

Prof. Dr. Mehmet Kaya

TEMEL DÜŞÜNCELER

4

- Türk Tıbbının Tarihi
- GATA'nın Türk Tıbbındaki Yeri
- Asya Avrupa ve Amerika'da Tıp
- Bugünkü Türk Tıp Eğitimi
- Üniversite Hastahaneleri
- Türk Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme
- Genel Sağlık Sigortası
- Zararlı Alışkanlıklar ve Çareleri

ÜÇÜNCÜ BASKI

Ankara - 2012

© : İmaj Yayınevi
Ankara, 2012

ISBN 975-7852-23-6

İMAJ YAYINEVİ

Fakülteler Mahallesi

Dirim Sk. 23/1

Cebeci/ANKARA

Tel: (0312) 319 32 25 - (0312) 363 54 14

Fax: (0312) 363 09 91

web: www.imajyayinevi.com

e-mail: bilgi@imajyayinevi.com

İLETİŞİM TELEFONU

0 (533) 771 26 36

Baskıya Hazırlık : İmaj Yayınevi
Baskı : Pelin Ofset

Prof. Dr. Mehmet KAYA



1950 yılında Kahramanmaraş'ın Elbistan İlçesinin Güblüce Köyünde doğdu. İlkokulu Güblüce Köyünde, Ortaokul ve Liseyi Elbistan Mükrimin Halil Lisesinde tamamladı. 1967'de Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesine girdi. 1974'de tıp tahsilini tamamlayarak

Tabip Teğmen olarak Tıp Doktoru Unvanını aldı. 1974-1975'de Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde Askeri Tababet ve Genel Tıp konularında eğitimini tamamlayarak Doktor Üsteğmen oldu.

- Daha sonra 1975-1977 yılları arasında Kara Harp Okulu'nda iki yıl süre ile kıta doktorluğu ve baştabiplik yaptı. 1977-1981 yılları arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Tıp Fakültesinde Genel Cerrahi İhtisasını tamamladı. 1981-1986 yılları arasında aynı klinikte uzmanlık ve başasistanlık yaptı. Bu dönem içinde Amerika Birleşik Devletlerinde Mississippi Devlet Üniversitesinde organ nakilleri üzerinde araştırmacı olarak çalışmalarda bulundu.

- 1987'de Gülhane Askeri Tıp Fakültesinde Genel Cerrahi Anabilim Dalında Yardımcı Doçentliğe başladı. Daha sonra YÖK kurallarınca 1988'de Üniversite Doçenti, 1994'de Üniversite Profesörü oldu. Prof. Dr. Mehmet KAYA, 1999'da 32 yıldan fazla hizmet ettiği Türk Silahlı Kuvvetlerinden kendi isteği ile ayrılarak 1999 Genel Seçimlerinde Kahramanmaraş'dan 21. Dönem Milletvekili olarak TBMM'ne girdi.

- Prof. Dr. Mehmet KAYA'nın "Pratik Cerrahi" adlı Texbook şeklinde Genel Cerrahi Tıp Ders Kitabı, "Düşünceler" adlı Tıp, Serbest Düşünce, Askeri Strateji, Siyasi, Felsefi, Çevre, Coğrafi Tarihi ve Beşeri konularını içeren, kendi düşüncelerini 5 ciltlik küçük kitaplar serisi şeklinde topladı. Prof. Dr. Mehmet KAYA'nın 260 civarında da daha çok tıbbi olarak yayınlanmış yerli ve yabancı yayını mevcuttur. Prof. Dr. Mehmet KAYA İngilizce bilmektedir.

ÖNSÖZ

Dünya uluslarının beden ve ruhen sağlıklı yaşamları, tarihin bilinen ilk devirlerinden bu yana sosyal, ekonomik, ve yönetimdeki eşitlik ve tutarlılık unsuruna bağlı olarak gelişmiştir.

Toplumun sağlıklı yaşamı, başarı ile başarısızlık arasındaki kararı veren en önemli unsur sağlık yönetimindeki kavramlar ve yönetimin esaslarıdır.

Sağlık teşkilatındaki kavram ve esaslar toplumun yapısı ve uyumu, gelişme istikameti ve dinamikleri ile ahenkli ise yönetimin başarısı büyük ölçüde teminat altına alınmış olur.

Toplum sağlığı ile ilgili unsurların uzun vadeli, kalıcı çözümlerle yönlendirilmesi, günün teknolojisi ve bilimsel çalışmaları ile devamlı gelişim ve değişimlere uyulması toplum ve devlet için gereklidir.

Toplum sağlığı ve yönetimi sağlık sektörünün dışında, eğitim, ekonomi, ulaştırma, sanayi, tarım gibi diğer sektörlerle de yakından ilgilidir. İnsan hayatını olumlu veya olumsuz olarak etkileyen her şeyin genel anlamda sağlık yönetimi ve eğitimi içinde değerlendirilmelidir.

Genel olarak sağlık hizmetlerinin planlanmasında, yürütülmesinde üniversitelerin, kamu kurum ve kuru-

luşlarının, siyasî partilerin, sendikaların, konu ile ilgili derneklerin, gönüllü kuruluşların, demokratik kitle örgütlerinin, sağlık uzmanlarının ve bilim adamlarının katılımı ve katkıları sağlanmalıdır. Bugün her sahada olan hızlı değişmeler sağlık sektörünü de hızla etkilemektedir. Her ülkede ekonomik, sosyal ve kültürel yönden kendisine uygun sağlık hizmetleri geliştirmekte ve uygulamaktadırlar.

Türk sağlık hizmetleri, yönetim ve icraat bakımından, Cumhuriyetimizin kurulmasından sonra, Atatürkçü düşünce doğrultusunda her alanda büyük gelişmeler ve atılımlar yapmıştır.

Bu kitap “Düşünceler” serisinde sağlıkla ilgili görüşlerin ne başlangıcıdır ne de sonucusudur, sağlık görüşleri süreci içinde herkesin gördüğü noktadır.

Kitapta görülecek, görüş ve kompozisyon hataları için de tüm yetkili ve okuyucularımdan hoşgörü beklemekteyim.

Saygılarımla sunarım.

Prof. Dr. Mehmet Kaya

İÇİNDEKİLER

BİRİNCİ KISIM TÜRK TIBBINİN TARİHİ

GİRİŞ	1
İSLAMLIKTAN ÖNCE TÜRKLERDE TIP	6
İSLAMLIKTAN SONRA TÜRKLERDE TIP	9
Tolunoğullarında Tıp	10
Karahanlılarda Tıp	11
Selçuklu İmparatorluklarında Tıp	12
Osmanlılarda Tıp	13
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ ASKERİ TIP FAKÜLTESİNİN TÜRK TIBBINDAKİ YERİ	22
ASYA AVRUPA VE AMERİKA'DA TIP.....	28
TARİH ÖNCESİ DÖNEMDE TIP.....	28
Mezopotamyada Tıp	29
İlk Hekimlik Kuralları - Hammurabi Yasası	29

Eski Mısırdaki Tıp	30
Eski Hint Uygarlığında Tıp	31
Eski Çin'de Tıp.....	32
Eski Yunanda Tıp.....	33
İskendireye'de Tıp.....	34
Roma İmparatorluğu'nda Tıp	35
ORTA VE YENİ ÇAĞ AVRUPA'SINDA TIP	35
AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDE TIP	37
BUGÜNKÜ TÜRK TIP EĞİTİMİ.....	44
Tıp Fakülteleri ve Tıp Eğitimi	44
TIPDA UZMANLIK SINAVI (TUS)	48
TÜRKİYE'DE ÜNİVERSİTE HASTAHANELERİ	50
TÜRK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZELLEŞTİRME. 60	
Özelleştirmede Hastahane İle İlgili Sorunlar	62
Sağlıkta Özelleştirmenin Amacı	64
1. Hizmet Sunma	65
2. Fon Oluşturma	66
3. Hizmetin Satın Alınması.....	67
Özelleştirmede Özellikler	69
Özelleştirmede Öneriler	71
GENEL SAĞLIK SİGORTASI	73

İKİNCİ KISIM
İNSAN SAĞLIĞI VE ZARARLI ALIŞKANLIKLAR

GİRİŞ 87

SİGARA

SİGARA HAKKINDA GENEL BİLGİLER 91

SİGARANIN İNSANA OLAN ZARARLARI 92

 Sigaranın Sindirim Sistemine Olan Zararları 92

 Sigaranın Solunum Sistemine Olan Zararları 92

 Sigaranın Damar Sistemine Olan Zararları 92

 Sigaranın Kadınlardaki Zararları 92

 Sigaranın, Sigara İçmeyenler Üzerindeki
 Zararları 93

RAKAMLARLA SİGARANIN ZARARLARI 93

SİGARANIN ZARARLARINDAN KORUNMA VE
KURTULMA 97

SİGARAYI BIRAKMAK 97

SİGARAYI BIRAKMAK İÇİN İYİ BİR ZAMAN
SEÇMELİSİNİZ 98

SİGARAYI ANİDEN BIRAKMAK 98

SİGARAYI BIRAKMADA BİR TAKIM YAN
TESİRLER GÖRÜLEBİLİR 100

YAVAŞ YAVAŞ SİGARAYI BIRAKMAK 100

SABIRLI OLMASINI BİLMEK 101

BİR TEK SİGARA İÇMEK SİZİ TEKRAR TİRYAKİ YAPABİLİR	101
KİLONUZA DİKKAT EDİN.....	102
SİGARAYI BIRAKINCA KÂRINIZ NE OLACAK? ...	102

ALKOL

ALKOL HAKKINDA GENEL BİLGİLER	103
ALKOLLÜ İÇKİLERİN ELDE EDİLiŞİ.....	104
ALKOL GIDALARIN HAZMINA VEYA SİNDİRİLMESİNE FAYDALI MIDIR?	104
ALKOLLÜ İÇKİLER VÜCUDU ISITIR MI? YANİ VÜCUT SICAKLIĞINI ARTIRMAK İÇİN SOĞUKLARDA KULLANILABİLİR Mİ?	105
ALKOL DİREKT OLARAK ÖLÜME YOL AÇABİLİR Mİ? YANİ ADETA BİR ZEHİR GİBİ TESİR EDİP ÖLÜME SEBEP OLABİLİR Mİ?	105
ALKOLLÜ İÇKİLER BİR GIDA MIDIR?	106
ALKOLLÜ İÇKİLERİN AZI FAYDALI MIDIR?	107
ALKOLÜN VÜCUTTAKİ AKİBETİ	109
ALKOLLE SARHOŞLUK NEDEN İLERİ GELİR? ...	110
ALKOLÜN TESİR BASAMAKLARI.....	111
1. Zihni Faaliyetler.....	111
2. Fiziki Faaliyetleri	112
3. Hayati Faaliyetler	112
Beyin Hücrelerindeki Tahribat Bir Kadeh İçki ile Başlar.....	112

Alkolle Kılcal Damarların Tıkanması	112
Alkolde İçki ve Göz Küresi	113
Alkolde Beyin Ne Durumda?	113
Alkolizm ve Delilik	114
Alkolle Karaciğer ve Diğer Organlar	114
Alkol ve Trafik Kazaları	115
1. Sahte Güven Hissi	115
2. Tehlikeyi İdrak Edememek.....	115
3. Reaksiyon Zamanı Yavaşlamıştır	115
4. Görme Netliği Bozulmuştur	115
ALKOLÜN DEVAMLILIK KULLANILMASINA BAĞLI BELLİ BAŞLI HASTALIKLAR	116
I. Sindirim Sistemi ile Alakalı Bozukluklar	116
II. Solunum Sistemi ile Alakalı Bozukluklar	116
III. Dolaşım Sistemi ile Alakalı Hastalıklar	116
IV. Ciltte Görülen Bozukluklar	117
V. Vitamin Eksiklikleri.....	117
VI. Metabolik Bozukluklar.....	117
VII. Alkole Bağlı Olarak Adalelerde Görülen Bozukluklar	117
VIII. Alkole Bağlı Kansızlık	117
IX. Alkole Bağlı Sinirsel ve Ruhi Bozukluklar	117

ALKOLLÜ İÇKİLERİN SATIŞI MEMLEKET EKONOMİSİNE FAYDALI MI, DEĞİL Mİ?	118
1. Ekonomik Kayıplar:	118
3. Diğer Masraflar:	118

**UYUŞTURUCULAR
(ALİŞKANLIK YAPAN MADDELER)**

GENEL BİLGİLER.....	121
ALİŞKANLIK YAPAN MADDELERLE ALAKALI GENEL ÖZELLİKLER	123
ZEHİRDEN KÂR ÜMİT EDENLER.....	125
ÖZET OLARAK GENÇLERİ UYUŞTURUCU KULLANIMINA İTEN SEBEPLER	125
UYUŞTURUCU MADDELERİN İNSAN VÜCUDUNA OLAN ZARARLARI ETKİLER	127
UYUŞTURUCU KULLANMANIN NEDENLERİ	129
UYUŞTURUCULARDAN KORUNMA	131
UYUŞTURUCUDAN KORUNMANIN YEDİ KURALI	133
ÇOCUĞUNUZUN UYUŞTURUCU KULLANDIĞINI NASIL ANLARSINIZ?.....	133
UYUŞTURUCULARIN İNSAN VÜCUDUNA OLAN ETKİLERİ	135
KAYNAKLAR	136

BİRİNCİ KISIM

TÜRK TIBBINİN TARİHİ

GİRİŞ

Türk hekimliğinde, çeşitli uygarlıklar ile karşılıklı etkileşimler sonucunda gerek meslek gerekse isim ve kimlik bakımından tarih boyunca yaşanan değişiklikler sihirbaz-hekim rahip-hekim, bilgin hekimlik aşamalarından geçerek günümüze ulaşılmıştır.

