



İçindekiler



Mersin Tabip Odası
Yayın Organı
(2009/3 Ücretsizdir)

Sahibi
Mersin Tabip Odası Adına
Dr. Aytağ ATICI

Editör
Dr. C. Tayyar ŞAŞMAZ

Yazı İşleri Müdürü
Dr. Alfert SAĞDIÇ

Yayın Kurulu

Dr. Gürsel ERKILIÇ
Dr. Ahmet SARAÇLAR
Dr. Halis DOKGÖZ
Dr. Metin UZABAÇI

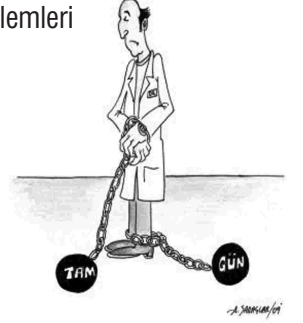
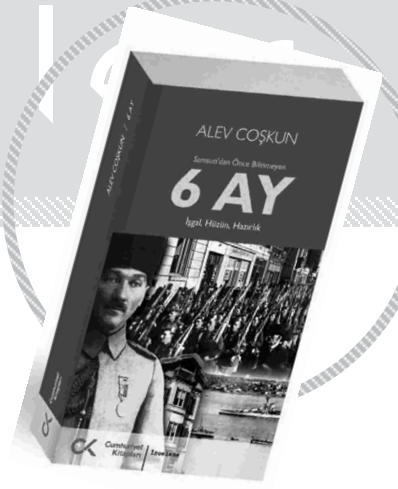
Adres:
Kiremithane Mahallesi
Özgür Çocuk Parkı Bitişiği
M. Arif Yavuz İşh. Kat: 4 33060 MERSİN
Tel: 0.324.238 41 62
Fax: 0.324.237 97 05
e-posta:
mersintabipodasi@mersintabipodasi.org.tr
arter@mersintabipodasi.org.tr

Not: bu dergideki reklam ve ilanlarda
sözü edilen ürün ve hizmetlerin
etkinliği ve niteliği Mersin Tabip Odası
garantisinde değildir. Yazıların
sorumluluğu yazarlarına aittir.

Grafik Tasarım
Hüseyin Akyar

Baskı: **GüvenOfset**
Tel: 0.324.231 14 16
E-mail
guvenofset@superonline.com

- 02 Sayın Meslektaşlarımız
Prof. Dr. Aytağ Atıcı
- 04 Mersin Tabip Odası Faaliyetleri
- 10 6 Kasım Basın Açıklaması
- 12 Mersin Tabip Odası Sağlık Müdürlüğü Ziyaret Notları
- 14 Ne Kadar Ameliyet O Kadar Maaş
Dr. Nedim İnce
- 17 Mersin İlinde Görev Yapan Hekimlerin Sağlık ve Çevre Boyutuyla
Nükleer Enerjiye Bakış Açılarının Değerlendirilmesi
Dr. Ö.Özkan Özdemir - Dr. A. Öner Kurt - Dr. Gülçin Yapıcı
- 18 GİTO Toplantısı (Güney İlleri Bölge Tabip Odaları Toplantısı)
- 20 A(H1n1) Grip Pandemisi
Dr. Tufan Ünal
- 22 Dr. Sabit Kılınç
- 24 1 No'lu Sağlık Ocağı Erdemli/Mersin
Dr. Cengizhan Pektaş
- 26 Sellerde Yaşanan Sağlık Sorunları ve Kontrol Önlemleri
Dr. Eminhan Say
- 28 'Yüzyılın Hakkabazlık Olayı' Tam Gün de
Söylenceler ve Gerçekler
Dr. A. Öner Kurt
- 30 Hekimin Hukuki Sorumluluğunun Tarihi Gelişimi
- 35 Sanatçı Doktorlarımızdan
Dr. Edip Kaymak
- 38 Yaşamın Kesintiye Uğramadığı Bir Kent: Tarsus
Arş. Gör. Erkan Alkaç
- 40 Burası Orası
Dr. Halit Ergönül
- 42 Sağlıkta Dönüşümle Köşe Nasıl Dönülüyor
Uzm. Dr. Gürsel Erkılınç
- 46 Doğal Olan, Zararsız mıdır?
Yrd. Doç. Dr. İsmail Ün
- 48 Samsun'dan Bilinmeyen Son 6 Ay, İşgal Hüzün, Hazırlık





Prof. Dr. Aytuğ Atıcı / Yönetim Kurulu Başkanı



...hepinizi Odamıza katkıda bulunmaya ve "Hekimlerin Bağımsız, Örgütlü ve Güçlü Sesi" olmaya davet ediyoruz

Sevgili Meslektaşlarım,

Mersin Tabip Odası ve Mersin sağlık ortamına hizmete talip olduğumuz günlerde yapılmasını gerekli gördüğümüz işlere dair bir-çok sözler vermiştik. Bugün verdiğimiz sözlerin tamamını gerçekleştirdiğimizi, hatta hedeflerimizi aştığımızı görmekten dolayı büyük bir mutluluk içindeyiz.

Size verdiğimiz sözlerden en çok iki tanesini önemsemiştik:

1. İletişim
2. Örgütlenme

İletişim için tüm yolları kullandık diyebiliriz, bunlar arasında güncellenmiş ağ sayfamız, elektronik iletişim yöntemleri, cep telefonları, yüz yüze görüşmeler, ev ziyaretleri, bilimsel toplantılar, sosyal ve kültürel etkinlikler, eylemler, gazeteler, radyo ve televizyon kanalları sayılabilir. Ayrıca düzenli olarak çıkarmaktan gurur duyduğumuz ARter dergimizin de iletişimde çok önemli bir rolü olduğunu düşünüyoruz.

İletişim kurabildiğimiz tüm meslektaşlarımız meslek örgütümüze katkı sağladı ve Odamız güçlendi. Bize göre örgütlenmenin en güçlü halkası Hekim Meclisi oldu.

Hekim Meclisi Yönetim Kurulumuz tarafından hep "üst kurul" olarak algılandı. Mecliste Mersin'in her köşesinden hekim arkadaşlarımız görev yaptılar, halen de yapmaktalar.

Örgütlenmemizin itici gücü ise komisyonlarımız oldu. Aktif olarak çalışan 15 komisyonumuz ile meslektaşlarımız ilgi alanlarına göre bir araya geldiler gücümüze güç kattılar. Örgütlenmenin zevkini aldıkça daha geniş çaplı örgütlenme girişimlerine başladık. Güney İlleri Tabip Odaları (GİTO) Birlikteliğini yeniden yapılandırarak ilkelerini güncelledik ve bölgesel olarak sesimizi duyurmaya devam ettik. Sağlık alanında çalışan diğer odalarla bir araya gelerek her açıdan sağlığı inceledik ve ses tonumuzu artırdık. Bu alandaki en iyi örnek Tabip Odamızla birlikte, Mersin Dişhekimleri Odası, Mersin Eczacı Odası ve Mersin Veteriner Hekimler Odası'nın kurduğu Mersin Sağlık Platformu (MESAP)'tır. Güçlerimizi birleştirdikçe önemli bir sinerji yakaladığımızı fark ettik ve bundan olabildiğince yararlandık.

Tabip Odası çalışmalarımız sürecinde aslında buranın bir okul olduğunu ve çok şeyler öğrendiğimizi fark ettik. Öğrendikçe paylaştık, paylaştıkça kazandık. Bu süreçte meslektaşlarımızın destekleri ve yapıcı eleştirileri bize hep yol gösterdi. Sizleri yanımızda hissetmek bizi hep güçlü kıldı.

Değerli Meslektaşlarım, meslek örgütleri asli görevleri yanı sıra ülkenin sosyokültürel ve ekonomik yapısının güçlenmesi, huzur ve barış ortamının sağlanması konularında da çalışmalıdır. Bunu sağlayabilmek için öncelikle kendi örgütü içinde barış ve huzuru yaşamalıdır. Mersin Tabip Odası, meslektaşları arasındaki kardeşlik bağlarını güçlendirmiş ve benzer durumun hoşgörüsü çerçevesinde tüm ülkede yapılabileceğini göstermiştir. Farklı inanç, kültür, siyasi görüş ve yaşam tarzını bir zenginlik olarak gören hekimler bir arada ve kol kola mücadele etme geleneğini kazanmışlardır. Henüz göreve gelmeden laik, demokratik ve sosyal bir hukuk devleti modelini savunacağını ve büyük önder Atatürk'ün çizdiği yolda gururla yürümeye

devam edeceğini açıkça ifade eden yönetim kurulumuz hedefinden hiç şaşmadan yoluna devam etmektedir.

Hekimler bugüne kadar hastalarına bireysel olarak şifa verdikleri gibi, toplumun da en aydın kesimini oluşturmuşlardır. Bu günlerde ülkemiz hiç olmadığı kadar baskı altındadır. Birlik ve bütünlüğümüzü bozmaya çalışanlar açıkça güçlerini birleştirmiş, içeriden ve dışarıdan saldırmaya devam etmektedirler. Hepimiz uyanık olmalı ve daha da geç olmadan tehlikenin farkına varmalıyız. Tehlikeyi anlamak için çok uzağa gitmeye gerek yok, Maraş'a, Sivas'a ya da 12 Eylül'e bakmak yeterlidir. Bugün benzer oyunlar benzer kişiler tarafından daha da acımasız bir şekilde sergilenmektedir. Bu oyunlara düşmemek ve onurumuzu korumak zorundayız.

uygulanmaya çalışılan Sağlıkta Dönüşüm/Yıkım Programı emperyalist güçlerin güdümünde adım adım yürütülmektedir. Yetkililer, meslek örgütümüze arkalarını döndükleri yetmemiş gibi kulaklarını da iyice tıkamışlardır. Tüm uyarılarımıza rağmen sağlıkta özelleştirme ve hekimlerin özlük haklarındaki bilinçli yıkım hızla devam ettirilmektedir. Tüm aksaklıklarına ve ülkemiz için uygun bir sistem olmadığının anlaşılmasına rağmen Aile Hekimliği uygulamalarına hala devam edilmekte, yıkımın diğer perdeleri olan Kamu Hastane Birlikleri Yasası ile ikinci basamağın özelleştirilmesi ve sözde Tam Gün Çalışma Yasası ile de tüm sağlık sisteminin özelleştirilmesi planlanmaktadır. Bu da yetmezmiş gibi tıp fakültelerindeki eğitim ortamı onarılmaz bir şekilde yıpratılmaya çalışılmaktadır.

Yetkililerin ülkemizi çok sevdiği iddiası ile sağlık alanında yaptıkları ve yapmaya çalıştıkları arasındaki yaman çelişkiyi görmek çok kolay fakat anlamak çok zordur. Biz hekimler tehlikenin farkındayız ve gücümüzün sonuna kadar mücadele etmeye devam edeceğiz. Uyarılarımızın dinlenmediği durumlarda ise her türlü GÖREV'e hazır olduğumuzu açıkça ifade ediyoruz. İşte örgütlenme ve iletişim bu günlerde bizlere daha çok gerekli olacak.

Geçmiş ile gelecek arasında bir köprü görevi gören ve bunu öğretim üyesinden öğrencisine kadar her kademedeki çalışan hekimlerle birlikte başararak Odamızın, bundan sonraki çalışmalarında desteğinizin artarak devam edeceğine inancı tamdır.

Diğer aktivitelerimizi ARter'in bu sayısında oldukça detaylı bir şekilde bulabilirsiniz. Bütün bu aktivitelerin gerçekleşmesinde emek harcayan meslektaşlarımıza yürekten teşekkür etmek istiyorum. Geçmiş ile gelecek arasında bir köprü görevi gören ve bunu öğretim üyesinden öğrencisine kadar her kademedeki çalışan hekimlerle birlikte başararak Odamızın, bundan sonraki çalışmalarında desteğinizin artarak devam edeceğine inancı tamdır.

Birlikte çalışmak, birlikte üretmek ve başarıyı paylaşmak üzere hepinizi Odamıza katkıda bulunmaya ve "Hekimlerin Bağımsız, Örgütlü ve Güçlü Sesi" olmaya davet ediyoruz.

Sevgi ve saygılarımla...

Mersin Tabip Odası Faaliyetleri



Mersin Tabip Odasının Yönetim kurulu üyeleri, komisyonda çalışan üyeler ve hekim meclisi üyeleri olarak, geçtiğimiz altı ay boyunca, boğucu yaz sıcağına aldırmadan, yıllık izin dönemi demeden, tüm hızımızla çalışmaya ve üretmeye devam ettik. Çünkü Meclis'te, mesleki geleceğimiz açısından büyük sorunlar yaratacak kararların alınma arifesindeydik. Sessiz kalmamak, sanki hekimlerin yararına olacakmış gibi gösterdikleri uygulamaların aslında büyük bir aldatmaca olduğunu meslektaşlarımıza ve halkımıza duyurmak zorundaydık ve bunun için fazla zamanımız yoktu.

29 Mayıs'ta ISO 9001 belgesini alan ilk Tabip Odası olmanın verdiği gururla eylemlilik sürecimizi başlattık.

İlk olarak 8 Haziran'da Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde bir forum düzenledik. **(Resim 1)**

10 Haziran'da Tam Gün Yasa Tasarısı ile ilgili olarak SES ile ortak basın açıklaması yaptık. Aynı günün akşamı Oda Başkanımız Prof. Dr. Aytağ Atıcı ve yönetim kurulu üyelerimizden Yrd. Doç. Dr. Öner Kurt, yerel televizyon kanallarından Kanal 2000'de Tam Gün Yasa Tasarısı ile ilgili halkımıza gerçek bilgileri ulaştırdılar.

24 Haziran'da yine Tam Gün Yasası ile ilgili Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi bahçesinde "Tam Gün Aldatmacası, Hastalarımız Müşteri Değildir, Tam Gün Kölelik İstemiyoruz" başlıklı basın açıklaması yaptık. **(Resim 2)**

07 Temmuz'da bu kez Sağlık Bakanlığı'ndan yapılan asılsız bir beyan nedeniyle "Döner Sermaye Bereketi" şeklinde basına yansıyan haberi kınamak ve gerçekleri halkımızla paylaşmak için Odamızda bir basın açıklaması yaptık. **(Resim 3)**

11 Temmuz'da TTB tarafından düzenlenen Tam Gün Çalıştayına Odamız adına Doç. Dr. Tayyar Şaşmaz ve Yrd. Doç. Dr. Öner Kurt katıldılar.

30 Temmuz'da Tam Gün Yasa Tasarısı ve Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı hakkında meslektaşlarımızı bilgilendirmek için Odamız binasında Yrd. Doç. Dr. Öner Kurt ve Dr. Özkan Özdemir'in hazırladığı sunumlar yapıldı. **(Resim 4)**

01 Eylül'de Güney İlleri Tabip Odaları Birliğinde alınan karar gereği, "Tam Gün Yasa Tasarısı" ile bölgemizde çalışan meslektaşlarımızın görüşlerini almak için düzenlediğimiz mini anket çalışmasını başlatmak ve kamuoyu ile paylaşmak için Odamızda bir basın açıklaması yaptık. İmza kampanyasında başlangıçta hedeflediğimiz % 60 üye katılımını sağlayarak, 863 meslektaşımız

ile temas sağladık. **(Resim 5)**

01 Ekim'de Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası yasaasının yürürlüğü girmesinin birinci yıldönümü nedeniyle yaşadığımız hak kayıplarını protesto etmek için Mersin Emek Ve Demokrasi Platformu ile Birlikte ortak bir basın açıklaması yapıldı.

06 Ekim'de Mersin Sağlık Platformu(MESAP) ve Sağlık Emekçileri Sendikası (SES) ile ortak olarak MÜTF Hastanesi Bahçesi'nde katkı payları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı protesto etmek için bir basın açıklaması yaptık.

Bu eylemlilik sürecinde rutin çalışmalarımız da kesintisiz sürdü;

- 23 adet komisyon toplantısı yapıldı. Hekim meclisimiz periyodik toplantılarını yaptı.
- 16 Mayıs'ta olağan mali genel kurulumuzu yaptık.
- **Eğitim Komisyonu** tarafından, sağlık ocaklarımızda düzenli ve çok başarılı bir şekilde uygulanan eğitim programı çerçevesinde;
- 8 Mayıs'ta, Doç. Dr. Cüneyt Ayrık tarafından, Mut Merkez Sağlık Ocağı ve Devlet Hastanesi Acil Servis'te çalışan hekimlere "Birinci Basamakta Acil Yaklaşımlar" konulu eğitim çalışması, **(Resim 6)**
- 02 Haziran'da, Doç. Dr. Ertan Mert tarafından, Mezitli 2 No'lu Sağlık Ocağı'nda çalışan hekimlere "Anemilerin Ayrıcı Tanısı, Demir Eksikliği Anemisi Tanı ve Tedavisi" konulu eğitim çalışması yapıldı.
- Pratisyen Hekimlik Derneği ile birlikte 2 adet kurs düzenledik. İlki;
- 12 Haziran'da, onsekiz meslektaşımızın katılımı ve sertifika alması ile gerçekleşen "EKG" kursu, Resim 7, diğeri;
- 05 Ekim'de ondokuz hekimin katılımı ve sertifika alımı ile gerçekleşen "Adli Rapor Düzenleme" kursu idi.
- Valilik ile ortaklaşa yürüttüğümüz Gebe Eğitim Merkezi Projesi (GEMEP) ve Otistik Çocukları Koruma ve Eğitim Derneği ile ortaklaşa yürüttüğümüz "Hibe Destekli Engellilerin Sosyal Entegrasyon Projesi" kapsamında çalışmalarımız devam etti.
- MESAP, Nükleer Karşıtı Platform (NKP), İl İnsan Hakları Toplantıları, İl Hıfzıssıhha Kurulu toplantılarına katılım ve katkı sağlandı.
- 06-08 Ağustos'ta Mersin NKP tarafından her yıl

ağustos ayında yapılan nükleer karşıtı etkinliğe, santralin ihale sürecinin yaşandığı bu dönemde daha güçlü destek verdik. **(Resim 8)**

• Oda yönetimine geldiğimizden beri, ilimizde sağlık alanında çalışan gerek sivil gerekse resmi kuruluşlar arasındaki ilişkileri güçlendirmeye özen gösterdik. Bu amaçla 25 Eylül'de ilimizin yeni Sağlık Müdürü'nü ziyaret ederek sağlık ortamı ile ilgili görüşlerimizi paylaştık. **(Resim 9)**

• Mesleğe yıllarını vermiş büyüklerimizi ziyaret ederek hem onları unutmadığımızı göstermek hem de onları dinleyerek, deneyimlerinden yararlanmak için gelenek haline getirdiğimiz ev ziyaretini 08 Mayıs'ta Dr. Sabit Kılıncı'ı ziyaret ederek gerçekleştirdik. **(Resim 10)**

• 19 Mayıs ve 30 Ağustos'ta Cumhuriyet Alanı'nda yerimizi alarak, meslektaşlarımız adına ulusal gururumuzu yaşadık. **(Resim 11)**

• 03 Ekim'de, Hatay'da düzenlenen "2. Kadın Hekimlik Örgüt Okuluna" katılarak tarihsel süreçte hekim ve kadın emeği, tıbbın hiyerarşik yapılanmasında kadın emeğinin tanınması, kadın hekimlerin kendilik algılaması ve ev içi ve kamusal emek içinde kadın hekimlerin durumu gibi konuların tartıştık.

Bu arada birlikte gezmeyi ve eğlenmeyi de ihmal etmedik;

• 28 Mayıs'ta Sağlık Korumuzun müzikli yemeğinde hep birlikte şarkılar söyledik,

• Bayramda GAP turu yaparak birbirinden güzel anıları paylaştık. **(Resim 12-13-4)**

Birlikte daha çok üretmek, dayanışmak ve paylaşmak umuduyla saygı ve sevgilerimizi sunarız...

Mersin Tabip Odası Yönetim Kurulu

Resim 1



Resim 2





Resim
3



Resim
4



Resim
5





Resim
6



Resim
7



Resim
8

Resim
9



Resim
10



Resim
11





Resim
12



Resim
13



Resim
14

6 Kasım Basın Açıklaması:

“Sağlıkta Dönüşüm Programı Bir Ucubeye Dönüştü”
“Maalesef Haklı Çıktık; Hükümet Sağlık Ocağında Bile Halktan Para İstiyor”

Sağlık Bakanlığı'nın “Sağlıkta Dönüşüm” olarak adlandırdığı programın aslında bir özelleştirme hareketi olduğunu ve sağlık hizmetlerinin özelleştirileceğini yüzlerce kez haykırıştık. IMF ve Dünya Bankası tarafından dayatılan bu programın Ülkemiz için uygun olmadığını, çok pahalı bir sistem olduğunu, emperyalist ve ulus ötesi güçlerin sadece kendi çıkarını düşündüğünü, halktan katılım payı alınmazsa sistemin çökeceğini hem halkımıza hem de Hükümete anlatmaya çalışmıştık.

Hükümet ise cebinde nüfus kâğıdı olan herkesin özel hastaneler dâhil olmak üzere istediği her yerden sağlık hizmeti alacağını söyleyerek gözleri boyuyordu. Halkımız da kulağa hoş gelen bu süslü sözlere inanmak istiyordu. Öyle ya, koskoca hükümet, koskoca devlet adamları hiç yalan söyler miydi?

Oyunun birinci bölümü hepimizin hatırlayacağı “birinci basamağın özelleştirilmesi” yani sağlık ocaklarının satılarak “aile hekimliği” uygulamasına geçiş bölümü idi, atılan yanlış adımlar sonucunda bir türlü tüm yurttan istenilen şekilde yaşama geçirilemedi. Sevk zinciri uygulanmadığı için memnun gibi görünen halkımız, bu uygulamanın denendiği yerlerde isyan ederek sevk zinciri uygulamasını geri çekti. Böylece birinci basamak sağlık hizmetleri maalesef tedaviye

yönelik hizmetlere dönüşmüştür.

Tüm halkımıza ücretsiz ve nitelikli sağlık hizmeti vaat eden hükümet daha henüz yasa, pilot halde uygulanırken devlet ve üniversite hastaneleri ile özel hastanelere giden vatandaşlardan katılım payı tahsil etmeye başlamıştı. Hatta o dönemde eczacıları “tahsilât memuru” haline getirip katılım paylarını tahsil ettirmişti. Gösterdiğimiz tepkiler üzerine geri adım atılmış ve katkı payları



hastanelerden tahsil etmeye başlanmıştı. Tanıdığımız ilk günden beri “iki adım ileri-bir adım geri” politikası izleyen hükümetin tekrar ne zaman adım atacağını beklemeye başladık. Sağ olsunlar! Bizi çok bekletmediler. Bu kez intikamları daha acı oldu! Eczacılar yine “tahsilât memuru” yapıldı, üstelik hükümet artık birinci basamağa yani sağlık ocakları ve aile hekimliği merkezlerine başvuran vatandaşların da katılım payı ödemesini zorunlu hale getirdi. Bununla birlikte daha önce aldığı katılım paylarını da %50 oranında artırdı. Bununla

da yetinmeyip Yeşil Kart sahibi yoksul vatandaşların da katkı payı ödemelerini zorunlu hale getiren hükümet gerçek vicdan anlayışlarını açıkça göstermiştir. Ayrıca tam kendilerine yakışır biçimde, bu kez tepki gösterilmesin diye 1 Ekimden itibaren doktor, eczacı ve avukatlara sıkı vergi denetimi yapacağını ilan edecek kadar acizlik örneği sergileyerek bizleri sözüm ona korkutmaya çalışmaktadır. Tüm sağlık çalışanlarının alını açık ve başı diktir! Ne yaparlarsa yapsınlar bizler halkımızın yararına çalışmaya devam edeceğiz ve söylenen yalanları bir bir ortaya dökacağız.



