciddi ödeme güçlüklerine düşmüşler ve kendi bünyelerinde tüketimi kısıtlayıcı bazı önlemler almışlardır.

Ülkemizde 1993 yılında 790 milyon kutu ilaç üretilmiştir. Bunun parasal değeri yaklaşık 25 milyar ABD dolandır. Ülkemizde ilaç tüketimi için harcanan para tüm az gelişmiş ülkelerde olduğu gibi tüm sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların en önemli kısmını oluşturmaktadır.

İlaç harcamalarının genel sağlık harcamaları içindeki payı gelişmiş ülkelerde yüzde 10-15 arasında değişirken ülkemizde ise bu pay yüzde 35 civarındadır. Bu oran bazı güvenlik kurumlarımızda yüzde 50'leri bulmuştur.

Ülkemizde kişi başına düşen ilaç tüketimi 26 ABD doları civarındadır. Bu tüketim değeri ile ülkemiz dünyada 22. sırada yer almaktadır. Bu tüketim payı gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında düşük gözükmeyle beraber, tüketimin fert başına düşen milli gelire oranı açısından değerlendirildiğinde ülkemiz pek çok gelişmiş Avrupa ülkesinin önünde yer almaktadır.

(Fert başına harcanan ilaç bedelinin, fert başına düşen milli gelire oranı ülkemizde 0,88 iken Almanya'da 0,71 İngiltere'de 0,61 Belçika'da 0,49'dur). Ortaya çıkan rakamlar İlaç tüketiminin genel sağlık harcamaları içindeki payının ve milli gelire oranının küçümsenmeyecek düzeyde olduğunu göstermektedir.

Konunun diğer önemli bir yanı da ortalama 26 ABD doları olan ilaç harcamasının toplumun bazı kesimleri için 80-100 dolara çıkarken bazı kesimlerde 3-10 dolara düşmesidir.

Ülkemizde rasyonel ilaç kullanımındaki ciddi aksamaların nedenleri arasında ilacı üreten sanayicinin ilacı öneren hekimin, hastaya sunan eczacının ve bizzat hastanın önemli payı vardır.

Üretici firmalar gerekli gereksiz ilaç tüketimini artırmak amacı ile her yöntemi denemektedir. Özellikle hekim ve eczacıyı yoğun bir reklam ve promosyon baskısı altında tutarak ilacın reçeteli veya reçetesiz satışını zorlamaktadır. Özellikle hekimler bu açıdan ilaç sanayinin tam bir kuşatması altında bulunmaktadır. Hekim ilaçla ilgili bilgileri çok zaman ilaç sanayi kanalı ile sağlamaktadır. Hekimlerin ilaç hakkındaki bilgi edinme kaynakları üzerine yapılan bir araştırmada tıbbi mecmualardaki makaleler sadece yüzde 7 pay alırken tıbbi temsilci (propagandist) kanalı ile bilgi ulaşma oranı yüzde 60 civarındadır. Sağlanan bu bilgilerin her zaman tarafsız ve ilaç için yeterli tüm bilgileri kapsadığı söylenemez. Ayrıca ilaç sanayicilerince sağlanan dokümanlar ve ilaçla ilgili yapılan bilimsel toplantılarda verilen bilgilerin zaman zaman yanlı ve sübjektif olduğu bilinmektedir.

Her ilaç üreticisi kendi ilacının benzerlerinden daha üstün tedavi değerinde olduğunu iddia edebilmekte ve bunu kanıtlayan bilimsel (!) yayınları sunabilmektedir.

Ülkemizde ilaç firmalarının doktor ve eczacılara yönelik yaptığı reklam ve promosyon hizmetlerinin zaman zaman etik kuralları zorlayan meslek haysiyetini zedeleyen boyutlara gelebildiği gözlenmektedir. İlaçta reklam ve promosyon giderlerinin ilaç maliyetine belirli oranda yansıtılması ile ilgili uygulama 1984'den bu yana kaldırılmıştır. Hali hazır uygulamada tüm reklam ve promosyon giderleri doğrudan ve tümü ile ilaç

maliyetine intikal ettirilmiştir. Reklam ve promosyon giderlerinin ilaç maliyetindeki payı ortalama yüzde 15 civarındadır. 2,5 milyar dolarlık ilaç tüketiminde bu gider payının miktarı oldukça önemli rakamlara ulaşmaktadır,

Sanayici olayı bu boyutlarda da bırakmak niyetinde gözükmemektedir. Gerekli yasa değişikliğini sağlayarak ilacın yazılı basın ve televizyonda reklamını yaparak ilaç satışlarını artırmayı hedeflemektedir. Böylece kişilere kendi kendinin doktoru olması(i) temin edilerek tedavinin en kolay ve hızlı biçimde gerçekleştirilmesi sağlanacaktır. Bu uygulamanın gereksiz ilaç tüketimini artırması yanında toplum sağlığı açısından da ciddi boyutta olumsuzluklar getireceği kuşkusuzdur.

Ülkemizde değişik farmasötik biçimlerde yaklaşık 5000 civarında ruhsatlı ilaç mevcuttur. Bunlardan pek çoğunun benzer ilaç olduğu bilinmektedir.

Halen piyasada değişik endikasyonlarda kullanılan aynı etken madde İçeren onlarca benzer (muadil) ilaç mevcuttur. (Paracetamol içeren 47 adet analjezik enalapril İçeren 7 adet tansiyon düşürücü, corlmoksazol içeren 8 adet antibakteriyel) Bu örneklerin değişik farmakolojik gruplar için çok sayıda artırılması mümkündür. Halihazır durum böyle iken ilaç sanayi yoğun biçimde yeni ruhsat alarak mevcut müstahzar karmaşasını daha da artırmaktadır. Bu durumda ilacı seçme durumunda olan hekim bu marka karmaşasında sağlıklı seçim yapmakta zorlanmakta ve çok zaman bu seçiminde firmaların propagandaları önemli rol oynamaktadır. Son günlerde bu konuda gelişen yeni bir durum da ilaç firmalarının aynı etken maddeyi taşıyan ruhsatlı bir ilacı varken aynı etken maddeli başka bir oluşumda farklı bir isim altında yeniden ruhsatlandırmasıdır. İki ilaç arasında isim dışında tek farklılık yeni ruhsatlandırılan ilacın fiyatının ucuz oluşu ve bu ilacın piyasaya verilmeyip yalnız SSK'ya satılmasıdır. Aynı üretim yerinde, aynı koşullarda ve aynı maliyet unsurları ile üretilen iki ilaç arasında önemli fiyat farklılıkları mevcuttur. Eğer firma SSK'ya verilen ilaç örneğinde olduğu gibi daha ucuz üretilbiliyorsa piyasaya verilen benzer ilacın fiyatının fazla oluşunun, makul bir açıklaması olmalıdır.

Türkiye'de ilaç pahalıdır. Halkın alım gücünün çok üstündedir. Her geçen gün sosyal güvencesi olmayan insanların ilaca ulaşması olanaksız hale gelmektedir. Emekli ve çalışan kesim bile katılım paylarını ödemede zorlanmaktadır. Kamu kuruluşlarının durumu da pek iç acıcı değildir. Ödemeler ciddi biçimde aksamakta ve bu durumdan en çok hasta ile karşı karşıya gelen eczane eczacısı etkilenmektedir.

Ülkemizde ilaç fiyatlarını tespit yetkisi Sağlık Bakanlığı'na aittir. 1984 yılından bu yana sürdürülen uygulamada ilaç fiyatlarının saptanmasında firmaların kendi maliyet bildirimleri esas alınmıştır. Böylece bakanlık firmaların bu beyanlarına itibar ederek sadece fiyatları tasdik eden bir kurum haline dönüştürülmüştür. Son günlerde ilaç sanayicilerinin bununla da yetinmeyip ilaç fiyatlarının tamamen serbest bırakılması doğrultusunda yoğun çaba gösterdikleri gözlenmektedir.

Hekimin ilacın kullanımında yönlendirici ve belirleyici fonksiyonu yadsınamaz. Daha önce de ifade edildiği gibi binlerce ilacın bulunduğu bir ortamda ilacın tercihi kadar markanın tespiti de hekimin bu konudaki işini zorlaştıran olgulardan biridir.

Ülkemizde çalışma koşullarının yetersizliğinden, laboratuvar olanaklarının her yerde aynı düzeyde olmamasından ve muayene sırasında hastalara yeterli zaman ayıramamak-tan kaynaklanan sorunlar yaşanmaktadır. Özellikle poliklinik hizmetlerinde hasta başına düşen muayene süresi ortalama 6 dakikadır. Poliklinik sayısı SSK.'da Sağlık Bakanlığı hastanelerinden 2,8 üniversite hastanelerinden 9 kat fazladır. Tüm bu olumsuzluklar hekimi teşhisten tedaviye değil, semptomdan tedaviye yöneltmektedir.

Ülkemizdeki diğer bir sorun da hekime başvurulduğunda reçete beklentisinin adeta kaçınılmaz oluşudur.

Hekimin hasta nezdinde değeri ve ehliyeti reçeteye yazdığı ilaç sayısı ile ölçülmektedir. Toplumun bu yanlış yargısı zaman zaman reçetelerde polifarmasinin oluşmasına neden olabilmektedir. Her yüz doktor muayenesinin 95'i reçete yazımı ile sonlanmaktadır.

Bu durum Hollanda'da 56, İtalya'da 73, Fransa'da 85 reçete yazımı biçimde gerçekleşmektedir.

Ülkemizde en fazla tüketilen ilaçlar diğer az gelişmiş ülkelerde de olduğu gibi antibiyotik grubu İlaçlardır,

Yapılan retrospektif reçete İncelemelerinde her üç reçeteden birinde bir antibiyotiğin yer aldığı

gözükmektedir. Reçeteye giren veya eczaneden reçetesiz olarak verilen antibiyotiğin her zaman gerektiği endikasyonda kullanıldığını söylemek oldukça zordur,]Bu durumlarda daha çok gerekeni yerine daha geniş spektrumlu olanı tercih edilmektedir. Konunun diğer önemli bir yönü de bilinçsiz ve gereksiz kullanımdan dolayı kısa süre içinde resistans oluşumu ve her defasında daha yüksek doz veya daha geniş spektrumlu ve pahalı antibiyotiklere gereksinme duyulmasıdır.

ilaç ve tedavi yöntemleri ve konu ile ilgili bilgiler çok hızlı bir biçimde değişmekte ve yenilenmektedir. Lisans eğitimi süresinde öğrenilen bilgiler kısa süre içinde yetersiz kalmakta zaman zaman temel konseptlerde bile önemli değişiklikler meydana gelmektedir, Halen ülkemizde satılan ilaçların yarısından fazlası bundan 15 yıl önce Tıp ve Eczacılık Fakültesi lisans eğitimi sırasında mevcut olmayan ilaçlardan oluşmaktadır. Bu durum mezuniyet sonrası eğitimin kaçınılmaz bir ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu eksiklik sıklıkla dile getirilmesine rağmen bu konuda ne meslek örgütlerinin ne de bakanlığın ciddi bir teşebbüsü olmamıştır. Bu boşluk yukarıda da belirtildiği gibi propagandistler veya her zaman objektif bilgiler İçermeyen prospektüs bilgileri ile doldurulmaya çalışılmaktadır.

ilacın rasyonel tüketilmemesinin nedenleri arasında hastanın davranışlarının da önemli yeri vardır. Hasta kullandığı ilaçla ilgili gerekli bilgiye sahip değildir, ilacın yararı kadar zararın da olacağını bilincinde değildir.

Çok ve değişik ilaç kullanmanın yararlı olacağı gibi yanlış düşüncelere sahiptir. Verilen ilacın zamanında ve yeterli dozda alınmamasından dolayı tedavi aksamaktadır. Her ev yarım bırakılmış, hiç kullanılmamış, kullanım süresi dolmuş veya saklama koşullarının yetersizliği nedeni ile bozulmuş ilaçlarla doludur. Eczanelerde sınırlı ilaçların dışında her çeşit ilacın reçetesiz sağlanması da önemli bir sorun olarak gündemdedir. Bu uygulamanın yaygınlığının nedeni sağlık hizmetlerinin ülkemizdeki uygulamasındaki temel aksaklıklardır.

Hasta, doktora veya hastaneye ulaşmakta güçlük çekmekte bu ihtiyacını çok zaman ücret ödmeden gidebildiği ve danışabildiği eczanede gidermektedir, ilacın doktor insiyatifi ile yönlendirildiği ve sadece eczaneden sağlandığı- bir sistemin getirilmesi şarttır. Bu durum gereksiz ve yanlış ilaç kullanımından doğan pek çok olumsuzluğu ortadan kaldıracaktır.

Görüldüğü gibi ilaç sosyal İçeriği, ekonomik yönü ve tüketim boyutu ile pek çok sorunu İçinde barındırmaktadır. Bu sorunlar İlacı herhangi bir tüketim ürünü gibi gören bakış açısı devam ettikçe daha da artarak sürecektir.