Erken devir Türk Tıbbı üç uygarlıkla etkileşime girmiştir.

1. Kuzey Avrasya Kültürü ve doğudan Çin Tıbbı ile etkileşim.

2. Hint uygarlığı ve Budist Tıp anlayışı ile etkileşim.

3- İslâmiyetin, Türk Tıbbını etkilemesi.

Türk tarihinde hekimlik gök ile yer tanrı ve ruhları ile doğrudan ilişki kurarak ayinleri yürüten "Kam" ile başlar. Aydınlıklar dünyası ile "İyi Kam" karanlıklar dünyası ile "Kötü Kam" ilişki kurmaktaydı. Mesleğe kabul edilen yaşlı ve tecrübeli kamlar tarafından yetiştirile-

cek adaylar; bağıllık yemini eder, sıradan bir hayat sürer, verilenlerle yetinirdi.

Kazak, Kırgız ve Özbek Türklerinde "Kam"ın yerini "Baksı"lar almış, erken dönemde Budist ve Hint uygarlıklarının özelliklerini yansıtmışlardı. Türkmenlerde baksılar "Gurkan" adını almaktaydı. Yılan, kurt gibi hayvanların ısırıldığı, zehirli böceklerin soktuğu kişileri şifalı bitki veya yarayı dağlayarak tedavi edenlere ise, "Arbavcı" denilirdi. Bitkilerle tedavi eden hekimlere ise "Otacı" veya "Otcı" adı verilirdi.

Daha sonra İslâm düşüncesinin etkisine giren Türkler eski inanışlarını unutmaya başladılar. Müslüman Türkler arasında kam ve baksıların faaliyetleri uzun süre devam etti, İslamiyetten sonra ise dinî görevleri ortadan kalktı. Türklerde, İslâmiyetten sonra otacılar artık rahip ya da sihirbaz değillerdi.

Doğa üstü güçlere sahip olma iddiası İslâm anlayışına ters düşmekteydi. Otacıların dışında bu dönemde dua ile tedavi eden efsunculara da rastlanmaktadır. İlk Müslüman Türk Devletlerinden Karahanlıların ünlü belgesi Kutadgu Bilig'den (1073) öğrendiğimize göre otacılar konsültasyon için hasta yatağı başında biraraya gelir, nabzını hisseder ve durumunu tartışırlardı.

VI. ve VII. yüzyıllar arasında egemen olan Göktürkler halk sağlığına çok önem verirler, yemekten sonra ellerini yıkar, temiz havlu kullanırlardı.

VIII-XIV. yüzyıllarda Göktürklerin yerini alan Uyghurlar hastahaneler kurmuş, yolcu ve fakirlerin parasız

barınmalarını sağlayan hayır kurumları yaptırmışlardı. Bitki ve hayvansal kaynaklı maddelerden çeşitli ilaçlar hazırlayıp yara tedavisinde kullanmışlardı. Akupunktur noktalarını dağlama ve ısıtarak uyarma gibi kullandıkları tedavi yöntemleri de mevcuttu.

VIII. yüzyıldan itibaren Müslüman olmaya başlayan Türklerin kurdukları devletlerden Tolunoğulları döneminde Ahmed İbn Tolun IX. yüzyılda Mısır'ın ilk hastahanesini Kahire'de Fustat'ta yaptırmıştı. Karahanlılar döneminde ise vezir olan Yusuf Has Hacip'de Kutadgu Bilig adlı kitabında önemli tıbbi bilgilere yer vermişti.

Diğer Türk devletlerinden Türkistan'da Samanoğulları (874-999) Afganistan'da Gazneliler (962-1183) ve Maverahünnehir'de, Harzemşahlılar (1077-1231) dönemlerinde ün yapan, çağlarının önde gelen hekim ve bilgilerinden Razi, Farabi, Biruni, İbni Sina gibi İslâm ve Batı tıbbını derinden etkileyecek Türk hekimler yetişmiştir.

Bu Türk hekimlerinin en meşhurlarından olan İbn Sina (980-1037), yalnız doğuda değil, Batı Dünyasında da en önemli bir tıp bilgini olarak bilinir. Buhara yakınında doğan İbn Sina babasından ve dönemin ünlülerinden özel dersler almıştır. İbn Sina tıp biliminin yanı sıra felsefe, edebiyat, matematik ve astronomi gibi bilimlerde tahsil etmiştir. İbn Sina'nın Kitabuş Şifa (Sağlık Kitabı) adlı eseri, tıp, fizik, geometri, astronomi, matematik, müzik, ve metafizik bilimlerini içeren bir ansiklopedi gibidir. İbn Sina'nın bunun dışında El Ka-

nun Fit-Tıb (Hekimlik Yasası) adlı eseri de Dünya Tıbbı'na uzun yıllar hizmet etmiştir.

Selçuklular döneminde eğitim ve sağlık bakımı kurumlaşmış, Nizamül Mülk'ün, İran ve aşağı Mezopotomya'da Musul ve Şam Atabeyleri Nureddin Zengi ve Selahaddin Eyyubi gibi idarecilerin yukarı Mezopotamya, Suriye ve Mısır'da kurdukları medreselerin batıya önemli etkileri olmuştur.

1071'de Malazgirt meydan savaşıyla Anadolu'ya kesin yerleşen Türklerin Anadolu Selçukluları döneminde de Hekim Ekmeliddin, Hekim İbrahim Gazanfer, Hekim Ebubekir gibi ünlü hekimler görev yapmış cüzzamhaneler dahil pek çok sayıda hastahaneler kurulmuştur. Dönemin hekimleri, Farsça, Arapça din bilgisi, matematik, astroloji, müzik konularında bilgin sayılırlardı. Medrese mezunu olurlardı.

Osmanlı Türk tıbbı da diğer bilim kolları gibi, Selçuklu tıbbının dolayısıyla İslâm tıbbının devamıdır. Osmanlılar Selçuklu kültürünün devamı ve mirasçısı olmuşlardır. Böylece Osmanlı tıbbı hemen hemen yüzyılımızın başına kadar doğulu, İslâmi ve klasik bir nitelik taşımıştır. Selçuklular tarafından kurulan bir çok sağlık ve sosyal yardım kuruluşlarının vakfiyeleri Osmanlı kadılarınca da onarılarak, geçerli sayılmış ve bu kuruluşlar sonraki yüzyıllarda da toplumsal hizmet görevlerini sürdürmüşlerdir.

Son Selçuklu hükümdarı II. Mesut'un 1308'de ölümünden sonra Anadolu'da belirlenen feodal beylikler, Anadolu Selçuklularının halk sağlığı alanında yaratıkları örneklere uyarak çeşitli kuruluşlar ortaya çıkar-

mışlardır. Osmanoğulları bu beylikler arasında kısa sũrede sivrilmiş, Anadolu birliğini yeniden kurup ege-menliklerini Suriye ve Mısır'a uzatmışlardır. Bu ũlke-lerdeki bũtũn sağlık kuruluşları da Osmanlı yonetimine girmiş, ancak eskiden olduğu gibi çalışmalarına de-vam etmişlerdir. Selçuklular zamanındaki vakıf gelirleri de fazlası ile bu kuruluşlara bırakılmıştır.

Kimya ve biyokimya, İslam tıbbının önemli ve kũltũ-rel bir dalıdır. ũnkũ İslami inanca gũre Hz. Muhammed'in torunlarından Hz. Cafer-i Sadık (702-765) bu bilimle uğraştığı bilinmektedir. Kimyanın kuru-cusu Hayyamoğlu Cabir de onun oğrencisidir. Bunun içindir ki Mevlana gibi İslam bũyũkleri kimya alanında ilerlemeler olduğunu Mesnevi ve benzeri kitaplarında yazmışlardır. Bu nedenle XVII. yũzyılda Avrupa tıbbı ile ilişki kuran Tũrk hekimleri Farmakoloji, Fizik, Fiz-yoloji, Anatomi gibi tıbbın temel bilimleri ile il-gilenmişlerdir.

XVII. yũzyılda ilk olarak hekimbaşı Halep'li Bin Nas-rullah Rønesans sonrası Avrupa'nın ũnlũ hekimlerin-den ve biyokimyanın kurucusu Paracelsus'un (1493-1541) bu alandaki ũnlũ eserini Latince'den Arapça'ya çevirerek Tıbbı Cedital Kimya ismini vermiştir. Sonraki yũzyılda ise hekim Gevrekzade Hafız Hasan Efendi bu eseri øz dilimiz olan Tũrkeye çevirdiği gibi, yũzyı-lın diğer değerli bir hekimi Bursalı Ali Mũnři de bu çalışmalara ciddiyele katılmıştı. Onun XVII. yũzyılda Alman hekimlerinden Mynsicht'ten yaptđı, Tũrke evirisi ile Materia Medica evirisi, altınotu ve kına

üzerine yazdığı monografiler Avrupa tıbbını o yüzyıldaki Osmanlı hekimlerini tanıtmak açısından önemlidir.

Tıbbımızın batılılaşma yolundaki bu gayretleri XIX. yüzyılda Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi ve Hekim Şenizade Mehmet Ataullah Efendi gibi değerli insanların çalışmaları ile çok daha ciddi bir görünüm almış ve nihayet tıbbımızın bu yüzyılın başlarında doğulu İslami ve klasik niteliğini terkederek batılı ve modern bir kişiliğe büründürmüştür.

Ancak Türk Tıbbında tam anlamda ilerleme Cumhuriyet dönemindeki atılımlarla gerçekleşmiş ve bugün Türk hekimleri batılı meslektaşları ile yarışacak duruma gelmişlerdir. Türk Tıbbındaki gelişmeleri kronolojik olarak aşağıda olduğu gibi kısa, kısa özetleyebiliriz.

İSLAMLIKTAN ÖNCE TÜRKLERDE TIP

Türk Tarihine şöyle bir göz atarsak görülür ki, M.Ö. 1766'da Türkler Çin'in Şang kolu ile savaştılar ve bu savaşlar aşağı yukarı yarım yüzyıl sürdü. Araştırmalara göre Türkler, Kazakistan'ın kuzey bölgesinden yukarıda söylenen tarihlerde Asya yaylalarına yayılmaya başlamışlardır. Böylece M.Ö. III. yüzyıla kadar Asya'da çok geniş bir alanda çeşitli hanlıklar ve beylikler şeklinde yaşayan Türk boylarını ilk kez M.Ö. 220'de Hakan Teoman, bir birlik şeklinde topladı ve bir bayrak altında bir araya getirdi. Daha sonra Türk Hakanı Teoman'a Tuman adı verildi. Ancak Hakan Teoman'ın oğlu Mete (M.Ö. 209-174) babasını da yenerek bir yandan Büyük Okyanus'tan Hazar Denizi'ne, diğer yandan da Sibiryadan Tibet ve Keşmir'e kadar uza-

nan büyük bir Türk İmparatorluğu'nu yani Asya Hun İmparatorluğu'nu kurdu. Türkler sonradan Oğuz Han adıyla Mete Hanı ölümsüzleştirmişlerdir.