Oyunun ikinci bölümü "Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı" ile sahnelenmektedir. Bu yasa tasarısının ruhu devlet hastanelerinin satılmasıdır. Kâr etmeyen hastanelerin geri plana itilerek kapatılmalarını ya da kâr eden kurumlar haline gelmelerini sağlamaktır. Yani hastayı "müşteri" yerine koyan ve sadece kâr amacı güden hastanelerin yaşayabileceği bir sistem kurulmaktadır.

Oyunun üçüncü perdesi ise "sözde Tam Gün Yasa Tasarısı"dır. Bütün sağlık çalışanlarının uzun yıllardır istediği tam gün çalışma düzeni içi boşaltılarak halkımızın zararına olacak şekilde düzenlenmektedir. Bu uygulamalar, tıp eğitimi telafisi mümkün olmayacak şekilde bozacaktır. Yani bu uygulamalar bugün sizlerin yarın ise torunlarınızın sağlığını tehdit etmektedir.

Tüm bu gerçekler ortadayken, "Sağlıkta Dönüşüm/Yıkım Programı"na inatla devam edilmesini anlamak mümkün değildir. Zararın neresinden dönülse kârdır. ABD ve AB'ye şirin görünmek adına halkın sağlığını tehlikeye atılmasını asla kabul etmeyeceğiz. Beceriksizliklerin ve kuru inadın faturasını halkımız ödemek zorunda değildir ve elbette ki bunun hesabını çok iyi bir şekilde soracaktır.

Bizler, Mersin Tabip Odası, Mersin Dişhekimleri Odası, Mersin Eczacı Odası, Mersin Veteriner Hekimler Odası ve Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) olarak,

1. *Aile Hekimliği uygulamalarının derhal iptal edilmesini istiyoruz*

2. *Katılım payı" adı altında yapılan soygunun derhal durdurulmasını istiyoruz*

3. *Kamu Hastane Birlikleri yarası daha büyük felakete yol açacağından, henüz tasarı halindeyken geri çekilmesini istiyoruz*

4. *Tam Gün Çalışma Yasa tasarısının halkımızın ve sağlık çalışanlarının yararına olacak şekilde yeniden düzenlenmesini istiyoruz*

KISACA

5. *Sağlıkta dönüşüm/Yıkım programının derhal sonlandırılmasını istiyoruz*

6. *Tüm bu isteklerimizin halkımız, sağlık çalışanları ve Ülkemiz için yararlı olacak şekilde düzenlenmesi için yeterli bir birikime sahip olduğumuzu hükümet yetkililerine hatırlatıyor ve yetkilileri sağlığın gerçek sahibi olan bizlerle işbirliği yapmaya davet ediyoruz.*

7. *Son olarak da tüm bu yanlış uygulamalardan dolayı hükümetin halkımıza büyük bir "ÖZÜR" borcu olduğunu hatırlatıyoruz.*

Taleplerimizin en kısa sürede karşılanmaması halinde önce uyarı, daha sonra da uzun süreli eylemlere başlayacağımızı **Kamuoyuna saygılarımızla duyuruyoruz.**

Mersin Tabip Odası, Mersin Dişhekimleri Odası, Mersin Eczacı Odası, Mersin Veteriner Hekimler Odası ve Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) adına,

Prof. Dr. Aytuğ Atıcı

Mersin Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı

Katılım ve katkılarından dolayı Devrimci Sağlık İş Sendikasına ve Mersin Üniversitesi Öğretim Elemanları Konseyine yürekten teşekkür ediyoruz.

Mersin Tabip Odası

Sağlık Müdürlüğü Ziyaret Notları

Mersin İl Sağlık Müdürü Dr. Çağlar Çatak Mersin Tabip Odası yönetimi ve komisyon üyeleri tarafından 25 Eylül 2009 tarihinde ziyaret edildi. Ziyarete; sağlıkta dönüşüm programı, Mersin'in pilot aile hekimliği modeline geçme süreci, performansa dayalı ödeme sistemi, H1N1 grip pandemisine karşı il düzeyinde yapılan hazırlıklar, Tabip Odası tarafından hekimlere yapılan eğitimler, Mersin'de tüberküloz hasta yatağı, şehir içi ve şehirler arası ulaşım araçlarında çalışan kişilerin tüberküloz portör muayene konuları gündeme geldi.

Ziyarete Mersin Tabip Odasından; Prof.Dr. Aytuğ Atıcı (Başkan), Yrd.Doç.Dr. A.Öner Kurt (YK Üyesi), Dr. Yeşim Aysin Yılmaz (YK Üyesi), Dr. Bilge Nomer (YK Üyesi), Doç.Dr. Tayyar Şaşmaz (Halk Sağlığı Kom. Bşk.), Dr. Burhan Söker (Sağlıkta Dönüşüm Programı İzleme Kom. Bşk.), Dr. Alfert Sağdıç (Pratisyen Hekim Kom. Bşk.) katıldı.

Sağlıkta dönüşüm ve pilot aile hekimliği üzerine:

Tabip odası yönetimi;

- Mersin Tabip Odası olarak göreve geldikleri günden beri Sağlık müdürlüğü ile karşılıklı iyi ilişkiler kurduklarını ve bunu sürdürmek istediklerini,
- Farklı birim ve kurumlarda çalışmasına karşın, toplumun sağlık düzeyi ve sağlık çalışanlarının özlük haklarını iyileştirmenin ortak amaçları olduğunu,
- Son yıllarda ülkemizde sağlıkta dönüşüm süreci ve sağlık ocaklarının yerine pilot aile hekimliği uygulanmasına ilkesel olarak karşı olduklarını,
- Halihazırda birinci basamak sağlık hizmetleri için yıllardır var olan sağlık ocaklarının geliştirilmesinin sağlık sorununun çözümünde esas nokta olduğunu,
- Hekimlere performansa dayalı ödeme yapılmasına prensip olarak karşı olmadıklarını ancak, toplam ücret içinde %80'ne varan oranda performansa dayalı ücret verilmesi hem sağlık hizmetlerini hem de sağlık eğitimini olumsuz

yönde etkilediğini, bunun yerine emekliliğe yansıtacak kabul edilebilir düzeyde bir maaş ve maaşın en fazla %20-30'u kadar performans ödenmesinin daha doğru olacağını,

- Yıllık izinlerde performans ödemelerinin kesilmesinin hekimleri izin kullanmadan sürekli çalışmaya zorladığını ifade ettiler.

Sağlık Müdürü Dr Çağlar Çatak;

- Toplum sağlığı merkezlerinin (TSM) iyi organize edilmesi ve çalıştırılması şartıyla aile hekimliğinin temel sağlık hizmetlerine olumlu katkı sağlayacağını,

- Pilot aile hekimliği sürecinin Adana'da başarıyla uygulandığını,

- Adana'da aile hekimleri dolgun ücret alırken Mersin'de aile hekimliğine geçilmemesinin hekimler arasında adaletsizliğe neden olduğunu,

- Mersin'de bütün hazırlıkların tamamlandığını, bakanlık onay verirse 480 civarında aile hekimliği pozisyonuna yerleştirmenin yapılacağını ve her ilçeye bir (Merkez Akdeniz ilçesine iki) toplum sağlığı merkezinin kurulacağını,

- Bakanlığın taslak programında 5 Mayıs 2010'da Mersin'in de pilot aile hekimliğine geçeceğini yer aldığı,

- Geçiş sürecinde 112 ve acillerde boşluk olmaması için gerekli çalışmalar yapıldığını,

- Aile hekimlerine cari giderler için verilecek paranın peşin verilmesinin doğru olmadığını, bu paranın sonradan fatura karşılığı verilmesinin ve ödenen miktarın azalmasının hekimler arasında sıkıntı yaratacağını,

- Performansa dayalı ödeme sisteminde sorunlar yaşanmasına karşın bunun çalışanla çalışmayı ayırmak için bir yöntem olduğunu, bu ödeme sistemini daha iyi hale getirilebilmek için hekimlerden ve tabip odasından gelecek önerilere açık olduklarını,

- Yıllık izinlerde performansın kesilmemesi için çalışmaların sürdürüldüğünü ve,

- Sağlık ocaklarının onarımı için yoğun çaba

harcadıklarını ve bu onarımları yapmak için döner sermaye kaynaklarını kullandıklarını ifade etti.

Pandemik H1N1 gribi üzerine:

Tabip odası tarafından, dünyada H1N1 grip pandemisine karşı hazırlıkların tüm hızıyla sürdüğü, bu konuda Mersin’de yapılan hazırlıkların ne aşamada olduğunun merak edildiği ve tabip odası olarak her türlü katkıya hazır olduğu ifade edildi.

Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü Dr Necmettin Yazıcıoğlu;

- Mersin’de H1N1 grip pandemisine karşı grip pandemi eylem planının hazırlandığını, yeni bilgilere göre bu planın sürekli güncellendiğini,

- Hazırlıkların pandemi şiddetinin değişik düzeylerine göre yapıldığını, buna göre olası vaka, hastane

başvurusu, yoğun bakım isteği gibi sağlık hizmet ihtiyacının il ve ilçe düzeyinde hesaplandığını,

- Olası salgın için gereken bütün teknik malzemenin hazır olduğunu,

- Hazırlıkların ilgili kurum ve kuruluşlarla beraber yürütüldüğünü,

- Üniversiteden öğretim üyelerinin de içinde bulunduğu pandemi izleme komitesinin çalışmalarını sürdürdüğünü,

- Bu güne kadar Mersin’de hafif seyirli dört tane doğrulanan H1N1 grip vakasının olduğunu ve hepsinin iyileştiğini,

- Bu süreçte hazırlıklarını tabip odası ile paylaşabileceklerini ve üzerinde beraber çalışabileceklerini ifade etti.

Mersin’de tüberküloz hasta yatağı ve ulaşım araçlarında çalışanların portör muayenesi üzerine:

Tabip odası tarafından Mersin’de halihazırda yatırılması gereken tüberkülozlu hastaları yatırmak için hastanelerde yatak ayrılmadığını, bu durumda olan hastaları yatırabilmek için diğer illere gönderilmesinde sorunlar yaşandığı, bakkalda çalışan bir işçinin bile tüberküloz portör

muayeneleri yapılırken on binlerce yolcuyu taşıyan şoför ve hosteslere portör muayenesinin yapılmamasının tüberküloz için ciddi bir sorun oluşturduğu ifade edildi.

Sağlık müdürlüğü yetkilileri tarafından;

- Mersin’de hastanelerde kısa sürede tüberkülozlu hastaları yatırmak için çalışmaların başlayacağını,

- Mersin Tabip odası tarafından il hızısihha kuruluna “Şehirlerarası ve şehir için ulaşım araçlarında çalışan şoför ve hosteslerin tüberküloz yönünden portör muayenelerinin yapılması” önerisinin Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bildirildiği,

- Genel müdürlük tarafından bu önerinin Türkiye genelinde yapılması için çalışmaların sürdürüldüğü ifade edildi.



Tabip odası tarafından değişik konularda hekimlere yapılan eğitimlerde izinli sayılmaması, haberlerinin olmaması, uzun süreli eğitimlerde katılan hekimlerin ek ödemelerin kesilmesinin eğitimleri olumsuz yönde etkilediğinin belirtilmesi üzerine, sağlık müdürlüğünün bundan sonraki süreçte hekimlerin tabip odası eğitimlerine katılması için duyuru ve izin konularında azami derecede yardımcı olacağı belirtildi.

Özellikle 112 istasyonlarında eğitim alan personelin sık sık yer değiştirmesinin hizmeti olumsuz etkilediği ifade edildi. Dr Çağlar Atak, 112 ve acillerde eğitim almış personelin sık sık yer değiştirmemesi konusuna katıldığını, değişiklik olduğunda hemen yerine bu eğitimi almış kişilerin getirilmesi için çaba harcadığını ifade etti.

Ziyaret, Mersin Tabip Odası ve İl Sağlık Müdürlüğü arasında bu güne kadar devam eden karşılıklı iyi ilişki ve çalışmaların bundan sonra da artarak devam etmesi dileğiyle sona erdi.

Ne Kadar Ameliyat O Kadar Maaş

Dr. Nedim İnce

Mersin Toros Devlet Hastanesi, Üroloji Uzmanı



Ondokuz Temmuz tarihli Hürriyet Gazetesi'nde bir haber: "Ne Kadar Ameliyat O Kadar Maaş"

Haber özel tıp merkezi sahibinin doktorlarına yazdığı yazıyı konu ediyor ve şöyle başlıyor:

"İzmir'de Özel İlgü Tıp Merkezi sahibi Levent Dramalı, doktorlarına bir yazı göndererek, son aylarda cerrahi operasyonlardaki azalmanın doktor maaşlarını etkileyeceğini bildirdi. Dramalı şöyle dedi: "Cerrahi branş hekimlerimizin müdahale sayılarında bir düşüş gözlenmektedir. Bu konuda ilgili hekimlerin performansları dikkate alınarak, fix ücretlerinde düzenlemeler yapılacaktır."

Haberin devamından yazıdaki uyarının ameliyat sayısının artırılması ile sınırlı kalmadığını öğreniyoruz:



"Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) hastalarının randevulu olması halinde bile bekletilerek özel sigortalı hastalara öncelik verilmesi" isteniyor ve ekleniyor "özellikle özel sigortalı hastaların

merkezimizden çok az tetkik ve tahlil istenerek çoğunlukla düz muayene ile çıktıkları izlenmektedir. SGK hastalarına devletin yapmış olduğu ödemelerle bir sağlık kuruluşunun ayakta kalabilmesi olanaksızdır"

Yazı ile ilgili görüşü alınan Levent Dramalı olayı savunuyor:

"Burada hekimlere 'Fazla tetkik yapın, daha fazla ameliyat yapın' demiyoruz. Ameliyat yapan hekimle yapmayan hekimi birbirinden ayırıyoruz. **Devlette bile performansa göre ücret veriliyor.** Bir hekim gereken her türlü cerrahi müdahaleden kaçmazken, diğer hekim bundan imtina ediyor ve hastayı başka kuruma yönlendiriyor. Bu hastanede yapılacak ameliyatı yapmıyor. İki hekimin aynı parayı alması haksızlıktır."

Sağlık hizmetinden para kazanmak amacıyla özel sağlık kuruluşu açmış olan Levent Dramalı'nın yazısındaki ve bunu savunmasındaki mantık tutarlıdır. Kar etmek için yatırım yapmıştır ve karını gerçekleştirmek, arttırmak istediğinde ve de bunun gereğini yapmak ereğindedir.

Sağlıkta dönüşüm programının sağlık hizmetlerinin ticarete dönüşümü olduğu yazılmakta ve TTB bu yöndeki görüşünü ısrarla savunmaktadır. Nitekim bu haber üzerine görüşü sorulan Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı Prof. Dr. Gencay Gürsoy, "Hekimlere fazla ameliyat yapılmasının telkin edilmesi, sağlığın

metalaştığını gösteren tipik bir örnektir" yorumunu yapmaktadır.

Daha fazla gelir için daha fazla cerrahi girişim isteği, gelir azalırsa ücret azalır tehdidi, daha fazla

para kazandıracak hastaya öncelik verilmesi talimatı üst üste konulunca Prof. Dr. Gencay Gürsoy'un yorumuna maddi dayanaklar ortaya çıkmış bulunuyor.

Bu haber de gösteriyor ki ticarileşen sağlık hizmetlerinde büyük ölçüde ticari kurallar geçerli oluyor.

Ne Kadar Puan O Kadar Maaş

Kamu sağlık kuruluşlarında da aslında durum pek farklı değil. Hekimlerin maaşları 1.300- 1.600 lira civarında değişirken, ellerine geçen ücretin büyük bir kısmını performans sistemi ile döner sermayeden ödenen paralardan oluşmaktadır.

Sağlık Bakanlığının kuruluşlarında uyguladığı performans sistemi karmaşık bir takım hesaplamalara dayansa da sonuçta hekimler bu sisteme göre ürettiği hizmetler karşılığı topladığı puanlara göre döner sermayeden pay almaktadır.

Sağlık hizmetleri puanlanmakta ve en çok puan toplayan hekim döner sermayeden en çok payı almaktadır.

1.300- 1.600 lira civarından maaşı olan hekimlerin o ay eline geçen toplam parayı performans sisteminde topladığı puanlar belirlemektedir.

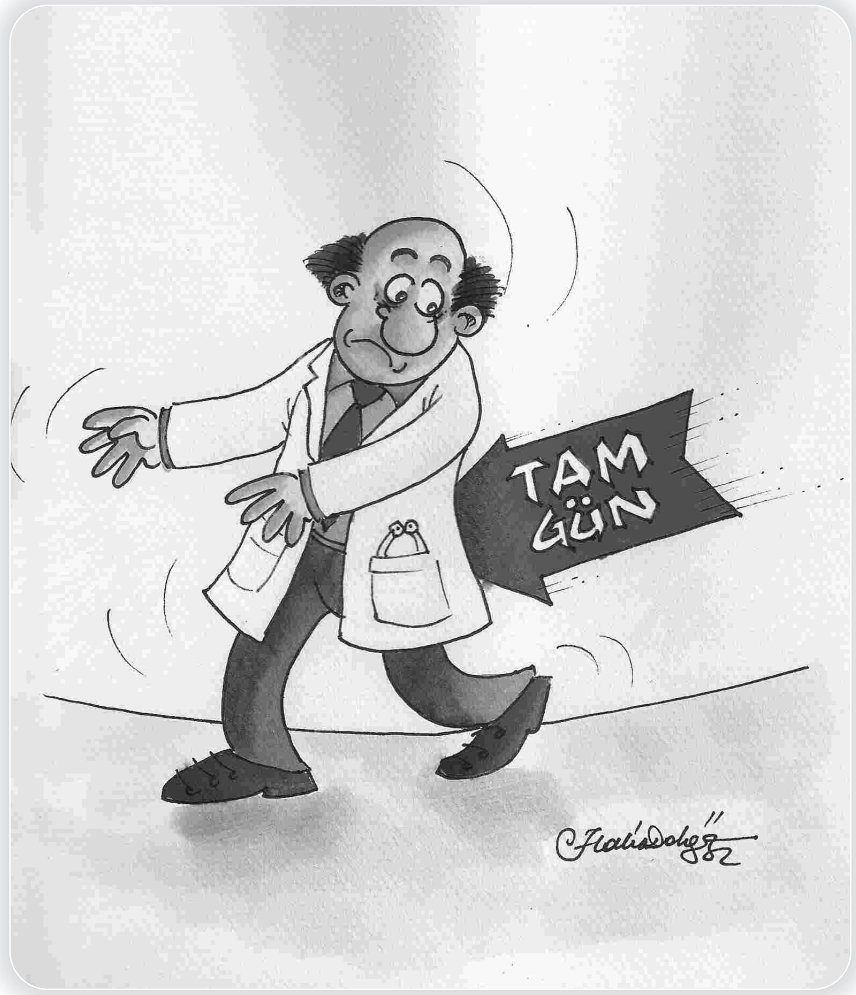
Kazanılan aylık gelirin asıl kısmını puanlar karşılığı alınan döner sermaye ödemesi oluşturduğundan; bu sistemde puan toplamak önem kazanmaktadır. Bunun sonucu hekim ürettiği hizmet yanında ve en az onun kadar bu hizmeti verirken ondan aldığı puana da odaklanmaktadır.

Bu odaklanma ister istemez hasta ile hekim

arasında dolaylı bir parasal ilişkinin doğmasına neden olmaktadır: Ne kadar puan o kadar döner sermayeden alınan para...

Performans sistemi üretilen sağlık hizmetinin kazandırdığı puana odaklanmaya neden olur ve hasta-hekim arasında dolaylı bir parasal ilişkiye yol açarken başka sorunlara da davetiye çıkarabilmektedir.

Sağlık hizmeti buzdolabı satmak, daha fazla kumaş üretmek, daha fazla yolcu taşımak vb gibi tanımlanmış ve ölçülebilir hizmetler değildir. Bu özellik sağlık hizmetlerini puanladırırken, üzerinde



tam bir anlaşma sağlanacak sonucun doğmasını engellemektedir.

Performans sisteminde hekimler döner sermayeden topladıkları puan oranında pay alırken, sağlık ekibinin diğer üyelerine ödenen paylar sürekli tartışma konusu yaratabilmekte ve



hekim ile sağlık ekibinin diğer üyeleri arasında gerilimlere yol açabilmektedir. Bu da ister istemez sağlık hizmetinin üretilmesini etkileyebilmektedir.

Verilen sağlık hizmetleri aynı zamanda puan ve de puan karşılığı para demek olduğundan, niteliğinden çok niceliği ön plana çıkmaktadır: Ne kadar çok sağlık hizmeti o kadar çok puan ve de para...

Hekimlerin topladıkları puan sadece kendilerine bağlı değildir. Çalıştıkları kurumun ürettiği sağlık hizmeti, uzmanlık alanları arasında farklılaşan sağlık hizmetleri, hekimler arasında farklılaşan tedavi tercihleri, sağlık kuruluşundaki hekim sayısı, aynı uzmanlık dalındaki hekim sayısı vb... Birçok etken hekimlerin performans sisteminde topladıkları puanı ve dolayısıyla aldıkları ücreti etkilemektedir.

Hekimler arasında kendi kontrolleri dışındaki koşullardan dolayı aylık gelirlerinde çok büyük farklılıklar oluşmaktadır: Aynı sağlık kuruluşunda çalışan hekimler arasında olduğu gibi bu farklar, aynı sağlık kuruluşunda ve aynı uzmanlık dalında çalışanlar arasında da görülebilmektedir.

Mesleğini yaşama geçirirken gerek meslek gurubu içinde gerekse aynı sağlık kuruluşundaki çalışma arkadaşları arasında yaşanan çok farklı aylık gelirler ister istemez mutsuzluklara yol açmaktadır. Mutsuz hekimin işine ne kadar yoğunlaşacağını da kestirmek güçleşmektedir.

Hekimlerin aldıkları aylık gelir sadece meslektaşları

arasında farklılık göstermemektedir, aynı zamanda aydan aya kendi gelirinde de ciddi farklılıklar olabilmekte ve bu da gelirden belirsizliğe yol açmaktadır.

Hekimler arasında kendi kontrolleri dışındaki koşullardan dolayı aylık gelirlerinde çok büyük farklılıklar oluşmaktadır: Aynı sağlık kuruluşunda çalışan hekimler arasında olduğu gibi bu farklar, aynı sağlık kuruluşunda ve aynı uzmanlık dalında çalışanlar arasında da görülebilmektedir.