İlaçla ilgili sorunun çözümünde toplumun tüm kesimlerinin duyarlılığını belirli bir düzeye getirmek şarttır. Bunu sağlamak ise ilgili meslek örgütlerinin ana görevidir. Bu konuda örgütler somut ve net politikalar oluşturmalı ve bunun hayata geçirilmesi için ciddi girişimlerde bulunmalıdır.

Doç. Dr. Okan Atay

Gazi Üniv, Eczacılık Fakültesi Farmasötik Kimya Anabilim Dalı

İLAÇ YÖNETİMİNDE AKILCILIK

Başınız ağrıyor. İlaç dolabından bir ağrı kesici alıp, içiyorsunuz. Bir süre sonra geçiyor. Bu sırada, dünyadaki milyarlarca (evet, milyarlarca) insanın bu olanaktan yoksun olduğunu düşünüyor musunuz hiç? Adına ister "insanlığın yüzkarası", İsterseniz "insanlık ayıbı" deyin, durum ne yazık ki böyle. Toplumsal katmanlar arasında adaletli biçimde dağılan temel ve diğer sağlık hizmetleri, birçok (yüzden fazla) ülkede bugün bile yalnızca bir düş. "Parayı veren düdüğü -pardon, sağlık sisteminin kapısını çalar" anlayışı -resmen kabullenilmese dahi uygulamada kendini açıkça belli etmekte. Bu doğrultuda biçimlenen sağlık hizmeti sunum sistemi de, ibresi "pazar ekonomisi" yönünde ağır basan bir çerçevede "geliyor." Sonuçta, "talep", belirleyici unsur oluyor. Makro ekonomik tanımıyla "yeterli satın alma gücü ile desteklenen gereksinim" demektir talep. Ya yeterli satın alma gücü ile desteklenemeyen sağlık gereksinimi nasıl karşılanacak? İşte, bu noktada devreye devletin girmesi beklenir. İstedığınız kadar küçültün, devletin çağırıştırdığı sorumluluklar arasında sağlığın korunması ve geliştirilmesi de yer almalıdır. Sağlık hizmetinin ana başlıklarından olan ilaç konusu da, devletin yükümlülüklerinden sayılmalıdır. Siyasal ve ekonomik düzen ne olursa olsun, sağlık hizmetleri ve ilaçlar sürekli olarak bulunabilir, erişilebilir ve kullanılabilir olmalıdır.

Çoğunlukla kavramlara İlk anda

belirli bir anlam yükler, sonra da geri dönüp sorgulamayız hiç. Oysa, hepimiz farklı kavram sözlüklerinden yola çıkarak tartışırız konulan. Karşımızdaki kişi, kurum ve kesimlerin sözlüklerinde de aynı anlamların yer aldığını varsa-yarız. Ne var ki, genellikle oldukça değişik anlamlar yüklemiştir karşımızdakiler. Örneğin, İlaçların "bulunabilir, erişilebilir ve kullanılabilir" olması ne demektir? Bu kavramlarla etkileşen unsurlar nelerdir? Bu sorulara yüzeysel yaklaşıldığında, ilaçların "etkin, güvenli ve ekonomik" olması gerektiğini söyleyebiliriz. Diğer taraftan, sorulan derinlemesine ele aldığımızda, bir dizi sosyolojik-kültürel-ekonomik-psikolojik-davranışsal motif çıkıyor karşımıza. Peki, bu faktörler yumağı içinde yolunu şaşdırmamak ve en uygun bileşke çizgisini yakalayabilmek olanağı var mı-dir? Evet, vardır. Anahtar sözcük, "ilaç yönetimi"dir, "akılcılık"tır,

ilaç yönetimi, bir şemsiye terim aslında. Devletin ilaç konusunda devlet olma spektrumunun diğer adı diyebilirsiniz. Toplumsal gereksinim doğrultusunda yapılan (daha doğrusu, yapılanması gereken) ilaç politikalarının stratejik ve taktik düzeylerde yansımaları hedefleyen bir kavram. Planlamadan izleme-değerlendirmeye, uygulamadan sürekli iyileştirmeye kadar yayılan bir yelpazenin tüm kıvrımlarına sinen bir yaklaşım, ilaç yönetiminin teknik başlıkları arasında İlaç üretimi, seçimi, edinme yöntemleri, depolanması, envanter yönetimi, ulaştırılması, reçete yazılması ve yanıtlanması süreçleri ile kullanım basamakları yer alıyor. Bu zincirin altyapı unsurları arasında, mevzuattan yönetim stiline, eğitimden kurum kültürüne, finansman- dan kalite anlayışına kadar yankılanan temel unsurlar sayılabilir. Tüm bu anılan düzeylere, yelpaze kıvrımlarına, teknik konu başlıklarına ve altyapı unsurlarına yansımaları gereken belirleyici özellik "akılcılık" olmalıdır. Görünürdeki sorunlarla yetinmeyerek kaynaklarına inen; diğer bir deyişle, sorunların neden-sonuç haritalarının çizilmesi hususunda titizlenen bir akıl- alık. "Ben kıldım, oldu" kolaycılığına kaçmayan, "Bence" donanımsızlığına prim vermeyen, "Olsa olsa" yaklaşımın yüzeyselliğine kapılmayan, "Kesinlikle" tuzağına düşmeyen, "Sinama- yanılma ile yetinme" ucuzluğuna boyun eğmeyen, ödünsüz de olsa ödünsüz bir akılcılık.

Belki çok daha "teknik" bir yazı okumayı umuyordunuz. Örneğin, ilaç pazarının oligopolistik yapısının fiyatlara etkisi, patent korumasının çok yönlü sonuçları, ilaç promosyonunun etki boyutları, ilaç tüketiminin finansmanı modellerinin farmakoekonomik sonuçları, öncelikli ilaçların belirlenmesinde farmakoepidemiolojik verilerin katkısı, hekimlerin reçete yazma alışkanlıklarını yönlendiren unsurlar, iyi eczacılık uygulamaları (GPP) ışığında sosyal ve klinik eczacılık ya da kendi kendini ilaçla tedaviye farmakoantropolojik yaklaşım veya ilaç tedavisinde kalite yaklaşımları gibi başlıklarda derinlemesine

açıklamalar yapmamı, yorumlar ışığında çözüm önerileri getirmemi bekliyordunuz büyük bir olasılıkla. Kusura bakmayın. Konunun kuş bakışı krosisini çizmeden; bir başka deyişle, makro çatısını çizmeden ayrıntılara inilmesini çok akılcı bulmuyorum, işte, ilaç yönetiminde genel akılcılık çizgisinden başlanmasını daha doğru buluyorum.

En klasik sorulardan biridir: "Önce sağlık politikası mı, yoksa ilaç politikası mı geliştirilmelidir?" Ak ve kara arasında geniş bir gri alan olduğu gereğini gözden uzak tutmadan yanıtlamaya çalışın bu soruyu. Her ikisinin birbirinden ayıramayacağını, birbirlerini sürekli etkilediklerini, bu etkileşimin karşılıklı kazanımlarını es geçmeyin lütfen. Gerek sağlık, gerekse ilaç politikasının bütün zerrelerinde izlenmesi zorunlu olan akılcılık çizgisinin altını çiziniz. Hem de birkaç kez. Her adımın kaliteli veri ve bilgiye dayandığı, karar süreçlerinin nedenselliğe dayalı düşünceden yola çıktığı, uygulamaların ve değerlendirmelerin bilimsellik rotasından milim sapmadığı bir akılcılık çizgisini iyice belirginleştirmek durumundayız. Doğaldır ki, bu çizginin sürdürülebilmesi, politikacı ve bürokrat-teknokrat kalitesi ile çok yakından ilgili. Kesin niyetli olmayı ve bu niyeti kararlı biçimde yaşama taşıyabilecek kadar becerili-bilgili-donanımlı olmayı gerektiriyor akılcılık. Yönetici akılcılığı-yönetilen akılcılığı etkileşmesi -*demokratik sistemde her konuda olduğu gibi*- ilaç yönetimi konusunda da geçerli. Akılcılık çerçevesinin dışına taşılması, büyük oranda bizlere bağlı. Size, bize, hepimize bağlı. Yönetim üzerinde -her konuda olduğu gibi- ilaç akılcılığı konusunda da baskı kurma ve sürdürme şansına sahibiz. Baskı (*İsterseniz, yöneltme diyelim*) şansımız, sivil toplum örgütlenmesi gücümüze bağlı. Hekimlerin, eczacıların, hemşirelerin ve ilaç ile doğrudan ya da dolaylı ilgili olan tüm meslek gruplarının ulusal kuruluşlarından uluslararası kurumlarına; anılan grupların temsil edildiği sendika ve demeklerden, çeşitli gönüllü yapılanmalara; ilaç tüketicilerinin seslerini duyurabilecekleri tüm biçimsel olan ve olmayan örgütlenmelerden, sağlıkçı akademisyenlerin oluşturdukları çeşitli platformlara kadar tüm sivil örgütler bu baskıyı oluşturmalı ve odaklamalıdır. Bu yapılmadıkça, yalnızca teknik tartışmalardan oluşan kısır bir döngüden ileri geçilemeyecektir. Politikacı - bürokrat - teknokrat kalitesi tabandan gelen baskıyla güvence altına alınmadıkça, literatür bilgilerinin defalarca çiğnenmesinin fazla anlamı olmayacaktır. Akılcılık kavramını üç boyutlu düşünebilmeliyiz. Birey olarak, örgüt olarak içimize tam anlamıyla sindirmekle yükümlüüz. Bireysel ve örgütsel tutumumuza aktarmak ve davranışlarımıza yansıtma zorundayız. Yalnızca ilaç yönetimi söz konusu olduğunda değil elbette...

Prof. Dr. İsmail Üstel

H.Ü. Eczacılık Fakültesi Eczacılık İşletmeciliği ABD Bşk.

AKILCI İLAÇ KULLANIMINDA TÜKETİM KONTROLÜNÜN YERİ

Sıradan bir tüketim maddesi olmayan ilaç, uzun yılları kapsayan ve değişik bilim dallarından çok iyi yetişmiş uzmanların eşgüdümsele çalışmaları sonucu elde edilir. Binlerce doğal kaynaklı veya tam kimyasal sentezle elde edilen, moleküler yapısı mutlaka bilinen maddeden ancak bir veya ikisi ilaç olabilme şansına sahiptir. Bu kısa tanımlama, ilaç üretiminin ne denli güç bir iş olduğunu göstermeye yeterlidir. Araştırma bazına dayalı ilaç endüstrisi en etkili ve en az zararlı ilacı bulmak için bilimsel araştırmalara büyük pay ayırır. Gerek kimyada ve gerekse moleküler biyolojideki hızlı gelişmeler, fizyolojik işlevlerin gizli kalmış bir çok sırlarını aydınlattığı gibi, hastalıkların fizyopatolojisinde ve tedavisinde inanılması güç boyutlarda yenilikleri de beraberinde getirmiştir. İşte bu bağlamda, 2000'li yıllarda dünyada, ilaç etken maddesini bulup insanlık hizmetine sunabilecek araştırmaya dayalı endüstri adedi her halde çok az sayıda olacaktır. "Gene Therapy" pekte uzak olmayan bir gelecekte yerini bulacaktır.

İlacın bu denli bilimsel araştırma ve teknolojik gelişmelere dayalı bir tüketim maddesi olması, bu maddeleri üreten firmaların yaptıkları yatırımları karşılayacak ve daha da geliştirecek düzeyde kazanç elde etmelerini zorunlu kılmaktadır, işte bu nedenle ilaç bir yerde ticari tarafı olan, ancak seçeneği olmayan bir tüketim maddesidir. Bilimsel araştırmaları ile yeni yeni etken maddeleri bulan çok gelişmiş ülkelerde bile ilaç üretiminden tüketimine kadar devletin etkili kontrolünde bulunur.

Ülkemizde ilaç üretimi "farmasötik teknoloji" düzeyindedir. Bunun anlamı tüm etken maddeleri dıştan alarak değişik farmasötik şekillerde üretmektir. Bazı ilaç etken maddeleri ülkemizde de üretilebilmektedir. Ancak bizim kendi öz mesaimiz sayılabilecek, ürettiğimiz, ilaç olabilecek, hiç bir etken maddemiz yoktur. Kısacası oldukça gelişmiş bir farmasötik sanayi dalımız olmasına rağmen henüz daha araştırma temeline dayalı bir ilaç endüstrimiz yoktur ve olması olasılığı da çok uzak gözükmektedir.

Tüm bu nedenlerle ilaç tüketiminin ülkemizde çok ciddi bir biçimde kontrolü kaçınılmaz olmuştur. Bu gün halkımızı en çok etkileyen olay ilacın son derece pahalı olması ve vatandaşın korkunç enflasyon ortamında hastalıklarla savaşmada en etkili silahı olan kolayca ve sıkıntısız alamamasıdır.