O çağlarda Türk hakanlarına henüz Kağan denmiyor, Yabgu diye anılıyordu. Çinliler ise Türk Hakanlarına Şenyu adını vermişlerdi. Türk Hakanı kutsal sayılır, büyük oğlu, yoksa büyük kardeşi veliaht sayılırdı. Türkler hayvancılıkta, silah ve deri endüstrisinde gelişmişlerdi. Tarhan denen aristokrat bir sosyal sınıfları vardı ki, bunlar toplumun üst düzeyde kişileri idiler. Büyük kurultay denen soylular meclisi olmakla beraber son söz Türk hakanında olurdu.

Kısa sürede akınlarıyla Avrupa'ya kadar ün salan Hun Devleti, 425 yıl kadar bu birliği korumuş ve daha sonra Hunları başka Türk devletleri izlemiştir. Bunlar arasında Tabgaç-Topa Hanları (M.S. 216-394), Avarlar (394-562) Tukyular (Göktürk devleti), (552-745) ve Uygurlar vardır ki, bunlar İslâmlıktan önceki Türk devletleridir. Ancak bunların sonuncusu olan Uygurlar döneminde İslamlık yayılmaya başlamış ve Uygurlar ile daha sonraki Türk devletleri tarihte, Türk-İslam devletleri olarak anılmıştır.

M.S. VI. yüzyıla kadar Türk adı, bir çok Türk boylarının yalnız birini simgelerken Tukyular-Göktürkler döneminde daha yaygın bir durum almış ve bütün Türk boylarına ad olmuştur.

Rus arkeologların Orhon ve Yenisey ırmakları boylarında buldukları kitabeler, bu konuda açık bilgiler ve dökümanlar verirler. Bunlardan anlaşılıyor ki, bu dönemlerde Türklerin 2-3 alfabesi vardı.

1. Orhon veya Göktürk yazısı,
2. Söğüt yazısı veya geç Göktürk yazısı,
3. Uygur yazısı,

Göktürk dili zamanla Batı Türkçesine Oğuzcaya, Uygurca ise Doğu Türkçesine-Hakiniye'ye ve Moğolların kullandığı Çağtaycaya temel olmuştur.

Göktürkler halk sağlığına önem verirlerdi. Bu durum tıp tarihi açısından çok önemlidir. Nitekim Göktürkler tarafından açılmış sulama kanallarının izleri Rus arkeologlar tarafından bulunmuştur ki, bunlardan Tötö kanalı 10 kilometredir. İşlenmesi son derece güç kayalık bir alanda açılarak iki vadiyi birleştiren ve yüksek bir matematik bilgiyle yapılan bu kanal, halk sağlığı ve temizlik açısından çok önemlidir.

Bundan başka iklime uygun giyim de bu ülkede halk sağlığına verilen diğer bir önemi gösterir. Göktürklerin kayalar üzerine yaptıkları resimlerden giysileri hakkında da bilgi edinebiliriz. Bunlar, çizme, pantolon ve uzun kaftan giyerler, sakal temizliğine önem verirlerdi. Başlarına kürkten yapılmış börk, savaş sırasında tulga takarlardı. Pantolon ve ceketin Türkler tarafından Avrupa'ya sokulduğu da bilinmektedir.

Bu dönemde Türk Tıp tarihi açısından önemli bir konu da adli tıpla ilgili sorunlardı. Evli bir kadına tecavüzün cezası idamdı. Bir genç kıza tecavüz ise, genç evlenmeyi kabul etmezse yine idamdı. Soylu genç kızlar, halktan erkeklerle evlenmezlerdi.

Göktürklerin beslenme hijyeni açısından da bazı özellikleri vardı. En çok yenilen yemekler, börek, kaymak, bal, tatlı idi. Herkes günde iki kez et yedi. Az yemek yiyen Türkler, bekletilmiş kısırak sütünden yapılan kımız içerlerdi. Kımız, Türkler arasında çok kullanılan bir içkiydi. Bu içki biraz ekşi ve sarhoşluk verici etkiye sahiptir. Bu bakımdan yalnız Göktürklerde değil, bir çok Türk toplumunda kımız kullanılırdı.

Türk toplumunda sarhoş olacak kadar içmek ayıp sayılırdı. Türklerde yemekten sonra ellerin yıkanması ve temiz havlular kullanılması da halk sağlığına verilen önemi göstermektedir.

İSLAMLIKTAN SONRA TÜRKLERDE TIP

Uygurlar, 745'de Göktürk devletini yıkarak egemenliği ellerine aldılar. VII. yüzyıldan XIV. yüzyıla kadar süren ve doğuda Kore'den, batıda İran'ın batısına kadar uzanan bu devletin başkenti Karabalgasun idi. Resim, minyatür, edebi ve bilimsel kitaplar açısından çok zengin olduğu gibi matbaacılıkta çok gelişmişti. Nitekim matbaacılıkta portatif tahta harfler kullanılırdı.

Uygur Türklerinde mistik düşünceler de vardı. Bu durum, Türklerde telkinle tedaviyi, yani psikoterapiyi ön plânda tuttu. Bu psikoterapi nedeniyle çok tanrıdan tek tanrıya yöneldiler ve tek tanrılı başka dinleri de bu dönemlerde tanıyan Türkler olduysa da büyük çoğunluk, İslamıya yöneldi. Nitekim İslam Ordularının, komutanı olan Arap kumandan Kutaybe, VIII. yüzyılda, 705-715 yıllarında, Horosan, Buhara ve Semerkant'ı egemenliğine aldı. Böylece Araplarla Türkler, ta-

nışarak Talas savaşında, Türkler'in Çinliler'e karşı Arapları tutması ile Türk-Arap dostluğu kuruldu ve Türkler İslamiyeti kabul ettiler. Türklerin bu dini kabul etmelerindeki tek neden tek Allah'a duydukları inantı. Türkler müslümanlığı kendi istekleri ile kabul etmişlerdi.

Uygurlarda gelişmiş bir halk tıbbı olduğu bazı belgelerden anlaşılmaktadır. Ancak Uygurlar'da dönemi-ne göre oldukça ileri gitmiş pozitif bir tıp anlayışı vardı ki, bu durum mistik tıp anlayışına göre çok daha fazla gelişmişti. Tıp ğretimi o dönemin geleneğine uygun olarak usta-ıracak şeklinde yapılıyordu.

Uygurlar, ilaç hazırlama ve kullanma sanatında da ileri idiler. Safra, idrar, kuş etleri, yılan derisi gibi hayvansal maddelerden, soğan, sarımsak, turp gibi sebzelerden çeşitli ilaçlar yaparlardı. İlaçları balla kıvamlandırılan Uygurlar, yaralara yaptıkları ilaçları sürerlerdi.

M.S. 730'da Nanto adındaki bir bilginin Çin'e götürdüğü hediyeeler arasında bir çok ilaç da bulunduğu kaynaklarda yer almıştır.

Tolunoğullarında Tıp

İlk Müslüman Türk Devletlerinden olan Tolunoğulları, Dokuzgz Türklerinden Ahmet İbn Tolun (868-884) tarafından kuruldu. Arapça kitaplarda adı Ebul-Abbas Ahmet Bin Tolun olarak geçer.

Ahmet İbn Tolun, Mısır'da tıp alanında bazı yenilikler yaptı. Kahire'de, Fustat'ta 876-879 yıllarında yaptırdığı İbn Tolun-Tolunoğlu Camii yanında bir

hastahane, Mısır'ın ilk hastahanesi olup XIII. yüzyılda bile çalışır durumda idi. Zengin bir vakfın beslediği bir kuruluştur, kalabalık bir bilimsel idari personel vardı ve her cuma namazdan sonra, eczanede bir hekim tarafından poliklinik muayenesi yapılır ve ilaç verilir.

Hayvansal, bitkisel ve madensel ilaçlarla tedaviye de önem veren Tolunoğulları hekimlerini, usta-çırak eğitimi yaptırarak yetiştirirlerdi ve hekimin toplumda üst düzeyde bir yeri vardı.

Karahanlılarda Tıp

Türk Devletleri içinde toptan ve kendiliğinden ilk Müslüman olanlar Karahanlılardır. Karahanlılarda kültür ve bilimde ileridir. Merkezleri Kaşkâr olan bu devletin ilk Müslüman olan hakanı Saltuk Buğra Handı. Ondan sonra bu devlete Karahanlılar veya Hakaniye dendi. Hakaniye dili, bu ülkenin edebî dili oldu ve bu dilin ilk ürünü de bu devletin vezirlerinden Yusuf Has Hacıp tarafından yazılan Kutadgu Bilig'di. Bu devlette de tıp eğitimi usta-çırak şeklinde yapılırdı ve ayrıca çeşitli bitkisel, hayvansal ve madensel ilaçlar tedavide kullanılırdı.

73 fasıllık (kısmılık) ve 6500 beyitlik (dizelik) Kutadgu Bilig'te bazı sosyal konularla birlikte hekimlerden de söz edilir. Özellikle alt veya üst düzeyden tüm çalışanların, doğru ve fedakâr olması gerektiği belirtilir ve hekimden de bu özellikler beklenir. Otakça (Pozitif hekim) ve efsuncu (Ruh hekimi) gibi iki tip hekimden söz edilir. Buradan da anlıyoruz ki, o zaman mistik inanışlar ve tedaviler yanında, pozitif tedavi uy-

gulamalar da vardı. Böylece pozitif hekimin de iyi bir tedavi sisteminin bulunduğu anlaşılmaktadır.

Selçuklu İmparatorluklarında Tıp

Selçuklarda bilim dilinin Arapça, yönetim dilinin Farsça olması nedeni ile Selçuklular devrinde Türk Sanatı, Türk Bilimi, Türk Tıbbı tam anlamıyla bağımsız olarak gelişmedi. Selçuklular deneye dayalı bilim dallarından tıp ve eczacılık dallarında dönemlerine göre her şeye karşın yine de oldukça gelişme gösterdiklerini de söyleyebiliriz. Selçuklular, Anadolu'da sürüp gelen, nesilden nesile aktarılan tıbbi tedavileri, ilaç yapma geleneklerini, kendi uygulama ve teknikleri ile daha da ileri götürmüşlerdir.

Selçuklular özellikle, otlardan, hayvan yağlarından, kemiklerden yosunlardan ve diğer organik ve inorganik bileşiklerden ilaçlar yaparak tıp ve eczacılık dallarında, dönemlerine göre ileri gitmişlerdir. Selçuklular, Anadolu'nun birçok bölgelerine, darüşşifalar, akıl hastaları için bakım ve toplanma merkezleri de açmışlardır. Günümüzde bu Selçuklu Darüşşifaları Kayseri, Konya, Erzincan, Erzurum, Diyarbakır, ve Kahramanmaraşda halen ayakta kalan önemli tarihi eserlerdir.

Selçuklular, kan alma, ölüleri mumyalama, bazı cerrahi müdahaleleri yapmada, akıl hastalarını tedavi etmede zamanlarına göre oldukça ileri gitmişlerdir. Halen Selçuklu Mumyalarına Anadolu'nun bazı bölgelerinde rastlayabiliriz.

Selçuklu Tıbbı, kendinden sonra gelen Osmanlı Tıbbını da etkilemiştir. Cumhuriyet döneminde ise, Selçuklu ve Osmanlı Tıp Kültürü, Batı ile de birleşerek çağdaş bir şekilde devam etmektedir.

Osmanlılarda Tıp

XIV yüzyıldan itibaren bazı sağlık kuruluşları yaptırılmış, bunlar çok değerli görevler yaparak Türk Tıbbını kalkındırma çabalarında bulunmuşlardır. Örnek olarak Bursa Yıldırım Darüşşifa'nı verebiliriz. Osmanlıların Anadolu'da yaptırdıkları ilk hastahane olan bu kuruluş Yıldırım Beyazıt'ın (1389-1402) Bursa'da yaptırdığı Külliye'nin bir parçası olup 1399 yılında bitmiştir. Bu hastahane'nin tıp öğretimi yaptırdığına dair bir kayıt yoksa da bazı belgelerde öğrenci bulunduğu yazılıdır. Yine bazı bilginler bu hastahane'nin bir tıp öğretim merkezi olduğunu iddia etmişlerdir. Bu hastahane'nin ilk başhekimini tabip Hüsnü'dür. Daha sonra birçok değerli Türk hekimleri burada çalışmışlardır. Bütün bunlardan anladığımıza göre, bugünkü Bursa Tıp Fakültesi'nin ilk kuruluşunu Bursa Yıldırım Darüşşifa'sına bağlamak ve bu fakültenin İstanbul Tıp Fakültesi'nden daha eski bir geçmişi olduğunu belirtmenin yerinde olacağını söyleyebiliriz.