Aynı sağlık kuruluşunda çalışan hekimler arasında olduğu gibi bu farklar, aynı sağlık kuruluşunda ve aynı uzmanlık dalında çalışanlar arasında da görülebilmektedir.

uygulanmakta ve olumlu sonuçlar alınmaktadır.

Performans sisteminin sağlık hizmetlerinde de aynı olumlu sonucu vereceği varsayımıyla yola çıkıldığını düşünebiliriz. Ama görünen o ki gerek sağlık hizmetlerinin özel yapısı, gerekse uygulanan performans sisteminin teknik özellikleri nedeniyle sağlıkta performans sisteminden arzulandığı kadar iyi sonuç alınmamaktadır.

Belirsizliğin bulunduğu her ortamda ise gerginliğin yaşandığını, bunun da hata olasılığını arttırdığını genel psikoloji bilgilerimizden biliyoruz.

İnsanların emekleri karşılığında edindikleri gelir ciddi bir isteklendirme kaynağıdır. Bu temel gerçekten yola çıkan performans sistemleri hizmet sektörlerinin birçoğunda

Sayın Hekimlerimiz,

Güçlü hekimlik için güçlü tabip odası gerekir. Mesleğimiz ve kendi geleceğimiz için tabip odamıza sahip çıkalım. Odamıza üye olalım, iletişim kuralım.

Bunları biliyor musunuz?

İşiniz olduğunda veya boş zamanlarınızda da uğrayabileceğiniz adres.

Kiremithane Mah. 4406 Sk. Mustafa Arif Yavuz İşhanı Kat: 4 No: 10

İnternete bağlandığında en az haftada bir kez ziyaret edeceğiniz adres

<http://www.mersintabipodasi.org.tr>

Mail arkadaşım yok kime mail atayım dediğinizde, dertlerinizi paylaşacağınız adres

mersintabipodasi@mersintabipodasi.org.tr

Tabip odasıyla paylaşacaklarım var ama gidecek zamanım yok dediğinizde ki adres

0 324 2384162

Oda aidatımı ödemek istiyorum ama odaya gidemem dediğinizde ki adres

İş Bankası:6600-15758 • Ziraat Bankası: 20735114328-5001

Mersin İlinde Görev Yapan Hekimlerin Sağlık ve Çevre Boyutuyla Nükleer Enerjiye Bakış Açılarının Değerlendirilmesi

Dr. Ö. Özkan Özdemir / Mersin Tabip Odası Hekim Meclisi Üyesi
Dr. A. Öner Kurt / Mersin Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi
Dr. Gülçin Yapıcı / Mersin Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu Üyesi

Genelde enerji, özelde nükleer enerji konusu sadece sanayi sektörünü ilgilendiren teknik bir konu değil tarım, orman, turizm, sağlık gibi tüm sektörlerin de içinde olduğu disiplinler arası bir yerdedir. Enerji konusu, çevre sağlığının önemli konularından birisidir. Bu nedenle hekimler nükleer santral girişiminin her aşamasında teknik düzeyde yer almalıdır. Nükleer enerji konusu hekimlerin büyük çoğunluğunca az bilinmekte ve bu konuda hekimlerin katılımı ile yapılan araştırma bulunmamaktadır.

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma Mersin İli'nde hekimler arasında yürütülmüştür. Araştırmanın yapılmasına Mersin Tabip Odası Hekim Meclisi'nde görüşülerek karar verilmiş, veriler Nisan-Mayıs 2009 aylarında hekim meclisi üyeleri aracılığıyla hekimlerin veri formlarını kendilerinin doldurmasıyla toplanmıştır.

Mersin İlinde görev yapan 1875 hekimden EPI Info Version 3.5.1 programı kullanılarak en geniş örneklem olarak 536'sının çalışmaya alınmasına karar verilmiştir. Çalışmaya alınacak hekimler; yerleşim yeri, kurum, unvan ve cinsiyete göre değerlendirilerek tabakalı, sistematik örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Araştırmada 505 hekime ulaşılmış, veri eksikliği nedeniyle iki anket iptal edilerek 503 (%93.8) hekimin verisi değerlendirilmiştir. Verilerin özetlenmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Araştırmamıza, Mersin'de çalışan %68.0'i erkek, %32.0'i kadın toplam 503 hekim katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 41.4±8.8 (dağılım aralığı 23-80) yıldı. Bu hekimlerin %45.1'i pratisyen hekim, %35.8'i uzman hekim, %8.2'si öğretim üyesi ve %10.9'u araştırma görevlisiydi.

Hekimlerin %81.1'inin Türkiye'nin ilk nükleer santralinin Mersin İl sınırları içerisinde yapılacağını bildiği saptandı. Hekimlerin %28.8'inin ülkemizde nükleer santrallerin kurulmasına olumlu yaklaşmasına rağmen, ancak %12.1'inin Akkuyu'da kurulmasını kabul ettiği belirlendi.

Hekimlerin % 91.1'i Çernobil nükleer santral kazasından sonra Türkiye'de özellikle çay ve fındıkta radyoaktif bulaşmanın olduğunu, %91.5'i Çernobil nükleer santral kazasından sonra özellikle Karadeniz bölgesinde kanser vakalarında artış



Mersin Akkuyu Nükleer Karşıtı Etkinlik 9 Ağustos 2009

olduğunu düşündüğünü belirtti. "Nükleer santraller kaza dışında, normal çalışmaları sırasında da çevreye radyoaktif maddeler çıkarır mı?" sorusunu yanıtlayan 437 hekimin %55.6'sı radyoaktif yayılımın olabileceğini belirtti. Hekimlerin %60.4'ünün nükleer santraller yoluyla enerji elde edilmesini hekimlik mesleğinin konusu olarak gördükleri ve %71.8'inin de Mersin Tabip Odasının "nükleer karşıtı platformlar" içinde yer almasını onayladığı saptandı.

Hekimlerin, Türkiye'de ilk nükleer santralin hangi il sınırları içerisinde yapılacağı sorusuna büyük oranda Mersin doğru yanıtını vererek bölgelerindeki Akkuyu nükleer santralinden haberdar oldukları ve yakından ilgilendikleri görülmektedir. Hekimlerin yaklaşık üçte biri ülkede nükleer santral kurulmasını isterken sadece dokuzda birinin kendi bölgeleri olan Akkuyu'da nükleer santral kurulmasını onaylaması nükleer santralin çevre ve sağlık riskinden kaygı duyduklarını düşündürmektedir.

Hekimlerin Çernobil kazası sonrasında çay ve fındıkta radyoaktif bulaşın olduğunu ve Karadeniz bölgesinde kanser vakalarının arttığını belirtmeleri nükleer santrale ilişkin kaygılarının bir göstergesi ve bu kaygıların nedeni olabilir.

Sonuçta, hekimler nükleer santrallerin çevre ve sağlık etkileri konusunda duyarlılık hissetmelerine ve çeşitli kaygılar taşımalarına rağmen nükleer santrallerin kaza haricinde çevreye radyoaktif olumsuz etkileri olabileceği konusunda daha az kaygılanmaktadır. Hekimlerin nükleer karşıtı mücadelede meslek örgütleri olan Mersin Tabip Odasına güvendiklerini de söyleyebiliriz.

GİTO Toplantısı (Güney İlleri Bölge Tabip Odaları Toplantısı)

GİTO Toplantısı Adana, Adıyaman, Gaziantep – Kilis, Hatay, Mersin Tabip Odalarının başkan ve temsilcilerinin katılımı ile 17 Ekim Cumartesi günü Mersin Tabip Odasında yapıldı.

GİTO'nun dönem sekretaryasını yürüten Gaziantep-Kilis Tabip Odası'nın Başkanı Dr. Fethi Albayram'ın başkanlığını yaptığı toplantıya TTB Genel Sekreteri Dr. Eriş Bilaloğlu ve çok sayıda hekimin katılımı ile yapıldı.

Toplantı, Mersin Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Aytuğ Atıcı'nın ortak basın açıklamasını okuması ile başladı. Daha sonra gündeme geçildi:

1. Bölgemizde kurulacak termik santraller ve siyanürle altın arama ile ilgili olarak; Adana Tabip Odası tarafından, Seyhan havzasına kurulacak 15 adet termik santralde bir yılda 25 milyon ton ithal kömür yakılacağı ve bunun da bölgede önemli iklim değişikliklerine yol açacağı vurgulandı. İskenderun Körfezi'nde açılacak olan santraller için Türkiye'de bir ilk gerçekleştirilerek direk Danıştay'a lisans iptali davası açıldığı, ayrıca borç veren konumdaki Dünya Bankası ile görüşüldüğü olayın ciddiyeti anlatıldığı bildirildi. Mersin Tabip Odası da, Akkuyu'da yapılacak nükleer santral dolayısı ile benzer sorunları yaşadıklarını ve olaya bütün olarak bakılması gerektiğini belirtti.

Adana Ulukışla'da siyanür ile altın çıkarmak için çalışmaların bulunduğu, bunun bölgenin en önemli içme suyu havzasını kirleteceği ve büyük sağlık sorunlarına yol açma riski nedeniyle Adana Tabip Odası'nın buna karşı çalışmalarının olduğu bildirildi.

GİTO olarak genel merkeze bu konularda müdahil olma kolaylığı ve akademik birikim oluşturulmak üzere çalışma kolu kurulması önerisi yapmaya, ayrıca açılmış olan davada ÇETKO'ya destek vermeye, yapılan çalışmaların bültenlerimizde yayınlanmasına, hekim camiasının çevre konusunda duyarlılığının artırılmasına karar verildi.

2. Kızamıkçık ve Domuz Gribi aşısı ile ilgili olarak; Sağlık Bakanlığı tarafından 33 ilde, 18 -35 yaş

arası kadınlara uygulanan kızamıkçık aşısının son kullanım tarihinin 31 Ağustos 2009 olması üzerine; aşılardan stoklarda olan aşılardan mı yoksa satın alınarak mı yapıldığı; neden böyle bir aşılamaya gerek duyulduğu ve de hangi bilimsel verilerle bu 33

GİTO'nun dönem sekretaryasını yürüten Gaziantep-Kilis Tabip Odası'nın Başkanı Dr. Fethi Albayram'ın başkanlığını yaptığı toplantıya TTB Genel Sekreteri Dr. Eriş Bilaloğlu ve çok sayıda hekimin katılımı ile yapıldı.



ilin seçildiği, aşı olan ve gebe olduğu bilinmeyen ve aşı olduktan sonra güvenlik aralığı olmadan gebe kalan kadınların durumu tartışıldı. Sonuç olarak bu aşılamanın anlamsızlığı, aşılama yapılan illerden gelen verilerden birçok kişinin bundan olumsuz etkilendiğinin anlaşılmasıyla bu durumun illerde teşhir edilmesine, bilimsel veriler ışığında aşılama yapılmış gebe kadınların kısa zamanda gebe kalanların sıkı takibine, kürtaaj önerilmemesine karar verildi.

Domuz gribi aşısının FDA onaylı olduğu, bilimsel otoriteler ve DSÖ tarafından yapılan açıklamalara göre yan etkilerinin sınırlı olduğu; ancak çok büyük kitlelere aşılama yapılacağından yan etkilerinin de daha fazla görülebileceği belirtildi. Önümüzdeki aylarda virusun tip değiştirerek daha tehlikeli bir hale dönüşme riski nedeniyle, aşının risk gruplarına önerilmesine ve bölgemizdeki okullarda tuvaletlerin hijyen koşullarının iyileştirilmesine dikkat çekilmesinin gerekliliği vurgulandı.

3. Suriye ile vizenin kalkmasının sağlık üzerine

etkileşimi ile ilgili olarak; Hatay ve Gaziantep Tabip Odalarının Halep Tabipler Sendikası ile yaptıkları ziyarete ilişkin izlenimleri alındı. Bundan sonra yapılacak GİTO toplantısına Halep Tabipler Sendikasının misafir olarak çağrılmasına, bu görevi Hatay ve Gaziantep Tabip Odasının üstlenmesine, bu çerçevede Adana ve Mersin Tabip Odalarının Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Tabip Odaları ile ilişki kurması yönünde, komşu ülke hekimleri ile insani ilişkilerin geliştirilmesi gerektiği vurgulandı.

Son olarak; TTB Genel Sekreteri Eriş Bilaloğlu tarafından 64 tabip odası ve 74 uzmanlık derneğinin katılımıyla gazeteye verilen "Hekimler Uyarıyor" başlıklı ilanın "Tam Gün" ve "Kamu Hastane Birlikleri" yasa tasarısı hakkında hekimlerin bir bütün olarak duruşunu kanıtladığını ve konu ile ilgili olarak odaların kendi bölgelerinde son günlerde daha aktif çalışmalar yapması gerektiği önerildi.

Bir sonraki toplantının 2010 Ocak ayı içerisinde Adana da yapılması kararı ile toplantı sonlandırıldı.

A (H1N1) Grip Pandemisi

Dr. Tufan Ünal

Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı, Mersin Devlet Hastanesi

T

Tanımlama:

2009 Mart ayında önce Meksika'da görülen, sonra da ABD ve tüm dünyaya çok hızlı bir şekilde yayılan yeni bir grip virüsü olan A (H1N1) virüs enfeksiyonu tanımlandı. Bu yeni A(H1N1) influenza virüsü; Kuzey Amerika'da bulunan insan, domuz ve kuş gribi virüslerinin genlerini içeren, insandan insana bulaşma özelliği kazanmış yeni bir insan grip virüsüdür.

Son yüzyıldaki grip pandemileri:

Bu bir grip pandemisi olduğuna göre, dünyada son yüzyılda görülen üç grip pandemisinin özelliklerine kısaca bakalım.

1. **1918 Grip Pandemisi (İspanyol Gribi):** Influenza A (H1N1) virüsünün neden olduğu bu salgında dünya nüfusunun 1/3'ünün enfeksiyona maruz

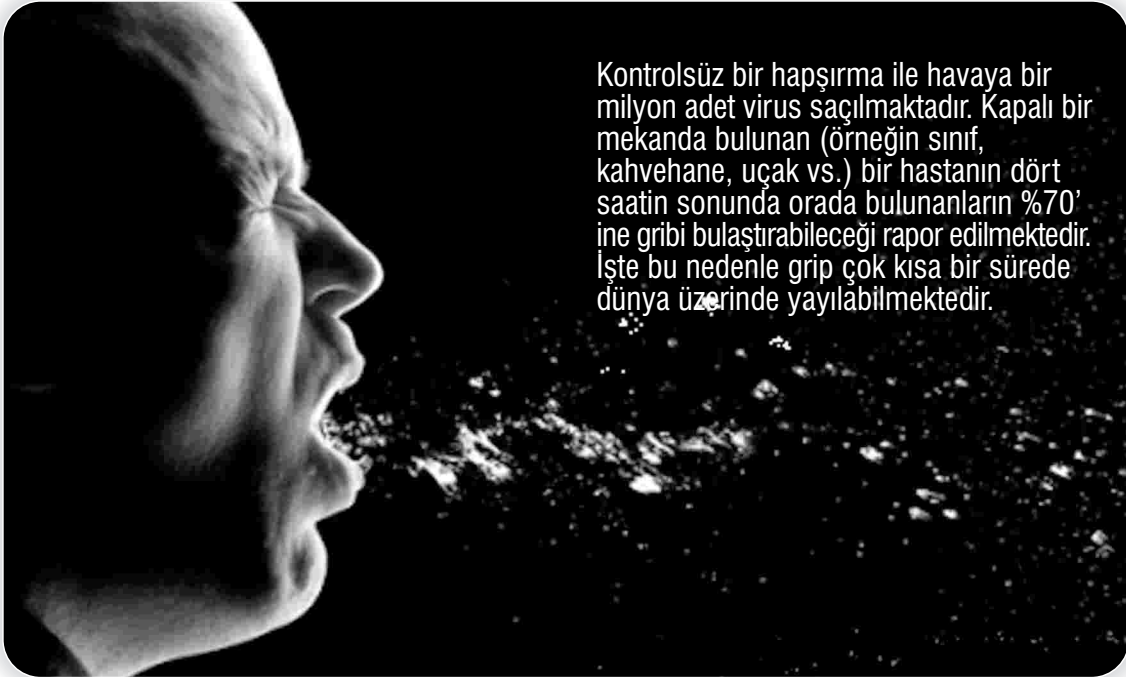
kaldığı ve yaklaşık 40-50 milyon kişinin öldüğü tahmin edilmektedir.

2. **1956-1958 Asya Gribi Pandemisi:** Influenza A (H2N2) virüsünün neden olduğu bu salgında 2 milyon kişinin öldüğü rapor edilmektedir.
3. **1968-1969 Hong Kong Gribi Pandemisi:** Influenza A (H3N2) virüsünün neden olduğu bu salgında ise 1 milyon kişinin öldüğü bildirilmektedir.

Her yıl görülen mevsimsel grip salgınları ise esas olarak influenza A (H3N2), A (H1N1) ve influenza B etkenleriyle oluşur ve her yıl dünyada 250.000 - 500.000 kişinin ölümüne sebep olmaktadır.

Belirtileri nelerdir?

Yeni pandemik grip virüsünün belirtileri, her yıl



KontROLSÜZ bir hapsirme ile havaya bir milyon adet virus saçılmaktadır. Kapalı bir mekanda bulunan (örneğin sınıf, kahvehane, uçak vs.) bir hastanın dört saatin sonunda orada bulunanların %70'ine gribi bulaştırabileceği rapor edilmektedir. İşte bu nedenle grip çok kısa bir sürede dünya üzerinde yayılabilmektedir.

görülen mevsimsel grip belirtileri gibidir. Bu belirtiler sıklıkla yüksek ateş (koltuk altı ateşi: 38 °C ve üzeri), baş ağrısı, öksürük, burun akıntısı, boğaz ağrısı, halsizlik, terleme, titreme, nadiren de kusma ve ishaldir. Kronik hastalığı olanlar, immun sistemi zayıf olanlar, yaşlı ve gebelerde mevsimsel gripte olduğu gibi, yeni pandemik gribi de ağır geçirebilir.

Nasıl bulaşır?

Bir kişi hastalık başlamadan bir gün önce ve yedi gün sonrasında kadar gribi diğer insanlara bulaştırabilir. Hastalık insandan insana esas olarak öksürük, hapşırık sonucu damlacık ve hava yoluyla bulaşır. Ayrıca, kontrolsüz bir şekilde öksürük, hapşırık çıkartıları ile kapı kolları, masa, sandalye gibi yüzeylerin kirlenmesi ve sonra orayı kullanan kişilerin ellerini ağız, burun ve konjunktivalarına sürmesi sonucunda da bulaşabilir. Virus bu gibi cansız yüzeylerde iki saat canlı kalabilmektedir.

Kontrolsüz bir hapşırma ile havaya bir milyon adet virus saçılmaktadır. Kapalı bir mekanda bulunan (örneğin sınıf, kahvehane, uçak vs.) bir hastanın dört saatin sonunda orada bulunanların %70' ine gribi bulaştırabileceği rapor edilmektedir. İşte bu nedenle grip çok kısa bir sürede dünya üzerinde yayılabilmektedir.

Korunma:

Öksüren ve hapşıran herkesin, yalnız başına olsa bile, tek kullanımlık kağıt mendilleri kullanması gereklidir. Kullanılan bu mendiller hemen çöpe atılmalıdır. Eller sık sık ve uzun süre (en az 30 sn.) sabun ile yıkanmalıdır. Bulunulan ortamlar sık sık havalandırılmalıdır. Kapalı ve hasta kişilerin bulunduğu ortamlardan uzak durulmalıdır. Ayrıca sağlıklı kalmak ve vücut direncini artırmak için bol sulu ve sıvı gıdalar alınmalı, fiziksel aktivite için egzersiz yapılmalı, sigara ve alkolden uzak durulmalı, yeterli uyku ve dinlenmeye özen gösterilmelidir.

Tedavi:

Hastanın istirahat etmesi ve işe gitmemesi önerilir. Mevsimsel gripte olduğu gibi Oseltamivir ve Zanamivir kullanılabilir. Yine gelişebilecek süperenfeksiyonlar için (pnömoni vb.) uygun antibiyotikler kullanılmalıdır.

Grip aşısı ve bağışıklama:

A (H1N1) gribine karşı aşı çalışmalarının son aşamaya geldiği rapor edilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından risk grubunda olanları aşılama için 35- 40 milyon doz aşı alınmasının



planladığı ve ilk parti aşının Ekim ayının üçüncü haftasında ülkemize geleceği bildirilmektedir. Öncelikle sağlık çalışanları başta olmak üzere bütün risk gruplarına, stratejik alanlarında görev yapanlara, çocuk ve gençlere aşı yapılacağı planlanmaktadır. Ayrıca, grip için riskli grupta olan kişilerin mevsimsel grip için her yıl kullanıma sunulan aşılarını da yaptırmaları gereklidir. Şu ana kadar hastalığın mortalite oranı çok düşüktür. Bu sağlık personelinin rehavete sürüklememelidir. Amerikan Hastalıkları Koruma Kurulu (CDC) 40-50 milyon kişinin öldüğü 1918 pandemisinin de ilkbahar aylarında çok yumuşak başladığını, daha sonra ikinci dalganın çok ağır geçtiğini bildirmektedir. Yine Dünya Sağlık Örgütü ve CDC bu sonbahardan itibaren yeni A(H1N1) grip pandemisinde **ikinci dalganın** geleceğini ve daha fazla insanın hastalanacağını tahmin etmekte ve hazırlıkların ona göre yapılmasını istemektedir.

Bilgiye erişim:

- 1- T.C. Sağlık Bakanlığı (www.saglik.gov.tr)
- 2- Dünya Sağlık Örgütü (www.who.int)
- 3- Amerikan Hastalıkları Kontrol Merkezi (www.cdc.gov)
- 4- Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (www.ekmud.org)
- 5- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (www.hasuder.org)

Dr. Sabit Kılınç

Mesleğine yıllarını vermiş bir hekim ağabeyimiz Dr. Sabit Kılınç ile ARter dergisi olarak söyleşi yapmak istedik. Söyleşi de hem ağabeyimizi ziyaret edip hal hatırını soralım hem de eski hekimlik ortamı ile şimdiki arasındaki farkı kıyaslayalım istedik.

Mesleğine yıllarını vermiş bir hekim ağabeyimiz Dr. Sabit Kılınç ile ARter dergisi olarak söyleşi yapmak istedik. Söyleşi de hem ağabeyimizi ziyaret edip hal hatırını soralım hem de eski hekimlik ortamı ile şimdiki arasındaki farkı kıyaslayalım istedik.

