KÜNYE

Edirne Tabip Odası Dergisi
DOCERE
Üç Aylık Mesleki Kültürel Dergi
Sayı: 1 / 2007

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü
Edirne Tabip Odası Adına
Dr. Memet AKBAL,
Edirne Tabip Odası Başkanı

Editör
Dr. Gamze VAROL SARAÇOĞLU

Kapak Fotoğrafı:
"Meriç'te Günbatımı"
Dr. Gamze VAROL SARAÇOĞLU

Dizgi ve Basım Yeri
Eser Matbaacılık Koll. Şti. - Edirne
0284 225 18 12

Web Sitesi
www.edirnetabipodasi.org

E-posta
etomail@gmail.com

Adres
Mithatpaşa Mah. Balıkpazarı Cad. Atlığ İş Merkezi Kat:I No.:31 - EDİRNE

"Docere" dergisinin tüm hakları Edirne Tabip Odası'na aittir. Dergide yayınlanan tüm yazılardan yazarı sorumludur.

İÇİNDEKİLER

Sunuş 2
Mayıs 2006-Mart 2007 Tarihleri Arasında Edirne Tabip Odası Yönetim Kurulu Çalışmaları 3
İstanbul Büyükşehir Trakya'yı Yutacak mı? 6
Günlüğümden 7
Sırça Köşkü Taşlayalım! 8
Meme Kanseri ve Erken Tanı 10
Hekimler, Tabip Odaları ve Türkiye Sağlık Ortamı 11
Sağlıkta Dönüşüm 12
Benim Ermenilerim 18
"Tıp Doğruluğu ve Başarıları Tüm Ulusu İlgilendiren Uygulamalı Bir Bilimdir. 20
Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet: Biyoloji Yazgı Olmalı mı? 21
"Bir Mendil Niye Kanar" 23
Sigara ve Sağlık Çalışanları 24
Acil Tıp 26
Özel Eğitim ve Biz 27
Servet'in Fırçasından 29
Sağlığın Alfabesi 30

Dr. Mevlüt YAPRAK'a katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

MERHABA

Sizlere bir bülten veya süreli yayınla merhaba diyebilmek, uzun süredir yapmak isteyip de yapamadığımız bir özlemimizdi.

Bu özlemin giderilmesine katkıda bulunan, neredeyse tüm yükü omuzlayan arkadaşlarıma teşekkür ediyorum. Umarım bu dergi, süreli yayın haline gelir ve yaptığımız çalışmaların sizlere düzenli olarak ulaştırılmasına katkıda bulunur. Böylece belirli aralıklarla "Tabip Odası ne yapıyor ki?" diyen arkadaşlarımıza hem biz kendimizi anlatırız, hem de kim bilir belki de o arkadaşlarımız kendilerini anlatacak ortam bulurlar, yani paylaşırız.

Sağlıkta Dönüşüm adı altında uygulanan, sağlığın özelleştirilmesi temelli politikalar ile sağlık çalışanları olarak bir çatışma ortamı içine sokulmuş durumdayız. Ve ne yazık ki günlük yaşam kaygısı bizi bir rüzgârın önüne almış nereye eserse oraya götürüyor. İyi hekimlik uygulama alanlarımız elimizden alınırken, temel kaygımız kuruma daha çok para kazandırmak oluyor. "Daha çok kazandır ki daha çok kazanasın" bir çoğumuzun temel şiarı olmuş durumda. Yan yana iki poliklinikte birbirimizi görmeden performans için çalışıp duyuyoruz. Arkadaşlarımızın keder ya da sevincinden haberimiz bile olmuyor.

Tüm bu olumsuzlukların içinde mesleğimizi korumak, geleceğimize sahip çıkmak için bir aradayız, bir arada olmak zorundayız. Unutmayalım ki;

Hekim sunacağı sağlık hizmeti ile kendisinin ve ailesinin ekmeğini ve geleceğini güvence altına almalıdır. Bu sırada hekim toplumun en güvenilir kişisi olmalı, hekimin mesleği toplumun en güvenilir mesleği olarak kabul edilmeli ve bu hizmeti sunan hekimden de hizmetinin karşılığı esirgenmemelidir.

Bir de Genel Kurul duyurumuz olacak.

Olağan seçimsiz Genel Kurulu'muzu çoğunluk aranarak 7 Nisan 2007 Cumartesi günü, çoğunluk aranmaksızın 14 Nisan 2007 Cumartesi günü gerçekleştireceğiz. Genel Kurul'da bir yıllık görevimiz süresinde neler yaptığımızı ve belki de yapamadıklarımızı paylaşacağız. Genel Kurul'daki katkılarınız, beklentileriniz ve sağlık ortamımızda yaşananlar üzerinden önerileriniz, bizlere önümüzdeki bir yıl için kılavuz olacaktır.

Gelecek kaygımızın olmadığı, iyi ve bilimsel hekimlik uygulama alanlarımızın elimizden alınmadığı, bir arada huzur içinde, paylaşarak, yalnızca toplumun sağlıklı yaşamı için çalışacağımız bir sağlık alanında çalışabilmemiz dileği ile…

Memet AKBAL
Edirne Tabip Odası Başkanı

MAYIS 2006-MART 2007 TARİHLERİ ARASINDA EDİRNE TABİP ODASI YÖNETİM KURULU ÇALIŞMALARI

Değerli meslektaşlarım,

Edirne Tabip Odası 2006-2008 yılı yönetimine seçildiğimizde, bu onur verici görevin heyecanını yüreğimizde taşıyorduk. Ancak, zaman geçtikçe bu görevin onurlu olduğu kadar tahminimizden de zor olduğunu anladık. Çünkü sağlık alanında büyük değişimler yaşanmaktaydı ve yaşanmaya devam ediyor. Evet gerçekten de Sağlıkta, sağlık alanında büyük bir değişim yaşanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm adı altında yaşanan bu değişimlere Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği, hastanelerin özelleştirilmesi süreci örnek verilebilir. Süreçten, bir yandan özellikle kamu sağlık hizmetleri ve buralardan hizmet alan halkın sağlığı etkilenirken; öte yandan da sağlık çalışanları etkilenmektedir. Sağlık alanında genelde yaşanan bu değişimlerle yoğunlaşan gündemimiz, özelde Edirne İli'nin Aile Hekimliği Pilot İl seçilmesinden sonra daha da yoğunlaşmıştır. Ha azaldı ha azalacak derken gündemimiz her geçen gün biraz daha artmıştır.

Tabip Odası olarak gerçekleştirdiğimiz rutin çalışmalarımıza ek olarak aşağıda kısaca ay ay özetlemeye çalıştığım etkinliklerimizi sunuyorum. Bir yıla yaklaşan yönetimimiz boyunca pek çok şey yaptık, bu etkinlikler arasında yazmayı unuttuğum etkinliklerimiz de olabilir ama bunların yanında elbette yapamadıklarımız da var, ancak biliyoruz ki bu Oda hepimizin odası ve eksikliklerimiz hepimizin eksiğidir. Birlikte Oda komisyonlarını aktif hale getirebilirsek daha aktif ve daha etkin ve daha yararlı hizmetler yapabiliriz. Katkınızla güçleneceğiz.

Mayıs 2006

• 9 -10 Mayıs: İş Sağlığı ve Sosyal Güvenlik Haftası nedeniyle İş Sağlığı ve Güvenliği Paneli geniş katılımla gerçekleştirildi.

• 11 Mayıs: Seçim sonucu ve Oda organlarındaki görev dağılımı bilgileri Türk Tabipleri Birliği (TTB), basına ve kamuoyuna duyuruldu.

• 12 Mayıs: Edirne Tabip Odası (ETO) Yönetim Kurulu (YK) görev dağılımını açıkladı. Hemşirelik haftası etkinliklerine katilindi ve basına kutlama yazısı gönderildi. Anneler, Eczacılar ve Çiftçiler Günü için basın açıklaması yapıldı.

• 16 Mayıs: Sağlık İl Müdürlüğü'ndeki Aile Hekimliği konulu toplantıya 2 YK üyesi ve 2 Delegeyle katılım sağlandı.

• 18 Mayıs: Danıştay'a yapılan kanlı saldırı için çeşitli kurumlar ile ortaklaşa Bölge İdare mahkemesine taziye ziyaretinde bulunuldu, basın açıklaması yapıldı. Akşam Cumhuriyet'e saygı toplantısı düzenlenerek, Atatürk Anıtına mum bırakıldı.

• 19 Mayıs: Resmi törene katılım sağlandı ve çelenk kondu.

• 21 Mayıs: İstanbul'da yapılan Marmara Bölge Toplantısı'na 1 YK, 3 Delege ve 1 üye ile katılım sağlandı.

• 23 Mayıs: ETO Eğitim, İşyeri Hekimliği, Lokal, Kültür Sanat etkinlikleri komisyonları kuruldu. Tıp Öğrenci Kolu'nun daha aktif çalışabilmesi için öğrencilerle toplantı yapıldı.

• 24 Mayıs: Aile Hekimliği Eğitimleri ile ilgili katılımın zorunlu olup olmadığına ilişkin çalışmalar yapıldı. Zorunlu olmadığına dair bilgi elde edilerek, hekimlerimize duyuruldu.

• 27 Mayıs: Genel Pratisyenlik Enstitüsü (GPE) Genel Kurulu'na her biri aynı zamanda Genel Pratisyenlik Enstitüsü eğitimcisi olan 3 YK üyesiyle katılım sağlandı. Her ayın son haftası Cuma gününe denk gelen Valilik İnsan Hakları Komisyon toplantılarına katılım için görevlendirme yapıldı.

Haziran 2006

• 1 Haziran: Sağlık Müdürlüğü Başkanlığı'nda yapılan Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Toplantısına katılım sağlandı. Edirne Valisi ile yeni YK olarak nezaket görüşmesi yapıldı ve Edirne'de Aile Hekimliği (AH) uygulamasının sakıncaları ile ilgili görüş ve önerilerimizin sunulduğu Bir Rapor sunuldu. Anadolu Ajansı ile Aile Hekimliği sürecine ilişkin kimi saptamaların yapıldığı bir röportaj gerçekleştirildi. ETO çağrıcılığında SES, Eğitim-Sen, Diş Hekimleri Odası Edirne Şubesi, Baro, Disk ve TMMOB ile Aile Hekimliği sürecinin tartışıldığı bir toplantı yapıldı. Bir karşı Platfrom kurulması ve diğer sendika, oda, dernek, kurum ve kuruluşların da çağrılması kararı alındı.

• 2-6 Haziran: Sağlık Ocaklan'nda çalışan hekimlerle Aile Hekimliği (AH) konusunda karşılıklı görüşlerimiz paylaşıldı.

• 6 Haziran: Edirne'de Aile Hekimliği'nin Sakıncalarını anlatan basın açıklaması yapıldı.

• 13 Haziran: Trakya Üniversitesi Rektörü'ne yeni YK olarak nezaket ziyaretinde bulunuldu. Aile hekimliği uygulamalarına ilişkin çekinceler paylaşıldı. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük vatandaşlarımızın Aile Hekimliği uygulamasında sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntılar yaşayabileceğine ilişkin basın açıklaması yapıldı. Belediye Başkanı ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi (TÜTF) Dekanı ile görüşülerek, yeni yönetim olarak hedeflerimiz ve Aile Hekimliği sürecine ilişkin kaygılarımız paylaşıldı. Aile Hekimliği eğitimlerine katılan hekimler ile ETO Lokali'nde Toplantı gerçekleştirildi. TTB Merkez Konseyi'nin Seçimli Genel Kurulu için hazırlık çalışmalarına başlandı.

• 15 Haziran: TMMOB ve ÖDP'nin isteği üzerine Genel Sağlık Sigortası (GSS)/AH konulu eğitim toplantıları düzenlendi.

• 16 Haziran: Sağlık Müdürlüğü ziyareti gerçekleştirildi. Hem yeni yönetim tanıtıldı, hem de Aile Hekimliği uygulamasına ilişkin görüşler paylaşıldı.

• 21 Haziran: Trakya Birlik Toplantı Salonu'nda"Aile Hekimliği Ne Getiriyor?, Ne Götürüyor?" Konulu Baro ve SES ile ortaklaşa Panel düzenlendi.

• 24 Haziran: 24-25 Haziran TTB MK'nin Seçimli Büyük Kongresi'ne YK üyeleri ve delegeler olarak tam katılım sağlandı. Dr. Gamze VAROL SARAÇOĞLU Divan'a seçildi.

• 28 Haziran: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi (TÜTF) Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yapılan "GSS ve AH uygulamalarının Sağlık Hizmetlerine Yansımaları" konulu programa konuşmacı ve olarak destek verildi.

Temmuz 2006

• 5 Temmuz: "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile basın açıklaması yapıldı.

• 7 Temmuz: Eskişehir'de yapılan kitlesel basın açıklamasına Başkan düzeyinde katılım sağlandı.

• 9 Temmuz: Üzerinde ETO Lokali'nin de bulunduğu arazinin satışı üzerine Belediye Başkanı ile görüşüldü.

• 10 Temmuz: Üzerinde ETO Lokali'nin de bulunduğu Barış Parkı'nın satışı ile ilgili basın açıklaması yapıldı.

• 12 Temmuz: Sağlık Bakanı ve TTB MK görüşme metni çoğaltılarak sağlık çalışanlarına dağıtıldı. Üzerinde ETO Lokali'nin de bulunduğu arazini yerine yeni arsa tahsisi için girişimde bulunuldu.

• 29 Temmuz: Eskişehir'deki AH Pilot uygulama deneyimlerine ilişkin yapılan Toplantıya katılım sağlandı.

Ağustos 2006

• 1 Ağustos: AH Karşı Platformu Toplantısı yapıldı. Platform üyeleri belirlendi.

• 4 Ağustos: İsrail'in sivil halka saldırılarına ilişkin imza kampanyası başlatıldı, basın açıklaması okundu ve ilgililere mektup gönderildi.

• 15 Ağustos: Sağlık Bakanı ile yapılan görüşmede TTB heyeti içinde yer alınarak görüşüldü. Aynı gün AH Uygulaması Karşı Platformu (AHUKP) yemekli Toplantısı Basın da çağrılarak yapıldı. Platform üyeleri basına deklare edildi.

• 16 Ağustos: Keşan Belediye Başkanı ziyaret edildi. Keşan Festivali'nde Stand ETO ve AHUKP olarak Stand açmak için başvuruda bulunuldu. Yeni arsa tahsisi için ihaleye katilindi ve ihale alındı.

• 18 Ağustos: Hudut Gazetesi'nde Aile Hekimliği Konulu bilgilendirme afişleri bir hafta boyunca yayınlandı.

• 18-20 Ağustos: Keşan Festivali'nde Stand açıldı.

• 25 Ağustos: AH ve GSS Konulu afiş be broşür basılması için Belediye Başkanı ile görüşüldü. 10 bin afiş için söz alındı.

• 26 Ağustos: Ankara'da Tabip Odaları işleyişi ile ilgili örgüt içi eğitim çalışmasına katilindi.

• 26 Ağustos: Yeniköy Yayla Şenlikleri'nde Aile Hekimliği Ne Getiriyor?, Ne Götürüyor?" Konulu panel düzenlendi ve konuşmacı olarak katilindi.

• 28 Ağustos: Halkı GSS ve AH konulu bilinçlendirmek için kahve toplantılarına başlandı. 6 Eylül'e kadar Toplantılara devam edildi.

• 30 Ağustos: Resmi Programa katilindi ve çelenk kondu. Akşam ETV'de AH Pilot İli olarak Düzce deneyimlerinin de paylaşıldığı canlı bir TV programı yapıldı.

Eylül 2006

• 1 Eylül: 1 Eylül Dünya Barış Günü nedeniyle basın açıklaması ve ETO Lokali'nde müzik ve şiirli Kokteyl düzenlendi.

• 1-6 Eylül: Kahve toplantıları sürdürüldü.

• 7 Eylül: Platform Toplantısı yapıldı.

• 8 Eylül: Belediye ile kira sözleşmesi imzalandı. ETV'de 16 Eylül'de yapılacak olan kitlesel basın açıklamasının duyuruları yaptı ve alt yazı geçti.

• 12 Eylül: PTT önüne Tabut konarak "sağlık ölüyor" temalı basın açıklaması ve 16 Eylül kitlesel basın açıklamasının duyurusu yapıldı. Web sitesi kullanıma açıldı ve günlük güncellenmesi devam ediyor.

• 15 Eylül: TÜTF Dekanlık A Salonu'nda akademik personel ve araştırma görevlilerine yönelik AH ve GSS sunumu yapıldı.

• 16 Eylül: Kitlesel basın açıklaması yapıldı.

• 20 Eylül: Değerlendirme Toplantısı yapıldı.

• 23 Eylül: Ankara'da GYKToplantısı'na katılım sağlandı ve sunum yapıldı.

• 28 Eylül: Vali ile görüşme yapıldı.

Ekim 2006

• 3 Ekim: Sağlık Ocakları gezildi. Hekimler ile konuşuldu.

• 6 Ekim: 1. Basamak'ta görev yapan hekimlere yönelik toplantı yapıldı ve Lokal'de yemek verildi. 2 YK üyesi İstanbul'da yapılan Marmara Bölge Toplantısına katıldı.

• 11-12 Ekim: Belediye Encümenine yapılan saldırılar kınandı ve basın açıklaması yapıldı.

• 12 Ekim: Keşan'da 1. Basamak'ta görev yapan hekimlerin katıldığı, özellikle AH ve GSS ile ilgili karşılıklı görüşlerin paylaşıldığı yemekli toplantı yapıldı.

• 29 Ekim: Resmi törene katilindi ve çelenk kondu.

Kasım 2006

• 14 Kasım: Platform toplandı. Platformun her bileşeni ayrı ayrı basın açıklaması yapma kararı aldı.

• 16 Kasım: AH Bölge seçimleri öncesinde basın açıklaması yapıldı.

• 17 Kasım: Pratisyen hekimlik derneğinin (PHD) kitapları ve CD'leri çoğaltılarak 1. Basamak'taki hekimlere dağıtıldı.

• 18 Kasım: Ankara'daki TTB Büyük Kongre'sine katılım sağlandı. Aile Hekimliği Bölge seçimlerine katilindi.

• 23 Kasım: ETV'de canlı yayında bir program yapıldı. Halkın sorularla katılımıyla GSS ve AH konulu bir program yapıldı.

• 24 Kasım: Bölge seçimleriyle ilgili basın açıklaması yapıldı.

• 26 Kasım: Denizli'de bölge seçimlerine katilindi.

• 27 Kasım: İzmir mitingine katilindi.

• 28 Kasım: Referandum çalışmalarına başlandı.

• 29 Kasım: Tıp Öğrenci Kolu ile toplantı yapıldı.

• 9-10 Kasım: İstanbul Tabip Odası'nın düzenlediği kış okuluna katılım sağlandı.

• 13 Kasım: Tekirdağ Tabip Odası'nın Çorlu'da yaptığı toplantıya katılım sağlandı. DİSK'in asgari ücret ile ilgili basın açıklamasına destek verildi.

• 15 Kasım: Vali ile görüşme yapıldı.

• 16 Kasım: Ata'ya saygı yürüyüşü organizasyonu yapıldı. Tıp Dünyası Gazetesi için Platformun çalışmaları özetlendi.

Aralık 2006

• 1-23 Aralık: Dr. Füsun Sayek etkinlikleri gerçekleştirildi.