XIV. Yüzyılın ünlü hekimleri arasında şunlar vardır.

Hekim Bereket :Arapça ve Farsça bilen Türk hekimidir. Özellikle genel tıp konuları üzerinde çalışmış ilaçlar yapmış ve incelemelerde bulunmuştur.

Geredeli İshak B. Murad: 1390 yılından Müntehab-ı Şifa adlı bir kitabı yazmıştır. Bazı yazarlar

bu hekimin Bursa Yıldırım Darüşşifa'sında hasta baktığını da yazmaktadırlar.

Hekim Hacı Paşa: Konya'da doğduğu sanılmaktadır. Özellikle genel tıp ve ilaçlar üzerinde bazı kitaplar yazmıştır. Bu kitapların arasında en önemlisi Müntehab alt-şifa olup Deontolojik bölümleri de kapsamaktadır.

Sivaslı Hekim: Bu yüzyılın değerli hekimlerindenidir. Yaptığı ilaçlarla hastalarını tedavi etmeye çalışmıştır.

Hekim Ahmed: (Ölüm 1413): Hem doktor hem de şair Ahmedî, Kütahyalıdır. Mısır'da medrese öğrenimi görmüştür. En önemli kitabı Tarvih al-Ervah adlı kitaptır.

Hekim Şeyh: (Ölüm 1431): Hem hekim, hem de şair olan bu ünlü bilgin Germiyan ve Osmanlı saraylarında hekimlik yapmıştır.

XV. yüzyıl Osmanlı İmparatorluğunda beylikten İmparatorluğa geçiş çağıdır. Bu yüzyılda yükselen Osmanlı Sağlık Kuruluşlarının her biri anıtsal birer kuruluştur. Bu yüzyılın sağlık kuruluşlarını kısaca şöyle sıralayabiliriz.

Edirne Cüzzamhanesi: Hastalık bulaşma fikri İslâm dünyasının her yerinde bilinirdi. İslâm dünyasında cüzzamlılar için cüzzamhaneler yapılmıştır. İşte bu gelenek Anadolu Türklerinde de yer almıştır. XV. yüzyılın ilk yarısında Osmanlılar Edirne'de Kirişhane semtinde de, şimdi miskinler tekkesi denen yerde II. Sultan Murat devrinde Avrupa'nın ilk cüzzamhanesini yaptırmışlardır.

Fatih Darüşşifası: Fatih Sultan Mehmet 1453'de İstanbul'u aldıktan sonra yeni külliye yapılmamasını emretti. Bu külliye bir cami etrafında toplanan 16 medrese ve ayrıca dinlenme yeri, aşhane, hastahane, hamam, okul ve bir çok kütüphanelerden oluşmuşlardı. 70 yataklı hastahane, bu yüzyılda Avrupa'nın en büyük hastahanesi idi. Bu hastahane devrin en değerli hekimleri, göz uzmanları ve cerrahlar çalışırlardı. Bir kısım hastalar ayakta tedavi görürlerdi. Fakir olanlara parasız ilaç verirlerdi. Bu hastahane öğretim görevinin de yapıldığı da bilinmektedir.

Edirne Beyazıt II. Darüşşifası: II. Beyazıt tarafından 1484'de Edirne'de bir külliye yaptırılmaya başlandı. 1488'de biten külliye bir parçası da darüşşifa idi. Darüşşifada akıl hastalığı müzikle tedavi edilirdi.

Bu yüzyılda Osmanlılar kadar diğer Anadolu Beylikleri de Anadolu'da sağlık kuruluşları yapmışlardır. Bunlar arasında Saruhanlı (1300-1410)'nın yaptırdıkları Manisa Köhanesi ile Dulkadiroğulları'nın (1339-1522) nın yaptırdığı Kayseri Cüzzamhanesi sayılabilir.

Bu yüzyılda çeşitli hekimler görev yapmışlardır. Bunlar Ahmed Dai, İbn Şerif, Akşemsettin, Şükrullah, Şirvani, Eşref bin Muhammed, Hekim Kudbeddin Ahmed, Hekim Altuncuzade, Hekim Beşir Çelebi, Hekim Lâri, Hekim Arap, Hoca Ataullah, Yakup Paşa, Amasyalı Mehmed bin Lütfullah, Hekim Halimi, Hekim Ahi Çelebi, Hekim Atufi, Sabuncuoğlu Şerafeddin'dir.

XVI. yüzyıl, Osmanlı Türklerinin her alanda ilerlediği bir yüzyıldır. Bu yüzyılda sağlık alanında daha çok

hastahane yapılışına gidilmiştir. Bu kuruluşlardan bazılarını kısaca şöyle sıralayabiliriz.

Karacaahmet Cüzzamhanesi: 1514'de I. Sultan Selim tarafından yaptırılan bir kuruluş cüzzamlıların tedavisinde kullanılmıştır.

Manisa Hafsa Sultan Bimarhanesi: 1539'da Kanuni Sultan Süleyman tarafından yaptırılan külliyenin bir parçasıdır.

Haseki Darüşşifası: Osmanlı hastahanelerinin halen ayakta kalan ve en son bakımlı hastahanesidir. 1550'de İstanbul'da Kanuni tarafından eşi Hürrem Sultan adına yaptırılmış olan külliyenin bir parçasıdır. Gelişim bakımından üç devre gösterir.

a) Darüşşifa Devri: 1884'e kadar süren devre olup, tam bir hastahane gibi çalışmıştır. Ancak akıl hastalıkları ve zührevi hastalıklar burada tedavi edilmişlerdir.

b) 1884-1894 arası eski ve yeni darüşşifaya başhekim Dr. Kıryako tarafından yeni binalar eklenmiştir. Böylece hastahane genişletilmiştir.

c) Yeni Haseki Hastahanesi devri, 1894'den günümüze kadar olan devridir ki çeşitli modern bölümlerin zamanla eklenmesiyle bugünkü modern şeklini almıştır.

Süleymaniye darüşşifası: Kanuni Sultan Süleyman'ın kendi adına yaptırdığı külliyenin bir bölümüdür. 1865'de Kolera tecrithanesi olarak kullanılan bir kuruluş Cumhuriyetten sonra Askeri matbaa olarak görev yapmıştır. Tıp medresesi ise bugün sağlık merkezi olarak kullanılmaktadır.

Toptaşı veya Bimarhane-i Validei- Atik (Atik Valide): II. Selim'in eşi Nurbanu Sultan tarafından İstanbul'da, Üsküdar'da yaptırılmıştır. Ancak zamanla boşaltılan bu bina, bir tütün deposu olarak kullanılmakta idi. Bugün boş ve Vakıflar Genel Müdürlüğü emrindedir.

XVI. Yüzyılda Türk Tıbbına hizmet eden hekimler ise şunlardır;

Hekim İsa oğlu Ahmed Çelebi, Hekimbaşı Kaysunizade Mehmed Efendi, Merkez Müslihiddin Efendi, Hekim Nidai, Ali Bin Osman.

XVII. yüzyılda Osmanlı Türk Tıbbı üzerinde basının ilk etkileri görülür. Ancak bilindiği gibi Türk tıbbında çağdaşlaşma XIX. yüzyılda başlar ve Cumhuriyet döneminde en yüksek noktasına varır.

XVII. yüzyılda Latince bilen hekimler, batı tıbbından yaptıkları çevirilerle batının tıbbî bilgilerini ülkemize aktarmaya çalışmışlardır. Özellikle farmakoloji ve biyokimya dalındaki kitaplara önem verilmiştir. Ayrıca bu yüzyılda Amerika'dan Avrupaya gelen bazı ilaçlar da Türkiye'de tanınmıştır.

Sultan Ahmet Külliyesi

Sultan I. Ahmet tarafından İstanbul'da yaptırılan Külliye'nin bir parçası olan bu darüşşifa 1617'de tamamlanmıştır.

Bu yüzyılda kurulan bir tıbbi kuruluş, İstanbul'daki Sultan Ahmet I. tarafından yaptırılan külliye'nin bir parçası olan bu darüşşifa, 1617'de tamamlandı. XIX. yüz-

yıldan itibaren bakımsız kalan darüşşifa binasının yerinde bugün başka yapılar vardır.

Bu dönemde yetişen bazı değerli Türk hekimleri ile bunların yazdıkları bazı kitaplar aşağıdadır.

Derviş Siyahî: Karamanlı olup, Lugat-ı Müşkilat-ı Ecza adlı bir tıp lughatı yazmıştır.

Şirvanlı Şemseddin İtaki: Teşrih-i Ebdan (anatomi) adlı anatomi kitabını yazmıştır. Dönemi için ileri sayılabilecek bir kitaptır.

Hekimbaşı Emir Çelebi: Anadolu lu olup Enmuzecal-tıp adlı kitabıyla ün kazandı.

Hekim Zeynelabidin: Şifa al-Fevaid adlı kitabı ile biber ve çay konusunda iki monografisi vardır.

Hekimbaşı Sakızlı bin Halil: Çeşitli kitapları arasında Nizam as-Edviye (Devaların nizamı). Deva al-Emraz (Hastalıkların devası) ve Müfredat al-tıp sayılabilir.

Hekimbaşı Halepli Salih bin Nasrullahi: Kadılık ve kazaskerlik görevlerinde bulunan Şakşih Efendi, Gayet al-Beyan fi tedbiri Beden al-İnsan adlı önemli bir tıp kitabı yazmıştır.

Hekimbaşı Hayatizade Büyük Mustafa Feyzi Efendi: Şifa Risalesi ve hastalıkların semptomları anlamında bilinen Resail al-Müşfiye, frengi (sifilis) hastalığından da söz eder.

Ayaşlı Şaban Şifai: İnsan anatomisi üzerinde çalışmaları ve Şifaiye adlı kitabında ilaçlardan ve antidotlardan bahsetmektedir.

Hekim Rindani: İbn Baytar Müfredat çevirisi ile ün kazanmıştı.

Hazarfen Hüseyin Efendi: Önemli tıp kitapları yazmıştır. Bunlar arasında Lisani al-Ettiba Fihrist al-Evram gibi el yazması kitapları sayılabilir.

XVII. Yüzyıl sonlarında başlayan Osmanlı İmparatorluğunun gerileme dönemi bu yüzyılda da sürmüştür. Bu nedenle İmparatorluğun ekonomik kaynakları çok gerilemiştir. Çünkü uzun yıllar kervan yollarına hakim olan Osmanlı İmparatorluğu, İspanya, Portekiz, Hollanda ve İngiltere gibi Avrupa Devletleri tarafından deniz yollarının açılması ile kara kervan yollarının sağladığı ekonomik kaynaklardan yoksun kaldığı gibi, askeri seferlerin de durmuş olması, devleti bunların gelirlerinden de yoksun bırakmıştır. Bu bakımdan bu yüzyılda ekonomik yetersizlikler nedeniyle sağlık alanında da yeni bir kuruluş yapılanmasına gidilememiştir. Ancak Süleyman Efendi, Hekimbaşı Hasan Efendi, Bursalı Ömer Şifai, Şirvanlı Şemseddin İtaki, Hekimbaşı Sakızlı İsa Çelebi, Hekimbaşı Halep Salih bin Nasrullah, Hekimbaşı Hayatizade Büyük Mustafa Fevzi Efendi, Ayaşlı Şaban Şifai, Hekimbaşı Giritli Nuh Efendi, Bursalı Hekim Ali Münşi, Hekim Abbas Vesim Efendi, Mehmet Rıza Amedi, Katipzade Mehmed Refi Efendi, Tokatlı Mustafa Efendi, Hekimbaşı Suphizade Abdulaziz Efendi, Hekimbaşı

Gevrekzade Hafız Hasan Efendi gibi bazı hekimlerin bu yüzyılda yetiştiği görülmektedir.