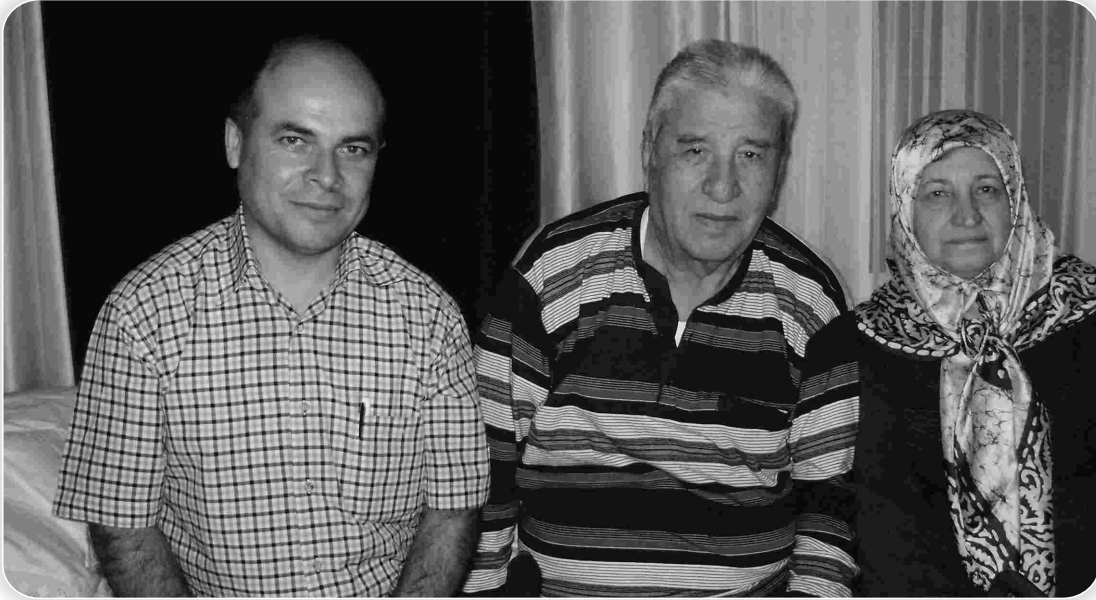
Randevu alıp ARter ekibi olarak evine gidiyoruz. Bizi evde eşi ile birlikte karşılıyor. Kendimizi tanıtıyoruz, kısa bir sohbet hal hatır sormadan sonra ziyaret nedenimizi açıklıyoruz.

“Kendinizi tanıtır mısınız?” diye ilk soruyu soruyoruz.

1930 yılında Mersin merkeze bağlı, eski adıyla Gökçeili şimdiki adıyla Camili köyünde dünyaya gelmiş. Babası tahsildar olduğu için çocukluğu Anamur’da geçmiş. İlkokulu Tarsus’ta, liseyi Mersinde okumuş. Lise sonrası İstanbul’da bir yıl fizik-kimya lisansı yaptıktan sonra, İstanbul

Üniversitesi Tıp Fakültesine girmiş. 1958 de tıp fakültesinden mezun olduktan sonra genel cerrahi ihtisası için Batı Almanya’ya gitmiş. Doğu Almanya sınırına yakın bir hastanede genel cerrahi ihtisasına başlamış. Doğu Almanya’dan kaçarken vurulan insanları tedavi ederken veya otopsi yaparken, dünyada en kötü şeyin **“fikir ayrılığı”** olduğunu öğrenmiş.

Hipokrat yeminini Latince olarak söylüyor. Bu yemine göre “Hekimler, insanları kim olursa olsun tedavi edip yardımcı olurken başka insanların birbirine zarar vermesine dayanmadığını” söylüyor. Genel cerrahi ihtisasından sonra başka bir hastanede ortopedi ihtisası yapmış. Almanya’da kaldığı on beş yıl boyunca Türkiye’nin iyi niyet elçisi gibi çalışmış. Alman sanat ve edebiyatına Türklerin etkisini göstererek, Türkleri ve Türkiye’yi doğru tanımlarını sağlamış. On beş yıl sonra uzman olarak Türkiye’ye döndüğünde okumayı





çok seven ve Atatürk hayranı olan babasının isteği üzerine hep Mersin’de serbest hekimlik yapmış ve insanlara yardımcı olmaya çalışmış. Babası gibi kendisinde Atatürk hayranı olan Sabit Bey “Atatürk ile ilgili dünyadaki eserlerin %98’i yabancı yazar ve akademisyenler tarafından yazılmıştır” diyor. Kütüphanesinde Fransızca, Almanca, İngilizce, Rusça yazılmış Atatürk ile ilgili birçok eserin olduğunu belirtiyor.

Kurtuluş savaşında Atatürk’ün Samsun’a neden ve ne şartlarda çıktığını o dönemde Anadolu’daki durumun nasıl olduğunu anlatıyor. İstanbul’daki meclisin neden Anadolu’ya taşınmak istendiğini, Meclis başkanı Rauf Orbay’ın neden bu karara karşı çıktığını daha sonra İstanbul’da neler olduğunu, vatanseverlere nasıl zulümler yapıldığını, sanki orada yaşamış gibi anlatıyor. Türk tarihinde önemli yer tutan Timur’dan, Yıldırım Beyazıt’tan, Fatih Sultan Mehmet’ten, Yavuz Sultan Selim’den ve o dönemlerdeki önemli olaylardan bahsediyor. Kaşgarlı Mahmut ve eseri **Divan-ı lügat-it Türkü** okuduğunu, öz Türkçeye önem verdiğini belirtiyor. Bizim dilimizdeki yabancı kelimelerden ve onların Türkçe karşılıklarından örnekler veriyor. Türklerin ne kadar yumuşak kalpli, sevecen, insanlara yardım eden bir millet olduğunu anlatıyor. İranlı Şair Firdevsi’nin Türkleri öven bir şiirini farsca okuyup sonra Türkçesini söylüyor. Karacaoğlan’dan, Yunus Emre’den ve onların dönemlerinden bahsediyor. Şimdiki neslin sanat ve tarihe ilgi duymadıklarını üzümlere söylüyor.

“Geçmiş deki ve şimdiki hekimlik ortamı arasındaki fark nedir” diye soruyoruz.

Şimdiki hekimlerin suçu yok, çünkü hekimler aldığı bilgiyi uygular diyor. Eskiden beş tıp fakültesi olduğunu, şimdi ise bu sayının elliye geçtiğini söylüyor. Fakülte sayısı artıkça eğitim kalitesi

düşmekte pratik bilgiler azalmakta diyor. Bütün dünyayı adalet, sağlık, sevgi idare eder, bunun üçüne de hekimler sahiptir. Hekim= sağlık ve sosyal yardımdır. Sağlık kısmını hepimiz biliyoruz, tedavidir. Sosyal yardım ise; hekim sır saklar, hastasını yönlendirir, vicdanını kullanarak hastasına yardımcı olur diyor. Hekimliğin ve hekimin ne kadar ulvi olduğunu anlatıyor.



Bize çalışma odasını gösteriyor, odasının dört duvarı da kitaplık ve içerisi Türkçe, İngilizce,

Almanca yazılmış tarih, sanat, edebiyat, tıp ile ilgili kitaplarla dolu olduğunu görüyoruz. Özellikle Atatürk üzerine yazılmış eserlerin fazlalığı dikkat çekiyor. Açık söylemek gerekirse, Dr Sabit Kılınç’ın kütüphanesini görünce, şaşkınlığımızı gizleyemedik. Doktor olmak için sadece tıp bilmenin yetmediğinin farkına vardık.

94 yaşında vefat eden bir hocasının sözü aslında kendi yaşam felsefesini de özetliyor;

“Okudum, okudum, okudum; öğrendim, öğrendim, öğrendim; öğrettim, öğrettim, öğrettim; ama ne okumaya doydum, ne öğrenmeye ne de öğretmeye doyamadım.”

Bizde onun sohbetine, güzelliğine doyamadık. Eline, yüreğine sağlık Sabit ağabey.

Sağlıcakla kal...

ARter Yayın Kurulu

1 No'lu Sağlık Ocağı Erdemli/Mersin

Dr. Cengizhan Pektaş
Erdemli 1 No'lu Sağlık Ocağı Hekimi

20.03.1979 tarihinde İbrahim Önğel isimli hayırsever vatandaşımız arsasını Sağlık Ocağı olması için Sağlık Bakanlığına bağışlamasıyla, 1980 yılında Erdemli Merkez Sağlık Ocağı ve Hükümet Tabipliği olarak çalışmaya başlanmıştır. İlk hekimlerinden olan Dr. Nazım Işık ve 50 sicil no ile görev yapan Sağlık Memuru Recep Taştan'ın o yıllarda nice zor şartlar altında çalıştıklarını halen Sağlık Ocağımızda görev yapan oğlu sağlık memuru Erhan Taştan'dan öğreniyoruz. Hükümet Tabipliği kalktıktan sonra Sağlık Ocağımızdan sayısını bilemediğimiz kadar çok doktor ve yardımcı sağlık personeli çalışıp gitmiştir.

Sağlık Ocağımız eski bina olup 2700 metrekare alana sahiptir. Sağlık Ocağı lojmanımız olmasına rağmen lojman hali hazırda Sağlık Grup Başkanlığı olarak hizmet vermektedir. Sağlık Ocağımızda birinci katta dört adet poliklinik odası, danışma odası, enjeksiyon/pansuman odası ve laboratuvar odası bulunmaktadır. İkinci katta ise sağlık memuru

odası, aile planlaması odası, ebe ve hemşire dinlenme odası, mutfak, sekreter odası ve en önemli olan aşı ve emzirme odası bulunmaktadır. Eski bir yapı olan Sağlık Ocağımızda tüm odalar küçük ve kullanışsızdır. Aile Hekimliği uygulamasına hazırlanmak için yapılan tadilat ve onarım işlemleri sonrasında sağlık ocağı daha kullanışlı hale gelmiştir.

Sağlık Ocağımız Merkez ve Alata mahallesinde oturan 17229 kişilik nüfusa hizmet vermesine rağmen, sağlık ocağımız şehir merkezinde olması ve ulaşım imkanlarının kolay olmasından dolayı neredeyse tüm Erdemli halkına hizmet sunmaktadır. Sağlık Ocağımızda 6 hekim, 3 sağlık memuru, 8 hemşire, 18 Ebe, bir sekreter ve iki hizmetli görev yapmaktadır. Merkezde olmamız ve personel olarak fazla olmamızdan dolayı çevre sağlık ocaklarının eksikliklerini Sağlık Ocağımızdan takviye ederek gidermeye çalışıyoruz. Bunun içinde personel sayımızda sürekli değişiklik





yaşıyoruz. Her gün bağışıklama ve aile planlaması hizmeti vermekteyiz. Kişin yerli oturan halka hizmet verirken, yazında bir o kadar gelen yazlıkçı nüfusa hizmet vermekteyiz.

Sağlık Ocağımızın 2008 Yılı Verileri

Bölgemizde 2008 ETF'sine göre 4930 hanede 17229 kişi yaşamaktadır. Ortalama hane büyüklüğü 3.5 kişidir. Nüfusumuzun 8430'u (%48.9) erkek, 8799'u da (%51.1) kadınlardan oluşmaktadır. Nüfusun yaş grubuna göre dağılımı; 0-14 yaş 4617 (%26.9), 15-64 Yaş 11866 (%68.8), 65 yaş ve üzeri ise 746 (%04.3) kişidir.

Sağlık Ocağımız bölgesinde 15-49 yaş arası kadın sayısı 5111 kişidir. 15-49 yaş arası kadınların 1529'unun (%29.9) modern bir aile planlaması yöntemi kullanırken, 1392'sinin (%27.2) elenekselsel yöntemleri kullanmaktadır. 15-49 yaş arası 2190 (%42.9) kadın da hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır. Modern aile planlaması yöntemi kullananların kendi içindeki dağılımı; kondom %37, RIA %36, cerrahi yöntemler %15, kombine oral kontraseptif %11, enjektabil hormonal kontraseptif %1. Bölgemizde cerrahi yöntemlerin Türkiye genelinden daha yüksek olduğu söylenebilir.

Bölgemizde 2008 yılı bağışıklama çalışmalarına göre DaBT-IPA-Hib1 ve rapel aşılama oranlarının sırasıyla %104 ve %96, OPV 1 ve R oranlarının sırasıyla %104 ve %96, KKK oranının %115, Hepatit II ve III oranlarının sırasıyla %94 ve %91, gebe TT2+ oranının ise %85 olduğu tespit edildi.

2008 yılında ebelerimizin saha çalışmalarında gebelere toplam 1386 (ortalama gebe izlem sayısı 5.1), lohusalara 454 (ortalama lohusa izlem sayısı 1.7), bebeklere 2479 (ortalama bebek izlem sayısı

9.5) ve çocuklara 1660 (ortalama çocuk izlem sayısı 1.6) izlem yapıldığı saptandı. Yılında toplam poliklinik sayısı 90230 olup, kişi başına ortalama muayene sayısının 5.2 olduğu tespit edildi. Poliklinikten sevk edilen toplam hasta sayısının 1292 ve sevk hızının %1.4 olduğu tespit edildi. Sağlık ocağında toplam 5483 adet kan tahlili ve 58 adet küçük cerrahi müdahalenin yapıldığı, 367 adette adli muayene raporu dezenlendiği saptandı.

Sağlık Ocağımızın temel sağlık ölçütleri;

- *Kaba Doğum Hızı* : %015.1
- *Genel Doğurganlık Hızı* : %051.1
- *Bebek Ölüm Hızı* : %02.7
- *Kaba Ölüm Hızı* : %01.6

Sağlık Ocağımızın 2008 yılı verileri;

- *Toplamda misafir aşılar da dahil 11603 doz aşı yapılmıştır,*
- *Aile planlaması yöntemlerinin kullanılma sayısı ise 4213 adettir,*
- *Canlı doğan bebek sayımız 261 adet,*
- *Gebe izlem sayımız 1386,*
- *Bebek izlem sayımız 2479 dir,*

Sağlık ocağında kayıt sisteminin bilgisayarlar ta tam olarak geçilememesinin sıkıntıları yaşanmaktadır. Aile hekimliği sistemini bekleyen personel de motivasyon kaybının olduğu bildirilmektedir. Bütün bu olumsuzluklara rağmen 1 Nolu Sağlık Ocağı yılmadan çalışmalarına devam etmektedir.

Erdemli 1 Nolu Sağlık Ocağını başarılı çalışmalarından dolayı kutuyor, çalışmalarında kolaylıklar diliyoruz...

ARter Yayın Kurulu

Sellerde Yaşanan Sağlık Sorunları ve Kontrol Önlemleri

Dr. Eminhan Say
Kuyuluk Sağlık Ocağı Hekimi

Ülkemizde son aylarda yoğun yağışlar nedeniyle bazı illerimizde sel felaketleri yaşandı. Hem sel süresince, hem de sonrasında pek çok sağlık problemi olabilir. Her zaman özenle yürütülmesi gereken çevreye ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri bu süreçte aksatılmadan sürdürülmelidir.

Seller, su ve kanalizasyon sistemlerini bozup ve biyolojik ve kimyasal kontaminasyona neden olarak, su ve besinlerle bulaşan enfeksiyonlarla, cilt enfeksiyonlarına neden olabilir.

Seller vektör üreme alanlarını genişletir ve vektörlerle insanların temasını artırır. Buna bağlı olarak vektörlerle bulaşan hastalıkların çoğalması beklenir. Sellerden sonra yuvaları bozulan fare gibi kemiricilerin ve yılan, akrep gibi canlıların oluşturduğu sağlık risklerinde artış görülebilir.

Sele bağlı ölümlerin çoğu (%93'e varan oranda) boğulma nedeniyle olmaktadır. Seller, trafik kazası dahil temizleme çalışmaları sırasında yaşanan çeşitli travmalar, emosyonel ve fiziksel stres sonucu miyokard enfarktüsü, elektrik çarpmalarına bağlı ölüm ve bulaşıcı hastalıklara yol açar. Bunun yanı sıra doğal gaz hattı ve yer altı ya da üstü benzin ve toksik madde depolarının hasarı sonucu önemli sağlık sorunları yaşanabilir.

Hangi sağlık hizmetlerine öncelik verilmelidir?

- Sel riski olan bölgede, hangi sağlık sorunlarının yaşanabileceği önceden değerlendirilmelidir.
- Düzenli bir bilgi toplama sistemine sahip olmak, kritiktir. Bu salt bürokratik bir işlem olarak kabul edilmemelidir; bununla, olası hastalıkların/sağlık

sorunlarının erken belirlenmesi ve zamanında müdahalesi mümkün hale gelir.

- Selden etkilenen evlerde yaşayanlar hergün ziyaret edilerek, sağlık sorunları izlenmelidir.



- En önemli ihtiyaç, sudur. Sel bölgesindekilere, günlük ihtiyacı kadar temiz su sağlanmalıdır. Su dezenfeksiyonu için en kolay ve en hızlı etki gösteren yöntem klor uygulamasıdır. Sağlıklı olmayan sular için, evlere klor tabletleri dağıtılmalıdır.
- Halk, kaynağını bilmediği suları kullanmamaları yönünde uyarılmalıdır. Sel sularıyla temasın önlenmesiyle ilgili eğitim yapılmalı, bu durumla karşılaşanların ciltlerini sabunlu suyla yıkaması önerilmelidir.
- Kısa sürede, vektör kontrol önlemleri alınmalıdır. Sıtma için, bu çok önemlidir. Fare ve benzeri



kemiricilerin risk durumu da değerlendirilmelidir.

- Aşılama hizmetleri aksatılmadan sürdürülmelidir. Özellikle gebe ve çocukların rutin aşıları aksatılmamalıdır. Sel sırasında toprak, çamur, vb. ile kirlenmiş, derin yarası olanların tetanos bağışıklaması yapılmalıdır.

Sel olan yerlerde halk nelere dikkat etmelidir?

- Sel alanlarından uzak durunuz, özel bir beceriniz yoksa kurtarma ve temizleme çalışmalarını engellemekten başka bir işe yaramayabileceğinizi UNUTMAYINIZ.
- Yüksek yerlerde bulunmaya dikkat ediniz ve sel basmış yolda araç KULLANMAYINIZ.
- Aracınızdayken sel içinde kalırsanız, hemen aracı kapatınız ve yüksek bir yere çıkınız. Suyun 30 cm. yükselmesi araç üzerinde 700 kiloluk itmeye neden olur. 60 cm.lik yükselme bir aracı sürüklemeye yeter, UNUTMAYINIZ.
- Dizinizi geçen suya girmeyiniz. Kopmuş elektrik tellerinden uzak durun ve ilgili yerlere bildirin. Sele bağlı ölümlerin önemli bir kısmı elektrik çarpması sonucu görülür, UNUTMAYINIZ.
- Çocukların su birikintilerinde oynamasına İZİN VERMEYİNİZ, kimyasal madde ya da kanalizasyon karışmış olabilir, UNUTMAYINIZ.
- Elektrikli aletlere DOKUNMAYINIZ, ıslak bölgelerde elektrikli alet KULLANMAYINIZ.

- Selden etkilenen binalarda el feneri kullanınız; yanıcı, patlayıcı madde riskine karşı kibrit, çakmak kullanmaktan KAÇININIZ.
- Sel suyu ile bulaşmış olması olası taze sebze, meyve ve yiyecekleri YEMEYİNİZ.
- Kaynağını bilmediğiniz suyu KULLANMAYINIZ. İçilebilir özellikte olduğundan emin olmadığınız suları İÇMEYİNİZ. Sadece şişe suyu ya da önceden depoladığınız hazır gıdaları ve temiz suyu tüketiniz.
- Sağlıklı olmayan suları diş fırçalama, tabak yıkama, yemek yapmak ve buz elde etmek amacıyla KULLANMAYINIZ.
- Gerekğinde su dezenfeksiyonu için klor kullanınız. Konu hakkında daha doğru bilgi edinmek için en yakın sağlık kuruluşuna başvurunuz.
- Sel sularının derinize temas etmesini ENGELLEMEYE ÇALIŞINIZ.
- Vücudunuzda bulunan açık yaralar sel suları ile temas ederse, bu bölgeyi temiz su ile yıkayınız ve bir sağlık kuruluşuna başvurunuz.
- Çocukların sel suları içinde veya sel suları ile kirlenmiş oyuncaklarla oynamalarına İZİN VERMEYİNİZ.

Sel sularına kanalizasyon karışmışsa, evin temizlenmesinde 9 ölçü suya 1 ölçü çamaşır suyu katılmış suları kullanınız. BU SUYU İÇMEYİNİZ. Temizleme sırasında lastik eldiven ve bot giyiniz.

“Yüzyılın Hokkabazlık Olayı” Tam Gün de Söylenceler ve Gerçekler

Dr. A. Öner Kurt

Mersin Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi, MEÜTF Halk Sağlığı Yardımcı Doçenti

Türk Dil Kurumunun Güncel Türkçe Sözlüğüne göre hokkabazlık; yalan dolanla görülen iş, göz bağı, yanılsama anlamlarındadır. Hokkabazın amacı para kazanmaktır, olmayan bir şeyi olmuş gibi göstermek ve insanların gözleri açıkken gerçekleri görmelerini önlemek ise (*mesleğin incelikleri de denir*) araçtır. Bir bakalım “Sağlıkta (GERİ) Dönüşüm Programı”nın uygulanmaya konulmasında bu mesleğin hangi incelikleri, nasıl ortaya konulmuştur?

Ülkemizde yedi yıl önce, **etkin** (*yani en ucuz maliyet ile*), **verimli** (*mutlaka kar getirecek*) ve **kaliteli** (*etkinliğin ve verimliliğin devamını garanti altına alarak*) **sağlık hizmeti** sloganıyla yola çıkıldı. Sonrasında herkesin gerçekten alması gereken nitelikli sağlık hizmetine ulaşması için mutlaka para ödemesi gerektiği ortaya çıktı (şapkadaki beyaz güvercinin bir akbaba olduğu görüldü). Yetmedi, katkı payları çalışanlarda %20 iken yüzde elli artırılarak %30 yapıldı, iki liradan on beş liraya kadar katılım ücreti istendi. Sağlık çalışanlarının özlük hakları ve ekonomik durumları düzeltilecek vaatleri vardı, performans gaziyle ortalık “toz duman” edildi ve değil sahneyi yanımızdakini bile göremez olduk.

Hastalarımız, bizden şifa bekleyen bir insan değil aylık performansı doldurmak için gereken puan aracı olarak görülmeye başlandı. Meslektaşlar ekip arkadaşı değil, performansta rakip olarak geçilmesi gereken kişiler oldu. Sonra, sonrası yok... Bugün, 2003’den beri sürdürülen bu programın son perdesine gelindi. Projenin yürütülebilmesi için bu süre içinde hekimler ve vatandaşlar için sahte bir pembe tablo yaratıldı. Ancak şimdi, programın gerçek sonuçlarının görünür olacağı dönemece geldik. Bu yazıda “tam gün tasarısı”nın arkasındaki gerçekleri, vaat edilenlerin neden hiçbir zaman gerçekleşemeyeceğini açıklamaya çalışacağım.