Türkiye'de özellikle 1980'li yıllardan sonra bilinçsiz ilaç tüketimi inanılması güç boyutlarda artma göstermiştir. Bu bilinçsiz tüketimde rol oynayan nedenleri şöylece sıralayabiliriz:

1. Genel sağlık sistemindeki aksaklıklar.
 2. İlaç sanayisinin aldatıcı promosyonları.
 3. Anlamsız ve aldatıcı reklamlar.
 4. Hekim ve eczacının, ilaçta post-marketing surveillance konusunda yetersizliği ve bilgisizliği.
 5. Reçetesiz ilaç alınmasının bir türlü önlenememesi.
 6. Sağlık Bakanlığı'nın ilaç administrasyonunda bilime dayalı, ülkenin sosyal ve ekonomik koşullarına göre belirli ve ödünsüz bir politikası olmaması.
- ilaç mutlak olarak hekim tarafından önerilmeli ve hekim denetiminde tüketilmelidir. Türkiye'de reçete ile

alınması gerekli ilaçlar reçetesiz olarak rahatlıkla alınmakta ve tüketilmektedir. Bu konuyu Türkiye hiç bir zaman halledememiş ve ülkemizde reçetesiz ilaç alınması bir gelenek halinde yerleşmiştir. Reçete ile ilaç alınması, hekim denetimini zorunlu hale getirir, ilacı bir ticari ve kazanç sağlayan tüketim maddesi olarak gören kimseler ilacın fazlaca tüketilmesini körüklerler. Majistral formülasyonların geçerli olduğu eski dönemlerde ilaç tüketimi daha dikkatli ve kontrollü yapıldı. Ancak bu gün majistral formülasyonlar hemen hemen hiç kullanılmamakta ve ilaçlar fiks farmasötik şekiller halinde tüketiciye intikal etmektedir. Eğer reçetesiz ilaç alma alışkanlığı giderilebilse, o zaman Türkiye'de bilinçsiz ilaç tüketimi büyük boyutlarda kontrol altına alınabilecektir. Böylesi bir uygulama ilacın ticaretini yapanlar tarafından hiç de olumlu karşılanmaz ve şiddetle karşı çıkılır. Aslında böylesi bir uygulama hiç de güç değildir. Nasıl ki uyuşturucu maddelerin tüketimi özel reçetelerle kontrol altına alınabilmiştir aynı metodoloji diğer son derece önemli ilaçlar içinde yapılabilir. Örneğin antibiyotik ve kemo-terapötikler, hormonlar, analjezik anti-enflamatuvar ilaçlar, kardiyovasküler sistem ilaçları, sentral sinir sisteminde etkili ilaçlar ve daha pek çok ilaç grupları böylece denetime alınabilir ve bu uygulama ile ülkemizde gerçek ilaç tüketimi kolayca saptanır. Tüm ilaçların kontrollü olarak kullanılması sadece hasta için değil, ülkenin ekonomik yapısı için de son derece olumlu katkılar sağlar. Kendi ülkelerinde tüketimini titizlikle kontrol eden çok uluslu ilaç endüstrisi geri kalmış ve kalkınmakta olan ülkelerde bu denli dikkatli değil hatta tüketimi daha büyük boyutlarda arttırmak için her türlü girişimi sağlarlar. Eğitim, modernizasyon, otomasyon, globalleşme, küreselleşme maskesi altında ve yerli işbirlikçilerin de desteği ile böylesi bir uygulamadan en fazla rahatsız olabilecekler ilaç sanayicileri, eczacılar ve en sonunda da hekimlerdir, ilaç firmaları nerede ise her ilacın bir nevi "OTC ilaç uygulaması" şeklinde tüketimini ısrarla savunmaktadırlar. Son yıllarda, bazı bilgisayar programları yaparak eğitim maskesi altında "semptomdan-tedaviye geçiş" gibi tamamen bilim dışı şelf medikasyon promosyonları da yaygınlaşmaya başlamıştır. Tüm bu ve benzeri uygulamalar ülkemizdeki ilaç tüketimindeki başlı boşluğun en çarpıcı kanıtlarıdır.

Prof. Dr. R. Kazım TÜRKER

Ankara Üniv. Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı Başkanı

TEMEL İLAÇLAR VE JENERİK İLAÇ UYGULAMASI

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), yıllardır, temel ilaçlar listesi yayınlamaktadır. Bir öncekinin tekrar incelenmesi ve yenilenmesi ile oluşturulan ve her zaman güncelleştirilen Temel ilaçlar listesi'nin günümüzde de geçerliliğini devam ettirmekte olduğu, ilgililerce yakından bilinmektedir.

WHO'nun bu listelerinden çeşitli ülkelerde, jenerik ilaç uygulamasında, kamunun ve sigortaların ilaç harcamalarını düzenlemede, dış alım ve üretim teşviklerinde ve benzeri konularda yararlanılmaktadır. Bu listeler jenerik isimle hazırlanmış ve kullanılış amaçlarına göre sınıflandırılmıştır. Aynı amaçla kullanılan çeşitli etken maddelerden sadece bir veya birkaçı listeye alınmaktadır. Bu seçime esas oluşturan kriterler ve diğer hususlar listenin başında belirlenmiştir. Bu başlangıç metninin alt başlıkları şunlardır:

- Amacı açıklayan bir giriş
- Temel ilaçlar listesinin bir ulusal programa alınmasındaki prensipler
- Temel ilaçların seçiminde uygulanan prensipler
- Bu temel ilaçlarla hazırlanacak farmasötik doz formülasyonlarının seçimindeki kriterler
- Antimikrobiyal ilaçlar ve rezistans olayı
- Temel ilaçlar kavramı üzerinde uygulamalar
- Temel ilaçlar ve temel sağlık eğitimi
- Temel ilaçlarda kalite ve güvenlik
- Araştırma ve geliştirme
- İlaç danışma ve eğitimi
- Temel ilaçların son listesi

Temel ilaçlar listesinden yararlanılarak jenerik ilaç uygulaması, ilaçla tedaviye rasyonellik getiren ve ilaç harcamalarının gereksiz artmasını engelleyen başlıca yöntem olma özelliğini taşır.

Daha 1980'li yıllarda Türk Eczacıları Birliği (TEB) nin, Türkiye için önerdiği uygulama ana hatlarıyla şöyle özetlenebilir:

- 1) Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen temel ilaçlar listesi Türkiye koşullarına uyarlanır.
- 2) Bu temel ilaçlar jenerik isimle ve eczane ambalajı şeklinde üretilir.
- 3) Reçeteye jenerik isimle yazılan ve yeteri kadar adetle verilen ilaçların bedeli kamu kurumu ve sigortalar tarafından katılım payı alınmaksızın tamamen ödenir.

Jenerik ilaç uygulamasının iki temel amacından biri olan rasyonel ilaç kullanımı temel ilaç listesinin hazırlanmasıyla, ikinci temel amaç olan ilaç harcamalarındaki gereksiz artışlar eddikatör fiyat (belirleyici fiyat) uygulamasıyla sağlanır. Bu uygulamanın doğal sonucu olarak ilaç bedellerinin tamamı ödeneceğinden hastaya tam sigorta hizmeti getirileceği gibi, gereksiz harcamalar da kısıtlanacağından, bu hizmetin daha çok yaygınlaştırılması da mümkün olacaktır.

Rasyonel ilaç kullanımı ile gereksiz harcamaların önlenmesi üzerinde bir miktar durmakta yarar görmekteyiz.
Rasyonel İlaç Kullanımı

Bu günkü uygulamada ilaçlar, ilaç fabrikalarına sahip şirketler tarafından üretilmekte ve ticari isimlerle adlandırılmaktadır. Bu ilaçlarda etken maddenin, kullanılan dozun, farmasötik şeklin, birim ambalajda bulunan miktarın seçimi tamamen bu ticari firmalara aittir. Her ne kadar ruhsat SB tarafından veriliyorsa da

ve yapılan ruhsat başvurularının reddi mümkün ise de gerekli etken maddeleri, gerekli dozu ve gerekli sayıyı taşıyan ambalajı üretirmek için bir yaptırım mevcut değildir ve ilaç fabrikalarına sahip şirketler istedikleri müstahzarı üretimden kaldırmakta da serbesttirler.

Kısaca, yurdumuzda üretilen müstahzarlar çeşitli seçimler hekimlerin, eczacıların veya Sağlık Bakanlığının görüş ve istekleriyle belirlenmeyip sadece ilaç fabrikalarına sahip şirketlerin ticari tercihleriyle şekillenen insiyatiflerine kalmaktadır. Halbuki esas olan, ilacın, hekim eczacı işbirliği ile gerekli dozda ve yeteri kadar hastaya verilmesine imkan tanıyacak bir sistemin uygulanmasıdır.

Örneğin, 1988 yılında bir firmanın, kalp ilacı olarak kullanılan bir müstahzarı vardı. Fiyatı ucuzdu ve o zaman için mümkün olabilen en yüksek zamları dahi olsa ulaşacağı fiyat firmayı tatmin edemeyecekti. Firmanın portföyünde, sadece kimyasal yapısında ufak bir farklılık bulunan, aynı endikasyonlarda kullanılan, etkileri, yan etkileri bakımından hiç bir farkı olmayan bir diğer bileşik daha vardı. Bu madde önceden Türkiye'de kullanılmadığı için, istenen yüksek fiyat kabul ettirilebilirdi. Nitekim öyle oldu, yeni müstahzar eskisinin bir kaç katı fiyatla piyasaya çıkınca, büyük ötelelerde ikramlı tanıtım kampanyaları yapıldı. Reçeteler yazılmaya başlayınca, eskiden mevcut olan müstahzar imalattan kaldırıldı, yani hekime iki seçenek de bırakılmadı (Sonradan bu durum şiddetli tepkiler karşısında bir ara yol uygulanmıştır.)

Örneğin WHO'nun temel ilaç listesinde bulunan farmasötik şekillerin yaklaşık 1/4'ü Türkiye'de üretilmemektedir. Örneğin zehirlenmelerde kullanılan antidotların hemen hemen hiçbiri müstahzar olarak Türkiye'de mevcut değildir.

Örneğin, parasetamol'ün 100'den fazla müstahzarı vardır. Örneğin migren tedavisinde kullanılmak üzere ergotamin WHO tarafından da önerilen ilaçlardandır. Ama Türkiye'deki müstahzarlar arasında tek başına ergotamin taşıyan bir ürün yoktur. Kombine preparatları vardır. Hekime ergotaminin yayındaki madde (mesela Kafein veya başkaları) ile beraber kullanma mecburiyeti getirilmiştir.

İlaçla tedavide hekim, örneğin günde 3 tableten 6 günlük bir kür düşünmüşse bunu uygulamaz. Çünkü 18 tabletlük ambalaj yoktur. Mutlak artık ilaçlar kalacaktır. Bu uygulama ile hem israfın, hem de belli olmayan bir süre sonra yeniden kendi kendine kullanma halinde doğacak sakıncaların ortaya çıkması kaçınılmaz bir sonuç olmaktadır.

Gereksiz Harcamaların Önlenmesi

1984 kararname ile ilaçta maliyet kontrolü terkedildikten bu yana ilaç fiyatlarında hızlı artışlar olmuş, ürün farklılaştırma yoluyla anormal fiyat artışları yaşanmış ve yeni ruhsatlarda çok yüksek fiyatlar elde edilebilmiştir.

Daha 1984'te TEB tarafından açıkça işaret edildiği gibi, bugün varılan noktada, kamu kurumları ile kamu sigorta kuruluşları ilaç harcamalarını karşılayamaz duruma gelmişlerdir, ilaç harcamalarını kısmak için özellikle 4 öneri zaman zaman gündeme getirilmektedir.

1- Maliyet Kontrolü Müstahzar maliyetlerinde tek düze bir hesap sisteminin uygulanması ve buna göre yapılacak maliyet kontrolü, elbette en köklü önlemdir. Ancak ilgili kanuna göre, ilaç fiyatlarını kontrolle yetkili olan Sağlık Bakanlığı 1984'ten beri maliyet kontrolünden vazgeçmiş, yıllık karlılık üzerinden bir kontrol uygulamaya çalışmış, fakat, ilaç fiyatlarının aşırı artışına engel olamamıştır. Bununla beraber Sağlık Bakanlığı tekrar maliyet kontrolüne dönmeyi henüz benimsememektedir,

2- Halen reçeteye yazılan müstahzarların bedellerinin % 801 (emeklilerde % 90) kamu kuruluşları veya sigortalar tarafından ödenmektedir. Bağ-Kur, bir ara katkı payını arttırmak ve böylece ilaç bedellerinin % 50'sinden fazlasını ödememek istedi. Bu yıl ise Maliye Bakanlığı ödenecek miktarı % 70'e kadar azaltabilecek. Bu uygulamalar, sağlık sigorta kavramının giderek ortadan kalkması anlamına geleceği için kabul edilebilir değildir.