XIX. Yüzyılda Osmanlı Türk Tıbbı diğer yüzyıllara göre daha çok batıya dönük ve aynı zamanda daha modern bir görünüm kazanmıştır. Tanzimat ve Meşrutiyet hareketleri de bunda öncülük yapmışlardır. Bu yüzyılda Cumhuriyetten sonra çok daha modern bir görünüm alacak olan bir çok kuruluşun temeli atılmış, modern tıp öğretimine geçiş bu yüzyılda olmuştur. Bu arada bazı ünlü Türk Hekimleri bu modernizasyona gidişin öncüsü olmuşlardır.

Modern ordunun sağlık gereksinimini karşılamak ve gerekli sağlık personelinin yetiştirmek üzere Sultan II. Mahmut'un 14 Mart 1827'de kurduğu Tıphane Cerrahane-i Amire'nin yurdumuzda tıp öğretiminin ilk modern aşamasını oluşturduğunu söyleyebiliriz.

Bu arada XIX. yüzyılda askerlikten sivil idareye, öğretimden giyime kadar bir dizi değişim yaşayan Osmanlı-Türk Toplumunu zorunlu olarak yeni toplumsal kuruluşlara gitmiştir. Asker sivil birçok hastahaneler, bunlar arasında sayılabilir. Yeniçeri ocağında devamlı sağlık personeli uzun yıllar cerrahlardan oluşmuştur. Askerî hastahanelerimiz III. Selim'in 1789-1807'de orduyu modernize etme çabalarıyla başlar. Bunlar arasında İstanbul Deniz Hastahanesi (1838), Haydarpaşa Askeri Hastahanesi (1845), Gümüşsuyu Askeri Hastahanesi (1846), Gülhane Askeri Hastahanesi (1898) gibi günümüzde de görev yapan askeri hastahanelerimizi olarak sayabiliriz. Yine bu yüzyılda birçok sivil hastahane de kurulmuştur. Bunlara Vakıf

Gureba Hastahanesi (1845), Cerrahpaşa Hastahanesi (1910) gibi hastahaneler örnek olarak verilebilir. Bundan başka bu hastahanelerin çoğu Cumhuriyet döneminde çok daha modern bir şekil almış ve ayrıca bunlara birçok yeni hastahaneler eklenmiştir.

XIX. Yüzyılın Hekimlerinden bazıları ise şunlardır;

Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi: Ülkemizde bugünkü anlamda karantina önlemlerinin alınmasını sağlayanların başında gelmektedir. En önemli kitapları Çiçek Aşısı Risalesi, Frengi Risalesi, Süt çocuğu hastalığı, Kolera Risalesi (Bu kitapla 1931 kolera salgınına karşı halk uyarılmıştır), Tertib-i Ecza, gibi kitaplardır.

Şenizade Mehmet Atullah Efendi: Şenizade, tıpla ilgili bazı kitapları yazdı: Miyarü'l Etibba, Mizanül Edviye, Ruhiye risalesi, en önemlilerindendir.

Hekimbaşı Cerrah İsmail Paşa: İsmail Paşa'nın çiçek aşısı, kolera, hayvan hastalıkları ile ilgili basılmış risaleleri, zehirlenmeler ve tıbbi ilaçlarla ilgili çalışmaları vardır.

GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ ASKERİ TIP FAKÜLTESİNİN TÜRK TIBBINDAKİ YERİ

Kültür ve uygarlık tarihimize şöyle bir göz attığımızda tıp alanındaki gelişmelerin diğer alanlardaki gelişmelere göre çok daha fazla olduğu görülür. Tıp alanındaki gelişmelerde de diğer alanlarda olduğu gibi askerlik ve askeri tıp öncülük etmiş ve modernleşmeyi sağlamıştır.

Bunun nedeni Türkiye Cumhuriyetinden önce kurulan Türk devletlerinin askeri bir hükümet olarak yönetilmesidir. Fakat Türkiye Cumhuriyetinden sonra da bu gelenek sürdürülmüş ve askeri sağlık kuruluşlarımızla askeri hekimlerimiz birçok yeniliğe öncülük etmişlerdir.

Türk Tıp eğitiminin batılılaşma hareketleri Osmanlı Devletinin gerileme dönemlerine rastlar. Bu dönemlerde yoğun ve uzun süren savaşlar, kaybedilen topraklar ve ekonomik kayıplar sağlık hizmetlerinde yetersiz olmuştur. Ayrıca tıp eğitim kuruluşlarında eskiye

bağlı kalma, yeniliklere açık olmama gibi sebeplerle eğitim aksamıştır.

İşte bu nedenler batıya yönelik yeni bir eğitim sisteminin kurulmasına ve bilgili, görgülü, çağın sorunlarına ayak uydurabilecek genç hekimlerin yetiştirilmesine ihtiyaç duyulmuştur. Bu amaçla Sultan II. Mahmut (1808-1839) zamanında 14 Mart 1827 tarihinde İstanbul'da "Tıphane" adıyla bir tıp okulu açıldı. Bu okulda hem hekim, hem de cerrah yetiştiriliyordu. Fakat ordunun ihtiyacına karşılık veremiyordu. Bu yüzden 1832 yılında ayrıca bir cerrahhane açıldı. Amaç, ordunun savaşlarda gerekli olan cerrah sayısını karşılayabilmektir. Bu yeni atılım ve yeni okullar çağın hızlı gelişmesine kendini uyduramadığı için daha modern eğitim verebilecek bir okula ihtiyaç duyuldu.

Bu amaçla Viyana Elçiliği aracılığıyla yapılan araştırmalar sonucu Prof. Dr. Charles Ambroise Bernard (1808-1844) Avusturya'dan İstanbul'a getirildi. Sultan II. Mahmut'un önderliği ve Prof. Bernard'ın katkı ve çabalarıyla 1839 yılında "Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane" adıyla yeni ve çağdaş bir tıp eğitim merkezi kuruldu. Prof. Bernard idari ve bilimsel alandaki başarıları çalışmalarıyla bu okula modern bir fakülte görünümü kazandırmıştır. Mekteb-i Tıbbiye'de daha sonra bir eczacılık sınıfı açılarak ordunun ihtiyacı olan eczacıların da yetişmesi sağlanmıştır.

Mekteb-i Tıbbiye'nin açılmasından sonra hekimbaşının görevleri bu kuruluşa devredilmiş, 1850 yılından sonra ülkenin sivil sağlık işleri de bu kuruluşa aktarılarak adına Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane denmiştir. O za-

man padişahın askeri alandaki yetkileri 1826 yılında kurulan "Bab-ı Seraskeri" (Savunma Bakanlığı)'nın bünyesinde idi. 1862 yılında Askeri Sıhhiye dairesi kurulunca askeri sağlık hizmetleri bu daire tarafından yürütölmeye başlanmıştır.

Sağlık eğitim ve hizmetlerin bu şekilde sürdürölmeline rağmen yine de bu alanda bir durgunluk gözleniyordu. Yurt dışına eğitime ve uzmanlık eğitimine hekim gönderiliyor fakat sayının az oluşu nedeniyle sağlık eğitimi ve hizmetleri istenen düzeyde gerçekleşmiyordu. Hekimlik öğreniminde köklü bir reform ve modernizasyon sağlanması için Avrupa'dan hocalar getirilmesi düşünülmüş ve Almanya ile temaslara başlanmıştır. Almanya yapılan müracaatı uygun görmüş, Prusya Eğitim Bakanlığı Bonn Üniversitesi hocalarından Op. Dr. Robert Rieder (1861-1913) ile Hamburg Epindorf Hastahanesi asistanlarından Dr. Dayke (1865-1938)'yi tavsiye etmişti. 1898 mayıs ayında Berlin Büyükelçiliğinde yapılan anlaşma ile Rieder "Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane" Müfettişi iç ve dış hastalıkları kliniği profesörü, Dr. Dayke de onun yardımcısı sıfatıyla Türk Hükümetinin emrine girmişti. Rieder'in anlaşmasında, emrinde bir hastahane kurulması kaydı da vardı. Bu amaçla, "Gülhane Askeri Rüştiye Mektebi" onarılarak hastahane şekline getirilmiştir. Dört ay süren hazırlık döneminden sonra Padişahın doğum gününe rastlayan 30 Aralık 1898 tarihinde Gülhane adıyla açılmış oldu. Bu kuruluşta tıbbiyeden çıkan asker hekimlerin H.Paşa Askeri Hastahane'sinde yapmakta oldukları staj sonunda seçilenleri uzman ve hoca olarak yetiştirileceklerdi. Rieder

ve Dayke büyük özveriyle çalışarak Gülhane'nin adını duyurmaya başladılar. Bu dönemde açılan anatomi, patoloji, fizyoloji, histoloji röntgen ve kimya laboratuvarları yıllarca Türkiye'nin en iyi servisleri olarak çalışmışlardır. Ayrıca Gülhane de yine bu dönemde sargılama ve sargı atölyeleri de kurulmuş kadın erkek, hastabakıcı yetiştirilmesine de başlanmıştır.

Rieder'in sakatlanması ve Almanya'ya dönmesinden sonra yerine 1904 yılında Dayke geçmiş ve Gülhane çalışmalarını Avrupa düzeyine çıkartmıştı. Bu dönemde stajda başarı gösteren hekimlerin de Gülhane'de asistan olarak kalması da bir karara bağlanmıştı.

Dayke 1907'de Gülhane'den ayrılmış ve yerine Dr. Wieting getirilmiştir. Wieting döneminde tıp fakültesi son sınıf öğrencileri Gülhane'ye gönderilmeye başlandığından, Türkiye'de ilk defa intörlük eğitimi de yine bu kuruluşta başlamış oldu. Dr. Wieting yaptığı müracaatla Gülhane'yi tıp fakültesinden ayırmış ve asker hekimliği için bağımsız bir okul haline getirmeyi başarmıştır. Böylece Gülhane'de yeni bir eğitim ve öğretim kadrosu oluşturulmuştur.

Gülhane sadece asker hekim yetiştirmiyor, örneğin 1908 yılında her hafta perşembe günleri yapılan "Gülhane müsamereleri" ile Türk hekimliğinin yükselmesine öncülük ediyordu. Bu programla hekimleri gerekli pratik bilgilerle bilgilendirip "Askeri Hekim" kimliğine sokmak amacı güdülmüştür.

1914 yılında I. Dünya Savaşı ilan edilmiş, kontratı sona eren Dr. Wieting paşa gönderilmiş ve Gülhane

harp hastahanesine çevrilerek, Çanakkaleden gönderilen yaralıların bakımına tahsis edilmiştir.

İstanbul'un işgali dönemlerinde Gülhane binası Fransızlara tahsis edilince Gümüşsuyu Askeri Hastahanesi'ne taşınmış, daha sonra eski binaları onarılarak 1923 yılında büyük zaferden sonra 2 Ekim 1923 tarihinde tekrar eski yerine geçmiştir. 1924 yılında kabul edilen bir kanunla sivil hekimlere de askeri staj ve eğitim zorunluğu getirilmiş ve tıbbiyeyi bitiren bütün öğrenciler Gülhane'ye devam etmeye başlamışlardır.

Daha sonraki yıllarda Gülhane binalarının yetersizliği, aşırı bakım-onarım masrafları ve bulunduğu yer itibarıyla yeni binaların yapılamaması ve Ankara'da Gülhane gibi bir kuruluşun eksikliği, Gülhane'nin Ankara'ya nakli fikrini doğurmuş ve 21 Temmuz 1941 günü demiryoluyla Gülhane Ankara'ya intikal ettirilmiştir. İlk olarak bugün tıp fakültesi hastahanesi olarak kullanılan Cebeci Merkez hastahanesinin bulunduğu yerde konuşlandırılan Gülhane, binaların yetersizliği nedeniyle çok güç şartlarda hizmetine devam etmiştir. 1945 yılında çıkarılan bir kanunla Ankara Tıp Fakültesi'nin, kurulması kararlaştırılmış ve bu görev Gülhane'ye verilmiştir. Gülhane tarihi bir görevi daha yerine getirmiş ve Prof. Dr. Abdulkadir Noyan başkanlığında çekirdek eğitim kadrosunu da vererek tıp fakültesinin kurulmasını gerçekleştirmiştir.

1947 yılında çıkarılan bir kanunla "Gülhane Askeri Tıp Akademisi - "GATA" ünvanını alan Gülhane Cebeci'deki binaların yetersizliği nedeniyle 1953 yılında,

bugün Kara Harp Okulu yanındaki Yedek Subay Okulu binasına taşınmıştır. GATA 1958 yılında bünyesinde gastro-enteroloji ve çocuk servislerini de açarak kendi kendine yeterli hale gelmiştir.