• 15 Aralık: Aile hekimliğinin 15. gününde izlenimler rapor halinde sunularak Vali ve İl Sağlık Müdürü'ne sunuldu.

• 21 Aralık: Ata'ya Saygı yürüyüşüne katılım sağlandı.

• 22 Aralık: TTB MK ve Marmara Bölgesi tabip Odaları temsilcileri Edirne'ye ziyarette bulundu. Biri TÜTF ve diğeri Edirne Devlet Hastanesinde iki konuşma yapıldı. Basın toplantısı düzenlendi. Kimi 1. Basamak Sağlık Kuruluşları ziyaret edildi.

Ocak 2007

• 8 Ocak: Tıp Dünyası Gazetesi için 22 Aralık ziyareti özetlendi. Dr. Ülfet VATANSEVER, ETO Tıp Öğrenci Kolu'nun danışman öğretim üyesi oldu.

• 13-14 Ocak: Ankara'da TTB Halk Sağlığı Kolu Çalıştayı'na 3 konuda konuşmacı ve katılımcı olarak destek verildi.

• 17 Ocak: DİSK'in düzenlediği Emek Platformu bileşenleri toplantısına katılım sağlandı.

• 18 Ocak: Aile Hekimliği İzleme Komisyonu kurulması için Tabip Odası öncülüğünde sağlık alanında örgütlü meslek odası ve sendikalar ile toplantı yapıldı.

• 20 Ocak: TTB Kadın Hekim Kol'u toplantısına katılım sağlandı.

• 23 Ocak: Kent Konseyi toplantılarına düzenli katılım sağlandı. Bir YK üyesi görevlendirildi.

• 24 Ocak: Uğur Mumcu Cinayeti ile ilgili ADD'nin yaptığı basın açıklamasına destek verildi. Tabip Odası'nda "Klinik Etik Kurul" kurulması kararı alındı. Aile Hekimliği İzleme Komisyonu toplantısı yapılarak yönerge çalışmalarına başlandı.

• 26 Ocak: Sağlık Bakanı ile görüşmeye Başkan düzeyinde katılım sağlandı.

• 27 Ocak: Adana'da Örgüt Okulu'na konuşmacı ve dinleyici olarak katılım sağlandı.

• 30 Ocak: Torba Yasa'ya ilişkin basın açıklaması yapıldı.

Şubat 2007

• 5 Şubat: Valilik tarafından gerçekleştirilen "Sınır Ötesi İşbirliği" toplantısına katılım sağlandı.

• 10 Şubat: Ankara'daki GYK Toplantısına katılım sağlandı.

• 14-15 Şubat: Trakya Birlik Toplantı Salonu'nda yapılan AB eğitimine katilindi.

• 22 Şubat: TÜTF öğretim üyelerinin görevlendirilmesiyle ilgili Rektör ile görüşüldü.

• 23 Şubat: TÜTF öğretim üyelerinin görevlendirilmesiyle ilgili basın açıklaması yapıldı.

• 24 Şubat: İşyeri Hekimliği Komisyonu'nu aktif hale getirmek amaçlı geniş katılımlı ETO Lokali'nde işyeri hekimleri toplantısı yapıldı. Toplantıya, İstanbul ve Kocaeli Tabip Odası yöneticileri konuk konuşmacı olarak katıldı.

• 25 Şubat: GPE Marmara Bölge Toplantısı, ETO Lokali'nde yapıldı.

• 27 Şubat: Valilik tarafından yapılan 2006 yılı değerlendirme toplantısına katılım sağlandı.

• 28 Şubat: 14 Mart, Lokal yeri ile ilgili Belediye başkanı ile görüşüldü ve beyaz eylemlilik sürecinde destek istendi.

Mart 2007

• 1 Mart: "Beyaz Çağrı" basın toplantısı yapıldı ve beyaz eylemlilik süreci duyuruldu.

• 3 Mart: İl Tütün Kontrol Komitesi'nde görev alındı.

• 5 Mart: 8 Mart Dünya Emekçi kadınlar günü etkinlikleri planlandı (Film gösterimi ve panel) ve afişler hazırlandı. Duyuruları yapıldı.

• 6 Mart: 14 Mart Sağlık Haftası etkinlik programı hazırlanarak, davetiyeler ilgili kurum ve kuruluşlara gönderildi.

Sonrası mı? Hep birlikte göreceğiz..

Sağlıcakla kalın.

Dr. Gamze VAROL SARAÇOĞLU
Edirne Tabip Odası Genel Sekreteri

İSTANBUL BÜYÜKŞEHİR TRAKYA'YI YUTACAK MI ?

Su, yirmi birinci yüzyılın en değerli sıvısı olacaktır. Türkiye su fakiri bir ülke olup yerüstü suları ve havzaları plansız süreçlerin sonunda alarm vermektedir. Tarım, sanayi ve kentleşme plansızlığı yüzünden yalnız akarsularımız değil yeraltı rezervlerimiz de talan edilmektedir. Ülkemizde su rejimi, planlaması vazgeçilmezdir. Yapılan bölgesel planlara sahip çıkmak bir yurttaş sorumluluğudur. Trakya Üniversitesi yaptığı planı, eserini korumalı ve sahiplenmelidir.

Istranca suları, koruma altındaki su basar ormanları ve yıldız dağları Trakya doğal hayatı tehlike altındadır.

Trakya Üniversitesi sorumluluğunda Yıldız ve Kocaeli üniversiteleri, kamu kurumları ve meslek odalarının değerli katkı ve çalışmaları ile gerçekleştirilen 1/100.000 ölçekli "Trakya Alt Bölgesi Ergene Havzası Çevre Düzeni Planı" onaydan sonra Çevre ve Orman Bakanlığı'nca kevgire döndürüldü. Bu yetmedi şimdilerde İstanbul'un desantralizasyonu bağlamında İstanbul Büyükşehir Belediyesi (İBB) planda değişiklik yapma yetkisi alarak Trakya'daki 3 ilin tarımsal alanlarını, ormanlarını, yeraltı ve yüzey sularını, kıyılarını ve doğal kaynaklarını, çevre değerlerini yok etme sürecine hazırlanıyor.

Üniversitemizce 2020 yılı hedeflenerek hazırlanan Trakya Bölgesi'nde sürdürülebilir, yaşanabilir bir çevre yaratılması, tarımsal, turistik ve tarihsel kimliğin korunması, Türkiye kalkınma planlama ilkeleri doğrultusunda sağlıklı gelişmeyi ve büyümeyi hedefleyen plan, 13.07.2004 tarihinde Çevre ve Orman Bakanlığı'nca onaylandı, Bu belge Trakya'daki 3 ilde planlı dönemin anayasasıdır. Plan uyarınca kurulan, Trakya'da su sorunlarını çözmeyi amaçlayan Trakya Kalkınma Birliği (TRAKAB) İstanbul Büyükşehir Belediyesi ile bir protokol yaparak 1/100.000 ölçekli planda değişiklik yapma hakkını İBB'ye vermiştir. Bir başka söylemle planı İBB'ye teslim etmiştir. Bu hem hukuka aykırıdır ve hem de kabul edilemez.

Trakya alt bölgesi planının İstanbul metropolitan planlama (İMP) grubunca yapılması için TRAKAB'la yapılan protokoldeki 2.6 trilyonun 2 trilyonunu Büyükşehir ödeyecektir. Onaylanan 1/100.000 ölçekli Trakya planını esas alan, hatta güncelleştirerek yapılacak, 1/25.000 ve 1/5.000 ölçekli planlara gereksinim vardır. Bu yaptırılmalıdır. Ancak esasa dokunmadan.

Onaylanan, yürürlükte olan Trakya Alt Bölgesi Planı'nı İBB görüş ve geleceğe yönelik öngörülerine göre değiştirmek söz konusu olamaz, İBB ve bugünkü yönetime hâkim görüşlerin (siyasi ve uluslararası) Trakya'yı gözden çıkarmasıdır. Kalkınmada öncelikle korunması gereken araziler ve su havzaları İBB öngörülerine göre yok olacaktır. Ergene havzasındaki su seviyesi her yıl 4-5 metre düşmektedir. Istranca suları, koruma altındaki su basar ormanları ve yıldız dağları Trakya doğal hayatı tehlike altındadır. Zira buraları besleyen dereler toplanarak İstanbul'a su sağlamaya çalışılmaktadır.

Trakya Alt Bölgesi Planı'nı onaylayan Çevre ve Orman Bakanlığı, planı yapan Trakya Üniversitesi'ne bilgi dahi vermeden plan notları ve kararlarını sürekli değiştirmektedir. Plan notları ve kararlarında, plan onayından 1 yıl sonra 7 hüküm değiştirilmiştir. Vize'ye çimento fabrikası izni verilmiş, Tekirdağ sahil şeridine (Marmara Ereğlisi-Kumbağ arası) İstanbul metropolitan desantralizasyonu amacıyla kullanım alanı genişletilebilir hükmü getirilmiştir.

Trakya Alt Bölgesi Planı sahibi Trakya Üniversitesi'dir. Planın Denetim maddesi gereğince: Plan ve plan notlarına titizlikle uyulması, bu konudaki iş ve işlemlerin takip edilmesi, izlenmesinde Trakya Üniversitesi yetkilidir. Ayrıca Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu 5846/2-3'e göre plan ilim ve edebiyat eseridir. Aynı yasanın 16. maddesine göre "eser sahibi eserde değişiklik yapılmasını men eder" 21/02/2001 değişik md. - 4630/9 göre eser sahibi kayıtsız, şartsız izin verse bile onur ve saygınlığını zedeleyen ya da eserin nitelik ve özelliklerini bozan her türlü değişmeleri men edebilir.

Sonuç olarak İstanbul Büyükşehir Belediyesi Trakya'yı planlı ve yasal olarak yutmak hazırlığındadır. TRAKAB'a iki trilyon katkı sağlayarak Trakya Alt Bölgesi Planı'nda siyasal stratejiler doğrultusunda istediği değişiklikleri yapma yetkisini alma yolundadır. Oysa bu, yasalara aykırıdır. TRAKAB'ın böyle bir yetkisi yoktur. Zira eser sahibi Trakya Üniversitesi'dir. Üniversite eserin müellifidir. Eserin değiştirilmesine izin vermeyerek ismini aldığı toprakları her türlü talan ve yağmadan, susuzluktan, çevre felaketinden, göçten, kısaca işgalden korumalıdır.

Prof.Dr. Osman İNCİ
1990-1992 Dönemi
Edirne Tabip Odası Başkanı

14.3.2028 Salı

Tıp bayramının meydanlarda neşe içinde kutlandığını cep telefonumun ekranından izledim. Bilgisayarımdaki internet gazeteleri sağlık çalışanlarını, emek günlerinde, sağlık ölçütlerini yükseltme ve emeklerinin karşılığını alabilmenin onuru ile meslek örgütlerinin bayrakları altında geçerken görüntülemiş, yazı ve yorumlar mutluluk verici. Bunlar bana meslek yaşantımın 45. yılında nasip oldu. Artık emekli bir hekim olarak torunumla geçirmekte olduğum günler bana emekli ikramiyesi gibi. Biraz buruk eski günleri düşünürken, günlüğümün 21 yıl önceki sayfasını açtım.

14.3.2007 Çarşamba

Oğlumla Tıp bayramında sağlık sorunları üzerine konuşmaya başladık. Soruları yeni yetmelikteki merak ile, yanıtlar karşısında şaşkınlığı yeni sorular için cesaret içermekteydi. Önce sağlık hizmetlerindeki olumsuzluklarının nedeni öğrenmek istedi. Kabaca sağlık hizmetlerine ayrılan payın azlığından söz ettim. Neden az pay ayrıldığı sorusunu ise savaşlar ve silahlanma için ayrılan payın büyüklüğünden, eğitim ve sağlığa kalan bütçenin küçüklüğünü pasta dilimleri örneği ile açıklamaya çalıştım. Ama kabul etmek gerekirse yeni kuşakları böyle örneklerle ikna etmek zor, ayrıntı istiyorlar. Peki dedi; sağlığa aynı miktarda bütçe ayıran ülkelerin sağlık ölçütleri bizden daha iyi bunu nasıl açıklayabilirsin? Gel çık işin içinden!... Sağlık çalışanlarının ülke içindeki dengesiz dağılımından, kamu hizmetlerine vurulan ketten ve özel sağlık kurumlarına verilen sınırsız destek ona verebileceğim aklıma ilk gelen örneklerdi. Tabii ki eğitime ayrılan payın azlığı, sağlık hizmeti verilen kesimin sağlıklı kararlar vermesini engellediği gibi, yayın organlarının olumsuz yayınlarından kolay etkilenmelerini sağlıyor, bilimsel olmayan görüşlere kolayca inanabiliyorlardı. Ah dedim, elimde bir sihirli değnek olsa eğitimsiz sağlık olmadığı gibi, sağlıksız eğitim olamayacağını her dakika anlatırdım. Ne de olsa işim hem eğitim, hem sağlık içeren öğretim üyeliği idi. Soruları bitmiyordu. Bunlara karşı ne yaptınız diye sordu. Ona verdiğim yanıt benim için de üzücüydü. Çok fazla bir şey yaptığımız söylenemez, ayrıca bu olumsuzlukları eleştirenlerin çoğunu sürgünler, baskılar ve mahkeme salonları beklemekte diyebildim. Zamane çocukları sohbetleri bile sonuca bağlamadan bitirmiyorlar, hemen çözüm önerilerimi sordu. Eğitim ve sağlık harcamalarının artışı için barış içinde yaşama, onurlu bir yaşam sürdürecek maaş dedim. Sonra özgürlük diyebildim, her alanda, düşüncede, meslekî örgütlenmede özgürlük.

Ah dedim, elimde bir sihirli değnek olsa eğitimsiz sağlık olmadığı gibi, sağlıksız eğitim olamayacağını her dakika anlatırdım.

14.3.2035 Çarşamba

Küçük torun büyüdükçe, ağabeyi gibi soruları sıralamaya başladı. Dede neden benim adım Barış, ağabeyimin Onur, babamın ki Özgür?

Torunlar karşısında ilk defa zorlanmadan yanıt verebildim. Özgür bireyler olarak, barış içinde onurlu yaşayasınız diye.

Prof.Dr. Tuncay ÇAĞLAR
1994-98 Edirne Tabip Odası Dönem Başkanı

SIRÇA KÖŞKÜ TAŞLAYALIM!

"Sırça köşkte oturan komşusuna taş atmamalı"

Türk Atasözü

Benden eğitim ile ilgili bir yazı istendi, istek tıp eğitimiydi, yazmayı kabul ettim, ama yazı ama oda yöneticiliği yaparken aldığım dersleri yazmaya dönüştü.

Ben halk sağlığı uzmanıyım. Halk sağlığı uzmanları tabip odalarıyla içli dışlı olur, hatta, tabip odası yöneticiliğini, işlerimizin bir parçasıymış gibi algılayanlar vardır. Bu görüşe katılmam. Her hekim kadar yakın ya da uzak olma olasılığı vardır. Halk sağlıkçılar tıbbın sosyal-siyasal bilimlerle kesişme noktası, mevzuat..., yani tıbbın hastane, muayenehane dışındaki bölümü ya, ondan yakıştırılır. İşin bir diğer yönü de şu olsa gerek, halk sağlıkçılar solcudur, tabip odaları da, o halde..., Hemen bu genellemelere de katılmadığımı söylemiş olayım.

Her neyse, benim tabip odası çalışmam halk sağlıkçılığımdan öncedir, Edirne'ye gelmeden önce çalıştığım bölgede Oda yöneticisiydim, 95'in Aralık sonunda Edirne'de göreve başladım, Nisan'da da Tabip Odasına Yönetim Kurulu Üyesi oldum. Bazı yönetim kurulu üyeleriyle de ilk toplantıda tanıştım.

Bu yazının yayınlanacağı bülten anmalık olacakmış, eski başkanlardan yazı istenmiş, hafıza tazelemeye yarar.

Hafıza tazelemek! Örgütsel bellek, toplumsal bellek konularında ne kadar zayıf olduğumuza dair çeşitli savlar vardır, Toplumsal belleğimize kurgulanmış bir saldırı duygusunu yaşayanlar da.

Bellek, öğrendiklerimizi unutmamamızı sağlar, başkalarıyla paylaşmamızı sağlar, böylece değerlerimizin oluşmasına, paylaşılarak örgüt içinde ve dışında yayılmasına, bu değerler ile de örgüt kültürünün oluşmasına olanak verir. Artık örgütün üyelerinin yapmaları ve yapmamaları beklenen tutumlar, davranışlar belirlenmiştir. Örgüt üyeleri bu değerlere aidiyet duygusu ile davranışlarında öznel kontrol süreçlerini başlatırlar, kendilerine yakışanı yaparlar, yakışmayan davranışın değer verdiklerince olumlu karşılanmayacağını, ayıplanabileceklerini, dışlanabileceklerini düşünerek idlerinin yönlendirmelerine karşı koyarlar. Yani kendilerine bir çeki düzen verirler. Adaba uygun davranırlar. Göründükleri gibi olurlar, oldukları gibi görünürler.

TTB mevzuatı da bu belleğin değerini öngörmüş olmalı ki, onur kurullarından ceza almış hekimlerin hekim kamuoyuna duyurulmasını ister.

Neyse, kendimden bahsedeceğimi belirtmiştim.

"İnsan belleği unutmakla hastalıklıdır" derler. Hatta iyi ki böyle bir hastalığı vardır da derler. Ama unutulduğunda iyi olmuş denenlerin ne olduğunu belirtilmesi unutulmuş herhalde.

"Siz hekimlerin çıkarlarını savunmak için oda yöneticiliği yapıyorsunuz, ben hekimim, çıkarlarımı savunun" benzeri yakınmaları duyanınız vardır. Efendim, hekimliğin çıkarları ile bir hekimin çıkarları kimi zaman örtüşmeyebilir. Her biri çok değerli olan biz hekimler değerliyiz şüphesiz, ama binlerce yıldır hekimler değişti, hekimlik kaldı.

"Kol kırılır, yen içinde kalır, hekimlerin hatalarını-yanlışlarını biz hekimler kapatmalıyız, dayanışma içinde olmalıyız" benzeri telkinleri duyanınız vardır. Efendim, elmayı çürüten içindeki kurttur. Nazım Usta bir şiirinde "Ağaç demiş ki baltaya, sen beni kesemezdin ama, sapın benden" Nitekim hekimlerin 1997 bildirgesinde " Hekimlik mesleğini gereği gibi yapmayan, hekimlik ahlakına ters düşen tıp fakültesi diplomalı kişileri kendimizden saymayacağız" ilan edilmiştir. İlan tamam da; tabip odası onur kurulundan ceza almış, itirazı üzerine dosyayı inceleyen yüksek onur kurulu da cezayı onaylamış, buna da itirazı idari mahkemeden dönmüş tıp fakültesi diplomalı kişiye, hekimler abi/abla/doktor bey, doktor hanım demeyi sürdürürse örgütsel bellek değerleri koruma işini görür mü?

"Doktor..., seninle bu dönem tabip odasının... kurulunda çalışmak isteriz, bize güç verirsin" demiştim bir meslektaşıma. "Sevinirim, arada bir rica üzerine dışarıda yaptığım işlemini artık yapmam, ayıp olur, oda yöneticisine yakışmaz" yanıtını almıştım. Yaptığını söylediği işlem, yetkisi dahilinde olan küçük işlemdi, ne var ki muayenehanesi yoktu, vergisiz-haksız kazanç olarak niteliyordu.