1. Hekimlerin döner sermaye gelirleri artacak
Döner Sermaye gelirlerinden personele dağıtılacak

miktar kurumun toplam gelirinin %50’sini geçemez kuralı değişmiyor. Bu oran halen birinci basamakta %65, ikinci basamakta %50’dir. Önerilen bu tasarıda, aşağıdaki tabloda da görüldüğü üzere ödeme yapılacak “tavan %” oranlarında bir artış olmadığı için hekimlerin gelirlerinde de toplamda bir artış olmayacaktır. Devlet hastaneleri ve tıp fakültelerinde mevcut döner sermaye tavanı artırılmadığı için ödenecek döner sermaye miktarları da art-a-mayacaktır. Göz bağının birinci aşaması budur: - *Daha çok maaş alacaksınız, deniyor ama ALAMAYACAĞIZ - DEĞİŞEN BİR ŞEY YOK.*

Döner sermaye ödemelerinde önceki ve sonraki durum

Unvan/kadro	Mevcut döner sermaye tavanı	Tasarıdaki döner sermaye tavanı
Uzman Hekim	%700	%700
Pratisyen Hekim	%500	%500

2. Hekimlere “Sabit” döner sermaye ödemesi yapılacak

Kimlere yapılacak?: Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayesi bulunan sağlık kurumlarında çalışan hekim ve dış hekimlerine aylık sabit ödeme yapılacak.

Kimlere yapılmayacak?: Sağlık Bakanlığında çalışan hekim dışı personele, tıp fakültelerinin bütün çalışanlarına ve kurum ve belediye hekimlerine aylık sabit ödeme yapılmayacak.

Sabit Döner Sermaye Ödemesi Nasıl Yapılacak?

- *Hekime her ay maaşı ile birlikte aşağıdaki tabloda yer alan tutarlar peşin olarak ödenecek.*
- *Hekime önceden ödenen tutar, o ay sonunda döner sermayeden hekime yapılacak ödemeden düşülecek. Örneğin uzman hekim ay sonunda 2100 TL almaya hak kazandıysa 1008 TL’yi*

önceden aldığı için geri kalan 1092 TL'yi alacak.

- Döner sermaye ödemesi verilmiyorsa ya da aldığı döner sermaye ön ödeme ile verilen tutardan az ise ödenen sabit ödeme ya da aradaki fark geri alınmayacaktır. Uzman hekim ay sonunda 950 TL almaya hak kazandıysa 1008 TL'yi önceden aldığı için aradaki fark olan 58 TL'yi geri ödemeyecektir.
- Aylıklara ilişkin hükümler uygulanacağından çalışılmasa da ödenecektir. Bu durum hastalık ya da izin durumlarında pratisyen hekimlere 549 TL, uzman hekimlere 1008 TL olarak yapılan ön ödeme geri alınmayacaktır.
- "Sabit ödeme"den gelir vergisi ve brüt tutarının %20'si tutarında emeklilik için prim kesilecektir. (Prt H. 183 ya da Uz H. 341 TL aylık kesinti)
- Hekimin eline geçen gelirinde (maaş + döner sermaye) toplamda herhangi bir artış yaratmayacaktır. Çünkü hak ettiği ücretin sadece bir miktarını önceden aldığı için toplamda alacağı tutar değişmeyecektir. Eğer; pratisyen hekimin aylık döner sermaye ödemesi aylık 549 TL den, Uzman hekimin 1.008 TL'den düşük değil ise toplam gelirde bir artış olmayacaktır.

Sabit Döner Sermaye Ödemesinin tutarı: En yüksek Devlet Memuru maaşının ek gösterge dahil tutarına göre aşağıdaki oranlarda verilecektir. (508.30 TL)

Unvan / Kadro Derece	Oran	Ek ödeme tutarı (brüt)	Emeklilik Primi	Gelir Vergisi	Ek Ödeme Tutarı (net)	Mevcut Maaş (net)
Pratisyen hekim 1/4	%180	915	183	183	549	1.451
Uzman hekim 1/4	%335	1.703	341	354	1.008	1.625

Burada istedikleri yanılısama; zaten bizim olanı bir ay önceden vererek sanki kendi kasasından iane veriyormuş gibi hissetmemizdir.

3. Hekimlere yapılacak "Sabit" döner sermaye ödemesi emekli maaşına yansıtılacak

- Bu uygulama yalnızca Sağlık Bakanlığında döner sermayesi bulunan sağlık kuruluşlarında çalışan hekim ve dış hekimlerini kapsamaktadır.
- Emekli hekimleri, tıp fakültesi çalışanlarını, kurum hekimlerini, belediye hekimlerini ve diğer sağlık personelini kapsamıyor.
- Sabit döner sermaye ödemesinin brüt tutarının %20'si oranında prim kesintisi yapılacaktır (Prt H. 183 ya da Uz H. 341 TL aylık).
- Yıllık olarak ödenen ilave **primin bir yıllık tutarının belli bir oranı emekli maaşına**

eklenecektir. Hepsinin eklenmemesi hak kaybına yol açmaktadır.

- Yasa çıktığı tarihten önce çalışanların emeklilik maaşına etkisi yoktur.

Bir yıllık prim karşılığında ödenecek ilave emekli maaşı ve alınacak miktar

Unvan/kadro Derece	Bir yıllık ilave ödenen prim tutarı	Yansıtılacak ilave emeklilik geliri (Yıllık Toplam)
Pratisyen hekim 1/4	2.196 TL.	19,40 TL On dokuz lira kırk kuruş
Uzman hekim 1/4	4.248 TL.	36,11 TL. Otuz altı lira on bir kuruş

Pratisyen hekim meslektaşım bir yıl boyunca toplam 2196 TL ödeyecek, emekli olunca alacağı emekli maaşı aylık 1,62 TL (yüz altmış iki kuruş, ancak iki ekme alabilir) artacaktır. Bu düzenlemeden açık olarak anlaşılmalıdır ki aslında yapılan bireysel emeklilik modelidir. Hatta daha olumsuz koşullar içeren ve prim ödemeyi zorunlu kılan bir sistemdir.

Bireysel emeklilik sistemi öncelikle isteğe bağlıdır ve sigorta şirketini kendiniz belirlersiniz. Burada ise binlerce hekim adına hekimlerin döner sermayeden verilen ek ödemenin bir miktarına SGK el koymakta ve buna karşılık bu andan 25 yıl sonrası için pratisyenler için 587 TL, uzmanlara 1093 TL, seflere ise 1338 TL vaat etmektedir. Döner sermayeden ödeme yapılmadığından bu primlerin nereden tahsil edileceği açık değildir. Hekim açıktan prim ödemeye devam

ederek mi bu fasıldan emekli maaşına hak kazanacağı netlik kazanmamıştır.

İyi hokkabaz, kaşıkla verip kepçeyle alandır. Buradaki "Yüz" alıp "bir" verilmesini hiçbir mantıkla açıklayamıyorum ama takdire şayan bir hokkabazlık numarası girişimi olduğunu düşünüyorum. Sonuçta gözlerimizin önündeki perdenin kalınlığı artırılıyor: - *Merak etmeyin sizin geleceğiniz de garantide deniyor, ama HEM BUGÜNÜMÜZE HEM DE GELECEĞİMİZE İLİŞKİN HİÇBİR İYİLEŞME YOK.*

4. Döner sermayeli kuruluşlarda mesai dışı çalışmaya döner sermayeden ek ödeme yapılması.

Mesai dışı çalışmada ek ödeme Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayesi bulunan sağlık kuruluşlarında çalışanlar ve Tıp Fakültelerinde

çalışanlara verilecektir.

Mesai dışı çalışmalar verilecek ek ödeme tavan miktarı SB çalışan hekimler için mevcut uygulamadaki miktarın %30'unu geçemeyecektir.

Uzman Hekime mesai dışı ek ödemeyi tavandan alsa bile ancak 2.597,74 TL verilecektir. O halde asıl sorun alınacak tutar değil bunu almak için ne kadar süre çalışmak gerektiğidir.

Mesai dışı çalışmada, bir uzman hekimin ek ödeme tavanını alabilmesi için yapması gereken ek mesai süresi ve aylık toplam çalışma süresi

Gelirin Türü	Çalışılan Süre	Elde Edilen Gelir
Döner sermaye	Günlük 9 saat 22 iş günü	2.070,67
Mesai dışı ek ödeme	Günlük 11,30 saat 22 iş günü	2.597,74
Maaş		1.636,06
Toplam	20 saat 30 dakika 22 iş günü	6.304,47

Yukarıdaki tabloda yeni tasarıya göre bir uzman hekimin bir ayda 22 iş günü, günde 20 saat 30 dakika (yani yirmi buçuk saat) çalışarak ancak 6304 TL alabileceği görülmektedir. Bu durumda şunu sormak gerekmez mi? Bu çalışma saatleri teorik olarak mümkün ama; Hukuken mümkün mü?, İnsanlık adına mümkün mü? Ve bu süreler hangi vicdana sığar?

5. Nöbet saat ücretleri ve aylık tutulan nöbet sınırı arttırılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı yataklı kurumları, tıp fakültesi asistanları ve 112 acil sağlık birimlerinde çalışanlara ödenen nöbet saat ücretleri bakanlığın açıkladığı gibi %145-185 oranında değil %66.6 oranında artmaktadır. Buna ek olarak halen 80 saate kadar ödeme yapılan nöbet saat sınırı da aylık 130 saate çıkarılmaktadır.

İlk anda çok nöbet tutuyor karşılığını alamıyorduk, artık emeğimizin karşılığını alacağız diye düşünebiliriz. Ancak mesai dışı ek ödemenin saat ücreti 11 TL'ye gelirken nöbet ücretinin saat ücreti 5.9 TL'ye gelmektedir. Buradaki amaç daha az ücret vererek daha fazla çalıştırmaktır. Ödeme yapılacak aylık nöbet ücretlerinin ve ödeme yapılan sınırın artırılmasının amacı da budur. Az paraya çok çalıştırmak, ucuz işgücü elde etmektir. Bu hekim emeğinin sömürülmesidir.

6. Haftalık çalışma süresi 40 saate indirilmektedir.

Yıllardan beri bütün kamu çalışanlarının haftalık çalışma süreleri 40 saat iken bizim 45 saat çalıştırılmamız zaten bir hak kaybına yol açmaktaydı. Bunun 40 saate inmesi hak kaybımızın iadesidir. Bunların yanında hekimin tam ücret alabilmesi için; 22 iş günü, günlük 20,30 saat çalışma gerekliliği, mesai dışı ek ödeme yapılması ve nöbet saat ücreti ve aylık sınırdaki artışlar bir bütün olarak değerlendirildiğinde hekimlerin yaşamları için gereken ücreti almak üzere zaten zorunlu olarak değil haftada 40, gece gündüz çalışmaları gerekecektir. Uluslar arası çalışma örgütünün yıllık toplam fazla mesainin 270 saati geçemez kuralı göz önüne alınınca hekimlerin neredeyse bunu bir ayda tamamlamak zorunda kalması tasarının bizler için olumsuzluğunu net olarak göstermektedir.

7. Kamu kuruluşlarında çalışan bütün hekimlere tam gün çalışma zorunluluğu ve bu görevlerin dışında meslek icrası yasağı getirilmektedir.

Türk Tabipleri Birliği ve Mersin Tabip Odası olarak yıllardan beri tam süre çalışmayı desteklemekteyiz. Ancak bu tasarı ile her ne kadar hekimlerin sadece bir kurumda çalışmaları isteniyor görünse de, gerçekte durum bu değildir. Bu tasarı ile hekimlerin çalışma alanları meslek icrasını kamu kurumları dışında tam süre anlayışından uzakta bir anlayışla; her nerede olursa olsun hekimlerin çalışma yerlerinin kontrolünü elinde tutmakta ve

kısıtlamaktadır. Hekimler aşağıda yer alan sadece a, b, c grupları kapsamında olmak kaydıyla birden fazla sağlık kurum ve

kuruluşunda çalışabileceklerdir.

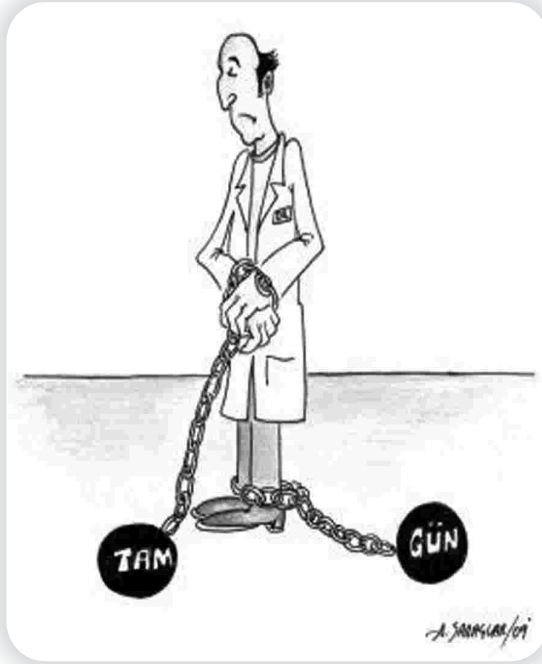
1. "Kamu kurum ve kuruluşları,
2. SGK ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve kuruluşları; SGK ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan vakıf üniversiteleri,
3. SGK ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları; SGK ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan vakıf üniversiteleri; serbest meslek icrası."

• "Mesleğini serbest olarak icra edenler, hizmet bedeli hasta tarafından karşılanmak ve SGK'dan talep edilmemek kaydıyla, (b) bendi kapsamında sayılan sağlık kuruluşlarında da hastalarının teşhis ve tedavisini yapabilir." Denilerek muayenehane hekimlerinin SGK sözleşmeli hastaneleri kullanabilmelerine izin verilmiştir.

**"Uyuma, dinlenmen, bilgini yenileme,
çocuğunla eşinle ilgilenme,
ayda 6.304 TL. kazan"**

- “Sözleşmeli statüde olanlar da dahil olmak üzere mahalli idareler ile kurum tabipliklerinde çalışan ve döner sermaye ek ödemesi almayan tabipler işyeri hekimliği yapabilir.” Tasarının bu maddesi, herhangi bir performans ödemesi verilmeyen kurum hekimlerinin geçinebilecekleri kadar bir ücret alabilmesi için akşam beşten sonra işyeri hekimliği yapmaları gerektiğini, yani daha daha fazla çalışmak gerektiğini vurgulamaktadır.

Hekimlerin serbest çalışma olanağının elinden alınarak tek iş yerinde çalışmaya zorunlu bırakılmasının amacı performansa göre ek ödeme sistemi içinde işlem sayısını artırmak ve mesai dışı çalışma ile hekimleri dayanma sınırının sonuna kadar çalıştırmaktır.



8. Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası yaptırılması.

Zorunlu mesleki sorumluluk sigortasında primlerin yarısı hekimlerin gelirinden, diğer yarısı döner sermaye havuzundan karşılanacaktır. Ancak risk halinde artan primlerin nasıl karşılanacağı açık değildir. Yaratacağı bir dizi sıkıntının yanı sıra bu düzenleme hekimin gelirini azaltacaktır. Yurtdışında hemen bütün ülkelerde sağlık kurumları tarafından karşılanmaktadır. Ülkemizde sistemin aksaklıklarının, hastanenin donanım yetersizliklerinin sonucunda ortaya çıkan bedelin hekimlere ödettilmesi hukuken ve neden-sonuç ilişkisi kapsamında uygun değildir.

9. Radyasyonla çalışanların haftalık 35 saat çalıştırılması.

Mesleklerini icra ederken işyeri sağlık riski altında olan radyoloji çalışanlarının 25 saat olan haftalık çalışma süreleri bu tasarı ile haftalık 35 saate çıkarılmaktadır. Bu durum sağlık çalışanlarının sağlığı açısından birçok olumsuzluklar taşımaktadır.

10. Tam gün tazminatı kimlere veriliyor?

Tam süre çalışmada yıllar önce yapılan ve doğru olan uygulama kurumu dışında hiçbir yerde çalışmayan hekime “tam süre” tazminatı verilmesidir.

Bu tasarı ile sadece TSK çalışanlarına tam gün tazminatı verilecektir. Bu kabul edilemez bir durumdur. Türk Tabipleri Birliği bütün hekimlere ayrımsız olarak 4000-5000 TL civarında tam süre tazminatı verilmesini önermektedir.

Sonuç

Bu kanun tasarısı, tam **110 bin hekim** ilgilendiriyor (- paracı, 1200 hekim ilgilendiriyor. R.Akdağ). Toplamda diğer sağlık çalışanları ile 400-500 bin kişi olumsuz olarak etkilenecektir. Tasarı; daha güvencesiz, sözleşmeli ve düşük ücretli hekim çalıştırma projesinin bir parçasıdır.

Bakanlık sağlık kurumları, tıp fakülteleri ve özel sağlık kurumlarında tek işte çalışmayı, bu kurumlarda çalışan hekim ve diğer personelin hastane gelirinden nasıl pay alacaklarını düzenlemektedir. Gerçek tam süre çalışma yaklaşımıyla hiçbir ilgisi yoktur.

Sözde Tam Gün tasarısı yürürlüğe girerse;

- Hekimler 7 gün 24 saat çalışarak bugün kazandıkları ücreti kazanmaya çalışacaklar.
- Hekimlerin geliri belirsizleşecek, ay sonunda maaşını alıp alamayacağı bilinmeyecektir.
- SGK ödeme yaptığı sürece ve hastane döner sermayesi giderlerini çıkardıktan sonra, eğer döner sermayelerde para kalırsa hekimler payına düşeni alacaktır.
- Performans sistemi ile birbirinden uzaklaşan, yalnızlaşan hekimlerin birlikte davranmalarının önünü tamamen kesecek bir sistem kurulmaya çalışılmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği ve Mersin Tabip Odası olarak, içinde bir defa bile “tam gün “ kelimesi geçmeyen bu düzenlemenin ülkemiz sağlık ortamına zarar vereceğini düşünüyoruz.

Hekim kamuoyu ve konunun taraflarınca kabul edilen, bu tasarıda mevcut olan olumsuzluklarından arındırılmış “tam süre” çalışmanın yanında olduğumuzu bildiriyoruz. Bu süreçte hepimiz gerektiği zaman, üretimden gelen gücümüzü kullanarak üzerimize düşen GÖREV’i yerine getireceğiz.

Hekimin Hukuki Sorumluluğunun Tarihi Gelişimi

Insanın acılarını azaltmak ve hayatını uzatmak amacını güden tıp ve tıbbın uygulayıcısı olan doktor, her şeyden evvel insana zarar vermemekle yükümlüdür. Ancak, doktorun ilme ve insanlık özlemine uygun eylemleri yanında, “*kişinin sağlığının kötüleşmesi veya tamamen yitirilmesine neden olan tıp bilimi ve mesleğin kutsallığıyla bağdaşmayan eylemleri*” geçmişte olduğu gibi bugün de görülmektedir. Yeryüzü tarihi kadar eski olduğu söylenen “*iyileştirme san’atının*” uygulayıcısı olan doktorun, insan sağlığına faydalı olduğu zaman takdir edilmesine karşın; zarar verdiği anda, sorumlulukla karşı karşıya kaldığı tarihi belgelerden anlaşılmaktadır.

Mezopotamya uygarlığından günümüze yazılı belgeler olarak gelen, Hammurabi Kanunlarında: “*Şayet hekim birisine bronz neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse veya onun gözünü harap ederse iki eli kesilir. (m.219); “Şayet hekim bir esire bronz neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse onun yerine bir esir verecektir (m.219); “Şayet onun göz perdesini bronz bir neşter ile açıp harap etmiş ise, esirin bedelinin yarısını verecektir (m.211)”*

Hindistan’da; Manu ve Zoroastra kanunlarında, doktorun sorumluluğunun bir jüri tarafından saptanan kusura dayandırıldığını görmekteyiz.

Mısır’da doktorlar, tapınaklarda düzenlenen deney ve uygulamalara dayanan tıp bilgilerini içine alan kitaba önem verirdi. İşte, bu kitaptaki kuralları uygulayan doktor, hastanın ölmesi veya iyileşmemesi halinde sorumlu tutulmuyordu. Ancak, kurallardan ayrılma halinde meydana gelen ve istenmeyen durumdan, doktor sorumlu tutuluyordu. Kurallara uymama kusur kabul ediliyordu.

Eski Yunan’da Hipocrate ve onu izleyenler tarafından, doktorun sorumluluğunun ilk temeli atılmıştır. Kabul edilen kurallara göre, doktorun Mısır’da olduğu gibi tıp kurallarına uymaması kusur olarak kabul ediliyor ve sorumluluk bu kusurdan kaynaklanıyordu. Buraya kadar görülen sorumluluk kavramı, zararın giderilmesinden çok,

cezai niteliği (toplumun korunması, intikam gibi) ağır basan kurallara dayanmaktaydı.

Roma Hukuku’nda ilk önceleri, sorumluluğun cezai ve hukuki ayırımı yapılmıyordu. Fakat “*Lex Aquia ve Lexcornela De sicariis et veneficiis*” kanunları cezai ve hukuki sorumluluğu birbirinden ayırıp, kusurdan kaynaklanan hukuki sorumluluk bireysel ve ahlaki bir görünüm kazanmıştır. Zamanın akışı içerisinde kusur, doktorların

sorumluluğunda temel ve değişmez bir unsur olarak günümüze kadar gelmiştir.

Eski Yunan’da Hipocrate ve onu izleyenler tarafından, doktorun sorumluluğunun ilk temeli atılmıştır. Kabul edilen kurallara göre, doktorun Mısır’da olduğu gibi tıp kurallarına uymaması kusur olarak kabul ediliyor ve sorumluluk bu kusurdan kaynaklanıyordu.

Kutsal kitaplar İncil ve Kuran’da doktorların sorumluluğuyla ilgili kurallara rastlanmamaktadır. Hıristiyanların ruhani meclislerinde alınan kararlarda, doktorların bilgisizliği ve ihmalinin sorumluluğu gerektireceği belirtilmektedir.

İslam kaynaklarında ise, bir hadiste “*Her kim tabip olmadığı ve tıp ilmini bilmediği halde tababeti icra eder de, verdiği ilacın tesiriyle bir zarar meydana gelirse, o cahil tabibe tazmin ettirilir.*” demek suretiyle, hekimin kusura dayalı sorumluluğu kabul edilmiştir.

Ortaçağ Fransa’sında hekimler toplumda güven uyandıran bir mesleğe sahip oldukları için sıkı bir sorumluluk rejimine bağlıydılar. 15 Kasım 1389 tarihinde Marsilya Kraliyet Mahkemesi önünde görülen bir dava o dönemde hekimlerin sorumluluğu ile ilgili bize güzel bir örnek oluşturmaktadır. Karara göre:

“Abraham Bondavin isimli Marsilya’lı bir hekim, André Aycardet isimli bir balıkçıya karşı başarısız bir tıbbi girişimde bulunmakla suçlanıyordu. Davada Bondavin’in sorumluluğu iki ana noktada toplanmıştı:

1. Abraham Bondavin’in, Aycardet’i iyileştirme bahanesiyle ve ondan para sızdırmak gayesiyle, tedavinin çok ciddi sonuçları olacağını ve tedavinin sonunda ölebileceğini veya sakat kalabileceğini Aycardet’e açıklamadan, Aycardet’in yaşamının geri kalanını sakat geçirmesine yol açacak şekilde tıbbi müdahalede bulunmuş olması

2. Abraham Bondavin’in, bilgin olmasına ve hekimlik yapma ruhsatına rağmen ve mesleğini icra etmek için ettiği yemini bozarak ve tamamen yeminine karşı bir şekilde, cerrahi müdahale prensiplerini gözardı etmiş olması. Olay ise şu şekilde gerçekleşmişti. Aycardet’i muayene eden Bondavin, ona eczacıya gitmesini ve ısırgan otu ve diğer başka otlardan elde edilen bir merhem yaptırmasını ve ayaklarından başına kadar bu merhemi sürmesini böylece vücudundaki yanıkların iyileşeceğini söylemişti. Fakat merhem tam tersi bir etki yaptı ve Aycardet’in vücudundaki yaralar tahammül edilemez bir hale geldi. Aycardet’in annesi bir dava açmaya karar verdi çünkü oğlunun ellerinde ve ayaklarında kalıcı felç oluşmuştu.