Giderek güçlü bir eğitim kadrosu ve modern araç-gereçlere sahip olmaya başlayan Gülhane, bu binaya da sığamamış ve bir proje yarışması sonucu inşaatına başlanan ve halen konuşlandırılmış olduğu Etlik'teki binasına 1971 yılında taşınmıştır.

Bulunduğu yerde hızlı gelişimini, eğitim ve tedavi hizmetlerini sürdüren GATA büyüklüğünü bir kere daha göstererek 11 Kasım 1980 gün ve 2336 sayılı yasayla GATA'ya bağlı fakat bilimsel özerkliğe sahip "Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'nin kuruluşunu da gerçekleştirmiştir. Gülhane Askeri Tıp Fakültesi YÖK'e bağlı olup öğrencilerini merkezi yerleştirme ile almaktadır.

Kurulduğu günden bugüne dinamizmini koruyan Gülhane, tıp biliminin hızla gelişimine ayak uydurmuş ve birçok ilke imzasını atmıştır. Hâlen bu dinamizmini koruyan GATA 1000+200 yatak kapasitesi hastahanesi, Askeri Tıp Fakültesi, Yüksek Hemşire Okulu, İstanbul'da Haydarpaşa Eğitim Hastahanesi ile Deniz ve Su Altı Hekimliği, Eskişehir'de Hava ve Uzay Hekimliği birimleriyle Türkiye'nin silahlı kuvvetlerin dev bir sağlık eğitim merkezidir ve Atatürk ilkeleri doğrultusunda uygarlık yolunda hizmetlerine devam etmektedir.

ASYA AVRUPA VE AMERİKA'DA TIP

TARİH ÖNCESİ DÖNEMDE TIP

İnsan dünyada ilk görüldüğünden bu yana kaza ve hastalıklarla karşılaşmıştır. İnsanlar kanamaları parmak basarak durdurmak, ateşli vücudu soğuk suya sokmak gibi tedaviler yaparak tıbbi işlemleri yaptılar. Diken, ok gibi yabancı cisimleri çıkarmak, kırık kemikleri çamur veya ağaç kabukları ile atellemek, çıban açmak, yara ve şişleri yakmak gibi küçük cerrahi girişimlerde bulundular. Tarih öncesi insan kemik kalıntılarında çeşitli hastalık bulgularına günümüzde rastlanmaktadır. Migren veya epilepsi gibi hastalıklarda sebep olan kötü ruhun çıkıp gitmesi için kafatasına delik açıldığı antropologlar tarafından bugün tesbit edilmiştir.

Bu dönemde gözle görülen yaralanmalar dışında hastalıklar kötü ruhların insan vücuduna girmesi veya insan ruhunun dışarı kaçması nedeniyle gelişmekteydi. Kötü ruhları uzaklaştırmak veya kaçan ruhu geri getirmek için sihirbaz hekimler vardı. Bazı kabilelerde veraset yolu ile sihirbaz hekim olunurken, bazılarında

da olağanüstü özelliği olanlar (kuvvetli, zeki, şaşşı, kör, şekil bozukluğu gibi) seçilirdi.

İlk yazılı belgenin görüldüğü M.Ö. 4000 yıllarından sonra çeşitli uygarlıkların tıp alanındaki düzeyleri de çok daha iyi anlaşılmaktadır.

Mezopotamyada Tıp

M.Ö. 3500'den itibaren kilden tabletler üzerindeki çivi yazılarından Sümerler'in yüksek seviyede hekimlik bilgisine sahip oldukları görülmektedir. M.Ö. 3000 sonlarına ait bir Sümer tableti en eski tıp belgesi olarak kabul edilmektedir. Tabletlere kayıtlı reçetelerden ilaç yapımında usta olduklarını, hamamları, su ve hela tesisatlarından halk sağlığına önem verdikleri ortaya çıkmaktadır. M.Ö. 2000, yıllarından sonra Sümer uygarlığının yerini kuzeyde Asurlular, Güneyde ise Babilliler almıştır. Bu üç kültürde de hekimler aynı zamanda din adamlığı görevini de yapmaktaydılar.

Yine bu dönemde sihirbaz-hekimden rahip hekime geçişi görmekteyiz. Şehir devletinin en bilgili adamı din, edebiyat ve astroloji bilen Asû, kehanetçiliğinin ustası olan Baru, kötü ruhları uzaklaştıran Ashigu gibi hekim tipleri bulunmaktaydı.

İlk Hekimlik Kuralları - Hammurabi Yasası

Bugün Louvre'da bulunan dikili bir taş üzerine yazılmış olan Hammurabi (M.Ö.1948-1905) kanunlarında tıp uygulamalarına ait özel maddelerin de bulunması o devirde hekimlik mesleğinin teşkilatlanmış olduğunu, hekimlerin ufak ameliyatlar yaptığını, bazı tıp

teşkilatlarına bağlı olduğunu göstermektedir. Soylu sınıftan birinin ölümüne veya sakat kalmasına neden olan cerrahın eli kesilmekte, bu kişi köle ise para cezasına çarptırılmaktaydı.

Hekimler hastalıkları ilaç, tütsü, soğuk ve sıcak su ile tedavi etmekte, damardan kan alma, göz ameliyatları gibi küçük cerrahi girişimleri uygulamaktaydı. Çöpleme, ademotu, afyon ve kenevir en çok kullanılan bitkilerdi. Bazı hastalıkların bulaştığı hissedilmiş, ancak tıp bilgisi gelişmediğinden ve hastalıkların gerçek nedenleri bilinmediğinden bazı şeyleri günah olarak tanımlanmıştı. Mezopotamya'da hastalık kişinin, ailesinin ya da klanın işlediği bir günaha bağlanırdı. Kanallara tükürmek, hasta birinin tabağından yemek yemek, pis suya ayak sokmak, hile ve zina bu günahlardı.

Eski Mısırda Tıp

Mısır'a ait bilgileri tıp papirüslerinden öğreniyoruz. Bu belgelerde çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılan sihirli formüller, sembol ve büyüler bulunmaktadır. Ağızdan alınan ilaçlar, merhem, fitiller solunum yolu ilaçları, lavman ilaçlarının tarifeleri vardır. Yine papirüsler eski Mısır'ın hekimlerinin, afyon, baldıran, bakır tuzları, ada soğanı ve hintyağı kullandıklarını göstermektedir. Mısırlılara göre hastalıklar doğal olaylarla değil, tanrıların tepkileri sonucu oluşurdu. Daha sonraları bazı hastalıkların parazitlerle bulaştığı hissedilmiş, insan pisliğinin hastalığa yol açabileceği düşünülmüştür. Eski Mısır hastahanelerinde hekimler çeşitli sınıflara ayrılmıştı.

1) Ölüleri diriltebilen, toprağı yarıp suları ayırabilen sihirbaz hekimler.

2) Mabedlere bağılı olan tanrıların sıralarını bilen ve ciddi ağır hastalara çağrılan rahip-hekimler.

3) Daha fakir halk arasında çalışan, kozmetik, saç boyası, haşerat öldürücü ilaçları satan sıradan hastalıklara çağrılan halk hekimleri.

Hekimlerin çoğı sadece tek bir hastalığın tedavisinde ustalaşmıştı. Saray hekimlerinin hepsi uzmandı. Tarihte ismi bilinen ilk hekim olduğı söylenen Sekhetenanch burun hastalıkları hekimiydi. Eski Mısır'ın en büyük rahip hekimi olan İmhotep (M.Ö. 2900) Firavunun veziri olmuş, mimarlık ve astronomi ile de uğraşmıştı. Hekimlikte başarılı bir insanın öbür dünyaya gidince ruhuyla insanlara yardım edeceğine inanan Mısırlılar zamanla İmhotep'i sağlık tanrısı düzeyine çıkarmışlardır.

Eski Hint Uygarlığında Tıp

M.Ö. 2500-1500 yıllarında İndus vadisinde doğan Hinduzim tıp bilgisini de etkilemiş ve çeşitli din kitaplarında tıp ile ilgili bir çok bölümler yer almıştır. Ünlü tıp kitabı Suiruta'da hastalıkların tanımı yapılmaktaydı. Bu kitaba göre ise, hastalıklar dörde ayrılırdı. Yaralar, dahili hastalıklar, akıl hastalıkları ve doğal hastalıklar. Eski Hint'de hastalık, daha önceki hayatta işlenmiş bir günahın sonucu olarak değerlendirilirdi. Tanrıların gücü ile de hastalık oluşabilirdi.

Her hastalığın ayrı bir hekimi vardı. Hekim yemin ederdi, bu yeminde ahlak kurallarına bağlılığın yanı sıra et yememek gibi, Hint toplumuna özgü saygı kuralları da bulunmaktaydı.

Cerrah, tedavi sanatını uygulayanların en önde geleni olup, cerrahlık kutsal ve asil bir sanattı. Bu konuda Hint uygarlığı cerrahiyi daha basit bir iş sayan diğer uygarlıklardan ayrılmaktaydı. Burun ameliyatları, kulak yırtığı tedavisi, katarakt, mesane taşı ve fitik ameliyatları yapılmaktaydı.

Eski Çin'de Tıp

Evrenin ana ilkesi olarak düşünülen ve "yol" anlamına gelen "Tao" birbirine zıt unsurları olan; "yang" ve "yin" arasındaki uygun oran, dengeyi belirlerdi. Bu doğal oranı değiştiren her şey kötüydü. Denge bozulursa insan bedeninde de denge bozulurdu, çünkü yemekle, nefesle bu iki unsur dışarıdan bedene girerdi. Tedavi edilecek kişide hangi unsurun hakim olduğunu belirlemek gerekirdi. Bazı organlar yang bazıları yin'dir. Ateş, su, yer, ağaç, maden gibi beş unsur yang ve yin'in değişik oranlardaki ilişkisinden meydana gelirdi. Tüm varlıklar bu beş unsurdan oluşurdu.

Çin tıbbı, hastalıklardan korunma ilkesine dayalıydı. İlk önemli kaynakları Fu Hsi, Shen Nung ve Yu Hsiung adlı üç önemli imparatora (M.Ö. 2900-2600) ait olduğu söylenen çalışmalara dayanmaktadır.

Eski Çin'de saray hekimleri, kimyagerler, şifalı bitkilerle tedavi edenler, suma ile tedavi edenler,

akapunkturla tedavi edenler gibi çeşitli hekim türleri bulunmaktaydı.

Eski Yunanda Tıp

Yunan mitolojisinde tıpla ilgili pek çok efsane bulunmaktadır. Olympus dağındaki tanrıların okları ile insanlara hastalık yollayan Apollon isterse insanları hastalıktan kurtarabilirdi. Asklepiusun bütün hastalıkları iyi ettiğine hatta ölüleri bile dirilttiğine kızan Zeus bir yıldırımla onu öldürmüştü. Bunun üzerine Asklepiyon denilen mabedler yapılmış ve buradan yetişen rahip hekimler hastaları tedavi etmişlerdi. Asklepius'un çocukları da tıpla uğraşan tanrı ve tanrıçalardı. Machaon cerrahdır, Podaalius iyileşmeyi iyileştirir, hijyen terimine adını veren Hygieia halkın sağlığı ile ilgilenir, tarihe panzehir olarak geçen Panacea otlardaki şifa verici kuvvetlerin tanrıçası idiler.

M.Ö. 6-4 yüzyıllarda bazı düşünürler hastalık kavramını felsefe ile açıklamaya çalıştılar. Canlıların suya olan ihtiyacını gözleyen Thales, suyun herşeyin nedeni olduğu kuralını ortaya atmıştır.

Anaximones ise doğa ve insan hayatında hava yani "pneuma"nın herşeyin ilkel kuralı olduğunu düşünmüştü. M.Ö. 7. yüzyılda Hythagorasa göre ise insan bedeni de sayıların kurallarına göre düzenlenmiştir. Empedokles'e göre ateş, toprak, su ve havadan oluşan evrenin bir modeli olan insan, kan, sarı safra, kara safra ve balgamdan oluşur, hastalık ise bu dört unsurun dengesizliğinden kaynaklanırdı. Demokritos ve Epiküre ise dünya görünmeyen ve yok edilemeyen

atomlar ve aralarındaki boşluklardan meydana geldiğini atomların yanlış hareketi ile de hastalıkların ortaya çıktığını düşünmüşlerdi.