Tabip Odasında.....görevi üstlenen birinin ittifak ve tutumları için inanamıyorum, nasıl bunlarla ortak olur? Bu biçimde davranabileceğine ilişkin hiçbir işaret yakalamadım demiştim ortak çalışma arkadaşımıza. Şaşırdı. "Öğrenciliğinden tanırım, hiçbir zaman yakıştırdığınız yerde olmadı ki, şöyleydi, böyleydi,.....yaptı" Ah, be kardeşim, öyle bilirsin, neden engel olmazsın? Bildiğini paylaşmazsın engel olalım. Tanımayana bunu nasıl izah ederiz.

Sevgili Dostlar,

Yirmibeş yılı aşkın bir süredir hayata karşı bilinçli bir duruş içinde olduğumu sayıyorum.

Şüphesiz bu zaman zarfında hayata müdahale alanı, tarzı ve coşkumda farklılıklar oldu.

Bu arada sosyal ve kişisel hayatın dayatmaları/ gereklilikleri, gündemleri de farklılıklar gösterdi. Bu çeşitliliğe duruşun gerektirdiği tepkileri vermek noktasında kendimi yeniden üretmeyi bugüne dek başardığımı hissediyorum.

"Biz"in yüzlerce benden oluştuğunu düşünüyorum. Farklı yaşlarda oldukları -kronolojik ve sürece katılım bağlamında- ve farklı gereksinim ve dayatmalarla karşı karşıya kaldıkları, bunlara yanıt-tepki verirken kendilerini yeniden üretmelerinin farklı alan, tarz ve coşku içinde olacağını kabul ediyorum. Farklılığın yaşanmakta olan gerçek yaşama karşılık geldiğini ve bir zenginlik olduğunu da düşünüyorum.

Bu özellikleri temel alan kabullerle devam edeyim.

Temel değerlerimize hürmet etmeyen, onlara zarar veren davranış-duruşlar dışında aramızda bir ayrımın/dışlamanın olmaması gerektiğini düşünüyorum. Bunu gerektirecek durumların yaşanmaması insanın doğasına aykırıdır. Ancak bu durumlar eleştiri-özeleştiri mekanizmasının işletildiği grup pratiği ile minimize edilebilir ve adil kılınabilir. Her birimizin hem savcı-hem yargıç-hem de infaz memuru işlevlerini yüklenmesinin önüne ancak bu biçimde geçilebileceğini düşünüyorum. Böylesi bir grup pratiği gruba aidiyet duyanlar için bir otokontrol işlevi görür. Aidiyet duygusu hesap verme/hesap sorma gereksinimini canlı tutar, seçilen duruş ile davranışlar arasında sürekli ilişki kurdurur, Seçimin teknik yönünün dışında hayattaki karşılığının da irdelenmesini sağlar. Coşkunun bulaşıcı özelliğinin ortaya çıkmasını-etkilenimi olanaklı kılar. Heyecanı arttırır.

Neler öğrendim?

- Konuşalım, yazalım, konuştuklarımızın, yazdıklarımızın yalnızca aidiyeti güçlendirmek amaçlı olduğunu kabul edelim.
- TTB'de, organlarında/odalarımızda yaptıklarımızı/yapmadıklarımızı kendimizle-birbirimizle konuşalım.
- Çalıştığımız ortamda yaptıklarımızı/yapmadıklarımızı kendimizle-birbirimizle konuşalım.
- Grup arkadaşlarımızın TTB'de, organlarında/ odalarında yaptıklarını/yapmadıklarını kendileriyle-yakın çevreleriyle-grupla konuşalım.
- Grup arkadaşlarımızın çalıştığı ortamda yaptıklarını/yapmadıklarını kendileriyle-yakın çevreleriyle-grupla konuşalım.
- Hekimliğin, Etkin demokratik TTB Grubunun değerlerini bilmeyenlere öğretelim, rol model olalım, bilmedikleri ya da kendilerini yeterince güçlü görmedikleri için savunamayanlara cesaret verelim, başka bir sağlıkçı davranışının-tutumunun mümkün olduğunu gösterelim.
- Değerlerimize içeriden gelen ihlallere sesiz kalmayalım, eleştiri-özeleştiri mekanizmasını zorlayalım, üstüne düşeni yapmayanın niyetini sorgulayalım, örgütsel belleğimize kaydedelim, başkaları için örnek olmamasını sağlayalım, öznel kontrol mekanizmalarının kuvvetleneceği bir ortam yaratalım.
- Hekimlik mesleğini gereği gibi yapmayan, hekimlik ahlakına ters düşen tıp fakültesi diplomalı kişileri kendimizden saymayalım.

Sırça köşkü taşlayalım!

Dr.Muzaffer ESKİOCAK
1998-2000 Dönemi
Edirne Tabip Odası Başkanı

MEME KANSERİ VE ERKEN TANI

Meme kanseri, kadınlarda görülen kanserlerin yaklaşık üçte birini oluşturur.

Meme kanseri, kadınlarda görülen kanserlerin yaklaşık üçte birini oluşturur. Günümüzde kadınlarda ortaya çıkan kanserlerin %32'si meme kanseri, kansere bağlı ölümlerin ise %18'i meme kanserine bağlı ölümlerdir. Meme kanseri tüm kanserler içinde en yüksek insidansa sahip olmasına rağmen erken tanı ve tedavi şansının olması nedeni ile mortalitesi azaltılabilir. Yaşam boyu bir kadının meme kanserine yakalanma riski 1/7-10 dur.

Meme Kanserinde Risk Faktörleri:

- Cinsiyet: Kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülür.
- Yaş: 50 yaşından sonra görülme sıklığı artar.
- Genetik:

-Aile Hikayesi (anne, kardeş, kızı, teyze), meme kanseri tanısı konan kadınların yaklaşık %80'inde aile hika-yesi yoktur.

-BRCA1 ve BRCA2 genindeki değişiklikler riski artırır. Meme kanserinin %5-10'u genetik değişikliklere bağlıdır.

- Meme dokusu değişiklikleri: Önceden meme kanseri hikayesi, atipik hiperplazi ve lobuler karsinoma insitu riski artırır.
- Çevresel Faktörler: Özellikle genç yaşta radyasyona maruz kalma, endüstriel bölgeye yakın yaşama, bazı gaz ve metaller etkilidir.
- Hormonal faktörler: İlk menstruasyonun 12 yaşından önce olması, 55 yaşından sonra menopoza girilmesi, ilk gebeliğin 35 yaşından sonra olması
- Beslenme: Yağlı beslenme, aşırı kilo, fazla alkol kullanımı
- Sigara: Aktif veya pasif içici olmak.

Meme Kanserinde Yayılım:

Kanser en sık memenin üst dış kadranını tutar. Bunu areola, üst iç kadran, alt dış kadran, alt iç kadran izler.

Evreye Göre Sağ kalım

Evre	5 Yıllık Sağkalım
0	%100
I	%98
IIA	%88
IIB	%76
IHA	%56
IIIB	%49
IV	%16

Meme kanserinin erken tanısı için yapılabilecekler;

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM); 20 yaşından itibaren siklüsün 7-10. günü, adet görmüyorsa her ay aynı tarihte meme muayenesi yapılmalıdır. Yapılan çalışmalarda erken tanıda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kadının farkındalığın artırmada önemlidir. Ayrıca kendi kendine meme muayenesi yapan kadınlar tümörün çapı ortalama 2 cm iken yakalarken yapmayanlar 4 cm iken tespit etmektedirler.

KKMM muayenesi inspeksiyon ve palpasyondan oluşur. Kadınlar, memede kitle, meme ucunda hassasiyet, memenin büyüklüğünde ve şeklinde değişiklik, meme dokusunda değişiklik hissettiğinde hekime başvurması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidirler.

Klinik meme muayenesi (KMM), 20-39 yaşları arasında 3 yılda bir, 40 yaşından itibaren her yıl yapılmalıdır.

Mamografi; herhangi bir yakınması olmayan kadınlara mamografi ye başlama yaşı 40'tır. Bu yaştan itibaren meme dokusunun özelliği ve risk faktörleri dikkate alınarak birkaç yılda bir mamografi çekilebilir. 50 yaşından itibaren mamografi çekim sıklığı her yıldır. Klinik muayenede ve tetkikler sonucu herhangi bir bulgusu olmayan kadınlara bir yıldan daha sık aralıklarla mamografi önerilmemektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları için Ulusal Standartlar'da 50-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir bölgesel tabanlı tarama önerilmektedir.

Dr. Hülya YOLERİ
2000-2001 Dönemi
Edirne Tabip Odası Başkanı

HEKİMLER, TABİP ODALARI VE TÜRKİYE SAĞLIK ORTAMI

Edirne Tabip Odası yönetim kuruluna dergi çıkartmak gibi zor bir işe giriştikleri için öncelikle teşekkür ederek yazıma başlamak istiyorum. Aslında kafamda mesleğimizle ilgili bir çok sorun varken aklıma ilk gelen şey şu oldu. Acaba kaçımız hekimlik mesleğini yaptığımız için mutluyuz, kaçımız işinden ve bunun karşılığından tatmin olur durumda? **Son yıllarda programlı bir şekilde yapıldığını düşündüğüm hekimliğe karşı giderek artan bir saygı erozyonuyla karşı karşıyayız.** Türkiye'de sağlık, popülizme yıllardır en kolay alet edilen sektör olduğundan bundan her kesim faydalanmıştır. Medyasıyla, siyasetçileriyle topluma yıllarca bu meslekte çalışanların tek problemlerinin para olduğu, fedakarca gerçekleştirilen başarılar yerine genellikle etik dışı davranışlar gösteren bir kesim olduğumuz sunuldu. Halkta da verilen bu imaja uygun olarak artık kolayca silinemeyecek bir kanı oluşmuştur, hatta bu kanıyı fiziki saldırılara kadar dönüştürenler de artık gündelik olaylardan sayılmaktadır. Hekimliği, yurt dışından getirilecek ucuz iş gücü olarak göstermeyi bu konuda varılan son nokta olarak görmekteyim ama daha da ileri noktalara varabileceği endişesini bir çok arkadaşım gibi ben de taşıyorum. Tabidir ki bu durum meslektaşlarımızı son derece incitmekte, yılgınlığa ve mutsuzluğa itmektedir. Fakat yine de bunu hastalarına yansıtmadan çalışabilmekte ve dünya standardında hizmet vermektedirler. Türkiye'deki hekim kalitesinin gelişmiş pek çok ülkeyle aynı ya da daha iyi olduğunu yurt dışı izlenimi olan ve hekim olmayan pek çok kişiyle paylaşmaktayım. Ne yazık ki çalışma şartlarımız ise Avrupa Birliği standartlarının son derece altında seyretmekte olup bu görmezden gelinmekte, talep edildiğinde ise dikkate alınmamaktadır. Türk Tabipler Birliği'nin bundan 5 yıl önce hekim özlük hakları yasa taslağı yüksek bir katılımla oylanmış ve gene yüksek oranda kabul görmesine rağmen ne yazık ki ulusal basınımızda yer almamıştır. Bunun gibi pek çok girişim, hastanelerdeki gizli kamera mizansenlerine göre haber önceliğinde yer bulamamıştır. Bu gün hekimler özlük haklarının yeterince iyileştirilmemesi yüzünden, çalıştıkları sağlık sisteminde sürekli yapılan değişikliklerde söz sahibi olamamaktan, birbirleri arasında oluşan sosyo-ekonomik uçurumdan dolayı rahatsız, mutsuz en kötüsü de umutsuz durumdadırlar. Ben bu konuda Türkiye çapında bir anket çalışmasının yapılmasını öneririm. Bunun TTB tarafından hekimlerin sorunları ve taleplerindeki önceliklerin belirlenmesi açısından çok önemli olduğunu düşünüyorum. Buradan tüm meslektaşlarımıza da tabip odaları dışında bizi bir araya getirebilecek başka bir birliğin olmadığını da hatırlatarak odalarımıza sahip çıkmaları gerektiğini belirtmek istiyorum. Tabip Odası bir yönetim kurulu ve bir kaç koldan ibaret değildir. O bölgedeki kayıtlı tüm hekimler odayı oluşturur. Dolayısıyla dünyevî ve siyasi görüşü ne olursa olsun öncelikle meslek birliği önemlidir. Tabi ki farklı düşünceler farklı sesler olacaktır ve olmalıdır da. **Odalarımızı dışarıdan çeşitli nedenlerle eleştirmek yerine bunları demokratik ortamlarda tartışarak ortak çözüm noktaları bulmak gerekmektedir.** Biz Tabip Odası'na ne kadar sahip çıkarsak ileriye dönük beklentilerimizin o kadar artacağını umuyorum. Odaların bizler için ne yaptığı sorusunu bizim oda için ne yaptığımıza çevirmediğimiz sürece fazla da sızlanmanın pek bir şey ifade etmeyeceği düşüncesindeyim. Buradan oda yönetimindeki arkadaşlarımıza diğer bir önerim de web sitesinde forumlar açarak görüşlerimizi buradan da paylaşabilmemizi sağlamaları olacak. Dergimizin de bu bağlamda sesimizi duyurmak ve birbirimizle iletişimimiz açısından son derece önemli olduğunu belirterek ve ancak katkıda bulunarak yaşayabileceğini hatırlatırım. Tüm meslektaşlarıma saygılarımla.

Dr.Selçuk KÖSE
2001-2002 Dönemi
Edirne Tabip Odası Başkanı

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM

Mezuniyet Öncesi ve Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi, Nitelikli İnsan Gücü Yetiştirme, Bilim üretme, Halka 3. Basamak Sağlık Hizmeti Verme Görevi Olan Üniversite Hastaneleri Sağlıkta "Dönüşümden" Nasıl Etkileniyor?

Giriş

1990'ların başından beri Türkiye sağlık sistemi hızla piyasalaştırılıyor. Piyasalaştırılma süreci Dünya Bankası ile protokol imzalanmasıyla başladı. Geçen 15 yıl içinde, adı kimi zaman "reform" kimi zaman "dönüşüm" olarak değiştirilse de uygulanmaya çalışılan programın amacı ve içeriği değişmemiştir. Programın temel bileşenleri; finansmanda Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemine geçmek, 2.Basamak sağlık hizmetleri olarak da bilinen kamu hastane hizmetlerinin "özerkleştirilmesi" ve nihai olarak özelleştirilmesi, 1.Basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda Aile Doktorluğu "modeline" geçmek ve desantralizasyon adı altında devletin sağlık alanından çekilmesidir. Bu konuda farklı savunma argümanları oluşturulmaya çalışılsa da, gerçek nedenin sağlığın devletin sırtında yük olarak görülmesi olduğu bilinmektedir. Programın uygulanmasına başlanmasıyla zaman içinde sağlık harcamaları içinde cepten harcamaların payı artmış, hastanecilik hizmetleri parçalanmış, özellikle destek hizmetler başta olmak üzere sağlık hizmetleri içindeki kimi alanlar taşeronlaştırılmıştır. Özel hastanelere ve tıbbi teknoloji ithal edenlere ucuz kredi olanakları sağlanmış, yerli ilaç üretimi hemen tamamen sonlandırılmıştır. İnsan gücü istihdamında sözleşmeli statüye geçilmiştir. Hizmet sunumunda parça başı ücretlendirme ve girişim desteklenmiş, performansa göre ücret sistemi uygulamaya konulmuştur. Sağlık modellerinin tüm ülkeler için her zaman geçerli olamayacağı bilimsel gerçeği, ülkenin özgün koşulları, sağlık hizmet sektörünün taraflarının ne düşündükleri dikkate alınmamıştır.

Sonuç; aşırı ilaç harcaması ve plansız teknoloji ithalatı, hızla artan sağlık harcamaları, çöken kamu sağlık hizmetleri ve bütün bunlara karşın değişmeyen kötü sağlık göstergeleri olmuştur. Bütün bunlar olup biterken, olumsuzluklarda en az paya sahip olmalarına karşın, üniversite hastaneleri, kamu sağlık kuruluşları ve sağlık çalışanları cezalandırılmış ve maalesef ağır faturanın tek sorumlusuymuş gibi gösterilmeye çalışılmıştır.

Bugün içine düşülen bu olumsuz durum süreçten de anlaşıldığı gibi bir anda olmamış, zaman içinde adım adım ve göz göre göre gelişmiştir. Bu nedenleri gelişim sırasına göre alt başlıklar biçiminde özetlemek gerekirse;

SSK Hastaneleri'nin Devri

Olay her ne kadar basit bir devir işlemi olarak görülse de, sosyal güvenlik sistemi üzerine ciddi ekonomik yükler bindirmiş, buna karşın hizmet sunumu ve hizmet alıcıları bakımından beklenen ve istenen yararı da sağlamamıştır. Altyapı hazırlıkları tamamlanmadan SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi, SSK harcamalarını 1 yılda 1 milyar YTL artırmış, 2005'te 7.5 milyar YTL'ye çıkarmıştır. 2006 yılı için öngörülen rakam ise 11,5 milyar YTL'dir. Toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları hızla artmaktadır. İlaç harcamaları 2005'te % 32, 2006'da da % 35 artmıştır. Bunun temel nedenleri, SSK'ya bağlı ilaç fabrikalarının kapatılması ya da işlevsizleştirilmesi ve özel eczanelerden ilaç alımıdır. Böylelikle, geçmişte toplu alımlardan kaynaklanan % 80'lere varan fiyat indirimi avantajı kaybedilmiştir. Önlem olarak uygulanan ucuz eşdeğer ilaç uygulaması bu kaybı karşılamaya yetmemiş, ilaç giderleri geçmişe göre hızla artmıştır. Yaklaşık 10 milyar $'lık büyüklüğüyle toplam sağlık harcamaları içinde oldukça önemli bir paya sahip olan ilaç giderlerinin aile doktorluğu uygulamasının yaygınlaşmasıyla daha da artacağı ve 15 milyar $ sınırlarını zorlayacağı tahmin edilmektedir. Nitekim, aile doktorluğu sisteminin pilot (pre-pilot ya da son adlandırmayla Düzce Modeli!!!) uygulamasının yapıldığı Düzce'de ilaç harcamaları bir yıl içinde % 40 dolayında artmıştır.

Bütün bu gelişmelerin yanında, devir için temel neden olarak gösterilen hasta kuyrukları azalmamış, sorunun çözümü için başvurulan bir diğer yöntem olan özel sağlık kurumlarından hizmet alımı, giderleri daha da artıran bir başka etmen olmuştur.

Sonuç; Devir işlemi sorunları çözmediği gibi, özel sektörden ilaç ve sağlık hizmeti satın alınması kısa sürede harcamaları artırmıştır..

SAĞLIKTA "REFORM" YA DA "DÖNÜŞÜM"

- Programın temel bileşenleri yukarıda da değinildiği gibi;
- 1.Basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda Aile Doktorluğu modeli,
- Finansmanda Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi,
- Hastane hizmetlerinin "özerkleştirilmesi" ve nihai olarak özelleştirilmesi olarak özetlenebilir.