Ortaya atılan bir başka öneri de, önemli ilaçlardan önemsiz doğru kademeli olarak katılım paylarını arttırmak şeklinde özetlenmektedir. Bu öneri de kabul edilebilir olamaz, ilaçları önemli önemsiz diye ayırmak mümkün değildir, ilaçların ucuz olması etkisini azaltmadığı gibi, pahalı veya yeni olması da önemini arttırmaz.

3- Hizmeti satın alacak yerde, özel kanun çıkarmak suretiyle, kamu eczaneleri açmak, eczacılıkla ilgili mevcut yasalarımıza aykırı olmakla birlikte, bu eczanelerde ayakta tedavi gören poliklinik hastalarına da ilaç vermek suretiyle, kamu harcamalarını azaltmaya çalışmak 25 yıl kadar önce çıkarılan özel bir kanunla SSK'nın uygulamaya çalıştığı, bir ara Bağ-Kur'un da heveslendiği, ama verimlilik ve rantabilite açısından hiç de iyi sonuç vermeyen bir öneridir.

4- OTC'nin kamu ilaç harcamalarının azaltacağı da söylenmiştir. Halbuki OTO, tek başına değil patent ve serbest fiyat ile birlikte uygulanır. Kamu harcamalarını azaltmak bir yana, aslında, arttırıcı gerekli gereksiz ilaç kullanımını teşvik edici bir yöntemdir ve yararı da sadece ilaç fabrikalarına sahip çok uluslu şirketlere veya bunlarla lisans anlaşması yapmış şirketlere aittir.

Bu usulde monopol durumunda olan pahalı ilaçlar reçete ile verilir ve serbest fiyat uygulamasıyla daha da yükseltilmiş bedelleri kamu kurumları veya sigortalar tarafından ödenir. Birçok firma tarafından üretilen ve ucuz olan ilaçlar ise reçetesiz verilir, kamu kurumları tarafından ödenmez, Bu ilaçların kullanımı gerekli gereksiz reklamlarla alabildiğine arttırılır. Önerilen usulün yani OTC'nin büyük sakıncaları, uygulama düşünülünce hemen açıkça görülmektedir. Böylece rasyonel tedavi, tamamen gözardı edilecek hekim tavsiyesi ve eczacı kontrolü devre dışı bırakılarak ticari reklamlarla gerekli gereksiz bazen de zararlı ilaç kullanımını teşvik edecektir.

Bu kadar sakıncalı ve üstelik ilaç fiyatlarını arttırıcı bir yöntemin kullanılması mümkün değildir.

5. Jenerik İlaç Uygulaması

ABD ve AT ülkeleri dahil pekçok ülkede uygulanan bu yöntem, ilaçların ticari isimlere göre değil etken madde isimlerine (jenerik isim) göre üretilmesi ve ambalajlanması, reçeteye jenerik isimle yazılması ve hastaya yeteri kadar, adette verilmesi esaslarını kapsar. Kamu harcamalarını azaltması bakımından getireceği yararlar da aşıkardır.

1984 kararnamei nedeniyle firmaların eşdeğer ilaçlar için elde ettikleri fiyatlar bir birinden çok farklıdır, ilaç fiyatlarında küçük bir inceleme, bu durumu çok çeşitli örnekleriyle ortaya koyar.

Bu yöntemin başarıya ulaşması ilacın yeteri kadar, tane ile verilmesine de bağlıdır. Bu günkü uygulamada aynı firmanın değişik adette ilaç içeren ambalajlarında beher adede isabet eden satış fiyatları da büyük farklılıklar gösterir. Aynı firmanın ambalajda çok sayıda birim doz taşıyan müstahzarları arasında 10 katına varan farklar vardır. Bu durum göstermektedir ki jenerik isim, eczane ambalajı, endikatör fiyat uygulaması ve ilacın yeteri kadar taneyle verilmesi kamu harcamalarında çok önemli tasarruflar sağlayacaktır.

Jenerik İlaç Uygulamasında Esaslar

Önerimize göre jenerik isim temel ilaçlara uygulanacaktır. WHO tarafından bir temel ilaçlar listesi hazırlanmıştır ve sık sık revize edilmektedir. Bu liste ülkemiz için uyarlanarak bütçe uygulama talimatındaki 2 numaralı liste yerine ikame edilecektir. Bu liste için gerekli altyapı çalışmaları TEB tarafından tamamlanmış bulunmaktadır. Jenerik isim bu temel ilaçlar için uygulanacaktır. Bu arada ticari isimler konulmuş müstahzarlar da üretimden alıkonulmayacaktır.

Kamu kurumları ve sigortalar jenerik isim uygulaması yapılan temel ilaçların ve majistral ilaçların bedelini tamamen ödeyeceklerdir, (istenirse diğer ilaç bedellerinin de belli bir kısmı kamu kurumlarıncı ödenebilir).

Jenerik ilaçlar eczane ambalajlarında hazırlanacaktır. 500-1000 adetlik olan bu ambalajlar, tablet, draje, kapsül, süppozituar, övül v.b. niblister

ambalajda, ampul ve flakonları bölünmüş gözlerde taşıyacak şekilde hazırlanacaktır. Her bir blister poşette, ampul veya flakonda ve büyük ambalaj kutusunda etken maddenin jenerik ismi, miktarı, son kullanma tarihi ve şarj numarası yazılı olacaktır.

Eczanelerde, reçetede yazılı ilaç, yazıldığı adette kesilerek veya sarılarak uygun bir ambalaja (kutu veya poşete) yerleştirilecek üzerine hastanın adı, ilacın şarj numarası, son kullanma tarihi tarifi ve dikkat edilecek noktalar yazılıp eczacı tarafından imzalanacak, protokol numarası verilecek ve hastaya teslim edilecektir.

Sonuç:

Jenerik ilaç uygulaması, reçeteye mevcut müstahzarların jenerik isimlerinin yazılmasıyla sonuç verecek bir uygulama değildir. Bütün kurallarıyla uygulaması gerekli bir sistemdir ve WHO temel ilaçlar listesiyle çok yakın ilişki içindedir.

Prof. Dr. Mekin TANKER

Ankara Üniv. Eczacılık Fakültesi Farmakognop Anabilirn Dalı Başkanı

İLAÇTA PATENT

İnsan sağlığının kapitalist sistem içinde değerlendirilmesi, kâr pastasından payını büyütme çalışan insanlar için yapılmaktadır. Gümrük birliği ön anlaşma İmzalanan son günlerde Avrupa Topluluğu'na tam üyelik için, patentin bir an önce kabul edilmesi konusunda ilaç sanayiinin bir bölümü ve bazı çevreler tarafından baskılarda artmaktadır.

Müstahzarın kendisi veya etken maddesi eğer yeni bir buluş ise ve bu uluslararası patent dairesince tescil edilmiş ve patent hakkı alınmışsa, o ilaç veya etken maddesi patenti sayılır.(1) Yeni bir buluşun olmadığı yerde patentten söz etmek, boşa zaman harcamaktan başka birşey değildir.

Bir ilacın bulunuşu ile tedaviye sunuluşu ortalama 230 milyon dolar civarında bir harcamayı gerektirmekte, 5 veya 7 yıl arasında bir zamana ihtiyaç duyulmaktadır.(2) Bu rakamlar gözönünde bulundurulduğunda Türk ilaç Sanayii'nin yeni yatırımlar yapması ve yeni bir ilaç keşfetmesi mümkün değildir. Patentle sadece patent imtiyaz sahiplerinin haklarını korumuş olacaktırlar. Ülkemiz ilaç sanayii şimdiye kadar yapılan alt yapısıyla, kalite kontrolüyle uluslararası standartları yakalamışlardır. Bunlar tamamıyla patentin olmadığı dönemlerde gerçekleşmiştir. Yerli ilaç sanayimiz dışında, yabancı sermayenin gelişine de izin verilmiş ve ilaç İhtiyacımızın hemen hemen tamamını karşılar hale gelmiş durumdayız.

İlaç patent kapsamına alındıktan sonra;

1-İlaç fiyatları yükselecektir. Fiyat artışı sosyal güvencesi olmayan vatandaşları etkilediği gibi, mali sorunlar yaşayan SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi sosyal güvenlik kurumlarını da etkileyecektir.

2-İlaç sanayimiz yok olmak tehlikesiyle karşı karşıya gelecektir. Bu alanda kurulu alt yapı ve kapasitesi, imtiyaz tanınan firma tarafından kullanılacak ve isterse yerli firmanın tüm olanaklarını kısıtlayabilecektir.

3-İlaçta patent tanınması, ihracatın tümünü ortadan kaldıracaktır,

4-İlaçta patent imtiyazının tanınması. imtiyazı tanıyan ülkenin teknolojik bakımdan gelişmesine izin vermeyecektir. Üretim için gerekli maddelerin, imtiyaz tanıyan firmanın dilediği fiyattan vermesine neden olacak, patent konusunu kapsayan alanlarda araştırma ve geliştirmeye olanak tanımadığı gibi yapılan bütün çalışmaları da sahiplenebilecektir, (3)

5-İlacın patent kapsamına alınması, zirai mücadele ilaçlarını ve veteriner ilaçlarını da önemli ölçüde etkileyecektir.(2) Ülkemiz ekonomisi tarım ağırlıklı olduğuna göre büyük hendi-kaplar yaratacaktır.

Türkiye'ye hiç bir ekonomik çıkar sağlayamayacağı gibi zengin sanayii ülkelerine ve dünya ilaç tekellerine geniş kapsamlı bir ödün vermenin anlamı yoktur. Dileğimiz Türkiye Büyük Millet Meclisi'ndeki insanları daha

dikkatli ve duyarlı düşünüp ilacı patent kapsamından çıkarmalıdır. Toplum Sağlığına Darbe Vurulmamalıdır.

Ecz. Firdes Korkmaz

KAYNAKÇA

- 1- Ankara Eczacı Odası Bülteni "İLAÇ FORMU", 1992, 14(4), 5-6
- 2- ilacın patent kapsamına alınması ile ilgili görüşler (CUMHURİYET GAZETESİ)
- 3- Yerli ilaç Sanayicileri Derneği'nin, ilaçların patent koruması kapsamına alınması ile ilgili görüşlerini belirten rapor.

AKILCI BİR KURULUŞ: FDA

Günümüzde sağlık hizmetlerindeki gelişmelerin büyük bir kısmının tanı koyma yöntemlerine yardımcı olan yeni araç-gereçlerin sunulması olduğu görülmektedir. Tedavi aşamasında ise ilaçlar önemlerini korumaktadırlar. Bilindiği gibi ilaçta bulunması istenen başlıca özellikler etkin, güvenilir, kolay erişilebilir ve ekonomik olmasıdır. Bu özelliklerin sağlanması ve bir ürünün ruhsatlandırılıp ilaç olarak piyasaya sunulması ve sunum sonrası izlenmesi için yetkili, sorumlu ve özerk devlet kurumlarının olması gerekmektedir. Bu kurumların oluşması, işleyişi ve etkinliği ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Günümüzde bu tip kuruluşlara örnek olarak gösterilenlerden biri de Amerika Birleşik Devletleri'nde görev yapan "Gıda ve ilaç İdaresi"dir. (Food and Drug Administration -FDA). Kurulduğu 1938 yılından beri gelişerek halk sağlığına önemli katkılarda bulunmaktadır. Özerk, bilimsel ve şu ana kadar sadece ABD'deki verileri gözönüne alarak çalışan bu kuruluşun ünü Avrupa'nın çeşitli ülkelerinde ruhsatlandırılmış olduğu halde Talidomid'i yeterli veri olmadığı gerekçesi ile kabul etmeyip ruhsatlandırmadığı, facia'yı önlediği zaman duyulmuştur.

İlaç olmaya aday molekül veya maddenin araştırmacı ve/veya yatırımcı firma tarafından tanımlanması ile

başlayan uzun bir süreçte FDA'ya başvuru ilk adımdır. Araştırma sonuçlarının yeterli ve güvenilir olduğu kabul edildiğinde klinik araştırmalara ve/veya pazarlanmasına izin verilir. Bu incelemelerin yapıldığı FDA yapılanması içinde yer alan "ilaç Değerlendirme ve Araştırma Merkezi" (CDER) ve "Biyolojik Maddeleri Değerlendirme ve Araştırma Merkezi"(CBER) çalışma yöntemlerinden anahtarları ile bahsetmek daha açıklayıcı olacaktır.

İLAÇ DEĞERLENDİRME ve ARAŞTIRMA MERKEZİ (CDER)

Bu merkez ABD'de satılan tüm farmasötiklerin, antibiyotiklerin, jenerik ve reçetesiz satılan ilaçlarla pek çok enzim ve hormonun piyasa öncesi incelemesi ve onayından sorumludur. İlaç piyasaya sunulduktan sonra da merkez, firmanın ruhsatlandırma aşamasında yerine getirdiği tüm yükümlülüklerle bu evrede de uygun davranıp davranmadığını izler. Böylece üretilen ilacın kalitesi ve beklenmeyen ters (advers) etkilerin izlenmesi de güvence altına alınmış olur. Bu merkezin görevleri 7 birim tarafından yürütülmektedir. Bu ünitelerden 2 tanesi piyasa öncesi inceleme ve onaydan sorumlu olup, değişik terapötik etkilerine göre incelemeleri yürüten çok sayıda alt birimden de destek almaktadır.