Bilirkişilerin de katılımıyla duruşma açıldı. Bondavin sıcaklık tedavisi yöntemine dayanarak savunmalarını haklı çıkarmaya çalıştı. Fakat yargılama sonunda biri 25 lira diğeri 20 lira olan iki ayrı para cezasına çarptırıldı.

MÖ 3000 yıllarında Çin’de çeşitli zehirlerle ilgili bilgiler tanımlanmıştı. MÖ 2980-2900 yılları arasında eski Mısır’da yaşayan asıl mesleği mimarlık olmasına tıp ve hukuk eğitimi olmamasına karşın Pharaoh Zoser’ in özel hekimliğini yürüten ve başarıya ulaşan **Imhotep**, “Tıbbın Tanrısı” ve “Adli Tıbbin Babası” olarak kabul edilmiştir. Bu yıllarda Mısır’da insan vücudunda oluşan hasarlarda, veraset ve evlilik gibi konularda hekimlere danışılmaktaydı. Eski Mısır’da hukuk ve tıp uygulamalarının örnekleri çok erken çağlarda başlamıştı. Hekimlerin hastalarını tedavi prensipleri belirlenmiş; yapay mumyalaşma uygulanmaya başlanmış; gebelik, düşük, cinsel ilişkiler ile ilgili kuramlar tanımlanmış ve MÖ 1700 yıllarında bıçak yaraları ayırt edilmiş ve dışta travma bulgusu olmayan başka bir kişide kafatası kırığı tarif edilmişti.

Bilinen en eski hukuk kuralları Babil Kralı

Hammurabi (MÖ 1700) zamanında oluşturulmuş olup, **Hammurabi Kanunları** adı ile anılmaktadır. Hammurabi Kanunları aynı zamanda hekimlerin hakları ve yükümlülüklerini belirleyerek, hastasını öldüren veya yaralayan hekimin sorumluluklarını ortaya koymuştur. 219. paragrafta “hekimin bir kölenin yarasını tunç bıçak ile tedavi ederken öldürmesi durumunda yerine başka bir köle bulacağı” ifadesi yer almış, yanlışlık yapan hekimin elinin kesilmesi ya da hastanın sosyal statüsüne göre para cezası ödemesi hükümleri getirilmişti. Ayrıca hekimlere ödenecek ücretler, zina, boşanma ve ırza geçme ile hükümlerde tanımlanmaktaydı. Yine MÖ 1400 yıllarında uygulamaya konulan Hitit Kanunları’nda ise bilirkişilik müessesesi tanımlanmış, kişilerin uğradıkları zararların karşılanmasına yönelik tazminat miktarları belirtilmişti. Günümüzde dünya hukukunda yer alan tanıklık ile ilgili prensiplerin temelleri ise aynı

dönemlerde Hindistan’da uygulanmış olan Manu Kanunları’nda atılmıştı.

Roma’da MÖ 600 yıllarında yaşamış olan Numa Pompilius zamanında, adli tıp uygulamalarında önemli bir yeri bulunan kanunda, doğum sırasında ölen kadınların hemen karnının açılması şartı konulmuştu. Yine bu yıllarda zihinsel özürülülerin ceza sorumlulukları düzenlenmiş, hastasının ölümüne neden olan hekimin cezalandırılması prensibi kabul edilmişti. MÖ 572 yılında ise, Lex Aquillia Kanunu’nda yaraların ağırlık dereceleri ile ilgili hüküm yer almıştı.

MÖ 460-355 yıllarında Yunanistan’da Hipocrates yaraların öldürücülük durumlarını incelemişti. MÖ 449 yılında yürürlüğe konulan Roma Kanunları’nda

ise, gebelik süresinin 300 günü aşamayacağı, uterustaki bebeğin medeni haklara sahip olduğu, puberte öncesi çocuklarda ceza indirimi uygulanması gerekeceği belirtilmiş; ölümlerin defninde uygulanacak kurallar tanımlanmıştır. Yunanistan’ da MÖ 384-322 yıllarında Aristoteles üreme ile ilgili bilgileri tarif etmiş, MÖ 287-212 yıllarında Archimedes’ in altının hileli olup olmadığı konusunda yapmış olduğu danışmanlık Adli Bilimler’ in ilk uygulaması olarak tarihte yer almıştır.

MÖ 44 yılında Julie Cesar suikast sonucu öldürüldüğünde, o sıralarda Roma’ da uzman hekim olarak görev yapmakta olan **Antistius** cesedi muayene ederek, 23 bıçak yarası olduğunu, bunlardan birinin göğüs duvarında birinci ve ikinci kaburga arasından girerek ölümü meydana getirdiğini ortaya koymuştu. MS. 200 yılında tıpla ilgili yasal yönleri bulunan ilk kitap Claudius Galen tarafından yazılmış; daha sonraki yıllarda, Roma’ da uygulamaya giren Justinyen Yasaları (MS 483-565)’nda tıp ve hukuku birlikte ilgilendiren kanunlar yer almış ve bu kanunlarda, günümüzdeki adli tıp uygulamalarının da konusu olan pek çok tanım hayata geçirilmiştir.

Tıp hukuku tarihçesinde geçiş dönemi olarak kabul edilen ve 5. yüzyıl sonlarından 16. yüzyıl sonlarına kadar devam eden dönemde yasalar geliştirilmiş ve bu yasalarda adli tıbbın yaşam içerisindeki önemi ön plana çıkmaya başlamıştır. Lex Alamennarum’ da yaraların ağırlık derecelerine göre tazminat ödenmesi, Salic Yasası’ nda yaralıların yetkili kişilerce muayene edilerek rapor düzenlenmesi, Charlemange Yasalarında dövme, yaralanma, infantisid, intihar, ırza geçme, bestialite, impotans olgularında hekim görüşüne başvurulması, Kudüs Kararlarında cinayetlerde, ölüm nedeni, yaraların lokalizasyonu ve aletlerin belirlenmesi gibi hükümler, adli tıp uzmanlığının ilk uygulama alanları olarak belirlenmiştir.

MS 768- 814 yıllarında yaşamış olan Alman İmparatoru Şarlman, insan sağlığı konusunda “gün gibi aşık kanıtlar aranacağını” bildirerek; yaralanma, tecavüz, çocuk öldürme ve evlenmenin iptali gibi konularda tıbbi bilirkişi görüşüne başvurulması gerektiğini belirtmiştir.

9. yüzyılda İngiltere’ de yasal soruşturma yetkileri ile donatılmış bir kişi olan Coroner’ in görev yaptığı “Coroner System” kurulmuştur. İlk yıllarda asli görevi ölen kişinin Norman veya Sakson olup olmadığını araştırmak olan Coroner System’ in görev alanına ileriki yıllarda ölüm nedenlerini araştırma görevi de eklenmiştir.

11. yüzyılda Fransa’ da ve İtalya’ da Adli Tıp Uzmanlığı uygulanmaya başlanmıştır; meşhur bir cerrah olan **Hugo de Lucca** 1249 yılında Bologna’ da adli tıp uzmanı olarak yemin etmiştir. 1302 yılında ayrıntılı olarak belgelenmiş ilk adli otopsi **Bartolomea de Variagiana** tarafından Bologna’ da uygulanmış ve ölümün zehirlenme sonucu

meydana gelmiş olduğu belirlenmiştir. Aynı yıllarda, Çinli Sung Tu tarafından şüpheli ölümlerin araştırılmasına yönelik bir kitap yayınlanmıştır; Fransa’ da 1374’ de otopsi yapma yetkisi Papa tarafından Montpellier Fakültesine verilmiştir. İlerleyen yıllarda adli tıbbın önemi gerek yasaların içerisinde, gerekse uygulamada artmış, adli tıbbın alanları bir bir ortaya çıkmaya başlamıştır.

1650’ de Almanya’ da Leipzig Üniversitesinde Johann Michaleis tarafından adli tıp ile ilgili ilk konferans düzenlenmiş, 1663’ de bebeğin canlı doğup doğmadığına yönelik olarak **Bartholin hidrostatik deneyleri** tanımlanmıştır. 17. yüzyılın sonları ve 18. yüzyılın başlarında üniversitelerde adli tıp kürsüleri kurulmaya başlanılmış ve adli

MS 768- 814 yıllarında yaşamış olan Alman İmparatoru Şarlman, insan sağlığı konusunda “gün gibi aşık kanıtlar aranacağını” bildirerek; yaralanma, tecavüz, çocuk öldürme ve evlenmenin iptali gibi konularda tıbbi bilirkişi görüşüne başvurulması gerektiğini belirtmiştir.

tıpta eser sayısı artmış, Amerika’ da coroner system benimsenmiş ve bazı eyaletlerde “**medical examiner**” tanımı ortaya çıkmaya başlamıştır. 18. yüzyıl sonları ve 19. yüzyılın başlarında adli bilimler alanında hızlı gelişmeler olmuş; mikroskopi, fotoğrafı ve radyolojiden yararlanılmaya

başlanılmıştır. 18. yüzyıl ortalarında adli psikiyatri alanında gelişmeler başlamış, akıl hastalıklarında tedavi ve bilirkişilik konuları ön plana çıkmıştır.

Yine 16. yüzyıl ile 18. yüzyıl arasında yer alan adli tıp kitaplarında zehirlerle ilgili bilgiler yer almış, 18. yüzyıl sonrasında adli toksikoloji alanı gelişimine devam etmiştir. 19. yüzyıl başlarında kimlik tespiti ve kriminalistik alanında ilk uygulamalar gerçekleştirilmiş, 1923’ de **Locard** tarafından olay yeri incelemesinin temel prensiplerini ortaya konulmuştur.

Günümüzde tıp hukuku, adli tıp ve adli bilimler alanı, suçlu ve suç tiplerinin artışı ve gelişimine paralel olarak daha fazla bilgi ve teknoloji kullanımına gerek duymakta, her geçen gün genişleyen bir çalışma alanına yayılmakta ve hızla kendisini geliştirmektedir.

Günümüz Türkiye’sinin tıp hukuku, adli tıp ve adli bilimler alanında Avrupa ülkeleri takipçiliğini bırakıp hem toplumuna uygun hem de tıp hukuku dünyasına katkıda bulunacak yatırımlar ve araştırmalara daha fazla emek harcanması gerekmektedir.

Sanatçı Doktorlarımızdan...

Dr. Edip Kaymak / Mersin Merkez 9 No'lu Sağlık Ocağı Sorumlu Hekim

1956 Sivas Zara doğumlu. Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1990 yılında mezun oldu. İlk görev yeri Ağrı Tutak'ta 10 yıl çalıştı. Sonra sırasıyla Tarsus Dedeler Sağlık ocağı, Mersin 7 Nolu Sağlık Ocağı ve Kargıpınarı 112'de görev yaptı. Halen Mersin 9 Nolu Sağlık Ocağında çalışmaktadır. Resim, müzik, şiir, fotoğrafçılık ve folklorla ilgilenmektedir. Aşağıda şiir ve çizimlerinden bir demet görülmektedir.

Pervane Böcekleri...

Ölmeden önce;
Bir pervane böceği.
Düşmeden önce bir yaprak.
Titrer gibi, kalbin gibi, sen gibi...
Biz de o misal; yaprak gibiyiz.
Düşenler bekliyorlar;
Silkeliyorlar,
Gel diyorlar, "gelsen de olur, gel desen gibi"...
Biz de o misal;
Pervane böceği gibi;
Dönüp, dönüp düşüyoruz.
Bir "Gün" lük ömrümüz de;
Sabah doğup akşam ölünce,
Bakıyorum; yanımda bir hayal,
Yanımda ki sen; sen gibi...
Sabah doğduğun da;
Nasıl da küçücüktün.
Nasıl da süslenmiştin.
Öğlen de nasıl güzeldin.
Ölüme hazırlanırken;
Düğüne gider gibi...
Kanatların nasıl da İnci Beyazı oldu.
Nasıl da anladın;
Benim de öleceğimi.
Nasıl da öptün yanaklarımdan;
Beni terk eder gibi...
Bir yolu yok mu diye;
Ölüm erteler mi diye;
Biriktirdiklerimiz bir işe yarar mı diye;
Umullandık.
Biriktirdiklerimiz bizi doyurur sandık.
Aşk gibi, hüznün gibi, keder gibi...
Bize ölümün muştusunu getirdiler;
Sevinelim diye...
Nasıl da haykırdın;
Sen yoksan; ben zaten....

Nasıl da tuttun elerimden,
Beraber ölelim diye...
San ki; Bir ölüm gizli,
Her ışığın yanın da...
San ki; Ayrılıklar var,
Her sevdanın sonun da...



DÖNÜŞÜR;
"DÖN" diye başıran olduktan sonra...
ÖLÜNÜR;
"GEL" diye çağırılan olduktan sonra...

Edip Kaymak
15. Ocak 1986. -
pusat. -

Pakize

Ben Askerdeydim.
Ben Pakize' nin hayta sevgilisi...
... "elin delisi..."

Fırsat bu fırsat,
Pakize' yi benden kurtarmak için
Başını bağladılar,
Nişanladılar...

...ve ben askerden kaçtım.
Pakize gönlümde Kraliçe Belkıs.
Bir Bağbozumu zamanı,
Gözümü kan büriümüş...

Her tarafım darmaduman,
Kalbim bile paramparça.
...Desinlerki;... "elin delisi..."
Pakize' nin nişanlısını öldürmüş...

Sanki bu bağları bozan ben.
Sanki benim elin sevdiceğini alan.
Konu komşu ona ağladılar...
Beni anlamadılar...
Beni anlamadılar...

Kim çıkarmış bu Bağbozumunu.
Sulara hüznünü kimler basmışki.
Hüzünki;
Acının can yoldaşı,
Bağbozumunun sevgilisi...

Ben askerdeyim.
Ben Pakize' nin hayta sevgilisi.
Ben bu bağların delisi...

İşte;
Bağbozumu.
"Üzümlerin hüznünlendiği zaman."
Acısı ondandır şarapların.
Esrikliği, burukluğu, kekriliği,
Sarboşluğu, hasreti.
...Velhasıl bütün sülalesi...

Ben askerdeyim.
Ben Pakize' nin hayta sevgilisi...
Benki;
"Elin Delisi..."

Ben Pakize' nin,
Basma entarisine vurgunum.
Beni;
O' nun örgülü saçları bağlar.

Saçlarını çözdüğü zaman,
Bağbozumudur.
...ve seveda böyle bir şey,
...ve aşk budur...

Bir falcıda biz bulalım.
Alnumıza mı bakar,
Avucumuza mı.
Gerçi bakılacak falımız mı kaldı...
Falcıyı dinleyecek halımız mı kaldı...

Yinede sen uzat ellerini.
Pakize' nin elleri kımalı.
Benim ellerim ranzanın soğuk demirlerinde.
Rüyaymış meğer bütün bunlar,
İşıldayan yıldızlar gibi.

Ben hapislerdeyim,
Ben Pakize' nin hayta sevgilisi...
Ben mapus damlarının,
...aşık Delisi ...

Ben hüznünlü bir seveda,
Bir ayrılık gibiyim...
Ben Pakize' nin;
"eski" sevgilisiyim...



Kör Falcı...

*Şu yalancı, uğursuz,
Şu kör falcının;
Tüm dediklerinin tutası varmış...
Gerçekmiş ölümle ayrılık aşkı.
Demek ki;
Ölümden ötesi varmış...*

*Şimdi uzaklarındayım meşklerin.
Özlemediğim hiçbir hayalin yok.
Her şeyin ama her şeyin
Her şeyin gözümde tütesi varmış...*



Kıyamet...

*...
Sen gideli;
Yaprakların döküldüğü,
Zamanları bilirim...
Hayallerin;
Ayaklarına kapanırım,
Ölürüm...*

*Sen sanıyormusun ki;
Çiçekler her bahar açacak.
Kar yağacak lapa lapa,
Olan bitenin üstüne.
Kıyamet kopmasa haşa,
Deliririm...*



Hastayı Beklemek

*Hastayı beklemek,
Nasıl zor şeydir.
Ne zaman biter,
Ne zaman gelir...*

*Geceler bitmezki
Başında onun.
Ne zaman dirilir,
Ne zaman ölür...*

Nine...

*Hey ihtiyar nine
Yalnızlık çok zor
diyorsun.
Akşamları;
Bize misafir
gelsene...*



Doktorun Sonu...



*"De'in Sonu"
29 Mayıs 88.
edip yaprak...*

Yaşamın Kesintiye Uğramadığı Bir Kent: Tarsus

Arş. Gör. Erkan Alkaç

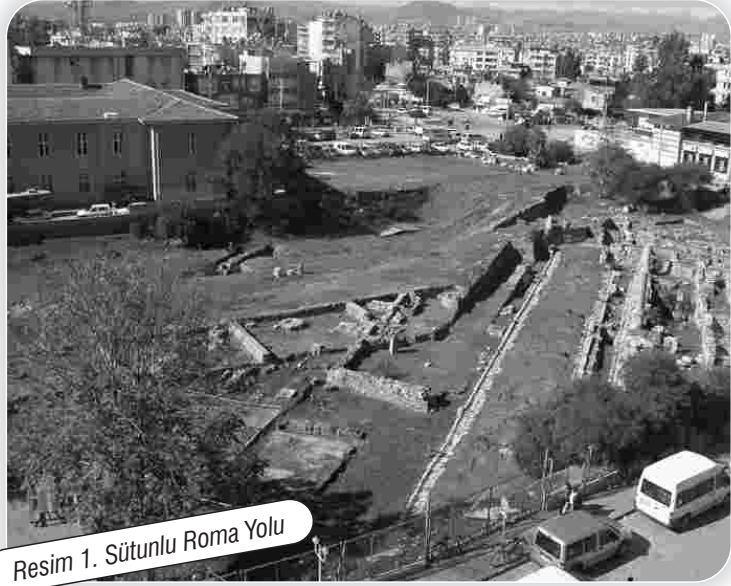
Mersin Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Arkeoloji Bölümü

Tarsus, İlkçağ'dan günümüze kadar Akdeniz ve Karadeniz Havzalarında kurulan yerleşimler arasında, yaşamın kesintiye uğramadan günümüze kadar ulaştığı ender kentler arasında yer almaktadır. Tarsus'ta yaşamın ilk izleri, 1930'lu yıllarda kent merkezinin güneyinde bulunan Gözlükule Höyüğü'nde gerçekleştirilen arkeolojik kazılar sonucunda tespit edilmiştir. Bu arkeolojik kazılar, Tarsus tarihinin günümüzden yaklaşık olarak 7 ya da 8 bin yıl öncesine, insanoğlunun yerleşik hayata ve köy yaşamına başladığı, avcılıktan toplayıcılığa geçtiği Neolitik Dönem'e kadar uzandığını ortaya koymuştur.

Tarsus kentinin kuruluşuyla ilgili olarak çok sayıda Mitolojik hikaye ile birlikte Eskiçağ yazarlarının aktardığı bilgiler bulunmaktadır. Yunan mitolojisinde, uçan at Pegasus ya da Bellerophon, Kilikia Ovasında yolunu şaşırarak ve Tarsus'un bulunduğu yerde ayağını sakatlamıştır. Bu yüzden kente Yunanca "ayak tabanı" anlamına gelen Tarsos ismi verilmiştir. Eskiçağ yazarlarından Strabon, Tarsus'un, lo'yu aramak üzere Triptolemos ile birlikte dolaşan Argoslular tarafından kurulduğunu belirtmektedir. Abydenos ve Beresos ise, kentin M.Ö. 696 yılında Asur kralı Sanherib tarafından Babil kenti örnek alınarak inşa ettirildiğini söyler. Nikomedialı tarihçi Arrianos, Anakyndarakses'in oğlu Sardanapalos, Ankhilae ve Tarsus'u aynı günde kurduğunu iletmektedir. Tarsus'un kuruluşu ile ilgili bu tarz çok sayıda bilgileri sıralamak mümkündür.

Tarsus kurulduğu günden itibaren, Luwi, Hitit, Asur, Pers, Yunan, Roma, Bizans, Emevi, Abbasi,

Memluk, Ramazan Oğulları ve Osmanlı egemenliklerini yaşamıştır. Bu uzun egemenlik izlerini kentin farklı dönemlerde değişen isimlerinde de görmek mümkündür: Hitit'de Tarsa, Asur yazılı belgelerinde Tarzi, M.Ö. 5. yüzyılın ikinci yarısına ait kent sikkelerinde Aramice ve Yunanca ile yazılmış Tarz ve Ters, Yunan'da Tarsos, Seleukoslar'da Kydnos (Bugünkü Berdan Çayı)



Resim 1. Sütunlu Roma Yolu

yakınındaki Antiokheia, Roma'da Luliopolis-Tarsus ve Arap kaynaklarında Tarasus.

Tarsus, Neolitik Dönem'den günümüze kadar sürekli yerleşim gördüğü için bugün antik kente ait tarihi eser kalıntılarının çoğu toprak altında yer almaktadır. Modern kentle antik yerleşim, Tarsus'ta iç içe geçmiştir. Hemen hemen bütün antik yapılar, birbirine yürüme mesafesi kadar uzaktır. Kentin en erken yerleşim alanı Gözlükule Höyüğü'dür. Höyüğün Tunç Çağı döneminde evler

ve bu yapıları çevreleyen bir sur sistemi tespit edilmiştir. Bugün Tarsus'un neresinde bir inşa faaliyeti gerçekleştirilse antik kente dair yapılar mutlaka karşımıza çıkmaktadır. Buna 1993 yılında kent merkezine yapılmak istenen kapalı otopark temelini açma işlemi esnasında, modern kentin yaklaşık 5 m. altında sütunlu Roma Caddesi'nin rastlantı sonucu bulunması örnek gösterebilir. Bu Roma Caddesi, yaklaşık 7 m. genişliğindedir.

taşından dış bükey olarak inşa edilen caddenin alt yapısında bir kanalizasyon sistemi yer almaktadır. Sütunlu caddenin hemen arkasında yer alan yapıların ise agoraya ait olduğu düşünülmektedir (Resim 1).

Kent merkezinin doğusunda yer alan Donuktaş Roma Tapınağı görülmesi gereken ilginç yapıların başında gelmektedir. Çünkü tapınak, yaklaşık 98 x 43 m. ebatlarında, 8 m. yüksekliğinde ve 6.50 m. duvar kalınlığına sahiptir.