1.Basamakta Hizmet Sunumu:

Aile Doktorluğu

Sağlıkta "reform" ya da dönüşüm programının temel bileşenlerinden olan aile doktorluğu modeli, Türkiye sağlık sisteminde, Sağlık Ocakları ve genel pratisyen hekimler üzerinden yürütülen birinci Basamak sağlık hizmetini değiştirmeyi hedeflemektedir. Mevzuat alt yapısı tamamlanan ve Düzce'de pilot uygulaması yapılan bu model 2006 ve 2007'nin ilk aylarında 10'a yakın kentte uygulanmaya başlanmıştır. Seçilen pilot illerden biri de Edimedir ve Aralık 2006 itibariyle uygulama başlamıştır. Zaman içinde bütün ülkede uygulanması hedeflenen bu model, tıp fakültelerinde verilen mezuniyet öncesi eğitimin temel amaçlarıyla ve eğitim programlarıyla önemli uyumsuzluklar taşımaktadır. Tıp fakültelerinden her yıl mezun olan yaklaşık 5000 hekimin küçük bir kısmı uzmanlık programlarına devam etmekte, büyük çoğunluğu meslek yaşamlarını pratisyen hekim olarak sürdürmektedir. Bu hekimler sevk zinciri ve ekip çalışması ilkeleriyle koruyucu hekimlik yapmak üzere yetiştirilmişken; aile hekimliği modelinde, kişisel muayenehanesinde, ekip anlayışından uzak ve tedavi edici hekimlik yapmaya zorlanacak, ayakta kalabilmek için ister istemez piyasa kurallarına göre davranmak zorunda kalacaktır. Bu durum, tıp fakülteleri ve öğrencileri için önemli bir çelişki ve belirsizlik oluşturacaktır. Bu modelin uygulanmasıyla ilgili ciddi eksikler olduğu Düzce uygulamasıyla ortaya çıkmıştır. Örn. Aile doktorluğu sevk kotasının olması, kimi olguların zamanında sevk edil(e)memesine ve gecikmelere neden olacaktır. Nitekim hem bu sorunlar hem de sistemin olumsuzluklarını maskeleyebilmek için sevk zorunluluğu yayınlanan bir tebliğle ortadan kaldırılmış ve sözüm ona aile doktorluğunun ortaya atılmasının temel argümanlarından olan "sevk zinciri" uygulama dışı bırakılmıştır. Yaşanabilecek bir başka sorun, aile doktorunun listesine daha fazla kişiyi kaydetme ya da kaydettiklerini kaybetmeme korkusuyla aşırı ilaç reçete etmesi ve ilaç giderlerinin hızla artmasıdır. Nitekim Düzce uygulaması kısa sürede ilaç giderlerinde % 40'lık artışa neden olmuştur.

Yaşanan bu belirsizlik içinde, aktif insan gücü planlaması yapmadan, salt hekim başına düşen nüfus ilkesinden hareketle çok sayıda yeni tıp fakültesi açılması bir başka sorunlu alandır. Meslek örgütünün ve üniversitelerin tüm uyarılarına karşın, var olan tıp fakültelerini uluslar arası standartlara ulaştırmadan, gerekli yatırımları yapmadan, hatta son dönemde ayakta durabilmeleri için gerekli kaynakları bile vermekten kaçınan bu anlayışın yeni tıp fakülteleri açması, niteliksiz ve işsiz bir hekim ordusu ile sonuçlanabilecek bir girişimdir.

Sonuç; sağlık çalışanlarının sözleşmelilikle birlikte iş güvencesini kaybetmesi, özellikle topluma ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde gerileme, bulaşıcı hastalık ve salgın riskinde ve ilaç giderlerinde artma riski.

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

(Genel Sağlık Sigortası=GSS)

1 Ocak 2007'de uygulamaya sokulması planlanan GSS, vergiye ve ek ödemeye (katkı payı) dayalı bir finansman modelidir. GSS ile çalışanlardan % 12.5, emeklilerden de % 1 oranında ek bir vergi talep edilecektir. GSS ayrıca, tanımlanan ve zaman içinde yönetmeliklerle değiştirilebilecek Temel Teminat Paketi dışındaki sağlık hizmetleri için katkı payı ödenmesini zorunlu kılmaktadır. Zaten vergi toplama sıkıntısı çeken iktidarlar bu alanda önemli sıkıntılar yaşayacaklardır. Maliye Bakanlığı (2005) verilerine göre, ülke ekonomisinin %60'ı kayıt dışıdır. Bağ-Kur'da prim toplanma oranları %20-30'lar dolayındadır. En düzenli prim toplayan kurum olarak bilinen SSK'da bile bu oranlar %75-80'i geçememektedir. Gelir dağılımındaki bozukluk, prim toplamadaki sorunlar ve prim ödeme için seçilen "asgari ücretin 1/3'ünden fazla gelire sahip olma" sınırı (ülkemizde açlık sınırı 586 YTL, yoksulluk sınırı 1902 YTL, TÜRK-İŞ-Eylül 2006) bu durumu daha da çıkmaza sokmaktadır. Üstelik gelişmiş ülkelerin kişi başına ortalama 1500-2000$/yıl sağlık harcaması yaptıkları düşünüldüğünde, toplanması planlanan bu primlerle (devletin katkısıyla birlikte yaklaşık 200-250 $/kişi yıl sağlık harcaması planlanmaktadır) nitelikli sağlık hizmeti üretimi de olanaksızdır.

Sonuç; GSS uygulamasıyla birlikte prim toplamada önemli sorunlar yaşanacak, sağlık bakımından dezavantajlı olan yoksullar önemli sağlık sorunlarıyla karşılaşabilecek, sağlıkta eşitsizlikler derinleşebilecektir. Yasayla birlikte ülkede yaşanabilecek sıkıntılar o denli açıktır ki nitekim uygulama ertelenmiştir.

Dönüşümün bundan sonraki aşamasında Devlet Hastanelerinin özerkleştirilmesi aşamasına gelinmiştir. Performans uygulaması ile önemli miktarlarda döner sermaye katkı payı alan hekimler, büyük olasılıkla zaman içinde yüksek döner sermaye katkı paylı sözleşmeli çalışmaya ya da salt maaşla tam gün kamuda çalışma tercihine zorlanacaklardır. Hazırlanan mevzuata göre, özetle Devlet Hastaneleri kendi gelirleriyle ayakta durmaya çalışacaklar, sınırlı devlet katkısına rağmen ayakta kalamayanlar özelleştirilebilecektir.

SAĞLIKTA "DÖNÜŞÜMÜN" ÜNİVERSİTE HASTANELERİNE ETKİLERİ

Tıp Eğitimi

Nitelikli 3.Basamak Sağlık Hizmeti Üretimi

Bilim ve Nitelikli İnsan Gücü Yetiştirme Görevi

Sağlıkta "Dönüşümden" Nasıl Etkileniyor?

Sağlıkta "Dönüşüm" Programı'nın gündemde olduğu 1995-2005 döneminde, özellikle de son 5 yıl içinde devletin üniversite bütçelerine katkısı ciddi bir biçimde azalmış, üniversiteler adeta adım adım kendi döner sermaye gelirleriyle ayakta durmaya terk-edilmişlerdir. Nihayet 2006 sonlarına, pek çok üniversite neredeyse iflas noktasına gelmiştir.

Son dönemde gün geçmiyor ki yazılı ve görsel medyada bir üniversite rektörünün ya da üniversite hastanesi yöneticisinin kaygılarıyla ilgili açıklama okumayalım. Başta küçük bütçeli üniversiteler olmak üzere neredeyse üniversitelerin tamamına yakını, 2006 sonu itibariyle batma noktasına geldiklerini adeta ilan etmeye başlamışlardır. Ülkenin en köklü üniversite hastaneleri bile icra/haciz noktasına gelmişlerdir. Üniversite çalışanları, öğretim elemanları ve sağlık çalışanları ciddi gelecek kaygısı içindedirler. Bu durum, hangi düzeyde olursa olsun üniversite çalışanlarının görevlerini sağlıklı bir biçimde yapamamaları sonucunu doğurma riskini beraberinde getirmektedir.

Bu noktaya gelinmesinin temel nedeni, yukarıda da vurgulandığı gibi devletin üniversite bütçelerine katkısını azaltması, hatta kimi üniversitelerin sağlık yatırım bütçesini "ihtiyaçlarını döner sermayeden sağlasınlar" yaklaşımı ile tamamen kesmesidir.

Bilindiği üzere, üniversitelerin döner sermaye gelirlerinin çok büyük bir bölümü üniversite hastanelerinden sağlanmaktadır. Sağlık ve sosyal güvenlik alanında yaşanan her türlü olumsuzluk, doğrudan üniversite bütçelerine de yansımaktadır. Bu olumsuzlukların başında değişen Bütçe Uygulama Talimatları (BUT) ve Maliye Bakanlığı genelgeleri gelmektedir. Örn. 2005 yılında ülkede başta sağlık alanında kullanılan malzemeler olmak üzere hiçbir şeyin fiyatı azalmadığı halde, Bütçe Uygulama Talimatı ile hastalardan tedavi ücreti olarak kesilen ücretler % 15-30 oranında azalmıştır. Bu uygulama, üniversite hastanelerinin gelirlerini önemli düzeyde düşürmüştür. Benzer durum, Şubat 2006'da çıkarılan Bütçe Uygulama Talimatı ile sürmüş ve kamuoyunda 1 Temmuz genelgesi olarak da bilinen Maliye Bakanlığının Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği ile doruk noktasına ulaşmıştır. Bu genelgenin özü, ayaktan polikliniğe başvuran hastalar için "hastalık ne olursa olsun, sadece 66 YTL ödenecek" uygulamasına geçilmesidir. Ülkemiz sağlık sisteminde 3.Basamak sağlık hizmeti sunmakta olan üniversite hastaneleri, önceki Basamaklarda sorunu çözülemeyen, karmaşık, ileri olguların başvurdukları sağlık birimleridir. Böylesine karmaşık olguların tanısı da doğal olarak daha gelişmiş, daha pahalı tanı yöntemlerinin kullanılabilmesiyle olanaklı olmaktadır. Oysa yayınlanan genelge, bu durumu tamamen göz ardı etmiş, üniversite hastaneleriyle 2. Basamak, hatta 1. Basamak sağlık kuruluşlarını, yani Sağlık Ocaklarını neredeyse aynı kategorideymişgibi değerlendirmiştir.

Örn. Bu genelgeye göre bilgisayarlı tomografi için ödenecek tutar 70 YKr, MR için 80 YKr. olarak belirlenmiştir. 3.Basamak sağlık kuruluşu olan bir üniversite hastanesine başvuracak bir olguya yapılması gereken öteki tetkikler de dikkate alındığında, bir hastanın kuruma maliyeti ile buna karşılık ödenen tutar arasındaki uçurumun büyüklüğü kolaylıkla görülebilecektir. Belirlenen bu ücretler neredeyse BT ve MR cihazlarının yıllık bakım giderlerini bile karşılamaktan uzaktır. Bütün bu olumsuzluklara karşın, üniversite hastaneleri ciddi fedakarlıklarla hizmetin niteliğini ve tıp eğitimini ön planda tutarak olması gerektiği gibi nitelikli sağlık hizmeti sunmayı sürdürmektedirler. Ancak bunu kendi öz kaynaklarını kullanarak gerçekleştirdikleri için hızla iflas noktasına sürüklenmektedirler. Nitekim, özellikle 1 temmuz genelgesiyle birlikte başta Gazi Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi ve Ankara Üniversitesi gibi büyük kentlerdeki üniversitelerin rektörleri olmak üzere pek çok yönetici bu uygulamanın kısa sürede üniversite hastanelerini darboğaza hatta iflasa sürükleyeceğini belirtmişlerdir

1 Temmuz 2006 genelgesinin, özellikle sağlık hizmeti sunumunda çağdaş tanı ve tedavi araçlarından yararlanmayı engellemesi veya bu araçlardan yararlanılabilmesini bireyin ayrıca ödeme yapmasına bırakması bakımından Anayasaya, kamu yararı ve hizmet gereklerine aykırı özellikler taşıdığı yargı tarafından ortaya konulmuş ve Danıştay'ca iptal edilmiştir. Bu durum yani sağlıkla ilgili alanda Maliye Bakanlığı'nın karar vermesinin, iktidarın sağlık alanına nasıl baktığını göstermesi bakımından da çok çarpıcı bir örnektir.

Yaşanan olumsuzluklar yalnızca yukarıda sayılanlarla sınırlı değildir. Yürürlükteki mevzuat pek çok bakımdan üniversite hastanelerinin ayakta kalmasını güçleştirmekte, kamu ve özel sektöre ait diğer sağlık kuruluşları ile üniversite hastaneleri arasında eşitsizlik yaratmaktadır. Yürürlükteki Kamu İhale Kanunu, tıbbi malzeme ve ilaç ihalelerinde kimi zaman en avantajlı alımı önleyebilmektedir. Zaten ekonomik sıkıntılar içinde olan hastane yöneticileri, Kamu İhale Kanunu ile

pazarlık güçlerini de kaybetmektedirler. Yapılan bir itiraz nedeniyle ihale uzun süre karara bağlanamamakta, aynı ürün doğrudan temin yöntemiyle daha pahalıya alınabilmekte, olası gecikmeler hizmet sunumunu olumsuz etkilemekte ve dolayısıyla hasta yaşamını riske sokabilmektedir. Alım aşamasında dezavantajlı olan üniversite hastaneleri, ilaç ve malzeme maliyetlerini gerçek anlamda faturalara yansıtamamakta ve bu aşamada da ciddi zarara uğramaktadırlar. Örn., mevcut mevzuata göre 150 liraya mal edilen bir malzeme, 100 liraya fatura edilmek zorunda kalınabilmekte, bu durum da doğal olarak kamu zararına yol açmaktadır.

Üretilen bir hizmetin bedelinin ne olacağı, sosyal güvenlik kurumlarının protokol fiyatlarının sürekli değişmesi nedeniyle kestirilememektedir. Örn. Sosyal güvenlik kurumunun bedelini 100 YTL olarak belirlediği bir hizmeti, kurum kimi zaman 100 YTL'nin üzerinde bir bedele mal edebilmekte, ya da yayınlanan BUT ile bir anda bu hizmetin bedeli 50 YTL olarak belirlenebilmektedir. Paket uygulamalar, BUT ile pek çok hizmetin bedelinin önceki yıllara göre düşürülmesi, üniversite hastanelerini zarar ettiren diğer uygulamalardır. Oysa kurum, sene başında uygulanan BUT'na göre ihaleye çıkmış ve ilaç ya da malzemeyi o tarihte yürürlükte olan BUT'da belirlenen ödeme bedellerine göre planlamış olabilmektedir.

Günümüzde yaşanmaya başlandığı gibi, özellikle büyük kentler dışındaki üniversite hastanelerinin ekonomik yapısı bozuldukça, alım maliyetleri de artmaktadır. Zaten tedarikçi bakımından büyük kentlerdeki üniversitelere göre dezavantajlı olan bu üniversite hastanelerine firmalar mal vermeyi riskli bulmakta ve ihale maliyetleri yükselmektedir. Bu da kaçınılmaz olarak maliyet-zarar kısır döngüsünü doğurmaktadır.

Son yıllarda sağlık alanında yaşanan vardiya, performans, aile hekimliği gibi plansız uygulamalar nihayet sosyal güvenlik kurumlarını batma noktasına getirmiş, ülke kaynakları başta ilaç giderleri ve kontrolsüz ileri teknoloji ithalatı nedeniyle heba edilmiştir. Gelinen noktada, kimi zaman bilinçli kimi zaman bilinçsiz olarak bu savurganlığa dolaylı destek veren hekimler gelecek kaygısıyla karşı karşıya kalmışlardır. Önce Devlet Hastanelerinde başlayan ekonomik kriz, günü kurtarabilecek düzeyde kaynak aktarımı ile ötelenmiş ancak hükümetin üniversite hastanelerine kayıtsız kalması ve 'kendi başlarının çaresine baksınlar' politikası daha büyük bir ekonomik krizle üniversiteleri karşı karşıya getirmiştir.

Bilimsel araştırma finansmanı da dahil "ihtiyaçlarını döner sermayeden sağlasınlar" yaklaşımı ile sağlık yatırım bütçeleri kaldırılan üniversite hastaneleri, hem hemşiresinden, temizlik personeline kadar pek çok hastane çalışanını döner sermaye gelirleriyle çalıştırmak hem de her ay toplam cirosunun (kârın değil) % 15'ini Hazine payı olarak ödemek durumunda bırakılmıştır. Üniversite hastaneleri bir yandan bu kadar büyük bir yükün altına sokulurken, öte yandan faturada görünen her şeyin epikrizde olması şartı, hatta sağlığın piyasalaştırıldığının çok belirgin bir göstergesi olan "mali epikriz" kavramının gelişmesi, üniversite hastanelerinin 3.Basamak sağlık hizmeti üreten kurumlar olmanın yanında aynı zamanda eğitim kurumları da oldukları gerçeği dikkate alınmadan, salt hizmet satın alma yaklaşımıyla yapılan işlemlerin faturalardan çizilerek % 40'lara varılan kesintilerin yapıldığı ya da kimi zaman uzunca bir süre faturalara hiçbir işlem yapılmadan aylarca kolilerde bekletilmesi gibi uygulamalarla, içine düştükleri ekonomik darboğaz daha da derinleştirilmiş, adeta yeni çözümsüzlükler üretilmiştir.

Yine özellikle cerrahi girişimlerin her ameliyat için belirlenmiş paket ücreti şeklinde (ameliyat ücreti+ yatak+ tıbbi malzeme vs) ödenmesi üniversite hastanelerini düşük standartlı hizmet üretmeye yöneltmesi bakımından büyük risk taşımaktadır.

Bütün bu uygulamalar sonucunda birçok üniversite hastanesi, piyasaya borçlu duruma gelmiş, medikal firmalarına ödemeler bakımından güvenilirliğini yitirmiş, satın almalarını pahalıya yapan, ürettiğinin karşılığında hak ettiği paraları alamayan, döner sermayeden çalıştırdığı personelin maaşlarını veya hastane personeline dağıtacağı döner sermaye katkı paylarını ödeyemeyen kurumlar haline gelmiştir. Oysa temel amacı eğitim ve araştırma üretmek olan bu akademik hastaneler, özelleştirmenin en yaygın olduğu kapitalist ülkelerde bile kar amacı gütmeyen, topluma daha nitelikli sağlık hizmeti, daha doğru/güncel tedavi vermeye çalışan ve zor sağlık sorunlarını çözme özellikleriyle önemli bir sosyal görev görmektedirler.

Bugün yapılmaya çalışıldığı gibi, üniversite hastanelerinin öncelikleri 'rekabet' ve/veya 'kar' olmaya başlarsa; eğitim, araştırma ve nitelikli sağlık hizmeti ve sağlık insan gücü üretme hedefleri de kendiliğinden ortadan kalkacaktır. Doğal olarak daha çabuk ve kolay para kazanılan sağlık uygulamaları ön plana çıkmaya başlayacak, bugün Devlet Hastanelerinin çoğunda olduğu gibi zor ve maliyetli, zahmetli hastalarla uğraşmak üniversite hastaneleri için de önceliğini ve önemini kaybedecektir. Bunun yerine, döner sermaye gelirlerini artıracak rutin sağlık hizmetlerine yönelme başlayacaktır. Böyle bir gelişme, biyoteknolojik ve insan gücü yatırımı alanlarında toplum bakımından çok önemli bir yere sahip üniversite hastanelerini işlevsizleştirecek, temel görevlerinden biri nitelikli, öncü ve lider insan yetiştirmek olan bu kurumları zamanla yok edecektir.