BİYOLOJİK MADDELERİ DEĞERLENDİRME ve ARAŞTIRMA MERKEZİ (CBER)

Bu merkez ise insanları hastalıklardan veya sakatlıklardan koruyan ve/veya tedavi eden virüs, terapötik serum, toksin, antitoksin aşı, alerjenik ürünlerle, kan, kan ürünleri ve biyo-teknolojik yöntemlerle üretilen diagnostik ajanların değerlendirilmesi ve ruhsatlandırılması ile görevlidir. Ruhsatlandırılan bu tip ürünlerin piyasaya sunumundan sonraki güvenilirliğinin izlenmesinin yanı sıra, üretim aşamasındaki yöntemleri de yakından kontrol eden bu merkeze hizmet eden 3 alt ünitesi vardır. Eşgüdüm içinde çalışan bu birimler verilerin irdelenmesini ortak yürütürler. Toplam 7000 kişinin çalıştığı FDA'da, yapılan çeşitli araştırmalar ilk başvurudan ruhsatlandırmaya kadar geçen sürenin ortalama 26 ay olduğunu ortaya koymuştur. Sayıca çok sayılabilecek uzman kadrosunun olmasına rağmen tarafsızlık ilkesini tam olarak korumak amacı ile danışma kurullarından da destek almaktadır.

DANIŞMA KURULLARI

Kurum dışı danışmanların oluşturduğu 19 kurulun her birinde en az 9 en fazla 15 danışman görev yapmaktadır. Danışmanların yol, yemek ve yatma masraflarının karşılanmasının yanında, günlük ödeme de yapılmaktadır. 1964 yılından beri kurum dışı danışmanların görev aldığı kurulların sayısında son 20 yılda sürekli bir artış gözlenmiştir. 1972 yılında 5 olan kurul sayısı, 1979'da, 13'e, 1991'de ise 19'a ulaşmıştır. Günün gereksinimlerine göre düzenlemelerin yapıldığı danışma kurulları, resmi gazetede yayınlanan ilanlara yapılan başvurular arasından veya tıp fakülteleri, sağlık meslek birlikleri ile yapılan görüşmeler sonucu belirlenen adaylar arasından bir kaç aşamalı seçimler sonucunda oluşmaktadır. Kurul üyelerinden biri mutlaka tüketici temsilcisidir. Bu kurullar araştırma metodu hakkında teknik sorular sordukları gibi, verilerin yorumlanmasına ve uygunluğuna ilişkin sorular da sorabilirler. Ayrıca önerilerin etiketlemede de değişiklik isteyebilirler. Sonuçta kurulun önerileri; onaylama, verilerin yeniden incelenmesi, daha ileri araştırma veya başvurunun red edilmesi yönünde olabilir. Bu kurulların önerileri FDA yetkili birimlerine tavsiye niteliği taşır.

FDA'nın oluşturduğu politikalar içinde "Yetim İlaçlara" yönelik olanın ayrı bir önem taşıdığını düşündüğüm için biraz daha ayrıntılı söz etmek istiyorum.

Ender görülen fakat kişinin yaşam kalitesini etkileyen, tedavi edilmediğinde ölümcül olan bazı hastalıklar vardır. Bu tür hastalıklar için araştırılacak, geliştirilecek ilaçlara yatırım yapacak kişi veya firmaları bulmak ve özendirmenin, yeni bir ilaç geliştirmenin ortalama maliyetinin 125 milyon dolar olduğu da göz önüne

alındığında çok güç olduğu bir gerçektir. FDA'nın yapmış olduğu sürekli çalışmalar sonucunda 1973 yılında kurulan "Kısıtlı Ticari Değeri Olan ilaçlar" komitesi ihtiyaçların izlenmesi ve yatırımların özendirilmesi konularında yoğun araştırmalar yapmış, sonuçta FDA yapısında "Yetim ilaçlar Birimi", ilaç sanayinde ise "Ender Hastalıklar için ilaç Komisyonu" oluşmuştur. 1982 yılında ise konuya gösterilen duyarlılığın artması ile "Yetim Ürünlerin Geliştirilmesi" adında yeni bir komisyon çalışmaya başlamış ve 1983 yılında partiler üstü anlaşma ve "Yetim ilaç Yasası" kabul edilmiş yürürlüğe girmiştir, Böylece daha önce ümitleri sadece iyi niyetli yatırımcılara bağlı olan hastalar, yatırımcıları teşvik eden bu yasa ile güvence altına alınmışlardır.

21. Yüzyıla beş kala küreselleşmeye yönelen dünyamızda aynı amaç doğrultusunda çalışan kurumların işbirliğine gitmesi kaçınılmaz olmuştur. Bu doğrultuda çalışmalarını sürdüren FDA, Avrupa Birliği ve Japonya ile toplantılar düzenlemiştir. İlk toplantı 1991, ikincisi 1993 yılında yapılmış, gelişmeleri izlemek ve sonuçlandırmak için 1995 yılında üçüncü kez toplanma kararı almışlardır.

Şu anda ise FDA yaptığı etkinlikleri, yasal düzenlemeleri, yeni önerileri, değişiklikleri, ters (advers) etki raporlarını, yeni ruhsatlandırılan ilaçlar, tıbbi araçlar ve biyolojik ürünlerin listelerini başta Dünya Sağlık Örgütü olmak üzere Avrupa Birliği ülkeleri, Japonya'ya aylık bülten olarak yollamaktadır.

Sonuç olarak, sizlere kısaca tanıtmaya çalıştığım FDA kurumunu ve yapılan ortak çalışmaları gözönüne alarak, bir yandan ülkemizde geçerli yasal uygulamalar ile Gümrük Birliği ve Avrupa Birliğine girme ön hazırlıklarını, diğer taraftan da ABD, AB ve Japonya'nın 1995'de yapacakları harmonizasyon toplantılarını dikkatlice izlemek durumundayız. Her türlü 'gelişmeye' karşı çok uyanık olmak zorundayız. "Ölmenin Kolay, Yaşamının Zor" olduğu ülkemizde her kesimde çalışan biz sağlık elemanları, "Bir Gece Ansızın" gelebilecek zorunlu uygulamalara karşı şimdiden hazırlıklı olmalıyız. Halk sağlığını en öncelikli konu olarak alan herkese iyi çalışmalar dilerim.

Dr. Eczacı Leyla Üstel
Danışman - Toksikolog

Kaynakça:

- Drug Labelling in Developing Countries, USA OTA, 1993
- New Drug Development in the United
- Pharmaceutical R & D: Costs, Risks and Rewards, USA OTA. 1993

ÇEŞİTLİ ÜLKELERDEN ÖRNEKLER

- Amerika
- İngiltere
- Suudi Arabistan

AMERİKA

"New York'da HIV Epidemisinin İncelenmesi: AİDS Mortalitesi Giderek Azalıyor"

ABD'nin New York kentinde 1980-1991 yılları arasındaki tüm AİDS ölümleri kayıtlar aracılığıyla, incelendiğinde, onbir yılda olan 21,866 AİDS ölümünün cinsiyet ve yaşa göre değişim gösterdiği bulunmuştur. Doğum Kuşağı Analizi sonucu 1950-54 doğumlularda (26-30 yaş grubu), ölüm hızının en yüksek olduğu saptanırken, bunu sırasıyla 1955-59 ve 1960-64 doğumlular izlemekteydi. 1965-69 doğumlularda ise AİDS ölüm hızı belirgin bir şekilde düşmekteydi. Benzer şekilde daha erken doğumlularda da (1930-49 arası) ölüm hızı düşüktü.

AİDS ölüm hızının üçer aylık dönemlere ait ortalama artış hızları ise kadınlarda aynı kalırken erkeklerde belirgin şekilde azalmaktaydı. Bu durum ölüm hızı açısından da cinsiyetler arasında fark yaratmaktaydı. 1983 yılında üç. aylık ortalama AİDS ölümlerindeki artış beyaz erkeklerde 15, beyaz olmayan erkeklerde 29 ve kadınlarda 7 (toplam 51) iken; 1990 yılında aynı sayılar sırasıyla 4, 12 ve 7 Ölüm (toplam 23) olmuştur. Erkeklerde AİDS ölüm hızının giderek düşmesine rağmen, 1991 yılında meydana gelen toplam AİDS ölümlerinde ise ilk sırayı 600 ölümlü beyaz olmayan erkekler, ikinci sırayı 300 ölümlü beyaz erkekler ve son sırayı ise 220 ölümlü kadınlar almıştır.

Sonuçlar, AİDS ölüm hızının yaşlı erkek kohortunda (kuşağında) azaldığını; genç erkek ve tüm kadın kohortunda ise yavaşlayan bir hızla da olsa devam ettiğini göstermektedir. Bu bulgular HIV-1 enfeksiyonununun 1980'lerin başlarında NewYork kentinde erken bir epidemi yaptığını, ayrıca yaş ve cinsiyete göre ölüm hızının değiştiğini göstermektedir. Yani tüm doğum kohortları AİDS ölümü açısından aynı riske sahip değildirlir.

American J. Epldemiology; 1993(138)

İNGİLTERE

"Batı Midlands Bölgesinde işe Bağlı Astım İnsidansı"

İşçinin çalıştığı işyerindeki ajanları inhale etmesiyle oluşan astıma işe bağlı astım adı verilmektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda işe bağlı astım görülme sıklığı ABD'de binde 12 bulunurken, yıllık insidans ise Finlandiya'da milyonda 35 olarak saptanmıştır.

Bu çalışmada ise 1989 yılı içindeki bir yıllık dönemde Batı Midlands Bölge Sağlık Yönetimi'ndeki (Birmingham, Coventry, VVorchester.....) 2.2 milyon İşçinin prospektif sürveyansı yapılmıştır. Hastalar bölgenin doktorları tarafından saptanmaktadır ve kesin tanı bir kaç aşamadan ve uzman ekibin muayenesinden sonra konulmaktadır. Olgular aylık raporlarla bildirilmekte, ayrıca hekimler astım hastaları için küçük bir anketi de doldurmaktadırlar. Ankette işçinin işinin niteliği, sunuk kalma süresi ve sunuk kalınan maddenin ne olduğu gibi sorular da bulunmaktadır.

Bir yıllık prospektif sürveyans sonucunda, aslim sıklığı boya işinde çalışanlarda milyonda 154, tamirat İşinde çalışanlarda (metal-elektrik işi hariç) 111, -çiftçilik-balıkçılık işinde 77, yemek-temizlik vb. hizmet sektöründe 50 olarak bulunmuştur. En az, eğitim ve sağlık sektöründedir (milyonda 12).

Araştırma sonucunda 26 işyerinde birden fazla yeni hasta saptanmıştır. Daha önce hiç astım tanısı konulmayan elektroplatin fabrikasında ise Izo-siyanata bağlı astım olguları saptanmıştır.

İşe bağlı astım prevalansı bölgelere göre de farklılıklar göstermektedir. Solihuli'da milyonda 303, Doğu Birmingham'da ise milyonda 200 olan astım prevalansı Kuzey Birmingham'da 80, Kuzey Warwickshire'de ise 13'dür.

Astım etkenleri başında ise izosiyanatlar, reçine ve un gelmektedir. Ayrıca daha az olarak da makine yağlarının duman ve sisleri astıma neden olmaktadır.

British J Industrial Medicine; 1991 (48)

SUUDİ ARABİSTAN

Turistlere Sağlık Hizmeti

Suudi Arabistan'ın güneybatısında turistik bir yerleşim yeri olan Abha kentinde yapılan bir çalışmada, 1991 yılı Ağustos ayı içinde Al-Manhal sağlık merkezine başvuran ve büyük çoğunluğu Suudi olan yerli turistler incelenmiştir. Al-Manhal sağlık merkezi, Suudi Arabistan Sağlık Bakanlığı'nca kayıt sistemi düzgün olarak nitelendirilen 11 merkezden birisidir ve bölgesinde (50 km2) dokuz ayrı yerleşim yerindeki toplam 12000 kişiye hizmet veren bir birinci basamak sağlık kuruluşudur.