Korinth düzenindeki tapınak, 10 x 21 sütun sayısına sahiptir. Anadolu'daki boyut açısından en büyük tapınaklar arasında yer almaktadır.

Kentin sur sisteminin bir ögesi olan günümüzde de Kleopatra Kapısı olarak anılan giriş ayakta durmaktadır (Resim 2). Bu girişin yaklaşık 100 m. batısında modern bir binanın inşası sırasında rastlantı sonucu bulunan, anıtsal tonuzlu mezar ilginç bir mimari öge olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu mezardan çıkan gömü hediyeleri ve pişmiş toprak lahitler, Tarsus Müzesi'nde sergilenmektedir. Roma Dönemi'ne ait hamam yapısının bir kısmı ayakta kalmıştır. Ama bu yapı, Roma Dönemi'nin büyük hamamları arasında yer aldığı düşünülmektedir.

Kent, ayrıca bir Roma tiyatrosuna da sahiptir. Bu tiyatro sırtını Gözlükule Höyüğü'nün yamacına dayamıştır. Fakat günümüze bu tiyatrodan çok az iz kalmıştır. Fakat odeon (meclis binası) ve stadyumdan ise mimari kalıntı günümüze kadar ulaşmamıştır. Bu yapıların, Gözlükule Höyüğü çevresinde olduğu ileri sürülmektedir.

Kentin diğer ilgi gören alanlarından biri de Hristiyan dünyası için önemli olan Tarsus'ta doğmuş Aziz Paulus'un evi olduğu düşünülen mekandaki kuyudur.

Her yıl binlerce turist kutsal saydıkları bu kuyuyu ziyaret etmektedir. Gözlükule Höyüğü'nün



Resim 2. Kleopatra kapısı



Resim 3. Kydnos nehri

yakınlarında yer alan Aziz Paulus Kilisesi, Kültür Bakanlığı tarafından restore ettirilmiştir. Kilisenin tavanında, Hz. İsa ve dört havarisinin freskoları yer almaktadır. Paulus kuyusunun çevresinde yer alan Tarsus evleri, 2000'li yıllarda Kültür Bakanlığı tarafından restore edilmiştir. Kentin doğal güzellikleri ile tarihinin bir arada bulunduğu yerler arasında Tarsus Şelalesi' de bulunmaktadır. Antik dönemde Kydnos olarak anılan nehrin sularının aktığı Şelale altında, merdivenle inilen kaya mezarları görülmektedir (Resim 3).

Burası Orası

...Uludere, dere boyunca kurulmuş uzun ince bir ilçe. Küçük ama yeşillikler içinde bol ceviz ağacı var. Kapıda İnternet Kafe yazan kahvemsî bir yere girdik. İçerde bir bilgisayar var. Girişte bir yazı: BURASI ORASI.

Dr. Halit Ergönül
Merkez 1 No'lu Sağlık Ocağı

Ekim 2004, sıcak bir sonbahar sabahı Cizre' ye indik. Sağlık Bakanlığı Mersin Şırnak kardeş şehir projesi var. Mersin ili kızamık kampanyası boyunca Şırnağı desteklemiş ve biz de şimdi denetleme görevindeyiz.

Cizre' de bizi Şırnak' a götürmek üzere resmi bir araç karşıladı. Bindik yola koyulduk. Cudi ve Gabar dağları arasındaki meşhur Kasrik boğazını geçince doğa değişmeye başladı. Kasrik boğazındaki dağa kazınmış tarihi yontmaların hedef tahtası olarak kullanıldığını görmek çok üzücüydü.

Bozkırı geçtikten sonra dağların arasında Şırnak görüldü. Kıvrılan bir yol ile dağların yamacındaki Şırnak'a ulaştık. Öğretmenevine yerleştik. Hemen toplantı yapıp kızamık aşı sonrası denetleme için gruplara ayrıldık. Bana Uludere ilçesi çıktı.

Ertesi sabah Uludere' ye gittim. Uludere, dere

boyunca kurulmuş uzun ince bir ilçe. Küçük ama yeşillikler içinde bol ceviz ağacı var. Kapıda İnternet Kafe yazan kahvemsî bir yere girdik. İçerde bir bilgisayar var. Girişte bir yazı: BURASI ORASI. İçinde her şey olan yarım ekmek tost yedik. Bence adı Uludere Special. İlginçtir ayran yoktu ama kutu cola vardı. Yemek yerken duvardaki yazıları okudum. Biri dikkatimi çekti:

Çayımız sıcak
dostluğumuz gibi
Çayımız kaçak
sevdamız gibi

Sağlık ocaklarını gezdik. Denetleme korkusundaki personele bunun denetleme değil yardım etme olduğunu anlatıp aşı konusundaki bilgi ve tecrübelerimizi anlattık. Bir şey yapamasak bile inanın sadece dertlerini dinlemek bile onları mutlu etti. O zaman Uludere' de kadrolu doktor yoktu, geçici görevli iki doktor çalışıyordu. Sağlık grup başkanı kadrolu dış tabibiydi ama aşıya geçici gelen doktorlardan daha ilgiliydi. Personel yeterliydi ama hepsi işe yeni başlayan sözleşmelilerdi. İstekli ve çalışkanlardı ama bilgi, tecrübe eksiklikleri vardı.

Akşam Şırnak'a döndük. Toplandık. Herkes yorgun ama bir şeyler yapmanın mutluluğu içindeydi. Yemekler et ağırlıklıydı. Saç kavurma nefisti. Şırnak'ta su boldu ama içecek temiz su bulunmuyordu. Altyapı bozukluğundan içme suyuna kanalizasyon suyu karışıyordu. Halk içme suyu işini farklı şekilde çözmüştü. Ağırlıklı olarak semiz yerine koyu kaçak çay içiyorlardı. Hem temiz sıvı alıyorlardı hem de ishali önüyorlardı. Çocuklar mı? Onlar Allaha emanet.



Günlük kızamık taramasına çıkıyorduk. Ben ve ekibim denetlemeden çok eksik aşları bulup tamamlıyorduk. Köy belde mezra her yeri geziyorduk. Bir gün bir mezrada ağaçların arasında köylü giyimli bir genç gördüm, yanıma çağırırken sordum: Türkçe biliyor musun?.

Cevap ilginçti: Evet Türkçe ve İngilizce biliyorum biraz da Almancam var. İstanbul Uluslararası İlişkiler mezunuyum. Biraz dumura uğrasam da hem şaşırırım hem sevindim. Tanıştık bu köydenmiş yurt dışında çalışıyormuş köye düğüne gelmiş.

Başka bir gün yine köy düğüne denk geldik. Yemeğe davet ettiler. Yemek oldukça yağlıydı. Mecburen yedik. Sonra bir ishal başladı sormayın. Gezdiğimiz sağlık ocaklarını denetlemeye tuvaletten başlıyordum. Sağlık ocağı olmayan köylerde camiye zor yetişiyordum. Sağlık memurları duruma şaşırıyorlardı. Bir köye gelince hemen soruyordum: Cami nerede? Olayın aslını anlatınca gülmekten öldüler.

Herkes bir ilçeden sorumluydu ama ben duramadım tüm ilçeleri gezdim. İdil'de bombalanmış ve öylece anıt olarak bırakılmış askeri lojmanı gördüm. Cizre'nin sığacağını, yollardaki çöplerini gördüm. Silopi, Habur hep ilginç yerlerdi. Karpuz çekirdeğinin ekonomik yönden karpuzdan değerli olduğunu gördüm. Cizre'nin Mardin'e yakın köylerinde bir okula girdim öğrencilerin isimleri ilginçti: Barbara, Helen,

Christine. Meğer gayrimüslim köyüymüş. İnanın Cizre'nin aksine tertemizdi.

Uludere' de farklı bir köy vardı: Dağdibi köyü. Hakkari sınırında bir köy. Kovboy filmi gibi bir kanyondan geçilerek giriliyordu. Yol, ırmak yatağından bozma, yerler çakıl. Beş km. yolu yarım saatte alarak köye girdik. Köy değil sanki bir cennet .Çöl ortasında bir vaha gibi. Orası dağlar arasında kapalı bir yer olarak kalmış ve iklimi ılımanlaşmış. Meyve sebze bolluğu var. Ama bu girişi zor olan köye ulaşım zorluğu var. Kışın yollar kapanıyor. Geçen sene yollar kapalıyken kızamıktan çocuk ölümleri olmuş. Bizi sevinçle karşıladılar. Duygulanmamak elde değildi.

Kısa süren görevimiz bitti, dönüş hazırlığına başladık. Terörü merak ettiniz biliyorum.

*Terörü görmedim Şırnak'ta
Kolları ayakları eksik insanlar gördüm.*

*Terörü görmedim Şırnak'ta
Gözleri görmeyen insanlar gördüm.*

*Terörü görmedim Şırnak'ta
Yol boyunca mayın tarayan askerler gördüm.*

*Terörü görmedim Şırnak'ta
Her yerde kontrol noktaları gördüm.*

*Terörü görmedim Şırnak'ta
Ama hissettim.*



Sağlıkta Dönüşümle Köşe Nasıl Dönülüyor

Uzm. Dr. Gürsel Erkinç
Çocuk Hastalıkları ve Kadın Doğum Hastanesi

En zor şey karanlık bir odada kara bir kediyi bulmaktır. Özellikle odada kedi yoksa.”

(Konfiçyüs)

Ulusal burjuvazinin olmadığı bir ülkede, ulusal emekçiler de aynı mekanda, ulusal bütünlüklerini, “kara kedilerini” arıyor. Anti kapitalist olmadan, antiemperyalist olunacağını sanayanlar, “kara kedilerini”, bağımsız ülkelerini eleştirme amacıyla, karanlık politikalar dünyasında arıyor. Dinci bağnazlık, yeryüzünü cehenneme çevirip, cenneti vaat ediyor. Karanlık mağaralarda, kara kedi avları düzenliyor.

İktidardaki İslamcılar, aşağıladıkları “gavurların” emperyal politikalarının bir parçası olmaktan hiç sıkılmıyor, üretimlerinde zerre katkıları olmadığı gibi, o cihazları üreten organize akıl’a zerre saygı duymadan Batı’nın teknolojik ürünlerini kullanmaktan gocunmuyor; ticareti, kapitalizmi kutsuyor; para, tüketim ve kar dünyasının dünyayı nasıl mahvettiğine dair en küçük fikirleri yok! Para, ticaret, kar’ın, karanlık dünyasında yaşam alanı bulması mümkün olmayan, “kara kediyi”, ahlaki arıyorlar.

Hekimler de “kara kedilerini”, bir zamanlar abartılı da olsa özel emeklerine saygıyı, ayrıcalığı, geleceğe ait maddi kaygısızlığı karanlık bir ülkede, arıyorlar. Oysa bu bir çağın sonudur. Artık bulunamayacaktır. Bu batının 150 yıl önce yaşadığı, bilinen bir hikayedir!

“İktidarı ele aldığı her yerde burjuvazi feodal ataerkil duygusal ilişki olarak her ne varsa hepsine son verdi. İnsanı doğal efendilerine tutsak eden karmaşık feodal bağları hiç acımadan kopardı ve insanla insan arasında çıplak özçakar ve katı peşin ödemeden

başka bir bağ bırakmadı. Burjuvazi dinsel inancın ateşli ve kutsal coşkusunu şövalyelik ruhunu duygusallığı bencil hesabın buzlu sularında boğdu. Burjuvazi kişisel değeri bir mübadele değeri haline getirdi ve binbir güçlülükte elde edilmiş sayısız özgürlüklerin yerine o biricik ve acımasız özgür ticareti koydu. Tek sözcükle dinsel ve politik aldatmaların maskeleydiği sömürü yerine zorba utanmaz doğrudan ve çıplak sömürüyü koydu. Burjuvazi o zamana dek saygınlığı olan ve kutsal bir saygıyla karşılanan bütün mesleklerin nişanelerini koparıp attı. Hekimi hukukçuyu



papazı ozanı bilim adamını kendisinin ücretli emekçileri içerisine kattı...” K.Marks

Bir farkla ki, bizim gibi ülkelerde, sonradan görme ve o denli açgözlü kapitalist kasabalı, ‘uygar’ Batı’dan farklı olarak, (belki de hekimlerden çok kendi halkını daha değersiz gördüğünden olabilir) hekimleri değersizleştirerek, emeklerini ucuzlatma, onları ucuz ücretli işçi yapma amacıyla ve bunda ciddi bir yol almış durumda. Sermayenin emrinde ehlileşmiş ve ucuzlatılmış hekim emeği olsun isteniliyor. Gülünç olan şu ki, ucuza aldığı

etten olacak yahniyi yedikten sonra, tatsızlığına şaşırarak yüzünü buruşturacaktır.

1. Hekimlerin Aşağılanması

Yüz bin hekim, 70 milyon insanın önüne itiliyor; “alın, tepe tepe kullanın” deniliyor. “Eti de sizin, kemiği de!” Bedeninin, aklının ve ruhunun yeterli beslenemediği, onlarca milyonunun okuma yazma bilmediği, bilen de okumadığı; bilim sanat emeğinin önemini, değerini anlamakta zorlanan insanların önüne. Bu koşullarda, karşılıklı saygının daha da önemli olduğu hasta hekim ilişkisi “birileri” tarafından “hasta” edilmektedir. Bakanın, yöneticilerin, başhekimlerin saygı duymadığı, ulu orta aşağıladığı hekimlere, “halkın” da saygı duymamasından daha doğal ne olabilir? (Saygısızlara da kim saygı duyuyor; bunu merak eden bile yok.)

Bugün bir hekim apaçık tehdit, hakaret, saldırı karşısında yapyalızdır. Bakanlık “bir açığıny yakalasam da; bir şikayet olsa da” yeniden aşağılasam hevesi içindedir. Bir hekim, bir kusuru olmadan “doğal” bir ölüm olayında, önlenemez bir komplikasyon sonrasında hasta yakınları tarafından linç edilse, ancak öldürülmemişse “hukuk devleti” düzeni için bu “doğal, normal” sayılmakta, olay bakanlık, basın, “halk” tarafından hoşgörü ile karşılanmaktadır. Hekimlere yönelik en çirkin, vahşi saldırılar, ancak hastanelerin kuytu köşelerinde sessizce konuşularak atlatılmaya çalışılıyor. Sanki birileri söylemiyle, çıkardığı yönetmelikleriyle bu “durumu” arzulamaktadır! (Bu aslında bir HİNÇ politikasıdır. “Aşağılanmışların”, aşağılamaktan kendini alıkoymadıkları hınç politikası. “Ben o 80 yıldır aşağıladığınız kasabalı; ibadet eden, inanan insan! Bıyığım, takkeme, takunyamla alay etmişsiniz hep. Şimdi sıra bende! Canınıza okuyacağım zaman geldi!” Bu “psikanalitik” yaklaşım, herhangi bir sağ partinin yapmak zorunda kalacağı “sağlıkta dönüşümün” yalnızca üslubunu açıklamak içindir. Sağlık politikasında yaşanan süreç, bir Dünya Bankası, uluslar arası sermaye politikası olduğu için elbette temel gidişatta ciddi bir değişiklik olamazdı.)

Kamu hastanelerinde klinik hekimlik yapmak giderek daha da çekilmez oluyor. İşinizi iyi yapmanız kimin umuru? Bir gün bir nevrotiğin şikayetleri ile sizin canınız günlerce* sıkılabilir, iş veriminiz dibe çekilir. Ve nevroitik şahısa verilen değer karşısında o güne dek tüm yaptıklarınızın anlamını, değerini sorgulamaya başlayabilirsiniz.

Hiçbir şeye saygısı olmayan bir kitlenin önüne itilen doktordan, hastalara kölece bir hizmet

beklenmektedir. Önceki yüzyıllarda kürek cezasına çarptırılan mahkumlara, kırbaçlar ve davullar eşliğinde kürek çekirme “modeli” bugün hekim çalıştırma modelidir. Sağlık hizmetinin yürütülmesini sağlayan hekimler şikâyet, soruşturma, mahkemeler yetmezmiş gibi bir de gönüllü dedektiflerle denetleneceklerdir.

Son 30 yılda doğmuş insanlar tutarlı bir dünya görüşünden çok uzak, hayat ve inanca dair çelişkili dogmalarla eğitildiler; hayatı, dünyayı, insanı, kendini öğrenmeden genç, orta yaşlı oluvermişler, anlayamadıkları, değerlendiremedikleri bir dünya içinde patlamaya hazır öfkeli, saldırgan, acımasız yaratıklar haline geldiler. Anlayamadıkları olgular bile onlar için “yabancı”, “dışarıda olan”, “fethedilecek, zorla ele geçirilecek” bir şeydir. Örneğin, hekimden zorbalıkla sağlık hizmeti almaya kalkışmanın mümkün olduğunu sanıyorlar. Bilim ve sanat emeğini horlayabilecek denli umutsuz cahil yığınlar, anti demokratik iktidarlarla birbirlerini besleyen güçler haline gelmektedir. Tarihte bu durumun örnekleri yaşanmış ülkeler vardır; aslında bu ayaktakımının; üretim faaliyetinden kopuk, salt tüketici kişiliğiz yığınların iktidardır ve önünde sonunda kol, kola faşizme giden sürecin elemanları olacaktır.

2. Toplumsal Değişim, Yozlaşma

“Negatif ve eleştirel öğeleri denetim altında tutan, dışlayan, başından savan her yapı, her sistem, her kitle tam bir iç patlamasına maruz kalarak bir felaket tehlikesiyle karşı karşıya kalır” (Tam ekran. J. Baudrillard)

Ülkemiz de bugün toplumsal ilişkileriyle tam bir “iç patlama” yaşanmaktadır. Türk-Kürt ve Laiklik-Din temelinde her iki taraf yandaşlarının da, birbirine hınçla, uzlaşmaz katı inanışlarının yol açabileceği “patlama” önümüzde durmaktadır; toplum bu “patlamanın” eşğine gelmiştir yanlış olacak sanırım. Bu patlamanın içindedir artık! Son 30 yıllık süreç, (“alaturka kapitalizm”, askeri dikta dönemi, güneydoğudaki çatışma kültüründe üremiş acımasızlığın meşruiyeti) ülkemiz insanlarını ve insani ilişkilerini yozlaştırmıştır. Gün geçmiyor ki, insanın kanını donduran, çocukların, kadınların şiddet, istismar veya cinayetleri ile insanın gözlerini dolduran bir olay olmasın. İnsanın zor zamanlarında sığınabileceği, olup olmadığından daha önemlisi “kalpsiz dünyanın kalbi olan” Tanrı’yı bile tekellerine alıp, kendi keselerini doldurmak, dünyalıklarını edinmek

için iktidarlarına meşruiyet sağlayan bir güç olarak algılananlar, zavallı insanlara gidecek, sığınacak yer bırakmadılar! Ümitsizlik içinde, birbirlerini, kendilerini, çocuklarını kolayca kıyıyorlar.

3. Sağlıkta Dönüşümün Amacı ve maliyeti

İlaç israfı reçete parasıyla önlenecek

Sağlık Bakanlığı, gereksiz muayenelere ilaç israfını önlemek için hasta katılım payını artırdı. Yeni düzenlemeye göre, hastalar, muayene olduğu sağlık kuruluşuna göre 3-10 YTL arasında katılım payı ödeyecek. Ücretler, ilaç üretken eczacılar tarafından tahsil edilecek.

Hasan Bozkurt / Ankara

Hastaların ödediği muayene karşılığı katılım ücreti arttırıldı. Sağlık Uygulama Tebliği'yle (SUT) getirilen düzenlemeye göre muayene ücretleri 3-10 YTL arasında değişiyor. Muayene ücretleri ilaç alım sırasında eczacılar tarafından tahsil ediliyor. Eczacılar hastadan tedavi ücreti almak bizim görevimiz değil, diyerek uygulamaya tepki gösterirken, vatandaşlar ise hastadan muayene ücreti beklemiyor.



Eczacılar uygulamaya karşı çıkıyor
Tüm Eczacı İseverenler Sendikası Başkanı Nuriye Saydan muayene ücreti uygulanmasını eczacıların istemediğini söylüyor: "Saydan, "Bayramda bir ağrı kesici yazılan hasta geldi, ilaç parasını dahi istemedim, 10 YTL muayene ücretini söyledim. Hasta bu ilaç bu kadar etmez diyecekti gibi" diyor. Eczacı Necdet Şerhabe da "Yatandaş özel hastaneye gitmiş, 2 YTL'lik ilaç yedirmiş, 2 YTL'lik ücret de 20' sine 40 YTL ediyor. 10 YTL muayene ücreti çıkıyor için toplam 10 YTL"

Hastane sermayesine özgürlük, hekime mecburi hizmet! AB'ye gireceğiz! Demokrasi, hukuk devleti ile Mecburi hizmet nasıl bir araya geliyor? Uysa da, uymasa da! Bu kurt kuzu hikayesi yalnızca. Askeri dikta dönemi uygulaması "artığı" mecburi hizmet ile hekimleri kuşatma başlatılıyor. Sermayenin kazançlı bulmadığı yerlere, mecburi hizmet ile hekim devşirilmeli ki sistem yürüsün.

Sermaye nereye gitmeli? Otomobil pazarı doydular. Beyaz eşya pazarı doydular. Sağlık sektörü dipsiz kuyu; ne kadar harcasan sonu yok. "Sağlıkta dönüşüm süreci" "devlete" pahalıya mal olmuş olsa da artık sağlık, paket, paket satılan bir "mal" oldu "hamdolsun!"

Sağlık Bakanlığının muhatabı hekimler değildir. Hastane patronları ve Bakan birlikte hekimlerin çalışma koşullarını saptamaktadır. "AKP'nin iktidar dönemi boyunca kendine yakın sermaye gruplarının en fazla önünü açtığı alanlar sağlık ve eğitim oldu. İki alanda da "yatırım" patlaması yaşanırken hem sağlık ve eğitim hizmetlerinin paralı hale getirilmesinde muazzam bir mesafe kaydedildi hem de kimi sermaye grupları bu alanlar üzerinden önemli büyümeler kaydetti...