Son dönemde yaşanan bu ciddi olumsuzluklar üzerine, başta YÖK ve Üniversitelerarası Kurul (ÜAK) olmak üzere üniversite ve üniversite hastanelerinin yöneticileri, bazı girişimlerde bulunmuşlardır. Bu kapsamda Tıp ve Sağlık Bilimleri Konseyi ve ÜAK, tıp fakültesi bulunan üniversitelerin döner sermaye bütçelerinin ciddi boyutlarda kısıntıya uğradığını, acil önlem alınmazsa hastanelerde sıkıntıların ciddi boyutlara ulaşacağını duyurmuş, hazırlanan 'Yükseköğretim Stratejisi' başlıklı rapor değerlendirilerek Sayın Cumhurbaşkanı A. Necdet Sezer'e sunulmuştur. Ayrıca ÜAK, tıp fakültelerinin yaşadığı sorunlarla ilgili yazılı bir açıklama yaparak, son iki yılda döner sermaye gelirlerinin %60'lar dolayında azaltıldığını, bu durumun üniversite hastanelerini hizmet veremez hale getirdiğini kamuoyuna duyurmuştur.

Ulusal düzeyde yapılan bu girişimler dışında, ekonomik sıkıntı içinde olan üniversiteler yerel düzeyde de kimi önlemler almaya başlamışlardır. Personelin ücretsiz izine çıkarılması ya da daha da kötüsü, işten çıkarılması ayakta kalabilmek için başvurulan yöntemler gibi görünmektedir. Ancak bu uygulamaların yaşanan ekonomik sorunu çözmeye yetmediği gibi çok ciddi sosyal sorunlar yarattığı ve yaratacağı da başka bir gerçektir.

İçinde bulunulan bu olumsuz tablodan başarıyla çıkabilmenin yolu, sorunun kaynağını doğru saptamak ve doğru önlemler almaya bağlıdır.

Başta üniversite hastaneleri olmak üzere sağlık kuruluşlarının ve dolayısıyla toplumun karşı karşıya kaldığı bu çöküşün en temel nedeni IMF'nin "sağlık harcamalarında tasarruf" uyarısıdır. Bu uyarı üzerine yılda 1.4 milyar YTL tasarruf kararı alan hükümet, yukarıda değinilen uygulamaları hayata geçirmiştir. Ancak bu uygulamalara karar verilirken YÖK'ün, üniversitelerin, meslek odalarının ya da öteki sivil toplum örgütlerinin Sağlık ve Maliye Bakanlığı düzeyinde ilettikleri görüş ve uyarılar dikkate alınmamıştır.

Bütün bu gelişmeler sonucunda ortaya çıkması muhtemel kimi sonuçlar aşağıdaki gibi özetlenebilir;

1-Kamu sağlık kuruluşlarına yapılacak ödemelerin bugün olduğu gibi kimi sudan gerekçelerle (faturaların işleme konmaması, geç işleme konması ya da bilimsel dayanağı olmayan yüksek oranlı kesintiler vb.) kısıtlanması,

2-Sağlık hizmetleri için halktan daha fazla prim alınması,

3-Sağlık alanında cepten ödemelerin, katkı paylarının artırılması,

4-GSS'nin öngördüğü Temel Teminat Paketinin, yani ücretsiz alınacak sağlık hizmetlerinin daraltılması, sınırlandırılması,

5-Ciddi ekonomik sıkıntılar içine giren hekimlerin ikinci, hatta üçüncü iş yapmak zorunda kalmaları,

6-Eğitim süreleri ve emekleri dikkate alındığında, aylık 1 500-2 000 YTL gelir düzeyiyle özlük hakları bakımından ülkenin neredeyse en alt grubu konumundaki öğretim üyelerinin, tam gün yerine kısmi statüye geçişlerinde artma,

7-Ekonomik sorunlar, personel yetersizliği, kısmi statüye geçiş ve yatırım sıkıntısı gibi nedenlerle mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası tıp eğitiminde nitelik kaybı,

8-Kamu sağlık kurumlarındaki farklı uygulamalar nedeniyle (performans, aile doktoru, Kamu Sağlığı Merkezi hekimi vs.) çalışma huzurunun bozulması,

9-Alt yapısı yetersiz yeni tıp fakülteleri, niteliksiz tıp eğitimi, plansız sağlık insan gücü artışı ve hekim işsizliği,

10-Eğitim-hizmet ve bilimsel araştırma ile ekonomik ve moral değerler arasındaki dinamik ilişki nedeniyle moral motivasyon kaybına uğrayan üniversitelerin, hizmet üretimlerinde düşüş, bilimsel araştırma sayılarında nicelik ve nitelik olarak azalma,

11-Bütün bu olumsuzlukların doğal sonucu olarak sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinde düşme ve toplum sağlığının gerilemesi.

Yukarıda değinilen olumsuzluklar, sağlık alanında ciddi bir plansızlık, programsızlık olduğunu ortaya koymaktadır. Durum bu kadar açıkken, akılcı politikalar uygulamak yerine günlük politikalarla çözüm aramak, hem kurumları hem de toplumu olumsuz etkilemektedir. Görünen o ki, sağlık harcamalarının artışını bahane edip, hizmetleri kısıtlamak ya da kurumları çökertmek sonuç vermeyecek uygulamalardır.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Görüldüğü gibi sorun çok ciddi ve kalıcı boyutlardadır. Sorunun çözümü için yapılacaklar, ulusal ve yerel olarak iki başlıkta toplanmalıdır. Yerel ve ulusal düzeyde alınacak önlemler ve geliştirilecek refleksler, mutlaka her kademedeki çalışanın desteğini almalıdır. Aksi durumda alınan önlemlerin uygulanabilirliği zorlaşacaktır.

Ulusal düzeyde yapılabilecekler:

Asıl mücadele başlığı, sağlığın piyasalaştırılmasına karşı takınılacak ortak tavırdır. Ayrıca;

- Üniversite hastanelerinin döner sermaye gelirlerinden hazineye ayrılan % 15'lik pay azaltılmalı, hatta kaldırılmalıdır.
- Maliye veya Sağlık Bakanlıkları sene başında üniversite hastanelerinin maliyetlerini de dikkate alarak tıbbi malzeme ve ilaç fiyatlarını değerlendirip

hizmet bedellerini saptamalı, BUT'u buna yöre açıklamalıdır.

• Provizyon merkezlerince yapılan fatura kesintileriyle ilgili kriterler netleştirilmeli, bu kriterleri Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve YÖK'ü temsil eden bir komisyon belirlemelidir.

• Üniversite hastaneleri, 3.Basamak sağlık hizmeti üreten kurumlar olmanın yanında, en az sağlık hizmeti üretimi kadar önemli başka görevleri de yerine getirmektedir. Mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası tıp eğitimi bunların başında gelmektedir. Ayrıca, nitelikli sağlık insan gücü yetiştirme, ülke bilimine katkı bütün bu değerlendirmeler yapılırken dikkate alınması gereken öteki önemli görevlerdir. Dolayısıyla, incelenen faturalara salt sağlık hizmeti gözüyle bakılmamalıdır.

• Bilimsel araştırmalara devlet tarafından kaynak sağlanmalıdır.

• Sağlık yatırım bütçeleri serbest bırakılmalı, üniversitelerin gelişmişlik düzeyi dikkate alınarak bu alana uygun kaynak ayrılmalıdır.

• Başta hemşire olmak üzere, sağlık insan gücü konusunda iyi planlama yapılmalı ve yeterli kadro sağlanmalıdır.

• Yenidoğan ünitesi, yoğun bakım ünitesi, yanık ünitesi gibi kritik birimlerin genellikle üniversite hastanelerinde olduğu bilinmeli ve bu alanlara kaynak sağlanmalıdır.

Yerel düzeyde yapılabilecekler:

• Yapılacak yatırımlar ve bunların geriye dönüş süreleri mutlaka çok detaylı fizibilite çalışmalarına dayanmak durumundadır.

• Çalışanları ücretsiz izine ayırmak, hatta işçi çıkarmak, kimi destek hizmetlerini taşerona vermek ve gelişmelere adapte olmaya çalışmak sorunların çözümü olmayacaktır. Hatta bu önlemler sonrası ortaya çıkabilecek olası bir sosyal hoşnutsuzluğun durumu daha da ağırlaştırabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

• Başta üniversite öğretim üyeleri olmak üzere tüm sağlık çalışanları örgütlü bir biçimde davranmalı ve çözüm merkezi düzeyde aranmalıdır.

• Sağlık hizmetlerinin doğuştan kazanılmış bir insanlık hakkı olduğu ve piyasa koşullarına bırakılamayacağı gerçeğinden taviz verilmemeli, yapılacak mücadele bu zemine oturtulmalıdır.

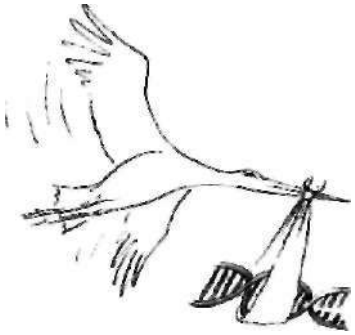
Doç.Dr.Galip EKUKLU
2002-2006 Dönemi
Edirne Tabip Odası Başkanı

DUYURULAR

DEĞERLİ OKUYUCULAR,

⌘Edirne Tabip Odası Eski Başkanlarından Dr. Ratip KAZANCIGİL ile yaptığımız söyleşiyi önümüzdeki ay özel sayı olarak sizlere sunacağız.

⌘Seçimsiz Olağan Genel Kurul'umuz çoğunluk aranarak 7 Nisan 2007 Cumartesi çoğunluk aranmaksızın 14 Nisan 2007 Cumartesi günü gerçekleştirilecektir.



YAPRACIĞI GÖREN BALIK

Minnacık bir balık bir yaprak gördü
Körpe yeşil ve yemiş bahar güneşini
Yaprak değildi
Bahardı gördüğü
Ve o düşle fırladı denizden
Ve düştü kaldı

Balık ki yaprağı görüp sarhoşladı
O ben'im işte

Erik ağacından düşen yapracık
Damarlarında hâlâ özsuyun hazzı
Bir gözyaşıyla
Sapından sarkan

Yaprak ki düştü erik ağacından
O ben'im işte

Ve çiçekler arasındaki erik ağacı
Güneşe ve yağmura dikmiş gözünü
-Güneş ki olduracak meyvasını
Yağmur ki besleyecek meyvasını-
Meyva ki sürdürecek erik ağacını

Ağaç ki çiçekler arasında
O ben'im işte

Ve meyva ki güneş kokar
Usulcana erir ağzında
Ve bir an emip de çekirdeğini
Ya yere atarsın ya da denize

O çekirdek ki mutlu
O ben'im işte

Ohan (Ohannes Şaşkal), İstanbul'da doğmuş, 1959'da. Meslektaş sayılır, eczacı. Ayrıca karikatürist. Cumhuriyet, Demokrat, Yeni Evrensel, Dünya, Öküz, Karikatür, Eleştiri, Sokak, Güldiken, Diyojen, Yeni Güney, Türkiye Yazıları, Bilim ve Sanat, Yarın, Edebiyat Cephesi, Yazılı Günler, Adam Sanat, Hedef Sağlık, Marmara, Nor San, Agos gibi dergi ve gazetelerde çizgileri yayınlanmış. Yurtiçi ve yurtdışı çeşitli karma sergilere, albümlere katılmış, bireysel sergiler de açmış. Karikatüre başladığı yıllarda katıldığı yarışmalarda, ikisi uluslararası sekiz ödül kazanmış. Karikatüre ilişkin makaleler kaleme almış. Bkz (1997) ve Karakutu (2004, Aras Yayıncılık) adlı iki karikatür albümü var. Evli ve iki çocuklu. Ayrıca, Zahrad çevirmeni.

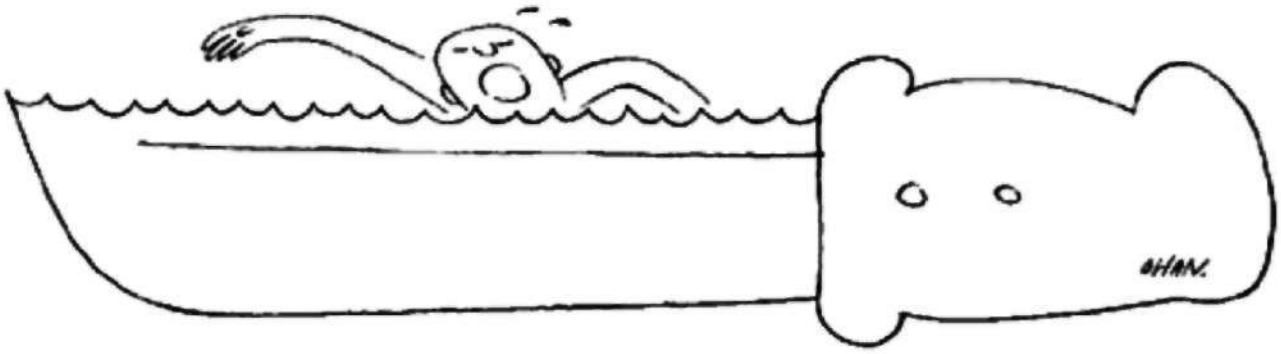
Ama, Zahrad'ın, Yapracığı Gören Balık adlı şiirini Can Yücel çevirmiş Türkçe'ye (Şiirin İngilizcesinden). Yapracığı Gören Balık'taki Erik Ağacı bana Nazım'ın, Ceviz Ağacı'nı hatırlattı. Ne güzel bestelemişti toprağı bol olasıca Cem Karaca. Ceviz Ağacı, en çok "nazire" yazılan şiirlerden biridir. İlk aklıma gelenler; Kayısı Ağacı (A.Kadir) ve Kavvakiye (Niyazi Akıncıoğlu). Belki, Yapracığı Gören Balık'ı da aynı kategoriye almak mümkün.

Zahrad (Zareh Yaldızcıyan) İstanbul'da doğdu, 1924'te. Babasını vereme kurban verdiğinde henüz üç yaşındaydı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni üç sene devam ettikten sonra terk etti. İlaç deposunda, kağıtçıda, noterde, tıbbi malzemecide çalıştı. Kemer imalatıyla, kravat, musluk ve zincir ticaretiyle uğraştı...

İlk şiiri, 1943'de Jamanak'ta yayınlandı, daha sonra da pek çok başka gazete ve dergide.

"San" dergisini uzun süre yönetti. Pek çok kitabı ve ödülü var. [Büyük Şehir (1960), Renkli Sınırlar (1968), İyi Gökyüzü (1971), Yeşil Toprak (1976, Paris), Bir Taşla İki Bahar (1989), Eğri Oturalım Gigo Konuşalım (1994), Bir Elek Su (1995), Ucu Ucuna (2001)...] Kitapları 23 dile çevrildi. Bazı şiirleri bestelendi.

Zahrad ve şiiri bir yüksek lisans tezine de konu



olmuş: Garip akımının iki temsilcisi Orhan Veli Kanık ve Zareh Yaldızcıyan (Tuna Saylan, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ermeni Dili ve Edebiyatı Anabilim Dalı, 2004). Saylan'ın tezini görmedim amma Kayıran'ın incelemesini okudum. Ağır metin sevenlere tavsiye ederim.

Kayıran'a göre Zahrad'ın şiiri ne tarihsel, ne ideolojik, ne de siyasal. Bireysel, ontik ve de antik bir şiir. Bu durum, bir otosansürün değil bir tercihin sonucudur. Garip ile alakalandırmak yanlıştır. Zahrad, Türk şiirinden etkilenmemiştir. Felsefi okumalara açıktır Zahrad şiiri.

Zahrad'ı anlatırken İoanna Kuçuradi ve Grekçe yazıp yayınladığı şiir kitabı Perdenin Arkası'nı anımsıyor Kayıran. Kayıran'a göre Zahrad ve şiirinin en önemli özelliklerinden biri de iktidar alanının yani yanlış bilinç alanının dışında, uzağında durmasıdır. Tıbbiyeyi terk etmesinin bile bununla ilişkilendirilebileceğini söylüyor kayıran.

Bence; Garip ve Zahrad şiirinin ortak paydası ironidir. Ancak, Garip'te dramatik bir ironi söz konusudur, Zahrad'da ise trajik bir ironi.

Türkçeye Ohannes Şaşkal tarafından çevrildi Zahrad şiiri (Yağ Damlası, 1993, İyi Şeyler Yayıncılık; Yapracıgı Gören Balık, 2002, Belge Yayınları, Işığını Söndürme Sakın, Adam Yayınları, 2004) İşte birkaç Zahrad dizesi... Lavaşa dikkat!

Benim bilgisayarım ufacıktır - diz üstü / Senin mavi eteğin kısacıktır - diz üstü / Şiir bir yakarıdır - okunmalı diz üstü

Oturmuş / reçine şarabı içer / Kadınlar geçer yarı çıplak / Kharalambos yutkunur / Sineye çeker / yoksanmanın acısını

Bu sabah Ludmilla geldi bana yeniden / Oturduk lavaş yedik ayran içtik

Şimdi / Iskarmozları söküp götürmüşler/ Nasıl kürek çekeceksin/ Yaşama // İskorpitleri / Kim toplayacak// Deniz bir uçurumdur / Ağzına kadar su

Artık yoklar ki onlarla ölebilirdik

BİR KÜÇÜCÜK KAYNAKÇA

Yücel Kayıran: İstanbullu Ermeni Şair: Zahrad. Birikim, sayı:193/194(mayıs-haziran2005)

http://www.acikradyo.com.tr/default.aspx?_mv=yzr&yid=212&cat=300

Pakize Barışta: Gecikmiş bir tanışma... Radikal 11.02.2007

http://www.behramoglu.com/ZAHRAD/Zahrad.htm (Türkçe 15 zahrad şiiri var)

http://www.arasyayincilik.com/turkce/ohan.html

Talin Sucuyan: Dünyaca Ünlü Ama Kendi Ülkesinde Bilinmeyen Bir Şair: Zahrad. Nokta Dergisi. 25-31 Ocak 2007.

Not: 21 Şubat günü Tabip Odası Bülteni için bir yazı istedi benden Dr. Gamze. O gece oturup yazdım Ohan ve Zahrad'i. O gün ölmüş Zahrad, ertesi gün öğrendim. Türk basınında pek haber olmadı bu ölüm. Agos ise "Gigolar yetim kaldı" manşetiyle duyurdu. Gigolar da kim mi? Agos'a açtım telefon, öğrendim. Ama anlatabileceğimi sanmıyorum. Agos da kim mi, ne mi?

Dr. Mevlüt YAPRAK

TIP DOĞRULUĞU VE BAŞARILARI TÜM ULUSU İLGİLENDİREN UYGULAMALI BİR BİLİMDİR."

Tıp eğitiminin amacı tüm insanların sağlıklı yaşamalarını sağlamak için hekim yetiştirmektir (Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu).

Günümüzde sağlıkta yaşanılan eşitsizlikler, tedavi edici sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksek oluşu, aile hekimliği, zorunlu hizmet, ithal hekim, Genel Sağlık Sigortası gibi uygulamalarla sağlık alanının tamamen piyasa koşullarına itilmesiyle tıp eğitiminin içeriği "Topluma Dayalı Tıp Eğitimi"nden uzaklaşmaktadır.