Bu aylık süre içinde Al-Manhal birinci basamak sağlık kuruluşuna turistlerin % 27'si (1443 kişi) başvurmuştur. Turist aileleri ortalama 6 kişiliktir ve yerli halkla aynı özelliklere sahiptir. Bu başvurular merkezin özellikle tedavi edici hizmetlerinde % 20'lik bir artışa, dental hizmetlerinde ise % 11 'lik bir artışa yol açmıştır. Tanıya yönelik laboratuvar işlemlerinde ise ortalama olarak sadece % 3'lük bir artış olmuştur. Koruyucu hizmetlere başvuru ise beklenildiği gibi son derece düşük kalmış ve koruyucu hizmetlerde sadece % 2'lik bir artışa yol açmıştır, incelenen bir aylık süre içinde, başvuru oranları ayakta tedavi hizmetleri için turistlerde % 32, yerli halkta % 19'dur (yaklaşık yarısı oranında). Koruyucu hizmetlere başvuruda ise turistlerde binde 3, yerli halkta binde 20'dir. (altı yedi kat daha az başvuru var). Böylece bu çalışmada özellikle yaz aylarında

turistlerin yaklaşık olarak normalin iki katı daha fazla sayıda sağlık hizmeti için başvurdukları ortaya çıkmıştır. Fakat başvurular akut olaylarda ve ayakta tedavi hizmeti için olmakta, koruyucu sağlık hizmetlerine ise (aşı, antenatal izlem vb.) başvuru olmamaktadır. Bu durumun Batılı ülkelerde yapılan araştırmalarda da aynı olduğu ortaya çıkmıştır. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerine olan istemin artırılması yolunda çalışmalar yapılmalıdır.

J. Community Health; 1993(18)2 Hazırlayan:

Dr. Bülent Kılıç

SORU-YANIT

SORU

Değerli bilim adamımız ve kan bilimcimiz Prof. Dr. Muzaffer Aksoy'un en duyarlı olduğu konulardan biri işçi sağlığı, iş güvenliği mevzuatımızdaki benzen konusunda sınır değerlerin yetersizliği ve buna yönelik çalışmaların bulunmayışıdır.

Gazeteye yazdığı bir yazıda, kendisinin en büyük hayal kırıklığının yukarıdaki konuda 1979 yılında Çalışma Bakanlığı'na gönderdiği yazının yanıtı bırakılması olduğunu belirtmektedir.

Aradan 15 yıl geçtikten sonra, Prof. Aksoy Çalışma Ortamı Dergi'mize yazdığı mektupta aynı soruyu yinelemektedir. Bu sayımızda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Teftiş Kurulu Başmüfettişlerinden Ramiz Erkan'ın yanıtını yayınlıyoruz.

Sayın Prof. Muzaffer Aksoy'a uğraşının izleyicisi olduğumuzu duyurmak; kendisine sağlıklı uzun bir yaşam dilemek istiyoruz.

YANIT

İŞÇİ SAĞLIĞI İŞ GÜVENLİĞİ MEVZUATINDA ÇÖZÜCÜLER VE SINIR DEĞERLERİN GELİŞTİRİLMESİ

Solventler diğer bir tanımıyla çözücüler endüstride yaygın olarak kullanılan sıvı kimyasal maddelerdir. Çözücü olarak kullanılan bu maddelerin çeşitli bileşimleri vardır. Arzettikleri tehlikelerde bu bileşimlerine göre farklılıklar gösterir. Ancak, hemen hepsi işçi sağlığı için son derece zararlı maddelerdir. Ayrıca, pek çoğu parlayıcı sıvı olup yangın tehlikesi ile son derece uçucu olan bu maddelerin buharları hava ile patlayıcı karışımlar meydana getirebilmektedir.

Çözücülerin işyerinde meydana getirdikleri zararlılıklar üç bölümde incelenebilir.

1- Solunum yolu ile alındıklarında organizmada, kendilerinin veya metabolitlerinin yaptıkları organik ve fonksiyonel bozukluklar.

2- Vücut derisine temasları sonucu meydana getirdikleri bozukluklar.

3- Yanıcı ve patlayıcı özellikleri dolayısıyla yangına neden olarak verdikleri zararlar.

Çözücülerin solunum yolu ile alındıklarında meydana getirdikleri zararlar;

a) Çözücü buharının kimyasal yapısına,

b) Çözücü buharının işyeri havasındaki konsantrasyonuna,

c) Bu buharlara maruz kalma süresine,

d) Maruz kalma sırasında çalışanın fizik faaliyet derecesine,

e) Şahsın sağlık durumuna (Bilhassa M.S.S., Dolaşım sistemi, karaciğer ve böbreklere ait bozuklukların var olup olmayışına,

f) Dokuların bu maddelere duyarlılık derecelerine

bağlı olarak bir takım organik ve fonksiyonel bozukluklar hatta ölüm meydana getirirler.

Çözücü buharlarına çok yüksek konsantrasyonlarına kısa süre ile maruz kalmaya nazaran daha sık zararlı sonuçlar vermektedir.

Her çözücü için değişik MAK. değer üstünde bir çözücü buharı konsantrasyonu yukarıda belirtilen diğer koşullar da bağlı olarak vücutta, çeşitli organlarda bir takım zararlara neden olurlar. Bu zararlara karşı, en duyarlı olan sistem M.S.S. (Merkezi Sinir Sistemi'dir).

Ulusal İSİG. Mevzuatımızda kimyasal maddelerin MAK, değerleri "Parlayıcı, Patlayıcı, Maddeler Tüzüğü" (PPM. Tüz.) ekinde yer alan listede belirtilmiştir. Buna göre örneğin; Benzenin MAK. değeri 20 ppm (Sm³/ M³)'dür. n-Heksen ise 500 ppm.dir.

Ancak, 1973 yılında çıkarılan bu tüzük ve ekil liste, günümüzde sanayiinin hızla gelişmesi, yeni kimyasal maddelerin sanayiye girmesi ve bazı kimyasal * maddelerin zararlılıklarının yeni yeni ortaya çıkması nedeniyle günümüzde bu değerler eskimiş ve yetersiz kalmıştır.

Bugün için ulusal İSİG. mevzuatımız içinde en çok eskiyen ve yetersiz kalan bu MAK. değerler olup, acilen değiştirilmesi ve gelişmiş sanayi ülkelerinin kabul ettiği değerlere gelişmiş sanayi ülkelerinin kabul ettiği değerlere getirilmesi gerekmektedir.

Bakanlığımız İş Teftiş Kurulu Başkanlığı, İSİG. mevzuatının günümüz Türkiye'sinin ihtiyaçlarına cevap verebilmesi çağdaş, günümüz koşullarına uygun, tüm çalışanları kapsayacak ve bu güvenlik şemsiyesi içine alacak bir "Mesleki Sağlık ve Güvenlik Kanunu" ve bu kanuna göre gerektiğinde kolayca değiştirilebilen.

Tüzükler ve yönetmelikler yapma çalışmalarına başlamıştır. Bu nedenle öncelikle İş Teftiş Kurulu Başkanlığı'nda yeni bir İSİG. Kanunu ve mevzuatı yapma komisyonu oluşturulmuş olup komisyon çalışmaları devam etmektedir. Bu çalışmalar çerçevesinde komisyon bu çalışmalara katkıda bulunabilecek kişi ve çevrelerle görüşmekte onların görüşünü almaktadır.* AT direktifleri ve AT ülkeleri ile diğer gelişmiş sanayi ülkelerinin İSİG. ile ilgili yasaları temin edilmiş, Türkçeleştirilerek incelenmiştir,

Bu çalışmalarda öncelikle bir İSİG. ile ilgili yeni bir yasa yapmak, daha sonrada bu yasaya bağlı tüzük ve yönetmelikleri yaparak ulusal mevzuatı oluşturmak amaçlanmaktadır.

Yapılacak yasada günümüz Türkiye'sinin ihtiyaçlarına cevap verebilecek tüm hususları ana hatları ile belirlemek (Örneğin; yasanın tüm çalışanları kapsaması bu nedenle yasanın adının "Mesleki Sağlık ve Güvenlik Yasası" olarak düşünülmektedir. Ayrıca, amacının, işçinin, işverenin, 3. şahısların görev ve

yetkilerinin, işyeri Örgütlenmesinin vb. hususların esaslarını belirlemek) diğer hususların ise Tüzük ve Yönetmeliklerle düzenlenmesi düşünülmektedir.

Örneğin; kimyasal maddelere ait MAK. değerlerin sürekli olarak değişebileceği ve yenilenmesi gerektiği gözönüne alınarak, bunları yönetmeliklere eklenmeden kolayca değiştirilebilir hale getirmek istiyoruz. Henüz yasa yapma çalışmaları sonuçlanmamıştır. Yasa oluşturulduktan sonra diğer tüzük ve yönetmelik çalışmaları yapılarak oluşturulacak ulusal mevzuat taslağı ilgili tüm kesimlerin tartışmasına açılacaktır. Çözücüler içinde kanserojen etkisi nedeniyle en çok zararlı olanlardan biri de benzen'dir.

Benzen, endüstride; yakıt olarak, diğer kimyasal maddelerin varlığını ortaya çıkaran reaktan madde ve çözücü olarak, yakıtlarda katkı maddesi olarak, reaktif bir madde' olması nedeniyle, birçok kimyasal bileşimin oluşturulmasında hammadde olarak, bunların yanında boya ve boya malzemeleri imalatında, böcek zehiri imalatında (DDT gibi), deterjan, patlayıcı, güzellik malzemesi stiren, fenol, ve maleik anhidrit imalatında olmak üzere çok yaygın olarak kullanılmaktadır.

Solventlerin biyolojik etkileri, kullanılan organik çözücülerin özelliklerine bağlıdır. Organik çözücülerin en tehlikelilerinden biri de benzendir.

Benzen ucuz, uçucu ve süratli kuruyabilirliği önemli özelliklerindedir. Bu önemli özellikleri nedeniyle çok yaygın kullanım alanı vardır. Bu önemli özelliklerine rağmen, sağlık açısından zararları dikkate alınarak, benzen yerine daha az zararlı başka ikame maddeleri kullanılması tercih edilmelidir.

Benzenin insan sağlığı açısından en önemli özelliklerinden biri, uzun süreli maruziyeti söz konusu olanlarda, kan yapıcı hücreleri tahrip etmesi ve sonuçta değişen derecelerde hiporejeneratif anemi'ye yol açmasıdır. Çok ciddi vakalarda, özellikle maruziyete son verilmemiş ve kemik iliği elementlerinin kısmen veya tamamen tahribi ile aplastik anemi ortaya çıkar.

Ayrıca benzen, kolay tutuşan bir sıvıdır. -11°C'den itibaren benzen buhar yaymaya başlar ve sonra da patlayıcı ve yanıcı konsantrasyonlar oluşturur. Dolayısıyla normal çalışma sıcaklığında, benzenin depolandığı, kullanıldığı yerlerde tutuşabilir, konsantrasyonlar oluşabilir.

Ulusal mevzuatımızda, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Tüzüğü'nün 71/1. maddesinin de "Solventler, tinerler ve benzenler ile deri, plastik ve benzerlerinden mamul eşya imalat sanayiinde kullanılan her çeşit yapıştırıcı maddelerin içinde bulunan benzen miktarı (% D'den fazla olmayacaktır" denilmektedir.

Yaptığımız işçi Sağlığı ve İş Güvenliği denetimleri sonucunda, ülkemizde bu tür ürünlerde yapılan analizlerde genellikle şu kurala uyulduğu saptanmıştır. Ancak, zaman zaman Toluene içinde % 10 - 15'lere varan oranda benzen'e rastlanabilmekte, bu da toluene bulunan ürünlerde benzen miktarının yüksek çıkmasına neden olabilmektedir. Toluene içindeki benzen'in yüksek çıkması ise İyi arıtılma-mamasından kaynaklanmaktadır. PPM. Tüz'de İse Benzen'e ait MAK değeri 20 ppm.'dir.

Son yıllarda özellikle bileşiminde çözücü olarak n-heksan kullanılan yapıştırıcıların kullanıldığı ayakkabı ve deri sanayiinde yoğun şekilde polisö-nopati (sinir felci) vakalarının görülmesi üzerine Bakanlığımız İş Teftiş Kurulu Başkanlığı'nca bu yapıştırıcıları kullanan deri ve ayakkabı sanayii işyerlerinin yoğun olduğu Ankara, İstanbul, İzmir, Konya, Eskişehir, Manisa, Tekirdağ illerinde bu tür işyerlerinin denetimi bir proje bazında ele alınmış, 6 ay süreyle bu illerde 1000'e yakın işyeri 2 kez denetime alınmıştır. Ayrıca, bu yapıştırıcıları imal eden işyerleri de denetlenmiş ve yapıştırıcı analizleri yapılmıştır. Bu yapıştırıcılarda çözücü olarak tek benzen'e rastlanmamıştır. (Ancak, kaçak yapıştırıcı üreten işyerlerinde yapıştırıcı içinde yüksek oranda çözücü olarak benzen kullanılabilmektedir) .-

Ancak, yapıştırıcı içinde çözücü olarak % 90 - 98'e varan oranda n-Heksen kullanılabildiği saptanmıştır. PPM. Tüzüğümüzde n-Heksen için verilen MAK. değeri 500 ppm.'dir.