M.Ö. 460-360 arasında yaşadığı sanılan Hipokrat, hastalığın olağanüstü sebeplere dayandığını, ilahi ceza olmadığını belirtir. Hipokrat tıbbı ve hekimliği tanrılardan uzaklaştırmıştı. Hastalık belirtilerini kayıt ederek gözleme ve sınıflama yoluyla genel sonuçlar çıkardı. Pek çok hastalığın tarifini verdi. Hipokrat önceki düşünürlerin belirttiği hastalık nedenlerine soğuk, güneş, rüzgar, besin maddeleri gibi dış etkilerin sebep olduğunu tesbit etti.

Yunan hekimliği, genellikle esnaf sınıfına dahildi. Usta çırak yöntemi ile eğitilirdi. Seyahat ederek sanatlarını icra ederlerdi. Kapı kapı dolaşıp hasta olup olmadığını sorarlar, açık pazar yerlerinde hizmet verirlerdi. Bir bölgede fazla talep bulup hekim evi açabilenler vardı. Meclis tarafından seçilen memur hekimler, spor hekimleri de bulunmaktaydı.

İskendireye’de Tıp

İskenderiye Tıp Okulu’nda çalışkan ve araştırmacı hekimler olması dikkat çekicidir. İlk defa insan anatomisi üzerine çalışmalar burada yapılmıştır. Anatomî'nin kurucusu Herophilus, Fizyolojinin kurucusu Erasistratus, Farmakolojinin kurucusu Theoprastus bu okulun ünlü isimlerindendi. Bunlar Hipokrat ekolüne bağlı olan varsayımlar üreten hekimlerdi.

Roma İmparatorluğu'nda Tıp

Roma tıbbında, bir yandan Hipokrat görüşü benimsenirken bir yandan da hastalığın kötü ruh ve tanrıların verdiği ceza olduğu düşünülürdü. Yunanlıların taptığı tanrılara taparlardı. Her hastalık için tanrı veya tanrıçaları vardı. Roma'da ilk hekimler pek az tıp bilgisi olan köleler olduğu için önceleri asil bir Romalı için hekimlik uygun bir meslek sayılmazdı. Daha sonra Yunan hekimleri buraya göç ettiler.

Roma devrinin ünlü hekimi Galenus'un (M.S. 129-200)'un çalışmaları 1400 yıl boyunca tıbbi etkilemiştir. Anatomi çalışmalarında özellikle kas ve kemiklerle ilgilenmiş, atardamarların hava değil kan taşıdığını göstermişti. Romalıların yaptıkları hamam, su yolu, kanalizasyonlarla da koruyucu hekimliğe çok önem verdiklerini anlıyoruz.

ORTA VE YENİ ÇAĞ AVRUPA'SINDA TIP

Önceleri Avrupa'da tedavi olmanın günah olduğu düşüncesi hakimdi. Sihirbazlar, efsuncular, büyücüler, tedavi ile uğraşırlardı. Zamanla din adamları bu işi ellerine aldılar. Rahipler hastayı dua, efsun, mukaddes kalıntılar ve surlarla tedavi ettikleri gibi şifalı bitkilerden de yararlandılar. Avrupada İtalya ve Fransa tıp okullarında yetişen, latince konuşan kilise mensubu, uzun elbiseli, kare külahlı hekimler grubu mevcuttu. Sonra, 1131'de toplanan ruhani meclisler rahip ve rahibelere tababeti yasakladılar. Bunun üzerine bu rahipleri traş etmek için kiliseye girerek basit yöntemleri

öğrenmiş olan berberler, cerrah sıfatını da kazandılar. Okuma yazmaları yoktu ve kısa elbise giyerlerdi.

Şehirden şehire gezen, diplomasız, okuma yazma bilmeyen ancak sanatlarını babadan oğula usta çırak usulünde geçiren seyyar cerrahlar o zamanın en iyi hekimleriydi. Ayrıca eczacılar ve kimyagerler de bulunmaktaydı.

Birçok toplum olayları sonucu bilgi birikimi oluştu ve hekimlikte de yeni gelişmelere yol açtı. Ardarda kurulan üniversiteler araştırmacı bilgin hekimini ön plâna çıkardı. Rönesanstan bu yana sürekli doğa ve insanı araştıran modern tıbbın öncüleri ortaya çıktı. (Vesalius, Harvey). Tıp biliminde deneyim kurucusu Claude Bernard (1813-1878) ile araştırmacı hekim tipi son şeklini buldu. Üniversite hocalığının gelişimi ile tıp eğitiminde ve pratikte diplomalı hekim ön plâna geçmiştir. Tıp Fakültelerinde ders veren Haller, Morgagni, Hunter gibi ünlü hekimler araştırmaları ile tıbbı büyük katkıda buldular. Klinik hekimliğinin gelişimi ile hekim, hasta başında eğitim teşhis ve tedaviye yöneldi. Gözlemlere önem veren Sydenham, Semmelweis gibi hekimler klinik hekimliğinin savaşını verdiler. XIX. yüzyıl varsayımları ve gözlemler karşısında deneyin üstünlük kazandığı bir dönemdi.

Tıp bilimi gelişirken hekimlik yine bir geçim vasıtası oldu. Özellikle büyük şehirlerde hastaların özel hekimleri bulunmaktaydı, böylece aile hekimliği ortaya çıktı. Tıp bilgisinin gelişmesi ise uzmanlaşma zorunluluğunu doğurdu. Ancak bu gelişmenin hayatı boyunca sınırlı bir grup hastalıkla uğraşan hekimin tek yönlü

kalması gibi bazı zararları da vardı. Farklı dallardaki hekimlerin bir grup altında topladığı klinikler yoluyla da etki giderildi.

XX. yüzyılda tıbbın ilerlemesini sağlayan yeni teknikler dünyanın görüntüsünü büyük ölçüde değiştirmiştir. Artan hekim sayısı ise acımasız bir yarışın doğmasına neden olmuştur. Hekimlik daha da karmaşıklaşarak, pahalalanmıştır. Parasız tıbbi bakım giderek güçleşmiş sağlık ve hastalık bireyin özel meselesi olmaktan çıkıp toplum sorunu haline gelmiştir. Birçok ülkede sağlık konularını çözebilmek için geniş kapsamlı kanunlar çıkarılmıştır. Zaman içinde tüm toplumlarda görüldüğü gibi hekimin statüsü çoğu zaman hekimin kendisi tarafından değil hizmet ettiği toplum tarafından belirlenmektedir.

AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDE TIP

Amerika Birleşik Devletleri 1900'den önce yeni bir ülke idi, ancak kökleri daha eski bir uygarlığa dayanıyordu. Bu ülke Avrupa hastahanesindeki bir çok ülkenin buluşlarını çabucak kabullendi. Öğretimle ilgili problemler ise oldukça önem kazandı.

İlk koloniler devrinde çok sayıda doktor ve bir kaç cerrah vardı. Bu ülkede bir hastanın doktor sağlanması, zenginlik derecesine bağlı idi. Yine o devirde bu ülkedeki genç ve kültürlü insanların çoğu rahipti. Bu bakımdan tıp pratiği bu tip insanlar tarafından uygulanırdı. Örneğin Samuel Fuller tıbbi ve dini konularda oldukça uzmanlaşmıştı. Bir din adamı olan Fullerin eşi de ebeydi. Yine 1677'de Boston'da bir doktor ve rahip

olan Thomas Thatcher su çiçeği ile ilgili ilk Amerikan tıp kitabını yazdı. Tanınmış bir sihirbaz olan Mather tıp konuları hakkında çok bilgisi vardı.

Koloni devrinin sonlarında ve ondan sonra gelen ulusal devrin başlarında bu yeni ülke materyal ve kültürel zenginlik açısından ileri bir düzeye ulaştı. Bu gelişmeyi Philadelphia'da görülen tıbbi ilerlemede izlemek olasıdır. Bu devrede bilim ve kültürün ilerlemesinde Benjamin Franklin ve Thomas Jefferson etkili oldular. Benjamin Thompson ve William Charles Wells ise Avrupa kültürünü bu ülkeye yaydılar. Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk hastahane, Benjamin Franklin'in etkisiyle 1752'de Philadelphia'da kuruldu. Yine bu tıp okulu 1765'de aynı şehirde açıldı. Bu döneme kadar doktorlar eski Yunan'da ve Hint'te olduğu gibi usta çırak şeklinde yetişirdi. 1775'de ülkede bulunan 3500 doktordan yalnızca 400'ü bir üniversiteden mezun olarak M.D. ünvanını almışlardı. Ancak bu ülkede doktor, cerrah ayırımı yapılmadığı için bu rakamlara cerrahlar da girmektedir. Bu durum Amerikan cerrahisinin ilk başarılarından biriydi. XVIII. yüzyılın başlarında modern tıp öğretimi kanunsal bir zorunluluk oldu ve uygulama özellikle New York ve New Jersey gibi kentlerde yapıldı. Bu devirde yabancı ülkelerde tıp öğrenimi gören Amerikalılar sonradan dünyanın ünlü tıp merkezlerinden biri olan Edinburgh'a döndüler, Edinburgh'da yetişmiş Amerikalı doktorların devrine Edinburgh devri dendi. Sonraları ise Amerika'da bir Paris ve bir Alman devri görüldü. Yine Edinburgh mezunları arasında William Shippen, Thomas Bond

Cadwalader, Anatomi uzmanı Caspar Wistor ve Cerrah Philip Physick gibi doktorlar vardı.

Devrin en ünlü doktoru 6 yıllık bir çıraklık devresinden sonra Dr. John Redman'la çalışan ve Edinburgh'dan mezun olan Benjamin Rush idi. Benjamin Franklin gibi Benjamin Rush da ilim-irfan felsefesinin tipik bir temsilcisiydi. Rush, kölelerin özgürlüğü, alkolizme karşı savaş, ölüm cezasının kaldırılması ve para reformu gibi konularda da çalıştı. Psikiatri ve antropoloji ile de uğraştı. Amerikan Sydenhami diye adlandırılan bu Amerikalı bilgin iyi bir klinisyendi. Klinik alanda, Sydenham'ın izleyicisi olmaktan daha çok XVIII. yüzyılın sistemciliğini yaptı. John Brown ise kan alımı metodlarını uyguladı. Benjamin Rush, 1793'de Philadelphia'da görülen sarı humma epidemisinden sonra hastalıkların bulaşmaları konusu üzerinde de çalıştı.

Devrin diğer bir tıp merkezi de Harvard Üniversitesi'ndeki tıp okuluydu. Edinburg ve Leyden'de öğrenim görmüş olan Benjamin Waterhouse (1754-1846), bu okulun kurucusu idi. O devirde üçüncü ünlü tıp merkezi New York oldu. Daha sonra, Samuel Bard (1742-1721) ve David Hosack difteri ile ilgili klasik bir kitap yazdı.

Amerika, tıp alanında XIX yüzyılın ilk yarısında üç ana başarı sağladı. Bu başarıların ilki anatomi üzerinde çalışma idi. Diğer ikinci çalışma anestezinin tanımlanmasıydı. Üçüncü önemli inceleme ise 1822 ve 1833, yılları arasında William Beaumont (1785-1853) tarafından yapılan mide fizyolojisi ile ilgili araştırması idi.

Amerikalılar bu devrede cerrahide ve dişçilikte de başarılar gösterdiler. Sims, Mott, Bigelow ve patalog Gross gibi Amerikalı cerrahlar çeşitli çalışmalar yaptılar. Sonraları bazı doktorlar tarafından daha pratik çalışmalar yapıldı. Buffalo'lu Auistin Flint Sr. (1812-1866) cerrahi ve eğitim alanlarında yaptığı incelemeler ve Daniel Drake (1785-1852) in tıbbi coğrafya ile ilgili gözlemleri pratik tıbbi çalışmalardır. Drake, tıbbi coğrafya konusunda, 30 yıllık kişisel gözlemlerine dayanan "Deseases of the Interior Valley of North America" adlı klasik bir kitap yazdı.

XIX. yüzyılda güneyde görölen sivil savaş, özellikle Virginia, Kentucky, Tennessee ve Louisiana da tıp merkezlerinin kapanmasına neden oldu ve tıp alanında zayıflama göröldü. Eski usta-çırak öğrenimi, her yerde mantar gibi türeyen özel okullarda uygulandı. Bu okulların çokluğu onların kalitesinin düşük olmasına sebep oldu. Amerika'da XIX. yüzyılda 400'den fazla tıp okulu vardı. İllinois 39, Missouri 42, okula sahipti. 1910'da ise ölkedeki tıp okulu sayısı 148 idi ve bu sayı 1930'a kadar azalmadı. Böylece 19. yüzyılda Amerika'da hekim kalitesinde zayıflama oldu.