Tıp araştırma ve etkinliklerinin bilimsel çerçevede birleşmemesi, ezbere dayalı eğitimin zorunlu kılınması, kalabalık sınıflarda eğiticinin ön planda olduğu dersler, temel ve klinik bilimlerin birbirini destekleyici nitelikte olmaması, tıbbi gelişmelerin yeterince takip edilemeyişi, "bütüncül tıp eğitimi" anlayışından uzaklaşıldığının göstergesidir.

Stajerlik ve internlikte öğrencilerin eğitiminin dışında çalıştırılması, öğrencilerin ders kitapları arasında sıkışıp kalması; her geçen yıl artan öğrenim ücretleri, tıp kitap, araç gereçlerinin, ulaşım, barınma beslenme gibi temel gereksinimlerin maliyetlerinin de yüksek oluşu, tıp öğrencileri üzerinde ağır bir yük oluşturmaktadır. Ek olarak mezun olan öğrencilere de tek kurtuluşun tıpta uzmanlık olarak dayatılması tıp eğitiminin amacından uzaklaşmasına neden olmaktadır.

Sağlıklı bir eğitim ve sağlıklı bir topluma ulaşmanın yolu, toplumu tanıyan, sağlık sorunlarını bilen ve bu sorunlara bilimsel çerçevede yaklaşabilen hekimler yetiştirmekten geçmektedir. Bu çerçevede Türk Tabipleri Birliğine bağlı kurulan TIP ÖĞRENCİ KOLU,

- Tıp öğrencilerinin öz örgütlülüğünü oluşturmak
- Toplumsal bir grup olan tıp fakültesi öğrencilerinin kendi sorunlarına ve ülke sorunlarına yönelik kamuoyu oluşturmaya çalışmak ve bu yönde faaliyetler yürütmek,
- Üniversitelerin bilimsel ve demokratik kurumlar haline getirilmesine katkıda bulunmak,
- Üniversitelerin sorunlarına yönelik politikalar oluşturmak,
- Ülkemizde tıp eğitiminin ve tıp öğrencilerinin sorunlarını incelemek, diğer ülkelerde uygulanan modellerden faydalanarak alternatif modeller geliştirmek ve bu modellerin tıp eğitiminin diğer bileşenlerinin de katkılarıyla hayata geçirilmesini sağlamaya çalışmak,
- Yürütülecek etkinliklerle tıp öğrencilerinin sosyal, kültürel, sanatsal ihtiyaçlarının karşılanmasına katkı sağlamak,
- Konusu İNSAN olan hekimlik mesleğinin insan sağlığına, insan hayatına insan haklarına duyarlılığı geliştirmede öncü olmak.
- TÜM TIP ÖĞRENCİLERİNİN EN GENİŞ KATILIMINI SAĞLAMAK amacıyla kurulmuştur.

Önümüze koyduğumuz bu hedefler doğrultusunda sesimizi daha fazla yükseltebilmek için BÜTÜN TIP ÖĞRENCİLERİNİ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi amfi binasındaki odamıza bekliyoruz.

MESLEĞİMİZE GELECEĞİMİZE VE ONURUMUZA SAHİP ÇIKALIM.

SEN OLMADAN BİR KİŞİ EKSİĞİZ....

EDİRNE TABİP ODASI
TIP ÖĞRENCİ KOLU

KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET: BİYOLOJİ YAZGI OLMALI MI?

Yüz yıl önce Freud neden kadın psikolojisi üzerine çalışmaktan kaçındığını anlatırken "Biyoloji yazgıdır" demiştir, "Kadının insan hakkı" terminoloji olarak ancak 40 yıl önce dünyanın gündemine gelmiştir ve ancak 80'lerin ortasında Türkiye'de kadınlar "Kadının Adı Yok"u tartışmaya başlamışlardır. Zaman eskimemiştir ve yüzyıllardır kadınlar hala benzer sorunlarla uğraşmaktadır: Anne olma hakkı, bebeğini emzirme hakkı, istenmeyen gebeliğe son verme hakkı, cinselliğine sahip çıkma hakkı, kariyer hakkı, sosyo-ekonomik alanda varolma hakkı... Daha yalın anlatımı ile, kadın cinsiyetinin insan olma hakları... Ve kadın cinsiyetine karşı her türlü şiddete "HAYIR" diyebilme hakkı.

Kadına yönelik şiddet; kadınlara fiziksel, cinsel ya da psikolojik zarar verme ya da verebilecek ya da kadınların acı çekmesine neden olabilecek gerek kamu, gerekse özel alanda uygulamaya sokulan bu tip davranışlara yönelik tehditleri ve kadınların özgürlüğünün zorla kısıtlanmasını da içeren şiddete yönelik her türlü cinsiyetçi davranışı içine alır. Kadına yönelik şiddet evrensel bir gerçektir (BM Kadına Yönelik Şiddetin Yok Edilmesi Bildirgesi, 1993).

Aile içi şiddet konusunda yapılan çeşitli uluslararası araştırmalar, kadınların %10 ila %50'sinin yaşamlarının herhangi bir döneminde eşleri ya da sevgilileri tarafından fiziksel olarak örselendiğini göstermektedir. Ülkemiz verilerine göre de, her 3 kadından 1'i, yine yaşamlarının herhangi bir evresinde, fiziksel şiddete maruz kalmaktadır.

T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun yaptığı araştırma sonuçlarına göre aile içi şiddet ülkemizde de yaygındır. Fiziksel şiddete ailelerin %34'ünde, sözlü şiddete ise %53'ünde rastlanmaktadır. Ailelerde cinsel şiddet ve tacize rastlanma oranı %9'dur. Şiddete maruz kalanların %80'i yapacak fazla bir şey olmadığına inanmaktadırlar. Bu durum çaresizliğin kabulü anlamına gelmekte ve şiddete maruz kalanın pasif tutumuna yol açmaktadır (T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, 1995)

Başka bir araştırma, kadınların yüzde 58'inin yalnızca kocalarından, nişanlılarından, erkek arkadaşlarından ve erkek kardeşlerinden değil, kadın akrabalar da dahil olmak üzere kocalarının ailesinden de aile içi şiddete maruz kaldığını göstermektedir (Ankara Tabip Odası, 2002).

Bir araştırmada görüşülen 695 kadının %54'ü ailelerinde şiddet gördüklerini, şiddet gördüğünü söyleyenlerin %35,2'si en az 4 yıl ve daha fazla zamandır şiddete maruz kaldıklarını söylemiştir. Şiddete uğrayan kadınların gördükleri şiddet türüne göre; kadınların %42,3'ünün dayak %40,1'inin tehdit ve küfür, %12,6'sının yaralama, %3,2'sinin cinsel taciz ve tecavüz, %1,4'ünün eve kapatma ve %0,4'ünün öldürülme tehdidi ile karşı karşıya kaldıkları anlaşılmıştır. Bu grubun %40, 4'ünün evlerinde, çocuklara karşı da şiddet uygulandığı saptanmıştır (Kocacık, 2004).

Türkiye'nin doğu ve güneydoğusundaki çeşitli kentlerde yapılan bir araştırma kadınların %45,7'sine kocalarının seçiminde danışılmadığını ve %50,8'inin rızaları olmadan evlendirildiğini ortaya koymaktadır (İlkkaracan, 2000).

Duygusal ve ekonomik örselemenin sınırları ise, bulgular fiziksel şiddet kadar belirgin olmadığından ve konuyla ilgili araştırma sayısı yetersizliğinden sağlıklı olarak tespit edilememektedir. Kadınlar eğitimden yoksun bırakılarak yasal ve geleneksel engellemelerle eve mahkum edilmekte, çalışma yaşamında haksız ve cinsiyet ayrımcı uygulamalarla karşılaşmaktadır. Her gün azımsanamayacak sayıda kadın şiddet döngüsünün tam da orta yerinde varolma savaşı vermektedir.

Eşlerinden dayak yiyen, hakarete ve zorbaca davranışlara maruz kalan kadınların hiç biri böyle yaşamayı seçmemiştir. Şiddet incelendiğinde, aile birliğinin ilk dönemlerinde bu davranışların birden bire ortaya çıkmadığı görülür. Bağlar güçlendikçe, ilişki derinleştikçe şiddet tutumları da sergilenmeye başlar. Hatta, ilk şiddet atakları kadın için büyük sürpriz olduğundan sıklıkla af edilir. Yaşanan fiziksel ve

duygusal incinmeler "geçici" olarak yorumlanır. Oysa, şiddet tutumları zaman içinde artış gösterir.

Eşini/Partnerini terk ile daha büyük şiddete maruz kalmaktan korkan kadın, bu döngüye teslim olur. Ekonomik koşullar, sosyal destek alabileceği kurumların azlığı, çocuklarının akıbetinin bilinmezliği ve kendisini kuşatan zorlu geleneksel yapı kadınları bu döngü içinde yaşamaya mahkum eder.

Peki ama neden şiddet? Çünkü öğreniyoruz. Şiddeti öğreten en önemli kaynak ise şiddet uygulayan kimsenin kendi aile yapısıdır. Araştırmalar göstermektedir ki, çocukluk ve gençlik dönemlerinde aile içi şiddet ortamında yetişen bireylerin sonraki yıllarda kendi ailelerinde şiddet gösterme eğilimleri yükselmektedir. İletişim becerilerinin yetersizliği, duygu ve düşüncelerin baskıcı yollarla ifade edilmesi, hatalı namus ve ahlak anlayışları şiddetin başlıca psikososyal tetikleyicileridir. Ekonomik güçlükler, hayat karşısında üst üste gelebilen talihsizlikler, gerçek ile bağdaşmayan beklentiler ve kişisel donanım yetersizliği aile içi şiddetin sosyo-ekonomik kışkırtıcıları olarak düşünülebilir. Bunların yanı sıra, kişinin gerçeği sağlıklı bir şekilde değerlendirme yetisini bozan, kişilik bütünlüğünde dağılmaya yol açan, duygu-düşünce ve davranışlarını normalin dışına çıkaran, iş ve sosyal uyumunu alt üst eden herhangi bir akıl hastalığı öyküsünün varlığı ya da benzeri sorunlara yol açan alkol ve madde bağımlılığının mevcudiyeti şiddetin önemli ruhsal dinamiklerindendir (Çörüş, 2006).

Tarihsel süreç içinde oluşmuş, çeşitli iktidar biçimleriyle beslenmiş olan ataerkillik, zaman içinde sistemlerin ve kültürlerin etkisiyle kazanılmış erkeklik rolü, ataerkil namus ve şeref anlayışı geleneksel aile yapısı içinde tüm toplumsal dinamiklere direnç göstermekte ve öğrenilen şiddet ile birleşince kadınların toplumsal cinsiyet rollerini belirlemektedir.

Demokratik yapılarda "tam ve özgür bir iletişim ortamı" miti etrafında örgütlenen medya toplumdan dışlanan bir çok grup adına konuşup, bu grupların temsil edilmeleri konusunda çekinceli davranmaktadır. Bu grupların en başında kadınlar gelmektedir. Medya kadını kişiliğinden soyutlayan, onu nesnelleştiren mekanizmalarla cinsel objeye indirgemektedir. Pornografi, kadın bedeninin ürün reklamlarında kullanılması, kadına yönelik tacizi ve her türlü şiddeti içselleştirmemizi sağlayan ve bunu geleneklerin arkasına sığınarak yaptıran diziler, bunlara en iyi örneklerdir.

Aile içi şiddete maruz kalan kadınların önemli psikolojik sorunlar yaşadıkları bilinmektedir: ilk dönemlerde yaşantılanan donup kalma hissi (şok), ardından çevresindekilere -özellikle de çocuklarına karşı- kendisinin şiddet tepkileri vermesi, sosyal yaşamdan uzaklaşma, içe kapanma, derin depresyon, özgüven yitimi, kendini suçlama eğilimi, artmış endişe ve korku hali, madde kullanımı, intihar düşünceleri ve tüm bu hislerden doğru öğrendiği çaresizlik döngüsü... (Çörüş, 2006).

Şiddet mağduru olan bu kadınların bu döngüden yalnız başlarına kurtulmaları zordur. Ancak, sistemli bir sosyal mücadele ile aile içi şiddet, aile içinde çözülmesi gereken bir sorun olmaktan çıkıp, toplumsal boyut kazanabilir. Yasal düzenlemelere gidilerek etkin caydırıcılık sağlanması ile, kadınlara ekonomik desteklerle birlikte fiziksel ve ruhsal desteği de sunan sığınma evlerinin devlet desteğinde yapılandırılması ile, medyanın tetikleyiciliğine karşı duyarlı ve eğitimli olan toplum ile, aile içi şiddet çözümü olan bir sosyal sorun haline gelebilir.

Şiddetin yaygınlığı bir halk sağlığı sorunudur belki, ancak hekimlerin şiddet ile ve özellikle kadına yönelik şiddet sorunu ile ilgilenmeleri bunun da ötesinde bir önem taşır. Şiddet ile toplumsal mücadelede sağlık alanı ve sağlık çalışanları stratejik bir öneme sahiptir. Sağlık çalışanları bu bilinçle ve politik perspektifle davranmalıdır. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetin önlenmesinde mesleksel sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için Dünya Sağlık Örgütü'nce de önerildiği gibi; öncelikle bireysel ön yargılarını sorgulamalarını sağlamak için, konu ile ilgili bilgilendirilmeli ve duyarlı hale getirilmelidirler. Şiddete uğrayan kadının tanısını koymaya ve şiddet mağdurlarının tüm bulgularını kayıtlara geçirmeye ve delilerin korunmasına yönelik eğitilmelidirler. Aksi halde, ilkel bir davranış biçimi olmasına karşın günümüzde sıradan hale gelen şiddet, gelecek nesillerde de tehlikeli biçimde süreğen hale gelecektir.

Onu bağışlayın!
O bazan,
vücudunun kederli bağlantısını
durgun sularda
boş mezarlarla unutuyor
ve aptalca zannediyor ki, yaşama hakkı var...
Furuğ Ferruhzad

Yrd.Doç.Dr. Burcu TOKUÇ
T.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD. Öğretim Üyesi

"BİR MENDİL NİYE KANAR"

Behçet AYSAN'ın anısına

Her sabah uyandığımda hayatın daha güzel ve umutlu olacağına inanırım. O yüzden balkona çıkıp kuşlara, ağaçlara günaydın derim ve yaşamak her şeye rağmen çok güzel diye düşünürüm. O sabah öyle bir gündü ve hayata yeniden uyanmıştım,içimde tuhaf bir buruntu tuhaf bir sıkıntı vardı. Geçer dedim kendi kendime ve tüm ağırlığıyla yaşamın kayboldum hayatın içinde. Birden, garip anlaşılmaz haberler gelmeye başladı Anadolu'nun bir kentinden. Ama analar böyle şeylere izin vermez diye düşündüm, bu topraklarda güvercinler, kırlangıçlar vurulmazdı. Hiç aklıma gelmezdi, aman isteyenlere el kaldırılabileceği, mazluma dokunulabileceği. Ama bu topraklarda Hacı Bektaş veliler, Yunus Emreler, Pir Sultan Abdallar yeşermemiş miydi? Sonra biz ne zamandır farklı düşünenleri yakıp, yok ediyorduk. Olamaz diye düşündüm onları da analar doğurdu ve tamda adı Anadolu olan bir yerde insanlar bir grubu yakamaz, vahşileşemez diye geçirdim aklımdan. Olur muydu canım birazdan birileri çıkar "ey insanlar kendinize gelin ne yapıyorsunuz hepimiz kardeşiz, hepimiz insanız" der ve herkes başını öne eğip özür diler, hep birlikte halaya dururlardı. Ama sanki orada daha başka şeyler oluyordu ve içimdeki sıkıntı daha da büyüyordu. Orada güvenlik güçleri var, orada insanların canını malını koruyan birlikte inşa ettiğimiz devlet var, diye aklımdan geçirdim,daha kötü şeylerin olmasına izin verilmez dedim. Ama olmadı, yapamadık vahşete engel olunamadı ve gözlerimden yaşlar boşaldı. Bir kaçıyla tanış olmuştum ve çoğunluğunun ürünleriyle tanışıktım, ayrıca hiç bilmesem tanımasam ne olurdu ki, yine canım yanar yine yüreğim kanardı. Çünkü tek tutanağım, tek düsturum insan sevgisi üzerine kurmuşum. Evet o gün bütün ağaçlar ve kuşlar ağladı, ateş çok utandı o gün.

Bu grubun içinde bir de meslektaşım vardı, ozandı şairdi ayrıca "Behçet Aysan"dı. Şiirlerini okuyunca nasıl gurur duyardım aynı mesleği paylaşmaktan nasıl kendime yakın bulurdum O'nu. Evet artık yoktu ve hayat epeyce fakirleşmiş epeyce hüzünlü olmuştu. 1949Ankara'da doğdu. Selimiye Askeri Ortaokulu ve Kuleli Askeri Lisesi'nde okudu. 1968'de Ankara Tıp Fakültesi'ne askeri öğrenci olarak girdi. 12 Mart döneminden sonra politik nedenlerle ara vermek zorunda kaldığı tıp öğrenimi sırasında çeşitli işlerde çalıştı. Mezun olduktan sonra İzmit'e tayin oldu. Ankara'da psikiyatri ihtisası yaptı. SSK Yenişehir Dispanseri'nde doktor olarak çalışmaktaydı, Sivas' da 1993 yılında 37 aydın insanla birlikte aramızdan ayrıldığında. Ama hep aramızda gibi gelir bana sevdiğimiz insanlar. Zalimce durumlarda cellatlar hatırlanmaz. Ama belki de biz bu zalimleri hatırlamalıyız ve hiç unutmamalıyız. Unutmamalıyız ki bizim içimizden nasıl bu insanlar çıkıyor nasıl bir ortam yaratıyoruz da zalimler bu topraklarda yeşeriyor. Biraz olsun düşünüp, hüzünlenmeliyiz. Belki de tartışmamız gereken şey, nasıl hoşgörüsüz ve şiddet sever bir toplum olduğumuzdur. Bir arada yaşamayı ve farklılıklarımızı zenginlik olarak görmeyi başarabilmeliyiz". Evet sizin görüşlerinize katılmıyorum ama fikirlerinizi söyleme özgürlüğünüzü sonuna kadar savunacağım" diyebilmekte bütün sorun, yani sevgide yani yürekte.....

Aşağıya Behçet AYSAN'ın bir şiirini alıyorum, insan ölümsüzdür aslında eserleriyle hep yaşar.

Dr.Ertuğrul TANRIKULU

BEYAZ BİR GEMİDİR ÖLÜM

sen bu şiiri okurken
ben belki başka bir şehirde olurum

kötü geçen bir güzü
ve umutsuz bir aşkı anlatan

rüzgarla savrulan
kâğıt parçalarına
yazılmış

dağıtılmamış
bildiriler gibi

uzun bir yolculuğa hazırlanan
yalnız bir yolculuğa.

çünkü beyaz bir gemidir ölüm.

siyah denizlerin hep
çağırdığı
batık bir gemi
sönmüş yıldızlar gibidir

yitik adreslere benzer
ölüm
yanık otlar gibi.

sen bu şiiri okurken
ben belki başka bir şehirde ölürüm.