"Türkiye'de 2006 yılında üretici fiyatlarıyla eczaneler kanalıyla 7 milyar dolar ilaç tüketilmiştir. Cari fiyatlarla 2006 yılında milli gelirimiz 400 milyar dolar, kişi başı milli gelirimiz de 5500 dolardır. Aynı yıl kişi başına ilaç tüketimimiz üretici fiyatlarıyla yaklaşık 100 dolardır, yani 2006 yılında ABD'nin kişi başı ilaç tüketimi Türkiye'nin yaklaşık 7 katı, İngiltere'nin

kişi başı ilaç tüketimiye Türkiye'nin yaklaşık 2,5 katıdır. Ancak, 2006 yılında ABD'nin ulusal geliri Türkiye'nin 33 katı, kişi başı ulusal geliri de 8 katıdır. İngiltere'nin ulusal geliri Türkiye'nin 6 katı, kişi başı ulusal geliri de 7 katıdır. (IMS Türkiye 2007 verileri, agk 1 ve 2) Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bugün geldiği noktada sürdürülebilmesi güçtür. ...Tıpkı ABD'de olduğu

gibi müşteri ilişkileri çerçevesinde sağlık hizmetlerinin bireyin parası ölçüsünde satın aldığı yani metalaştırıldığı bir küresel piyasalaştırma operasyonu adım adım gerçekleştirilmektedir... (Dr. Mehmet Altınok /Tıp Kurumu Başkanı, Dr. Ali Rıza Üçer/ Tıp Kurumu Genel Sekreteri)

" Princess Otel'de düzenlenen panelde söz alan Sosyal Güvenlik Müşavirleri Derneği Başkanı Ali Tezel ise 2007 yılında 27 milyar lira olan

sosyal güvenlik açığının, sosyal güvenlik reformunun birinci yıl dönümünde 54 milyar liraya ulaştığına dikkat çekti: "Devletin 2003 yılında 13,87 milyar lira olan harcamaları 2009 sonunda 44 milyar liraya ulaşacak." (Zaman, 02.10.2009

"Hekimler vatandaşın cebinden elini çeksin" denildiğinde o günlerde hemen aklımıza gelen "o cebi siz el atacak olmalısınız" yanıtı olmuştur. Katkı payları bir yana, kamu harcamaları bakanın, ya da hükümetin cebinden yapılmadığına göre ve borç alınarak finanse edilen sağlık harcamalarının 4 kat artırıldığı gerçeği ile öngörünün doğrulandığı söylenmelidir. "Ayrarın bulunmadığı halde..." tahteravanla çıkılan bir yolculuk hikayesi bu sağlıkta "dönüşüm"; sermayenin karlı dönüşümüdür; taşeronlar da tahteravanla dolaşmayı elbette hak etmişlerdir.

"Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Başkanı Emin Zararsız, ...Genç nüfusa rağmen sağlık giderlerinin altı yılda 7,2 milyar liradan 27,6 milyar liraya çıktığını belirten Zararsız, "Bizi endişelendiren sağlık harcamalarındaki artıştır. Buna 'dur' demek gerekir... Aynı ülkelerdeki kişi başı sağlık harcamasına bakıldığında Almanya'da 3 bin 499, Fransa'da 3 bin 800, İspanya'da 2 bin 700 dolar olduğunu kaydeden Zararsız, Türkiye'de ise 880 dolarda kaldığını aktardı. ...65 yaş üstü nüfusa bakmak gerektiğine dikkat çeken Zararsız, en fazla sağlık harcaması yapılan yaş grubunun 65 yaş üstü olduğunu ifade etti. Avrupa Birliği üyesi ülkelerde 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa

oranının ortalama yüzde 20'ler civarında bulunduğunu kaydeden Zararsız, Türkiye'de bu oranın yüzde 6,8 gibi çok düşük bir oran olduğunu belirtti. Zararsız, "Yani Türkiye genç bir nüfusa sahiptir ve sağlık harcamalarının bu ülkelere göre çok daha az olması normaldir." ifadelerini kullandı. (28.9.09 Gazeteler)

Bu ülkelerin sağlık harcamaları 2007 Gayri Safi Milli Hasıllarına oranlandığında (Kişi başına GSMH'ye göre ülkelerin listesi Vikipedi, özgür ansiklopedi) Onda bir oranını görürüz. (GSMH 2007 Almanya 33.356, Fransa 33.387, İspanya 27815, Türkiye 7500). Ne ilginç! Bizde yaşlı nüfus az! İlaç ve cihaz ithalat oranı yüksek ve dışarıya sermaye aktarması yüksek ve biz GSMH'nin onda birinden fazlasını harcıyoruz! Ve bu harcamalar ne hastane, ne ilaç ve cihaz üretimine ait. Salt harcama! Tedavi gideri! Geleceğe kalacak bir şey yok!

"Eğitim harcamaları azalırken sağlık ve sosyal güvenlik ile koruma harcamaları bu dönemde artmıştır. Sağlık harcamalarında % 50'yi aşan artış bu dönemde öne çıkan bir gelişme olmuştur. Sosyal harcamaların kendi içinde dağılımına baktığımızda, belirgin bir şekilde eğitim harcamalarının aldığı pay düşerken (% 30'dan % 22'ye), sağlık harcamaları ile sosyal güvenlik ile sosyal koruma harcamalarının payının ise arttığı görülmektedir..."

Sonuç

"(Paris'te) Burada erdem yerilir, masumiyet satılır... Bu pazarda her şeyin bir fiyatı vardır ve hesaplar yüzler kızarmadan apaçık gün ışığında yapılır. İnsanlık yalnızca iki kesimden oluşur. Aldananlar ve aldatılanlar... dürüstler enayidir, yüce fikirler ancak bir amaç için var olan araçlardır; din yalnızca yönetmek için gerekli olan bir şeydir.. her şey sömürülür ve satılır..." Balzac

Sonuç, toplumsal sefaletle gidiştir. Patronlar, taşeronlar, nemalanicılar "deniz bittiğinde" ceplerinde, bankalarında lüks içinde yaşayacakları "dünyalıkları" ile "sevgili halklarını" bırakıp, en yakın örnek Tansu Çiller gibi dünyanın güvenli, keyifli köşelerinde "hak

ettikleri" emekliliklerini yaşayacaklardır. Bu orta oyununda rollerini inanarak oynayanlar belki vicdanlarında bir rahatsızlık duyabilirler ama neye yarar! Milyonlarca insanın hayatı, geleceği yağmalanmıştır. Her şeyin daha da kötü olması için yeterli ve gerekli şartları geride bırakmış olacaktırlar; emin olabilirler. Aşağıdaki alıntı bunu göstermektedir...

"...Türkiye'nin kamu toplam iç borç stoku AKP'nin iktidar koltuğuna oturtulduğu 2002 sonunda 150 milyar YTL düzeyinde idi. Geçen 5 yıl içinde borçlanma tam 103 milyar YTL, yani yüzde 70 oranında artıyor ve 2007 ikinci çeyreğinde 253 milyar YTL'ye yükseliyor... AKP dış borçlanmayı yavaşlatmış, buna karşılık iç borçlanmaya ağırlık vermiş! ... Hükümet nispeten düşük faizli dış borçlanmadan elini çekerek, pahalı iç borca yönelmiş bulunuyor, bir bakıma dış borçlanmayı da özelleştirmiş oluyor. E.Cemil Tarhan bu "soygun"u şöyle formüle etmiş: ·Dışardan %2,5 faizle para al. ·Bunu 7 katına %17,6 faizle devlete sat. ·Aradaki farkı cebe indir. Net kâr yıllık %15, kemiksiz, kılıksız... bu -kolayca kabul edileceği gibi-

yanlış bir borç yönetimidir. Nitekim bir kaynağa göre hükümet 2006 yılında 174 milyar dolarlık iç borçlanmaya 30 milyar dolar faiz ödedi; buna karşılık 191 milyar dolarlık dış borçlanmaya ödenen faiz sadece 5 milyar dolardı. ...

Özel sektör aldığı dış kredilere devlet kâğıtlarını teminat olarak veriyor. Kur riski dışında, ödemeler hazine garantili.

(Kaynak: Cihan Dura, Derin Komplo: Türkiye'nin Yeniden İşgali, İleri Yayınları, İst., 2008, ss.439-442.)"

Doğal Olan, Zararsız mıdır?

Yrd. Doç. Dr. İsmail Ün

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim dalı

Son yıllarda bitkisel ilaçlarla tedaviye ilgi giderek artmaktadır. Bitkisel ilaç pazarında dönen paranın büyüklüğü bilinçli/bilinçsiz, iyi/kötü niyetli kişilerin bu bitkileri, doğru/yanlış bir şekilde kullanmasını beraberinde getirmektedir. Kişisel olarak yakın zamanda tanış olduğum bir akademik personelin yanlış bitkisel tedaviden dolayı acile kaldırılması, bir tıp doktorunun ve yurt dışında eğitim görmüş bir mühendisin bu yanlışları savunması ve son olarak Mersin' in yerel televizyon kanallarının birinde izlediğim bir eczacının sarf ettiği "bunlar zaten doğal ürünlerdir hiç bir yan etkisi yoktur" şeklindeki sözleri durumun ciddiyetini ortaya koymaktadır. Eğitimli kişilerin hatta sağlık çalışanlarının bile yanlış uygulamalardan zarar gördüğü göz önünde bulundurulursa bu alanda bilgi eksikliği ve denetimsizliğin hakim olduğunu söyleyebiliriz. Bu yazının amacı; bitkilerin veya bitkisel ilaçların kontrolsüz kullanımı ile ortaya çıkan, halkın sağlığını tehdit eden durumlara dikkat çekmektir. Buradaki olumsuz tespitler, bilimsel olarak yapılan bitkisel tedavilerle ilgili değildir. Bu tür olumsuz sonuçları engellemek açısından öncelikle bitkisel ilacın tanımını yapmak ve tedavi amaçlı kullanılacak ajanların geçmesi gereken aşamaları belirtmek gerekir. Bitkisel ilaç dendiğinde;

- İçeriği standardize edilmiş ve,
- Etkilliliği ve toksisitesi farmakolojik kriterler göz önüne alınarak incelenmiş

bitkisel preparatlar anlaşılmalıdır.

Klasik rutinde kullanılan ilaçlarda aranan şartların tamamı bitkisel ilaçlarda da aranmalıdır. Bir maddenin ilaç olarak kullanılabilmesi için kat etmesi gereken çok uzun bir yol vardır. Önce deney hayvanlarından elde edilen çeşitli dokularda, hastalık modellerinde ilacın tedavi edici ve toksik etkileri çok detaylı bir şekilde araştırılır. Bu aşamalarda olumlu bulunan maddeler sağlıklı ve hasta gönüllülerde klinik faz çalışmalarına tabi tutulur. Bu aşamaları da başarıyla geçen ilaç ülkenin sağlık otoritesinden izin aldıktan sonra piyasaya çıkabilir. Bütün bu çabalara rağmen bazı ilaçlarla ilgili ciddi yan etkiler ortaya çıkabilmekte ve ilaç piyasadan çekilmek zorunda kalabilmektedir. Asıl problem bitkilerin ilaç aşamalarını geçmeden ve iddia edilen tedavi

hipotezleri ispat edilmeden kullanılıyor olmasından kaynaklanmaktadır. Yeni ilaç geliştirme pahalı bir süreçtir ve bir ilacın piyasaya çıkması için gereken süre ortalama 10-15 yıldır. İlaç geliştirme maliyeti, gün geçtikçe artmaktadır; Örneğin bu maliyet 1996' lar da ortalama 230 000 dolar iken, 2002'lerde 500 000 dolar civarına çıkmıştır. En hızlı çalışan ilaç firması bile yılda ancak bir veya birkaç ruhsat başvurusunda bulunabilir. Pazarlama aşamasına gelen her bir ilaç için o aşamaya gelene kadar **10 000 civarında molekül terk edilir**. Çok az ilaç adayı madde, insanda deneme aşamasına gelir ve **6-8 ilaç adayından ancak biri** Faz II ve III' ü aşım ruhsat başvurusu yapabilir.



Bir maddeyi ilaç olarak kullanabilmemiz için yukarıdaki aşamaları geçmesi ve tedavi hipotezinin bilimsel yöntemlerle ispat edilmiş olması gerekir. **Doğal olan, zararsızdır diyebilir miyiz?** Bu durumda mantar zehirlenmesini nasıl açıklayacağız? Bilmediğimiz bir ajan ya da bitkiyi tedavide kullanmadan önce ne gibi risklerle karşı karşıya olduğumuzu bilmemiz gerekir:

- Normal tedavi protokolü, verilen bitkinin rutin tedavide kullanılan ilacın etkilerini değiştirmesi, hastanın asıl ilacı kullanmaması gibi nedenlerden dolayı aksayabilir. Yaygın olarak kullanılan bazı bitkilerle ilaç etkileşimlerinden bazıları tablo-1 de verilmiştir

- *Hasta, hafif bulgulardan, karaciğer, böbrek yetmezliği, nörotoksik etki, koma ve ölüme kadar değişen toksik etkilere maruz kalabilir.*
- *Bu bitkilerin bir kısmı steriliteye uyulmadan sağlıklı ortamlarda hazırlandığı için patojen mikroorganizmalar ve toksinlerle kontamine olabilir.*
- *Hastanın parası ve umutları sömürülebilir (özellikle son dönem kanser hastalarının yakınlarına umut tacirliği yaparlar).*

Yapılan araştırmalar el altından satılan birçok bitkisel ürünün içerisine **Asetaminofen, Prednizolon, Kafein, Hidroklorotiyazid, İndometasin** gibi bildiğimiz ilaçların gizlice emdirildiğini ortaya çıkarmıştır.

Bitkisel ilaç olmadığı halde bitkisel ilaçmış gibi ve bitkisel ilaçların endikasyon dışı bazı hastalıklarda kullanılması ve pazarlanmasını "pseudo bilim (sahte bilim)" olarak ayırt etmek gerekir. Sahte bilim, inançlara hitap eder, güvencesi kişisel beyanlar ve hikâyelerdir, literatürü (eğer denebilirse) sade vatandaşa yöneliktir, araştırması (eğer varsa) istisnasız sallapati yapılmıştır, bilinçli olarak detaylar gizlenir ve mistik bir hava verilir. İleri sürülen iddia hiçbir suretle terk edilmez, değiştirilmez, hiçbir ilerleme olmaz, somut bir ürüne varılmaz.

Sahte bilim ürünü tedaviler neden işe yarıyormuş gibi algılanır? Barry L. Beyerstein, www.quackwatch.com

- *Hastalık doğal seyrini izleyerek zaten hafiflemiş olabilir*
- *Birçok hastalık dönemseldir, hastalığın şiddetinin azaldığı döneme denk gelebilir (Peptik ülser, multipl skleroz vb)*
- *Plasebo etkisi öne çıkmıştır: Örneğin depresyonu olan hastalarda plaseboya yanıt çok defa antidepresan ilacın % 60-70'i kadar olmaktadır.*
- *Hem tıbbi tedavi hem de "otları" kullanan ve iyileşen kişiler bunu "asıl tedavi"ye bağlamazlar*
- *En başta tanı ve prognoz konusunda hata yapılmıştır*
- *Geçici duygulanım iyileşmeleri "tedavi" olarak algılanabilir*
- *Hastanın psikolojisi hüküm verme hatası yaptırabilir*

Yapılan araştırmalar el altından satılan birçok bitkisel ürünün içerisine **Asetaminofen, Prednizolon, Kafein, Hidroklorotiyazid, İndometasin** gibi bildiğimiz ilaçların gizlice emdirildiğini ortaya çıkarmıştır. Hacettepe Üniversitesi endokrin bölümünden Prof. Dr. Selçuk Dağdelen tarafından tamamen doğal sandığımız

zayıflama amaçlı kullanılan Çin yosununa zaten tıbbin obezitenin tedavisinde kullandığı sibutramini iki misli miktarda bir tablete yerleştirdiklerini tespit etmiştir. Bunun sonucunda birçok toksikasyon gelişmiştir ve gelişmeye devam etmektedir. Paracelsus (1493-1541 MS) ortaçağa ait ilaç karışımlarını ve rasyonel olmayan terkipleri red ederken, reçetelenen bir ilacın içindeki etkin maddelerin bilinmesi gereğini o dönemlerde ileri sürmüştür. Bu gün bilişim çağında "ne olduğunu bilmediğimiz" terkipler kullanılabilir.

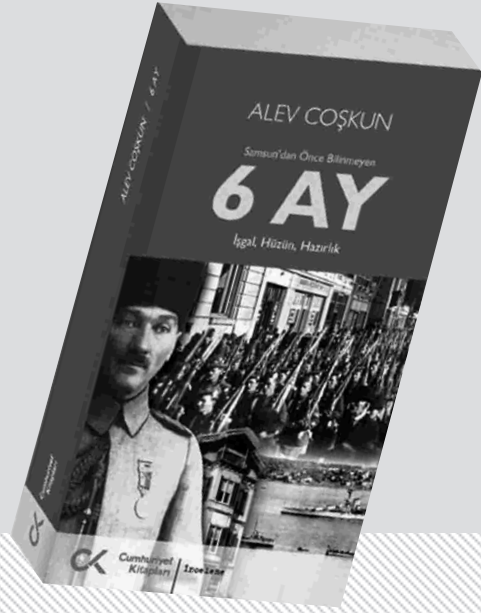
Sonuç olarak bitkilerle veya **bitkisel ilaçlarla tedavinin toplumsal bir olgu olduğu kabul edilmelidir.** Vaad edilen tedavi ve bitkinin popülaritesi klinik etkililiğin bir ölçüsü olarak değerlendirilmemelidir. Bitkisel bir ajanı kullanmadan önce **kanıt piramidindeki yeri tespit edilmelidir ve tıpkı konvansiyonel ilaçlar gibi istenmeyen etkileri ve ilaç etkileşmelerinin olduğu göz önüne alınmalıdır. Hakkında hiçbir şey bilmediğimiz bir ajanı olası riskler nedeniyle tedavi amaçlı kullanmamalıyız.**

Bitki	İlaç	Etkileşim
Sarımsak (Garlic)	Warfarin	Kanama, INR artışı
	klorpropamid	Hipoglisemi
	Warfarin	Kanama
	Aspirin	Kanama
	Tiazid diüretik	Kan basıncı artışı
Mabedağacı (G.biloba)	Trazodon	Sedasyon artışı
	Warfarin	INR azalması
	Fenelzin	İnsomnia, baş ağrısı, ürkeklik, mani
Ginseng	Alprazolam	Sedasyon
Kava	Amitriptilin	Plazma yoğunluğunda azalma
	Siklosporin	Plazma yoğunluğunda azalma
	Digoksin	Plazma yoğunluğunda azalma
	İndinavir	Plazma yoğunluğunda azalma
	Nefazodon	Santral seratonin artış belirtileri
	Oral kontrasetif	Menstüel kanama değişiklikleri
	Paroksetin	Santral seratonin artış belirtileri
	Fenpropromon	Plazma yoğunluğunda azalma
	Sertralin	Santral seratonin artış belirtileri
	Teofilin	Plazma yoğunluğunda azalma
Warfarin	INR azalması	
Sarı kantaron (St John's wort)		

kaynaklar

- 1- Süzer Farmakoloji. Prof. Dr. Öner Süzer, sayfa 533-540.
- 2- Bitkisel tıp ve kullanılan bitkisel ilaçlarda kalite; etkililik ve güvenlik sorunu. Prof. M. Sibel Gürün. İKU dergisi, 10, 24-28, 2005
- 3- Bitkilerden ilaç elde edilmesi ve bitkilerin ilaç olarak kullanılması üzerine. Prof. Dr. Mehmet Melli. Türk Farmakoloji Derneği Bülteni. Sayı 92 sayfa 6-8.
- 4- Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji. Editör: S. Oğuz Kayaalp. 12. baskı. 2009
- 5- Goodman&Gilman Tedavinin Farmakolojik Temeli. Çeviri editörü: Öner Süzer. Sayfa 118
- 6- Fitoterapi: Bitkilerle tedaviye dikkat (!). Özlem Sarışen, Deniz Çalıışkan. Sted 2005 cilt 14 sayı 8.

Samsun'dan Bilinmeyen Son 6 Ay, İşgal, Hüzün, Hazırlık



Son yıllarda ülkemizde ikinci cumhuriyetçi, tarikatçı ve cemaatçilerin **Cumhuriyeti ve Atatürk'ü yok saymaya ve basitleştirmeye** çalışmaları hız kazanmıştır.

İlhan Selçuk'un "6 Ay, Karşıdevrimcilere bilimsel bir tokattır" dediği kitap, Atatürk'ün Samsun' a çıkmadan önce İstanbul' da geçirdiği altı ayın bilinmeyen tarafını ortaya koyuyor. Nefes nefese yaşanan bir sürecin belgelere dayalı öyküsünü okurken, İstanbul' un o sıkıntılı günlerinde yaşıyor gibi hissediyorsunuz kendinizi. Alev Coşkun' un kendi sunuşundan bir bölüm:

"Bu kitap ne klasik bir tarih kitabıdır, ne de tarihsel bir romandır. Altı aylık bir zaman diliminin siyasal ve sosyolojik çözümlemesidir.

Kitap Atatürk' ün Samsun' a hareketinden önce İstanbul' da yaşadığı altı ayın nefes kesen öyküsüdür. Bu zaman diliminde yer alan olaylar derinlemesine inceleniyor, ilişkilerin nesnel ve psikolojik arka planı mercek altına alınıyor.

Bu inceleme neden yapıldı?

İki sebebi var. Öncelikle Atatürk' ün Samsun' a hareket etmesinden önce İstanbul' da geçirdiği zaman dilim fazla bilinmiyor. Oysa Atatürk, girişeceği büyük Anadolu ihtilalinin bu sırada düşündü ve planladı.

İkincisi, son yıllarda kendilerine "ikinci Cumhuriyetçi", "liberal" ya da "dinci" adı verilen kesimde bir alternatif tarih yaratma akımı belirdi. Bu yazarlar genel olarak Mustafa Kemal' in yaptıklarını küçümsemek için olur olmaz iddiaları ortaya atıyorlar...

Ulusal savaşın önemini azaltmak, orasından burasından kemirerek soru işaretleri yaratarak Atatürk'ü küçültmek, karşılığında özellikle son padişah Vahdettin' i yüceltmek yolunu tutuyorlar...

Türkler 1919-1922 arasında, tüm mazlum milletlere örnek olan, emperyalist işgalcilere karşı ilk direniş ve bağımsızlık savaşını gerçekleştirdiler. Bu büyük destansı savaş okullarda temel olarak şöyle öğretiliyor: Atatürk 19 Mayıs 1919' da Samsun' a çıktı, Erzurum ve Sivas kongrelerini topladı, TBMM'yi Ankara' da açmayı başardı. Düzenli ordu kuruldu, üç yıla yakın süren savaşlar sonunda ordumuz zafer kazanarak vatani kurtardı.

Peki hepsi bu kadar mı?

Osmanlı İmparatorluğu dağılıp yer yer işgal edilirken Mustafa Kemal nasıl oldu da Samsun' a gitti? Samsun' a ayak basar basmaz hemen bir ay sonra nasıl oldu da ünlü Amasya ihtilal bildirisini yayınladı, daha sonraki bir kaç ay içinde Erzurum ve Sivas Kongrelerini gerçekleştirebildi? Nasıl oldu da Kuvay- ı Milliye' yi canlandırdı? Nasıl oldu da çoban ateşlerini bir araya getirebildi? Bunların alt yapısı nedir?

Mustafa Kemal Samsun' a gitmeden önce İstanbul' da tam altı ay kaldı. Bu altı ay İstanbul' da ne yaptı?

Bir yandan düşkünlüğün ve yoksulluğun, öte yandan her türlü eğlencenin yan yana ve kol kola gezdiği mütareke İstanbul' unda ver patlasın çal oynasın vakit mi geçirdi, yoksa Anadolu' da yapacağı çalışmaları mı planladı?..."