Kim. Müh. Ramız Erkan
Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Baş İş Müfettişi 39

KADIN SORGULUYOR:

Aile Kavramı İçinde Kadına Yönelik Fiziksel Şiddet Olayının Adli Tıp Kurumuna Yansımaları

Dr. Yasemin GÜN AY Dr. Emel RAMADANOĞLU' () Adli Tıp Kurumu/İstanbul*

GİRİŞ

Sağlığı korumada yalnızca hastalıklarla savaşmak ve tıbbi önlemler almak yeterli değildir. Toplumun sağlığında sosyal etmenlerin de önemli yeri vardır. Bu nedenle toplum sağlığını olumsuz etkileyen sosyal koşulların da bilimsel yönden incelenmesi gerekir.

Toplumun en küçük sosyal birimi olan aile içindeki kişilerin sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasını engelleyen "ev içi şiddet", sağlık hizmeti sunanları yakından ilgilendiren ve incelenmesi gereken sosyal konulardan biridir.

Ev içi şiddet, eşler arasında cereyan eden bir şiddet türü olup, aile içinde güçlünün zayıf olana fiziksel ya da psikososyal anlamda baskı kurmaya çalıştığı zaman görülmektedir.(1) Şiddet psikososyal, emosyonel, cinsel, ekonomik ve fiziksel istismar gibi pek çok biçimde ortaya çıkabilir. Fiziksel olmayan şiddete belli bir sürecin sonunda sıklıkla fiziksel şiddet de eklenmektedir.

Kadınlar aile ve toplumdaki egemenlik ilişkilerinde çoğunlukla ezilen taraftır.(2) Araştırmalar ev içi şiddetin büyük oranda erkekler tarafından kadınlara yöneltildiğini göstermektedir. (3,4) Kadına yönelik şiddet olayları

pek çok ülkede, her ırk, sınıf, dil, etnik ve kültürel grupta ortaya çıkabilmektedir. (4,5,6)

Eş dayatması kadınlarda en sık karşılaşılan yaralanma nedenlerindedir. ABD'de her yıl 2-6 milyon kadın kocaları tarafından dövülmekte,(7) her iki evlilikten birinde fiziksel şiddet sözkonusu olup ,(8) her 7 saniyede bir kadın bir erkek tarafından dövülmektedir. Tayland'da kadınların % 50'si kocaları tarafından düzenli olarak dövülmekte, Ekvator'da kadınların % 80'i fiziksel şiddete maruz kalmakta, Nikaragua'da ise erkeklerin % 44'ünün eşlerini; ya da kız arkadaşlarını dövmekte olduğu tespit edilmiştir.(9)

Öte yandan Hindistan'da ev içi şiddeti yasaklayan bir yasa çıkmasına rağmen polis, kadın dövmeyi suç kabul etmemekte, Avustralya'da her beş kişiden biri erkeğin kadına karşı şiddet kullanmasına göz yummakta, Yeni Gine'de parlamenterlerce başlık parası ödendiğine göre kadını döv-menin tartışılacak bir yanı olmadığı söylenmektedir.(10) Kısacası dayak,: bir otoriteyi kanıtlama ve egemenlik ilişkisinin sürdürülme aracı olarak kullanılmaktadır.(11)

Kadın kurbanlarla karşılaşma şansı en fazla olan meslek grubu, ceza hukuku sistemi yanısıra tıp topluluğudur. Adli tıp her iki alana da giren bir bilim dalıdır. Uğradıktan aile içi fiziksel şiddete karşı adli mercilere başvurma cesaretinde bulunan kadınların, tüm eşleri tarafından dövülen kadınlar arasında özgün bir grubu oluşturduğu gözlenerek, bu gruptaki kadın ve erkeklerin sosyodemografik özelliklerine ışık tutacak çalışmaların ilgilenenlere yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada, 1994 yılı içinde, İstanbul'da, eşi tarafından fiziksel şiddet uygulanması nedeniyle, adli mercilere başvurmaları sonucu, vücutlarındaki müessir fiil bulgularının tespiti için Adli Tıp Kurumu'na gönderilen 60 kadına uygulanan anket sonuçları değerlendirilmiştir. Anket, acil başvuru sırasında yüzyüze uygulandığından, anketi yanıtlayanın sıkılmaması için sorular kısa tutulmuştur. Anket sorularından sonra vücutlarındaki müessir fiil (fiziksel şiddet) bulguları ve gündelik işlerine engel gün sayılan da kaydedilmiştir.

BULGULAR

1-Eşleri tarafından dövülen kadınların % 75'i, döven erkeklerin % 83.3'ü 25-45 yaşları arasındadır. Olguların 56'sında yaş farkı olup, bunların 6'sında kadın erkekten, 50'sinde erkek kadından büyüktür. Bu yaş farkı 21 kişide 5 yaştan fazladır.

Kadın ve erkeklerin evlilik yaşlarına göre dağılımı tablo 1'de görüldüğü gibidir.

Tablo 1: Kadın ve erkeklerin evlilik yaşlarına göre dağılımı

Evlilik yaşı	Kadın		Erkek	
	7	%	s	%
15 yaş ve altı	7	11.7	-	-
16-20	29	48.3	11	18.3
21-25	15	25.0	26	43.4
26-30	5	8.3	12	20.0
31-35	3	5.0	8	13.3
36-40	1	1.7	2	3.3
41-45	-	-	1	1.7
Toplam	60	100.0	60	100.0

Kadınların evlilik yaşları 13-37 yaşları arasında değişmekte olup, 20 yaş ve altında iken evlenmiş olanların oranı % 60'dır (mean: 21.1, SD: 5.1). Erkeklerin evlilik yaşı en çok 21-25 yaş grubundadır (mean: 25.1, SD: 5.3)

Kadınların % 17'sinin, erkeklerin % 10'unun hiç eğitimi yokken, kadınların % 23'ünün, erkeklerin de % 18'inin lise veya üstünde eğitimlerinin olduğu saptanmıştır.

Dayak nedeniyle başvuran kadınların % 35'i eşiyile aynı eğitim düzeyinde, % 65'i farklı eğitim düzeyinde olup, farklı eğitim düzeyindekilerin % 58.3'ünde kadının eğitim düzeyi erkeğinkinden yüksek, % 41,7'sinde düşüktür.

Dayak nedeniyle başvuran kadınların % 65'inin ekonomik güvencesinin olmadığı, çalışanların da informal sektör işlerinde çalıştıkları, erkeklerin % 48.4'ünün serbest çalışan küçük esnaf olduğu tespit edilmiştir. 35 kadın (% 65) ailenin düzenli gelirinin olduğunu, 21 kadın ailenin düzenli gelirinin olmadığını ifade etmiştir. Ailede düzenli gelirin olmadığını ifade eden 21 kadından 9'u gelir düzensizliğinin eşinin düzenli işte çalışmamasından, 6'sı eşinin işsiz olmasından, 6'sı da eşinin kazandığı parayı evle paylaşmadığından kaynaklandığını belirtmiştir.

5-Olguların % 81.7'sinin apartman dairesinde ve % 80 oranında salon dahil 3 ve 4 odalı evlerde oturmakta oldukları, % 48.3'ünün mülkiyeti kendilerine ait evde oturdukları saptanmıştır.

Ayrıca olguların % 75 ile % 93.3'ü arasındakilerinin evlerinde temel beyaz eşyalar ve elektronik eşyaların olduğu tespit edilmiştir.

6-Kadınların yalnızca 1 /5'i eve düzenli gazete alındığını belirtmiştir.

7-Ailelerin 4/5'inin çekirdek aile yapısında olduğu saptanmıştır,

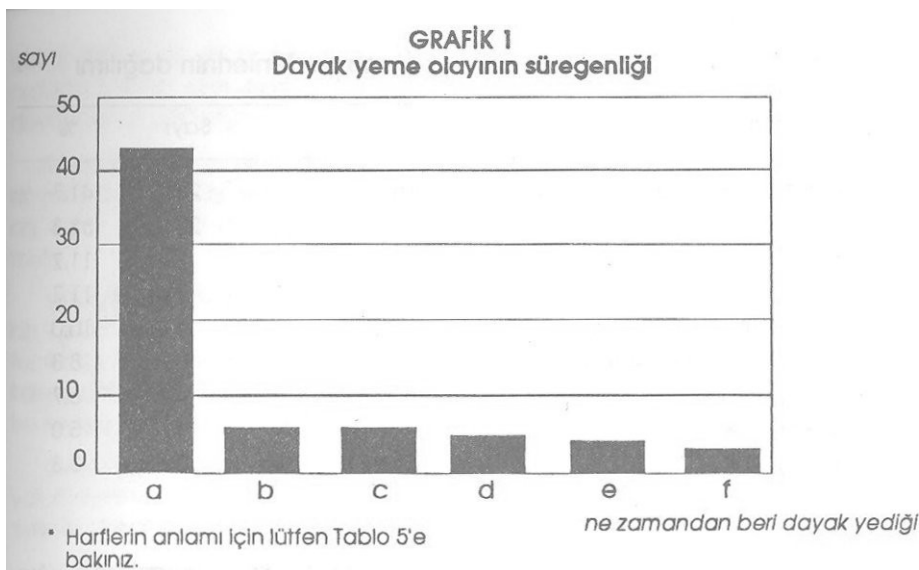
8-Dayak nedeniyle adli mercilere başvuran kadınların % 60'ı kendileri tanışıp anlaşarak evlendiklerini, % 40'ı görücü usulü ile evlenmiş olduklarını ifade etmiştir.

9-Kadınların % 8,3'ü çocuksuz, % 91.7'si çocuklu olup, çocuğu/ çocuktan olan 55 kadının 12'sinin 3 ve daha fazla çocuğunun olduğu, 43'ünün 1-2 çocuklu olduğu gözlenmiştir.

Tablo 5: Dayak olayının ne zaman başlayıp devam ettiğinin dağılımı

Ne zamandan beri dayak yediği	Sayı	%
a- Evlendiğinden beri	42	70.0
b- Evlendikten 1-2 yıl sonrasında beri	5	8.3
c- Evlendikten 3-5 yıl sonrasında beri	5	8.3
d- Evlendikten 6-10 yıl sonrasında beri	4	6.7
e- Evlendikten sonra 11-20 yıl sonrasında beri	3	5.0
f- Evlendikten 21-30 yıl sonrasında beri	1	1.7
Toplam	60	100.00

GRAFİK 1
Dayak yeme olayının süreğenliği



Dayağa maruz kalan kadınların ilk dayak yedikleri zaman ve ne zamandan beri dayak yediklerinin dağılımı Tablo 2'de ve Grafik 5'de görüldüğü gibidir.

10- Kadınların % 70i evlendiklerinden beri dayakla karşı karşıya olduklarını ifade etmişlerdir. Evlendiğinden beri dayak yiyenlerin evlilik yıllarına göre dağılımı tablo 3'te görüldüğü gibidir.

Tablo 3:

Evlendiğinden beri dayak yiyenlerin evlilik yıllarına göre dağılımı

Evlilik yılı	sayı	%
0-4 yıl	13	32.9
5-9 yıl	5	11.9
10-14 yıl	10	23.8
15-19 yıl	8	19.1
20-24 yıl	4	9.5
25-29 yıl	1	2.4
30 yıl ve üstü	1	2.4
Toplam	42	100.00

11- Evlendiğinden beri dayak yediğini ifade eden kadınların yaklaşık 1/3'ü 0-4 yıllık evli iken, 6 kişinin evlilik yılları 20 yıl ve üzerindedir.

12-Dövülen kadınların yarısı eşlerinin yalnız elle vurduğunu ifade ederken, diğer yarısı dayak eyleminde eşlerinin araç kullandığını ifade etmiştir.

33 kadın (% 55.0) bir sağlık kuruluşuna başvuracak şekilde dayak yediğini belirtirken, 16 kadın da (% 26.7) dayak nedeniyle kırık ya da organ lezyonu olduğunu ifade etmiştir.

13-Kadınlara "sizce eşinizin dövme nedeni nedir?" diye sorulduğunda alınan yanıtların dağılımı Tablo 4'de görüldüğü gibidir.

Sebepsiz ya da anlayamadığı nedenle dövdüğünü belirtenler çıkartıldığında, alkol-kumar ve kıskançlığın dayak olayında önemli yer tuttuğu gözlenmektedir.

Tablo 4:

Kadınlara göre eşlerinin dövme nedenlerinin dağılımı

Dayak yeme nedeni	Sayı	%
Sebepsiz, niye dövdüğünü anlayamıyorum	25	41.7
Alkol-kumar-kıskançlık	20	33.3
Başka kadının varlığı	7	11.7
Ekonomik nedeni	7	11.7
İşlerine karıştığını düşünüyor	6	10.0
Başkalarının sözüne bakma	5	8.3
Eğitim ve kültür farklılığı	4	6.7
Sevgi-saygı eksikliği	3	5.0
Cinsel nedeni	2	3.3

* 20 kadın birden fazla neden göstermiştir.