Behçet AYSAN

SİGARA VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI

Dünya genelinde yüksek tansiyondan sonra ikinci ölüm nedeni sigaradır. Sigara 50'nin üzerinde sağlık sorununa ve hastalığa, 20'den fazla öldürücü hastalığa yol açmaktadır. Kanserler, kalp-damar hastalıkları, KOAH gibi süreğen akciğer hastalıkları, hamile ve bebeklere verdiği zararlar bunların en önemlileridir. Toplum olarak da, daha fazla ve yok yere acı çeken insanlar, yüksek sağlık harcamaları ve üretim kaybı şeklinde bedel ödenmektedir. Başlıca halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen bu alışkanlığı çözmek kolay değildir. Çünkü tütün kullanımı bağımlılık yapar, bazı gruplar, kültür ve ekonomik faaliyetler tüketimi teşvik eder; başlama ile ölüm arasında büyük zaman aralığı vardır.

Sağlık çalışanları tütün kontrolü ve mücadelesinde kritik önemde görevlere sahiptirler. Toplumun, medyanın ve aydınların güvenini kazanmış kişiler olarak, sosyal, ekonomik ve politik alanlarda geniş bir halk kesimine ulaşabilirler. Bireysel düzeyde, toplumu tütün kullanımının ve başkasının dumanını solumanın zararları konusunda eğitebilirler. Ayrıca tütün bağımlılarının bu bağımlılığı yenmelerine de yardımcı olabilirler. Bir hastalık olarak da kabul edilen her türlü tütün kullanımının tedavisi hekimlerin sorumluluğunu doğurmaktadır. Toplumsal düzeyde, sağlık çalışanları sigarasız sağlık kurumları olmak üzere, sigarasız mekanlar yaratmak çabalarına veya sigara bağımlılığı tedavilerine halkın ulaşmasını kolaylaştıcı çabalara öncülük edebilirler. Yönetimsel düzeyde ise vergilerin arttırılması, kaçakçılığın önlenmesi için baskı oluşturulması gibi ulusal ve uluslarası düzeyde tütün kontrolüne destek olabilirler. Bunlara ek olarak sağlık kuruluşları ve tabip odaları aracılığı ile Tütün Kontrolü Yasaları'na destek sağlayabilirler (1).

Sağlık kuruluşları bir yanda sigaraya bağlı hastalıkların tanı ve tedavisinin yapıldığı sağlık-şifa kurumları iken diğer yanda sigara içen hekim, hemşire ve personel görüntüsü ile ortadaki kocaman bir gerçeği sanki yok saymaktadır. Ülkemizde sağlık çalışanlarının %40 kadarının sigara içicisi olduğu saptanmaktadır. Hastaneler sadece tanı-tedavi hizmeti verilen yerler değildir; herkese açık olan bilgi edinme, hastalıklardan korunma ve eğitim kurumlarıdır.

Sigaranın, halk sağlığının en büyük düşmanlarından birisi olduğunun kavranmasıyla birlikte sağlık kurumlarının tamamen sigarasızlaştırılması kaçınılmaz bir zorunluluk haline gelmiştir. Trakya Üniversitesi Hastanesi, en yetkili yöneticilerce bizzat kamuoyuna ilan edilmiş, Türkiye'nin ilk sigarasız hastanesidir. 31 Mayıs 2005 tarihinde başlatılan bu uygulama ülke genelinde diğer hastanelere örnek olmuş ve olmaktadır.

Sigara içilmeyen hastanelerin daha çok insanın sigarayı bırakmasını teşvik ettiği, bırakanların yeniden başlamasını önlediği, çevresel sigara dumanı maruziyetine engel olduğu, daha temiz oldukları ve yangın güvenliğinin de çok daha iyi olduğu gösterilmiştir.

Özetle neden sigarayla mücadele:

- Sigara dünyada her yıl 5 milyon insanı öldürmektedir.
- Ülkemizde her yıl yaklaşık 100,000 insanımızı öldürmektedir.
- Milyonlarca insanımızın çeşitli hastalıklarından sorumludur.
- Kalp krizi geçiren bir kişi sigarayı bırakırsa sonraki 1 yıl içinde kalp krizinden ölme riski %50 azalır. Sigarayı bırakmak ilaç tedavisinden daha fazla koruyucudur (2).
- Akciğer kanseri ve KOAH gibi hastalıkların en iyi tedavisi sigarayı bırakmadır.
- Sigara her iki kullanıcısından birisini öldürmektedir.
- Ülkemize her yıl 25 Milyar Dolar ekonomik zarar vermektedir.
- Her dozu zararlıdır.
- Vücudun her kısmına zarar veren binlerce kimyasal içerir.
- Yüksek derecede bağımlılık yapıcı etkiye sahiptir.
- Dünyanın en güçlü endüstrisi tarafından saldırgan reklam ve promosyon taktikleri ile satılır.
- Sadece kullanana değil, maruz kalana da zarar verir. Hastanede sigara içiminde zaten hasta olan bireylerin, çocukların pasif maruziyeti bile tek başına hastanenin hasta ettiği anlamına gelir.
- Üreticisinin önerdiği gibi kullanıldığında da bile kullanıcısını öldürür.
- Önlem alınmazsa 2020 yılında 250,000 insanımızı öldürecek ve her 3 ölümden birisinin nedeni olacaktır.

Varoluştan başlayarak insanoğlunun en değerli saydığı şey hayatı olmuştur ve insanlık için en değerli olan bu şey biz sağlık çalışanlarının uğraş alanıdır (3). Bizlerden beklenen yaşamın sürekliliğini sağlamamız; bunun için de sağlıklı olmayı sağlayıcı eylem ve tutumlara öncülük etmemizdir.

Sigara mücadelesinde ve sigaranın toplumda

yayılmasında, "rol modeli oynayan kişilerin sigara içimi" anahtar faktörlerden birisidir. Biz sağlık çalışanları, toplumun gözünde özellikle de sağlıkla ilgili davranışlarda esas rol modelleriyiz. Bir tanımlamaya göre "sigara içen sağlık çalışanı katille işbirliği yapan polis gibidir".

Dünya Sağlık Örgütü sigarayla mücadelede en önemli adımlardan birisinin eğitim, sağlık ve spor kuruluşlarının tamamen sigarasızlaştırılması olduğunu bildirmektedir. Biz sağlık çalışanları, sigarayla mücadelede hemfikiriz. Bu mücadeleye katılmayan meslektaşlarımız bile, "mesleklerini yansıtan beyaz gömleklerinin içinde sigara içmeyerek" bu mücadeleye çok önemli bir destek sağlayacaklarına inanıyoruz. Bu aynı zamanda, başta dumansız ve sağlıklı bir ortamda yaşama hakkının; hastaların ve onların ailelerinin doğru eğitim haklarının; sonuç olarak ülkemizin sağlık ve yaşama hakkının ifadesidir.

Toplum tarafından biz sağlık çalışanlarına tanınan ayrıcalık beraberinde ödev ve yükümlülükleri de getirmektedir. İnsanlar, kendilerini yoğun değerlerle bezeyen sağlık çalışanlarına büyük bir güven duygusu içinde kendilerini teslim ederler ve karşılıklı güven hasta-sağlık çalışanı arasında kurulması beklenen ideal ilişkinin temelidir.

Edirne olarak sigara mücadelesine yapılan belki en önemli katkılarımızdan birisi Türkiye'nin ilk tütün sorumluluk davasıdır(4). 21 Kasım tarihi Sigara Davasının merhume davacısının ölüm günü ve davanın başlangıcıdır ve 3. Sigara veya Sağlık Ulusal Kongresi tarafından Ulusal "Sigarasız Kadın Günü" olarak kabul ve ilan edilmiştir(5). Bu günün anılması ile ülkemize hızla gelmekte olan sigaraya bağlı kadın ve çocuk ölümleri salgının önlenmesi amaçlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün de tespit ettiği üzere "Kadın ve Çocukların Yaşam ve Sağlık Hakkı" insanoğlunun yeryüzündeki en önemli hakkı, imtiyazıdır.

Bizler hekimler ve diğer sağlık çalışanları olarak ulusal sağlığımızın bekçileriyiz ve sorumluluklarımızın bilincindeyiz. Hep beraber temiz nefesli toplumu, temiz havalı bir ülkeyi-dünyayı yaratma gücümüzü kullanacağız.

http://www.tutunsuzyasam.org/dosya/tutun.pf
UDSHHS 1990 http://sgreports.nlm.nih.g0v/NN/B/B/C/T/Jnnbbct.pdf
http://hastane.trakya.edu.tr/sigara/esinkarlikaya.ppt
http://celalkarlikaya.trakya.edu.tr/dava.htm
http://www.tutunsuzyasam.org/dosya/SonucBildirgesi.doc

Doç. Dr. Celal KARLIKAYA
T.Ü. Tıp Fakültesi Göğüs Hast. AD.
Türk Toraks Derneği Tütün ve Sağlık Çalışma Grubu Üyesi
Temiz Nefes Sigarasız Yaşam Derneği Başkanı

2007 YILI ÜYE AİDATLARI

Sadece kamuda çalışan hekimin: 53.90 YTL

Özel sektörde çalışan, muayenehanesi olan ve işyeri hekimliği yapan hekim: 161,70 YTL

KİMLİK DÜZENLEME ÜCRETİ: 20.00 YTL

ODA KAYIT BELGESİ ÜCRETİ: 10.00 YTL

ÜYE KAYIT ÜCRETİ: 32.34 YTL

ACİL TIP

"BURASI HASTA YAŞAMINDA DEĞİŞİKLİK YAPILABİLECEK BİR YER, FAKAT BURADA YAŞAMAK İSTEYEBİLECEĞİMİ SANMIYORUM."
GLENN C. HAMİLTON

Hemen fark edilip tıbbi veya cerrahi değerlendirme ve tedavi gerektiren herhangi bir durum acil olarak tanımlanır.

Acil hekimi solunum sistemi enfeksiyonlarından çoklu travmalı hastanın resüsitasyon ve stabilizasyonuna kadar geniş yelpazedeki hastalıkları yönetebilmek için çok çeşitli becerilere sahip olmalıdır.

Acil servisler güvencesi olmayan birçok kişinin tıbbi yardım alabildiği tek yerdir ve bu nedenle sağlık sisteminin çok kritik yerini oluşturur.

Acil Tıbbın Tarihçesi:

Amerika acil tıp doktorları derneği 1968 yılında kuruldu. Cincinnati üniversitesinde 1970 yılında acil tıp uzmanlığı programı başladı. Acil tıp sistemi ve servislerinin gelişim programı 1973 yılında başlatıldı. Acil tıp 1979 yılında 23.'cü uzmanlık olarak kabul edildi. Acil tıp için 1982 yılında özel eğitim programları belirlendi. Amerikan board sınavlarında 1989 yılında uzmanlık alanı olarak yer aldı. Türkiye' de 1994 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi'nde kuruldu. Resmi gazete tababet uzmanlık tüzüğünde ilk ve acil yardım anabilim dalı olarak 1997 yılında tescil edildi. İlk uzman hekim 1998 yılında ihtisasını aldı.

Acil Tıbbın Kuruluş Amacı:

1-Tutarsız hasta bakımı

2-En ağır hastalara en deneyimsizlerin bakması

3-Kalite denetiminin olmaması

4-Araştırma yapılmaması

5-Diğer uzmanlıkların ilerlemesi

Acil Tıp Nedir?

1-24 saat her başvuran hastaya özenli bakım

2-Resüsitasyon ve stabilizasyon

3-Birden çok hasta aynı anda ele alınır

4-Birçok hasta için ilk ve son tedaviler

5-Belirsizlik durumunda karar verme/tedavi

6-Güncel tıbbi literatüre dayanan bakım

Acil Tıp Ne Değildir?

Dahiliye, ortopedi, kulak burun boğaz, beyin cerrahi, genel cerrahi değildir.

Acil servise müracaat eden hastalar genellikle sıkıntıları ve ağrıları sebebiyle, çok haklı olarak hızlı, kaliteli ve doğru hizmeti bekleyen insanlardır. Hastaların %70'i bu hizmeti 2 saat içinde almak istemektedirler. Acil serviste muayene olmak isteyen tüm hastalara bakılır. Tüm hastalar için konsültasyon istenmesi gerekli değildir. Muayene / tedavi olmak isteyen kişi triaj bölümüne gelir.

Triaj

Sıralama, yönlendirme anlamındadır. Gerçek aciliyetine göre hastaları dağıtmak ve sınıflandırmak işlemine denir. Tecrübeli hemşire tarafından yapılabilir. Temel kayıt defterine yakınma, allerji, kullandığı ilaçlar, vital bulgular kaydedilir. Verilen karara göre, uygun muayene birimine götürülür veya bekleme salonunda bekletir. Vital bulgularda bir anormallik en çabuk tedavi edilmesi gereken bir durumdur ve bunun için girişimler hemen başlatılır.

Acil serviste çalışan hekimin aklına gelmesi gereken sorular:

1-Hastanın şikayetlerinde hayatı tehdit eden bir durum var mı?

2-Hastayı stabilize etmek için neler yapılmalıdır?

3-Hayati tehlike dışında yüksek morbiditeye sahip en önemli sorunlar nelerdir?

4-Birden fazla aktif patolojik olay var mı?

5-Tanısal / tedavi edici uygulamalar bu hastaya yararlı olabilir mi?

6-Tanı konması mümkün mü veya gerekli mi?

7-Hastaneye yatırmak gerekli mi?

8-Hasta taburcu edilecekse yaşadığı çevre açısından bu karar uygun mu?

9-Hastanın yatırılacağı servisin hekimi ile iletişiminiz tamam mı? Sorumluluğu alıyor mu?

Acil Tıbbın On Emri:

1.Havayolu, solunum, dolaşım sağla.

2.En kötüyü düşün.

3.Stabil olmayan hastaları bakıcısız radyolojiye gönderme.

4.Kimseye güvenme, hiçbir şeye inanma.

5.Her şeyi yaz. Yazılmamışsa yapılmamıştır.

6.Hatalarından ders al.

7.Her hastanın vital bulgularını ölç.

8.Uyarıcı olabilecek bulguları atlama.

9.Kuşkuda kaldığında hastanın lehinde kararlar ver.

10.Hastalara kendi ailene davranacağın gibi davran.

Acil tıp ekip işidir. Acilde çalışanlar ve hastane yönetimi, diğer branş hekimleri, diğer personel buna dahildir.

Dr. Metin TOPAL

Bizi Bizden Başkası Anlayamaz.

Anne baba olma heyecanı dünyada yaşanması gerekli bir duygudur diye düşünüyorum.

Eşinizin ilk müjdeyi verişi, ilk defa baba olacağım heyecanı. Bunu çevrenize anlatmanız, gururlanmanız yakın çevrenizin ve ailenizin geri kalan fertlerinin bu sevinci paylaşması. İlk babalık heyecanı saat saat günlerin sayılması daha doğmamış çocuğunuz için alış veriş yapılması, hoş geldin demek için aceleci bir yarış. Cinsiyetini düşünmek aklınıza bile gelmiyor o an arabalar alınıyor rengarenk, bebekler bebek arabaları ... vs

İlk aylar oldukça yavaş ilerliyor, kontroller tahliller ne yapılması gerekliyse yapılıyor daha anne karnında doğmamış yavruya. İkili taramalar, derken rahat olmak için üçlü taramalar.. hepsini günü gününe yaptırıyoruz. Sağlıklı gelişimi çok güzel, herhangi bir sorun yok denildikçe daha da rahatlıyoruz. Doğum günü geldiğinde ve bebeğimizi kucakladığımızda sevincimiz daha da katlanarak artıyor. İlk gülüşü, ilk emeklemesi, ilk yürümesi, ilk baba demesi, ilk defa annesine koşması, ilk oyuncağı eline aldığında kahkaha atması, resim karelerinde birer birer yerini alıyor. 3,5-4 yaşına geldiğinde yavaş yavaş bir tuhaflık kendini hissettirmeye başlıyor. Konuşan çocuk az konuşmaya başlıyor. Daha fazla ağlamaya başlıyor. İlk günlerde rahatsızlık vardır, başı ağrıyor, karnı ağrıyor diyerek doktora götürüyoruz. Sonraki süreçte öğreniyoruz otizmin belirtilerini ve otistik çocuğu, adına ister şok desinler ister farklı bir şey desinler; o anı ancak yaşayan bilir nasıl bir etki açtığını, olamazların ağzımızdan çıkışını, benim eşime eşimin bana bakışını, nerde yanlış yaptık, ne oldu bizim çocuğumuza gayet iyi başlamıştı oysa diye kendi kendimize konuşmalar, suçlamalar, çözüm üretmeler kendimizce bir şeyler yapmaya çalışmalar.

Çocuğunuz kendinizden bir parçadır, kesemezsiniz ya da atamazsınız, satmaya kalksanız alıcısı olmaz çünkü bir eşya değildir. Kabullenme dedikleri şey herhalde bu olsa gerek gerçeği görmeniz ve bir ümit ışığı aramanız. yatırlar türbeler, ocaklar, hocalar tek tek kapıları çalmanız... Belki ümidini içinizde hiç söndürmemeye çalışmak devamlı o ümit ışığını destekleme ihtiyacı hissetmeniz. Dolayısıyla da binlerce belkilerin arda arda gelmesi her söylenen dağa çıkmanız, her türbede adak adayıp bez bağlamanız bundan olsa gerekli ...

Çocuğunuza tanı konulduktan sonra, aile olarak kabullenme ya da reddetme gibi bir şansı düşünemezsiniz, geceler sizin sırdaşınız olabilir gözyaşlarınızı akıtabileceğiniz. Eşinizden bile saklamak zorundasınız bazı duygularınızı, o da sizden saklar, çünkü destek olmak zorundasınız bir yerde birbirinize.

Arkadaşlarınızın yavaş yavaş geçmiş olsun ziyaretleri başlar. Ama aslında geçen bir şey yoktur ortada bir gerçek var ve o gerçekte o tanı. Aslında aileleri yıkan en büyük etkilerden birisidir o geçmiş olsunlar, şuraya buraya gidin iyi olur demeler. Acıyarak size bakıyor zannedersiniz o bakışları, çok samimi olduğuna inandığınız insanların bile çevrenizden buhar olup uçması o kadar hızlı olur ki anlayamazsınız nedenini ta ki ziyaretlerin kısalmaya başlayıp, çocuğunuzdan dolayı kınanmaya başladığınız zaman kadar. Eşyaların kaldırılıp, oyuncakların saklanmaya başlaması ve çocuğunuzun akranlarıyla oyun oynamaması ya da oynatılmaması. Aslında her şeyi olumlu görmek olumlu yaklaşmaya çalışmak bir yere kadar oluyor. Yavaş yavaş tükendiğinizi hissediyorsunuz belirli bir zaman sonra. İşte o zaman tekrar tekrar soruyorsunuz şu soruyu neden BEN? Bir isyan değil bu, bir serzeniş belki. Toplumda iki üç kat artıyor yükün ister istemez. Hem iş hayatı, hem ev hayatı bütün bunları öyle bir denge üzerinde tutman gereklidir ki çocuğunun yerine de hayatla mücadele edecek gücü kendinde bulabilmelisin.

Ülkemizde bu durumda belki de binlerce aile bulunmaktadır. Duygularını yavaş ya da daha şiddetli yaşayan. Akrabasıyla, arkadaşıyla, toplumla kavgalı olan, kendi hakkını, doğan ya da doğacak çocuğunun hakkını savunan, savunmaya hazır olan.

ÖZEL EĞİTİMDEN AİLELER NELER BEKLİYOR?