Dayak yeme nedeni olarak "işlerine karıştığını düşünüyor" diyen 6 kadından 1'inin okuma-yazma bilmediği, 3'ünün ilkökul, 1'inin ortaokul. Tinin de lise mezunu olduğu, 3'ünün eğitim durumunun eşininkinden daha yüksek, 2'sinin eşiyile aynı eğitim düzeyinde, 1'inin eğitim durumunun eşininkinden düşük olduğu saptanmıştır.

14- Alkol alma alışkanlığına göre dayak yeme sıklığının dağılımı Tablo 5'te görüldüğü gibidir.

Periyodik olarak dayağa maruz kalan kadınların çoğunluğunun eşlerinin alkol alma alışkanlığının olduğu saptanmıştır.

Tablo 5: Dayak Yeme sıklığı ve Alkol Alma Alışkanlığı İlişkisi

Dayak Yeme Sıklığı	Alkol Alma Alışkanlığı					
	VAR		YOK		TOPLAM	
	SAYI	%	SAYI	%	SAYI	%
Periyodik	31	73.8	8	44.4	39	100.0
Seyrek veya ilk dayak	11	26.2	10	55.6	21	100.0
TOPLAM	42	100.0	18	100.0	60	100.0

15-32 (% 53.3) kişi eşinin ara sıra ya da genellikle çocuklarını da dövdüğünü,

19 kişi (% 31.6) kendisinin de ara sıra ya da genellikle çocuklarını dövdüğünü belirtmiştir.

12 kişi kendi babasının da annesini dövdüğünü, 35 kişi eşinin babasının da eşinin annesini dövdüğünü söylemiştir.

16-Kadınların % 61,7 si (37 kişi) eşinin cinsel yönden zor kullandığını, istemediği halde eşinin kendisini cinsel ilişkiye zorladığını ifade ederken 4 kişi bu soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Cinsel yönden zor kullanma ile dayak olayının sıklığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak çok zayıf bulunmuştur.

17-Eşinin ev içindeki davranışı ve konuşma şekli sorulduğunda, eşinin anlayışlı olduğunu söyleyen hiç kimse çıkmazken, eşinin genellikle kaba olduğunu söyleyenler 31 kişi, işine gelince iyi davranıp diğer zamanlarda kaba davrandığını söyleyenler 29 kişidir.

18-Kadınların ilk dayak yediğinde tepki gösterip göstermeme durumu incelendiğinde; 23 kişi (% 38.3) ilk dayakta tepki gösterdiğini, 37 kişi (% 61,7) ilk dayakta tepki göstermediğini ifade etmiştir.

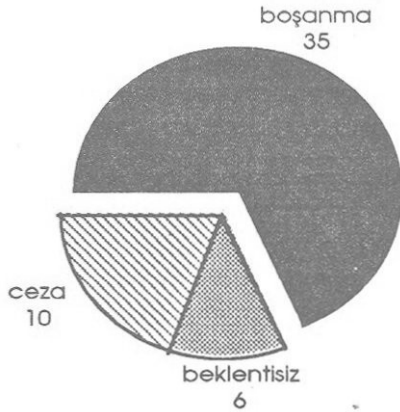
İlk dayakta tepki göstermediğini ifade eden 37 kadının; 20'si korkudan ve yalnız olduğundan, 16'sı değişik nedenlerle evliliğin yürümesini sağlamak için, 11 eşinin şikayet etmesine izin vermediğinden tepki gösterdiklerini belirtmişlerdir.

19- Şikayetten beklentisi ayrılmak olanların yalnızca 1 'i ilk kez dayak yiyen kişi, diğerleri yineleyen dayak olayına maruz kalanlardır. Bunların

24'ü çok sık ya da periyodik olarak dayak yiyenler, 10'u dayak yeme sıklığı belli olmayan ya da seyrek olanlardır.

20- 55 kadın evlenmeden önce kafasında kurduğu yaşam kalitesini tutturamadığını, 5 kadın ise tutturduğunu ifade etmiştir.

1 kadın kocası dayak atacağı zaman özel sopasını kendisine getirmesini istediğini, 1 kadın da yanağında kocasının sigara söndürdüğünü belirtmiştir. Tüm kadınlardaki müessir fiil bulguları, mütad iştiğal gün sayısı 1 ile 7 gün arasında değişen ekmoz, sıyrık, ödem, hematoma ve yumuşak doku travmaları gibi bulgular olarak tespit edilmiştir.



Dayak nedeniyle adli mercilere başvuran kadınların % 58.3'ü ayrılma beklentisi içindedir.

Boşanma beklentisi içinde olanların evlilik yıllarına göre dağılımına bakıldığında özellik göze çarpmamakla birlikte, 0-4 yıllık evlilik % 31.4'lük pay tutmaktadır.

TARTIŞMA

Ev içi şiddet, yalnızca alt sosyo-ekonomik tabakayla sınırlı olmayıp, yaş, yerleşim yeri, eğitim, meslek ve gelir düzeyi farkı gözetmeksizin her kategoriden ailelerde görülmektedir.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlarla, İzmir ve İstanbul'da yapılan iki çalışmada elde edilen sonuçlar ev içi şiddetin eğitim düzeyi yüksek ailelerde de olduğunu göstermektedir. (5, 13)

Bizim çalışmamızda ve İzmir'de Adli Tıp Grup Başkanlığı'nda yapılan çalışmada dayak nedeniyle başvuran kadınların büyük çoğunluğunun-çekirdek aileye mensup oldukları görülmüştür. (13) Ancak, büyük ailenin başvuru engelleyici bir baskı mekanizması oluşturup oluşturmadığı da incelemeye değer.

Bulgular kadının ekonomik güvenceden yoksun olmasının, gelir düzeyi düşüklüğünden daha önemli bir risk faktörü olduğunu düşündürmektedir. Ev içinde şiddetin, alt sosyoekonomik tabakayla sınırlı olduğu görüşünü desteklemeyen bu sonuç. Yüksel tarafından i. Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalında yapılan çalışma sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur. (5, 6)

Kadınlar gerek ekonomik nedenler, gerekse şiddetin artacağı korkusu, yalnızlık duygusu, kendilerini evliliği yürütmekle sorumlu hissetmeleri, çocuklarının olması gibi nedenlerle dayağa rağmen evliliğe katlanmaktadır.

İzmir'de Çiçekoğlu ve ark. tarafından yapılan çalışmada çocuksuz kadın oranı % 21.5 iken, bizim çalışmamızdaki kadınların tamamına yakını çocukludur.

Dayağın yinelenen bir olgu olması, dövme şekli, dayağın alkol kullanımı ile ilişkisi ve dayağa başvuran erkeklerin aynı zamanda cinsel yönden de zor kullanmalarına ilişkin sonuçlar Çiçekoğlu ve ark. tarafından yapılan çalışma ile uyumlu bulunmuştur. (13) Şiddetin evliliğin ilk yıllarında başlaması ve kuşaklar arası iletimi, alkol kullanımı ile artması, kadının yakın çevresinin evliliği sonlandırma çabalarını engellemeleri ile ilgili sonuçlar da Yüksel tarafından yapılan çalışma sonuçlarıyla uyumludur. (5)

Evliliğin ilk yıllarında başlayan ve yinelenerek devam eden dayağa karşı evliliğe son vermek istediklerinde de yakın çevrenin baskısı, resmi ve hukuki engellerle karşılaşmaktadırlar. Öyle ki karakollardan Adli Tıp Kurumu'na gönderilmiş olan kadınların bir kısmı, ilk karakola başvurduklarında görevlilerin şikayetinden vazgeçirmeye çalıştıklarını, karı-koca kavgasına karışmak istemediklerini, "kim bilir ne yaptın?" şeklinde yaklaştıklarını ifade etmişlerdir.

Ev içi şiddete maruz kalmış kişiler için, çevresinden destek görememe onların şiddetten kaçış olmadığı duygusuna kapılmasına neden olur. Çalışmamızda eşinden dayak yediğini ailesi ve yakın çevresiyle paylaşan kadınların çoğunluğuna yakınlarınca sabretmesinin önerilmesi bunu destekler bir bulgudur. Başvuruda bulunan kadınların yalnızca üçte birinin evliliğinin ilk 4 yılında olması da bu yönden değerlendirilmelidir.

Sağlık çalışanlarının hedefi, yalnızca hastalık ya da yaralanmanın neden olduğu bedensel hasarı değil, aynı zamanda bu hasarın sosyal ve ruhsal boyutlarını ele almaktadır.

Burada sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Sağlık hizmeti sunanların ev içi şiddete maruz kalmış kişilerle karşılaşma olasılığı adli başvurusu olan kadınlara oranla oldukça yüksektir. Bu kişiler ev içindeki şiddete bağlı yaralanmalar ve kötü davranışa bağlı semptomlar nedeniyle başvurabildikleri gibi karın ağrısı, baş ağrısı, uyku bozukluğu gibi yakınmalarla da birinci basamak sağlık hizmeti veren kişi ve kurumlara başvurabilirler. Anne, bebek ve gebe İzlemi için ev ziyaretine gelen ebelere durumu anlatabilirler, Şiddet sırasında kişi gebe ise durumun kadın doğum uzmanlarına yansıma şansı da fazladır. Sağlık çalışanlarının kötü davranışa ilişkin belirtilere önem vermeme, şiddete maruz kalan kişilerin kapana kısılmışlık ve çaresizlik duygularının artmasına katkıda bulunur ve sağlığın bozulması riskini artırır. Aile içindeki bireylerin sosyal yönden iyilik halinde olmaması yalnızca o kişiyi ilgilendirmeyip, şiddetin aileye ve topluma olan olumsuz etkileri azımsanmayacak kadar çoktur.

Anne-baba arasındaki şiddet olaylarının yalnızca kadının ruh sağlığını değil, çocukların ruh sağlığını da olumsuz yönde etkilediği bilinen bir gerçektir. Bugün şiddete tanık dan çocuklar yarının anneleri, babaları, polisleri, öğretmenleri, bakanlar olacaktır. Çocukların şiddetin yaşandığı evde büyümeleri, şiddetin kuşaklar arası iletimine de katkıda bulunacaktır. Öyle ki erkek çocuklar şiddeti uygulamayı örnek alırken kız çocuklar da şiddetten kaçış olmadığı izlenimini edinmektedir. Çalışmamızda kadınların yarısından çoğu kayın-babalarının da kayınanaların! dövdüğünü, beşte biri de babaların da annelerini dövdüğünü söylemiştir. "Aile problemidir, aman karışmayalım" dediğimiz aile içi şiddet, aslında tüm toplumu etkileyen bir toplum sağlığı sorunudur.

Koca dayağına karşı öncelikle kendisini, daha sonra yakın çevresini ve ilk başvuru mercilerini aştıktan sonra adli tabip karşısına gelen kadınlara ise, adli tabiplik yanısıra aynı zamanda "sosyal hekimlik" anlayışıyla yaklaşılması, yasal değerlendirme yanında, bu konuda duyarlı ve özel eğitilmiş bir ekip tarafından ilk değerlendirme ve yönlendirmenin yapılması yararlı olacaktır.

Sorunun gerçek çözümü, toplumsal, yasal ve politik alanlarda yapılacak düzenlemelerle mümkün olacaktır. Ev içinde şiddete maruz kalanlar için devlet desteğiyle açılacak sığınma evleri, hukuksal ve ruhsal danışmanlık ve destek grupları gibi sosyal hizmetlerin geliştirilmesi ilk akla gelen girişimlerdir. Sağlık çalışanları da bu sosyal hizmet örgütleriyle işbirliği içinde çalışmalıdır. Aksi halde, şiddetten zarar görenleri koruyucu düzenlemelere gidilmemesi, şiddetin boyutunun artarak devam etmesi ve var olan toplumsal bir yaranın iyileşmeden devamı anlamına gelecektir.

KAYNAKLAR

- 1- Domestic Violence Coordinating Committee. Domestic Violence Information kit Perth, The office of the Family, November, 1989,
- 2- Özbay, F., Kadınların eviçi ve evdişi uğraşlarındaki değişme, 1980'ler "Türkiye'sinde kadın bakış açısından kadınlar, 2. Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul, 1993.
- 3- Dobash, R. E., Dobash, R. P., "Wives: the appropriate victims of marital violence", Victimology: An International Journal 2,1977-1978.
- 4- Amerikan Tabipler Birliği, "Hekimler ve Eviçi Şiddet - Etik Sorunlar" Jama, cilt 5, sayı 11, Kasım 1992.
- 5- Yüksel Ş., Kayır A., "Psikiyatriye Başvuran (Örselenen Kadın)ın Tanınması" Düşünen Adam. 1;8,

1986.

6- Yüksel, Ş., Eş dayağı ve dayağa karşı dayanışma kampanyası, 1980'ler Türkiye'sinde kadın bakış açısından kadınlar, 2. Baskı, İletişim Yayınları, İstanbul* 1993.

7- Noel, N. L, Yam, M., "Domestic violence: the pregnant battered women "Nursing Clinic of North Africa XXVII 1992.

8- Davidson, T., Conjugal Crime: understanding of changing the wife beating pattern. Newyork Ballantine Books," 1978.