Özel gereksinimleri nedeniyle özel eğitim gerektiren bir bireye sahip olan aileler, eğitim sosyal yaşam alanı sınırlılığı, aileye bağımlılık nedeniyle aileye getirdiği sınırlılıklar, yaşam boyu bakım, hassas bir yapıya sahip olmalarından dolayı yoğun hastalık endişesi, ekonomik kaygılar taşımaktadırlar.

Yasalarda özel eğitim: Özel eğitime ihtiyacı olan bireylerin eğitim ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için özel olarak yetiştirilmiş personel, gelişmiş eğitim programları ve yöntemleri, bu bireylerin tüm gelişim alanlarındaki özellikleri ile akademik disiplin alanlarındaki yeterliliklerine dayalı olarak uygun ortamlarda sürdürülen eğitim yaklaşımlarıdır.

Özel eğitim hizmetleri yönetmeliğinde vurgu yapıldığı gibi başlangıç yine eğitime dayanmaktadır. Ancak özel eğitim yönetmeliğinde eğitim bütün olarak ele alınmıştır. Çünkü bu süreçten sadece engelli birey değil, engelli bireyin yanı sıra ailesi, çevresi, eğitim kurumları, eğitimci ve daha birçok kişi, kurum kuruluş etkilenmektedir. Yönetmelik hepsini bütün olarak şemsiyesi altına almaktadır. Eğitim, engellilik tanısının konma süreciyle birlikte başlamalıdır. Bu sebeple, yasalarda belirtilen düzenlemelerin işleyişi kontrol edilerek, aksaklıklar biran önce giderilmeli; eğitim tek düze olmaktan çıkarılarak bireyin tüm gelişim alanlarına yönelik çalışmaların başlatılmasına olanak tanımalıdır. Eğitim bütün olarak ele alınırken,

kazandırılacak becerilerin, kavramların bireysel olarak öğrenciye uyarlanması, genellenmesi ve sürekliliğinin sağlanması için, bilgi akıcılığının kurum, kuruluş ve kişiler arasında engelli bireyin gelişimine yönelik çalışmaların yapılmasını sağlama amacını gütmelidir.

Birçok davranış kalıbı, model alma ve akran taklidi yoluyla öğrenilmektedir. Özel eğitim gerektiren bireyler için düşünülen, Avrupa ülkelerinde 1975-80'lerden bu yana uygulanan "kaynaştırma eğitimi"nin, engelli bireylere sağlayacağı faydalar yadsınamaz bir gerçeklik teşkil ederken; bazı şartları ileri sürülerek bu eğitim hakkı hala bir çok il ve ilçelerde engelli bireylere sağlanamamıştır. Yasa ve yönetmelikte verilen bu haklar kimi kişi, kurum ve kuruluş yöneticileri tarafından dikkate alınmamakta ve ısrarcı bir tutum sergilenilerek görmezden gelinmektedir. Asıl üzücü olan nokta ise bu çocukların haklarını savunması gereken kişi ya da kurumların bütün bunları görmezden gelmesidir. Kısacası, "Kaynaştırma eğitimi, ailenin ekonomik durumu, çocuğun cinsiyeti, kişilerin lütfüne göre değil zorunlu olarak uygulanmalıdır. Bu hakkı engelli bireylere okul müdürleri değil kanun ve yasalar vermektedir".

Eğitime katılımın esas alınarak ailelerin,

- Özel eğitim hakkında bilgilendirilmesi
- Eğitim sürecine aktif katılımların sağlanması,
- Uygulanan yöntem ve teknikler hakkında bilgilendirilmesi,
- Çocuktaki ilerlemeleri görüp, program, yönetmelik ve engelli bireylerin hakları konusunda bilgilendirilmeleri,

Ek olarak;

- Çocuklarının verilen haklardan tam ve eksiksiz olarak yararlanmaları,
- Eğitim ortam uyarlamalarının çocuğun engel türüne göre düzenlenmesi,
- Seçilen eğitim materyallerinin çocuğun gelişimine ve özelliğine uygun olması,
- Eğitimin gerçekten özel eğitim gerektiren birey için yetişmiş ve uzmanlaşmış personel tarafından verilmesi eğitim adına beklentileri karşılamaya yeterli olabilir. Ailelerle belirli aralıklarda değişik yerlerde bölgenin sosyo-ekonomik durumunu da göz önüne alarak seminerler düzenlenmesi, alınan önerilerin hayata geçirilmesi; gelecek için engelli bireylerin bir umudu, ailelerin ise eğitim çarkında görmek istedikleridir diyebiliriz.

Ama burada dile getirilemeyen veya atladığımız birçok eğitim yaklaşımları ve önerileri olacaktır. Çünkü özel eğitim gerektiren engelli bireylerin eğitim şeması çok renklidir ve bazen bu renk şemasını oluşturmak çok uzun yılları alabilmektedir. Ancak bu uzun süreçte hiçbir şey aynı kalmamaktadır. Dün 3,5-4 yaşında olan çocuklar bu gün bakıldığında ergenliğe girmiş birer yetişkin olup çıkmışlardır bile. Ebeveynler yaş olarak geriye giderken, engelli çocuğa sahip ailelerin endişesi daha da artmaktadır. O zaman telaffuz etmek istemedikleri düşünmemeye çalıştıkları ya da sessiz düşündükleri benden sonra çocuğuma ne olacak sorusu daha belirginleşir.

Avrupa'daki engelli bireylerin eğitim şekli incelendiğinde eğitimin içeriği ve zenginliği hemen göze çarpmaktadır. Avrupa'daki duruma bakıldığında ebeveynlerin, "benden sonrası ne olacak?" sorusuna cevabı, "sosyal yaşam evleri" kurularak giderilmiş olup; engelli bireyin yapabileceği alanlarda eğitim verilerek atölyelerinin ve çevresel düzenlemelerinin buradaki engelli bireylere göre düzenlendiği, engellilerin en az sınırlandırıcı ortamda yaşamlarına devam etmeye çalıştıkları görülür.

Ülkemizde de, ailelerin "engelli çocuğum benden sonra ne olacak?" sorusuna cevap olabilecek çalışmaların bir an önce başlatılması gerekmektedir. Ailelerin psikolojik olarak rahatlamalarının sağlanması; sorunların ailelerin omuzlarından alınarak, bu durumun aile ve çocuktaki olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi için ilgili bütün kurum ve kuruluşların birbirleri ile koordineli bir şekilde çalışmalar yapmasının sağlanması bu şekilde olacaktır.

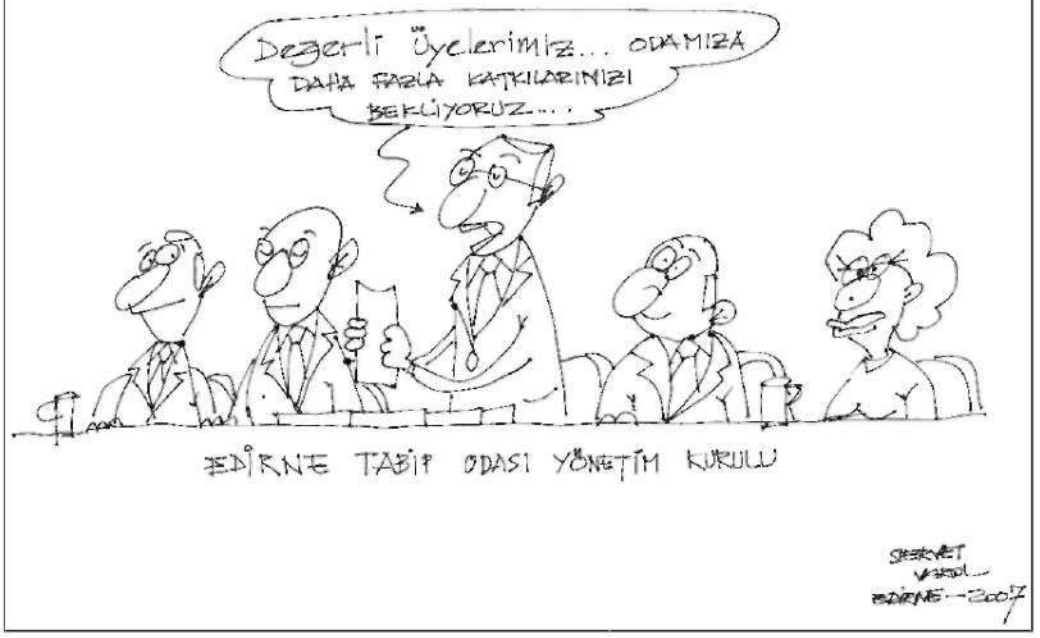
Sosyal yaşam evleri artık engelli çocuklar için zorunlu hale gelmeye başlamıştır. Bu zorunluluk yukarıda saydığımız çalışmalara ek olarak engelli bireylerin de bir anlamda yapabildikleri ölçüde üretime katılmalarını sağlayacak düzenlemeyi de beraberinde getirecektir. Birey için anne baba bağımlığı bir anlamda ortadan kalkacak, ebeveyn açısında ise yaşam alanı sınırlı1ığı bir anlamda olmayacaktır.

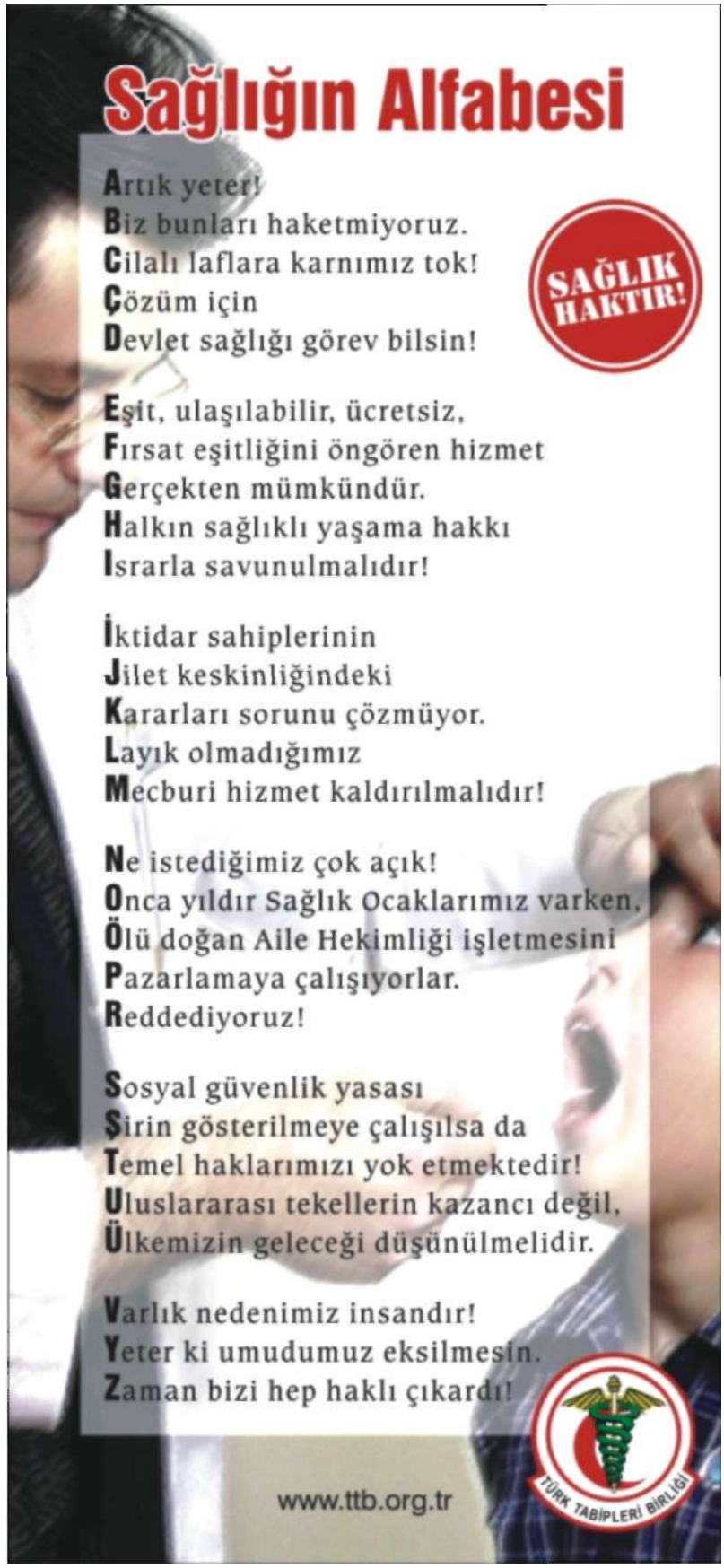
Down Sendromlu çocuğa sahip bir ailenin "biz öldüğümüzde bizim çocuğumuza ne benim ailem, ne de eşimin ailesi bakar. Çocuğumuz ortada kalır. Kimseler bakmaz. Buna bir çözüm bulunması lazım. Ben ölürsem mezara girerim çocuğum sokağa kalır. Bunu düşünmek beni çıldırtıyor. Hayattan hiç zevk almamaya başladım.." demesi bu sorunun önemini vurgulamaktadır.

Bu yazı engelli ailelerinin isteklerini ne kadar ifade eder bilemem. Mutlaka onların düşündükleri çok daha fazla şeyler vardır. Çünkü toplumumuzda çok farklı engel grubu var. Ama temel olarak yasa ve yönetmeliklerde verilenler bu çocuklara tam olarak yansımamaktadır. Yasal hakları bir şekilde uygulamaya sokulmamaktadır. Engellemenin de bir engel olduğunu bilmeyen zihniyetler engelli bireylerin önüne engel çıkarmaya devam etmektedirler.

Etem TUNÇKOL
Edirne E.U.O ve İŞ EĞİTİM MER.

SERVET'İN FIRÇASINDAN...




Sağlığın Alfabesi
Artık yeter!
Biz bunları haketmiyoruz.
Cilalı laflara karnımız tok!
Çözüm için
Devlet sağlığı görev bilsin!
SAĞLIK HAKTIR!
Eşit, ulaşılabilir, ücretsiz,
Fırsat eşitliğini öngören hizmet
Gerçekten mümkündür.
Halkın sağlıklı yaşama hakkı
Israrla savunulmalıdır!
İktidar sahiplerinin
Jilet keskinliğindeki
Kararları sorunu çözmüyor.
Layık olmadığımız
Mecburi hizmet kaldırılmalıdır!
Ne istediğimiz çok açık!
Onca yıldır Sağlık Ocaklarımız varken,
Ölü doğan Aile Hekimliği işletmesini
Pazarlamaya çalışıyorlar.
Reddediyoruz!
Sosyal güvenlik yasası
Şirin gösterilmeye çalışılsa da
Temel haklarımızı yok etmektedir!
Uluslararası tekellerin kazancı değil,
Ülkemizin geleceği düşünülmelidir.
Varlık nedenimiz insandır!
Yeter ki umudumuz eksilmesin.
Zaman bizi hep haklı çıkardı!
www.ttb.org.tr
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

EDİRNE TABİP ODASI

Chamber Of Medicine Of Edirne
www.edirnetabipodasi.org

Sayı : 3227
Konu : 2007 yılı katsayısı hk. (2,60 YTL)

29 / 12 / 2006

EDİRNE TABİP ODASI BÖLGESİNDE **01 OCAK 2007 - 31 ARALIK 2007** TARİHLERİ ARASINDA UYGULANACAK ASGARİ MUAYENE ÜCRETLERİ

1- NORMAL İŞGÜNÜ	BİRİM		KATSAYI		TOPLAM		% 8 KDV		G.TOPLAM
A-) MUAYENEHANEDE									
GÜNDÜZ	25	X	2,60	=	65,00	X	+5,20	=	70,20YTL
GECE	37	X	2,60	=	96,20	X	+7.696	=	103,896YTL
B-) HASTANIN BULUNDUĞU YERDE									
GÜNDÜZ	45	X	2,60	=	117,00	X	+9,36	=	126,36YTL
GECE	65	X	2,60	=	169,00	X	+13,52	=	182,52YTL
2-TATİL GÜNLERİNDE									
A-) MUAYENEHANEDE									
GÜNDÜZ	25	X	2,60	=	65,00	X	+5,20	=	70,20YTL
GECE	37	X	2,60	=	96,20	X	+7.696	=	103,896YTL
B-) HASTANIN BULUNDUĞU YERDE									
GÜNDÜZ	50	X	2,60	=	130,00	X	+10,40	=	140,40YTL
GECE	75	X	2,60	=	195,00	X	+ 15,60	=	210,60YTL
2- KONSÜLTASYON									
A-)NORMAL İŞGÜNÜ									
GÜNDÜZ	45	X	2,60	=	117,00	X	+9,36	=	126,36YTL
GECE	65	X	2,60	=	169,00	X	+ 13,52	=	182,52YTL
B-) TATİL GÜNLERİNDE									
A-) MUAYENEHANEDE									
GÜNDÜZ	50	X	2,60	=	130,00	X	+ 10,40	=	140,40YTL
GECE	75	X	2,60	=	195,00	X	+ 15,60	=	210,60YTL

Not: Konsültasyon hastanın bulunduğu yerde ve hastanın hekiminin lüzum görmesi ile dışarıdan veya aynı sağlık merkezinden başka bir hekim tarafından yapılan muayenedir. Aynı sağlık merkezinden bir hekimin (dışarıdan davet edilmeden yaptığı muayenenin birimi konsültasyon muayenesi olarak yazılamaz. Bu tür muayene için (1) numaralı madde geçerlidir.

1- Gündüz saat 08:00-20:00 arası, Gece saat 20:00-08:00 arası

2- Hastanın bulunduğu yere gidildiğinde taşıt gideri hastaya aittir.

3- Muayene birimlerinde pratisyen- uzman ayrımı gözetilmemektedir.

Edirne Tabip Odası
Yönetim Kurulu Adına
Dr. Gamze VAROL SARAÇOĞLU
Genel Sekreter

Büro: Mithatpaşa Mah.Balıkpazarı Cad. Atlığ İş Merkezi K:INo:31 - EDİRNE Tel: 0284 225 13 77 Faks: 0284 213 66 07

EDİRNE TABİP ODASI

2007 YILI İŞYERİ HEKİMLİĞİ ÜCRET TARİFESİ		KATSAYI
		3,16
İŞÇİ SAYISI	BİRİM	OCAK-ARALIK 2007
50-74	350	1.106.00
75-99	400	1.264.00
100-124	450	1.422.00
125-149	500	1.580.00
150-174	550	1.738.00
175-199	600	1.896.00
200-224	650	2.054.00
225-249	700	2.212.00
250-274	750	2.370.00
275-299	800	2.528.00
300-324	850	2.686.00
325-349	900	2.844.00
350-374	950	3.002.00
375-399	1000	3.160.00
400-424	1050	3.318.00
425-449	1100	3.476.00
450-474	1150	3.634.00
475-499	1200	3.792.00
500-524	1250	3.950.00
525-549	1300	4.108.00
550-574	1350	4.266.00
575-599	1400	4.424.00
600-624	1450	4.582.00
625-649	1500	4.740.00
650-674	1550	4.898.00
675-699	1600	5.056.00
700-724	1650	5.214.00
725-749	1700	5.372.00
750-780	1750	5.530.00
TAM GÜN		5.530.00

50'den az işçi çalıştıran işyerleri için: İşçi başına birim 7'dir.	
İşçi başına ücret:	
Ocak 2007-Aralık 2007:	22,12
Not: Bu ücretler net'tir.	