Amerikan halkı bazı dinsel iyileştirilere yeniden güven duydu. 1847'de Amerikan tıp birliği kuruldu. Halk diseksiyon yapılmasını dinsel nedenlerle engelliyordu.

Amerika'da 19. yüzyılın son on yılında, Almanya'da yetişmiş bazı Amerikalı doktorlar incelemeler yaptılar. Bu yıllarda laboratuvar bilgileri ve temel tıp bilimleri ileri düzeye yöneldi. Bu ilerleme Hopkins ve onun grubu olan William Osler (1847-1919), William S. Halsted

(1852-1922), William H. Welch (1850-1934) ve Howard Kelly (1858-1943) tarafından yapıldı. 1893'de Baltimore'de açılan John Hopkins tıp okulu, Amerikan tıp öğrenimine büyük oranda etki etti. Bu okulun öncü kişilerinden olan William Welch, Ludwig'le birlikte çalıştı ve Alman Üniversitelerinin araştırma metodlarını Hopkins okulunda uyguladı. Welch, 1901 de kurulmuş ve bilimsel araştırmaları idare eden Rockefeller Vakfını da destekledi.

Johns Hopkins, A.B.D.'de tıp öğrenimi reformunda üstün bir rol oynadı. Ancak Harvard 1871'de ve 1877'de Pensilvanya ve Syracuse'da 1880'de Michigan'da üç yıllık tıp dersleri uyguladı. Yine Harvard, 1871'de Ludwig'in diğer bir öğrencisi ve uluslararası bir fizyolog olan Henry Pickering Bowditch (1840-1911) için bir fizyoloji laboratuvarı açmayı sağladı. Bundan başka Theobald Smith Ealter Read ve Siman Flexner tarafından bakteriyoloji alanında bazı buluşlar yapıldı.

Amerika'da tıp eğitimi, özellikle Tıp Birliği Rockefeller Vakfı'nın gayretleriyle ancak XX. yüzyıl başlarında düzenli şekle getirildi. Abraham Flexner'in eğitimi konusundaki raporları, tıbbi reformlarda önemli rol oynadılar. Bu devrin en önemli özelliği, dünyanın en büyük tıp kütüphanesi olan Genel Cerrahi Kütüphanesinin kurulmasıydı. Bu kütüphanede ilk indeks geliştirildi. Bunlardan biri şimdi Silahlı Kuvvetler Tıp Kütüphanesi olan Genel Cerrahi Kütüphanesi'nin indeks kataloğu, diğeri ise üç ayda bir verilen indekslerdir. John Shaw Billings (1838-1913) genel cerrahi kü-

tüphanesini geliştirdi. Billings, bu arada John Hopkins Tıp Okulunun kurulmasında önemli bir rol oynadı.

Amerika'da resmi lisans veren tıbbi kuruluşlar, genellikle XIX. yüzyılın son on yılında kuruldular. Böylece 1. Dünya Savaşı'ndan sonra Amerikalı öğrenciler yüksek öğrenim için artık Avrupa'ya gitme gereksinimini duymadılar. Böylece Amerikan tıbbı dünya tıbbında baş rol oynamaya başladı ve Avrupalılar yüksek öğrenim için Amerika'ya gelme yolunu tuttular.

Bugün; Amerika Birleşik Devletleri'nde tıp fakülteleri liseden ve kolejlerden sonra öğrenci almaktadır. Lise ve kolejlerde not ve kredileri iyi olan öğrenciler tıp fakültelerine başvurabilirler. Tıp'a gidecek öğrenciler liseden sonra dört yıl kolejlerde tıp öncesi eğitim alırlar ve fen bilimleri okurlar.

Tıp fakülteleri genellikle büyük tıp merkezlerinde kurulmuşlardır. Tıp merkezlerindeki, tıp fakültelerini parasal sorunu, tıp merkezi hastahanelerinin gelirleri ile çözümlenmeye çalışılır. Ayrıca öğrencilerden de para alınır. En pahalı olan tıp eğitimi, hükümet ve eyalet fonları ile desteklenir.

Tıp fakültesi süresi kolejlerden sonra dört yıldır. Bunun son bir yılı intörnliktir. Tıp fakültesinden mezun olan pratisyen doktor istediği herhangi bir dalda, asistanlık ve uzmanlık için başvuruda bulunabilir. Başvuru sonrası özgeçmiş, karşılıklı konuşma ve mülakat durumları değerlendirilerek yapılır. Asistanlığa kabul edilir ya da edilmez. İhtisas süreleri branşlara göre değişir. İhtisas süresi içinde asistanlar yılda iki defa kendi dallarında yazılı ve sözlü imtihana tabi tu-

tulurlar. Her asistan yapılan bu imtihanlarda, geçerli not almak zorundadır. Eğer asistan, yapılan yıllık imtihanlarda yeterli not alamazsa asistanlığına son verilir veya fakültesi değiştirilir. Asistan, asistanlık eğitimi aynı tıp fakültesi yanında değişik tıp fakültesinde de tamamlayabilir.

İhtisas diploması alan uzman doktor kendi dalında özel imtihana tabi tutulur. Uzman olduktan sonra yapılan bu imtihandan geçerli not alamayan uzman doktor kendi, dalında uzmanlık yapamaz. Uzmanlıktan sonra bir çok araştırmalar ve yenilik yapanlar üniversiteler arası kurulca doçentlik ve profesörlük payesi ile ünvanlandırılırlar.

BUGÜNKÜ TÜRK TIP EĞİTİMİ

Tıp Fakülteleri ve Tıp Eğitimi

Türkiye’de son 30 yıla bakarsak tıp fakültelerinin kuruluşunda istikrarlı ve adım adım ilerleyen büyüme ve ani atakları benimseyen politikaların izlendiği görülmektedir. Kontenjanlar gittikçe artmaktadır. Eski fakültelerin kontenjanları pek değişmezken, kontenjan sayısını, daha çok yeni açılan fakülteler artırmaktadır. Buna karşın bütçe azalmış durumdadır. Bu durumun öğrenci eğitimi gibi gelir getirmeyen bir faaliyeti negatif yönde etkilemektedir.

Öğretim üyesine düşen öğrenci sayısı gittikçe artmaktadır. Örneğin bu sayı 1994’de 15 öğrencidir. Bu ise uluslararası standardın 2 katıdır. Bazı ülkelerde bu sayı 1 öğrenciye kadar düşmektedir. Tam gün çalışan bir klinik öğretim görevlisi 1 yıl boyunca aşağı yukarı 200 öğrenci eğitmektedir.

Türkiye’de hekim sayısı, Avrupa ülkelerinin düzeyine getirilmek istenirken yukarıda sayılan sebeplerle artan sayıya paralel sağlık hizmetlerinde sorunlar zamanla artmaktadır.

Tıp fakültelerinin asıl amacı tıp eğitimi ve araştırmadır. Sağlık hizmetleri ise eğitimi tamamlamak amacıyla yönünden önemlidir. Belirli bölgelerde hekim fazlalığı varken bazı yerler ise sağlık hizmetlerinden ve hekimlerden yeterince istifade edilememektedir.

Önemli olan kaliteli, uygun sayıda hekim yetiştirmektir. Bu yüzden fakülte öğrenci kontenjanları indirilmeli, temel bilimler yönünden eğitim sıkıntısı çeken yeni tıp fakültelerini gerekli alt yapı, mali destek, organizasyon, yatak kapasitesi, öğretim elemanı ve yeterli gereç yönünden desteklenmelidir. Kontenjanlar öğretim üyesi kadrosu, ayrılan kaynaklar beklenirken akılcı ve gerçekçi davranmak ihtiyacı vardır. Mezun edilen hekim sayısı kadar, hekimlerin meslek eğitimi üzerinde durmak da gerekir. Kontenjanlar ayrıca eğitim kurumlarının potansiyeline de bağlı olmalıdır. Tıp fakültelerinde eğitim ve öğretimde esas olan, öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı ve hasta sayısı esas alınmalıdır. Tıp fakültelerindeki eğitim grupları 10-15 kişiyi geçmemelidir.

Sonuç olarak diyebiliriz ki, varolan fakültelerin durumları bir an önce düzeltilmelidir. İlgili kurumlar bir araya gelip gerekli hekim adedi belirlenmelidir. Eğer oturmuş fakülteler bu adedi karşılayamayacaksa gerekli alt yapı, mali destek, araç gereç, öğretim üyesi, diğer sağlık çalışanları sağlanmadan yeni fakülteler açılmamalıdır. Eğer yeni tıp fakülteleri açılacaksa bu hem hekim sayısını istenen düzeye çıkarmalı, hem de bilgi ve eğitim kalitesini artırmalıdır.

Klasik eğitim, hatırlama temeline dayanır. Öğretmen bilgiyi anlatır. Öğrenci bilgiyi kendinden istendiğinde sunmak üzere hafızasına yerleştirir. Yani burada, öğrenci pasiftir. Tıp eğitimi aktif olmalıdır. Yani eğitim görevlisi, öğrenci ve bilgi devamlı iletişim içinde olmalıdır. Ayrıca vasıta olan araç ve gereçlerin de olması gerekebilir.

Tıp fakültelerinde eğitim aksaklığının sebebi sadece öğretim elemanlarının kötüleşen maddi durumları değildir. Üniversiteler mali ve idarî yönden oturtulmalı, öğretim üyelerinin maaşları artırılmalı, tam gün çalışmaları desteklenerek yetişmiş, değerli, yetenekli, bilimsel, düşünceli kişilerin özel sektöre ve yurt dışına çıkışı azaltılmalıdır.

Tıp fakültelerinin gerekli alt yapı, öğretim elemanı ve araç gereç olmadan açılması önlenmeli, eksik olanlar düzeltilmeli ve fakültenin kapasitesine göre kontenjanı olmalıdır. Fakülte kapasitesi hasta açısından, kadavra, mikroskop gibi aletler ve kolaylıklar yeterli olmalıdır. Aksi takdirde verilen eğitim yetersiz kalabilir.

XXI. yüzyıla girerken eğitim tarzı, öğrencinin daha aktif olacağı bir şekilde düzenlenmesi daha iyi olur. Öğrenci eğitimi yol gösterici olmalı, çok bilgi aktarmak yerine temeli verip tartışmak ve bağımsız öğrenmeleri için zaman verilmesi gerekir. Yoksa insanın aklında temel olan şeyler de kalmaz. Öğretim üyelerinin bu yüzden pedagojik eğitimden geçmeleri gerekir.

Tıp Eğitiminin esas amacı öğrenciyi sağlık ocağı hekiminin ihtiyacı olan pratisyen hekime ait bilgi ve beceriyi kazandırmaktır. İdeal öğrenci öğretim üyesi

oranı %2 dir. Fakat Türkiye’de onlar düzeyindedir. Bazı fakültelerde dersane, laboratuvar, kırsal hekimlik imtihanları, kadavra, mikroskop gibi makinalarda da eksiktir. Laboratuvar çalışanlarına yeterince katılma imkanı sağlanmalıdır. Bu bazı yerlerde maddi eksiklikten bazı yerlerde zamanın yetersizliğinden olmaktadır. Klinikte hasta takibi iyi yapılmalıdır. Bir öğretim görevlisine 12 öğrenci düştüğü halde öğretim görevlisi tam gün çalışmazsa eğitimde yetersizlik olur. Öğretim görevlisi sayısını artırmak zor olduğu için eğitimin daha iyi olması açısından kontenjanın düşürülmesi gerekir. İyi bir yabancı dil eğitimi verilmesi de gerekmektedir. Mezunların ancak 1/5’i, yabancı kaynakları takip edebilmektedir.

Pratik yapma süreleri kısa ve yetersiz durumdadır. Ülke şartlarında sık görülen hastalıklarla nadir görülen hastalıklara aynı önem veriliyor, aynı sürede anlatılıyor. Böylece memleketimiz için önemli ve az önemli olan hastalıklar birbirinden ayıramamaktadır.

Bilgiyi vermek kadar almak da önemlidir. Öğrencilere bu işin önemi anlatılmalı, istek ve sorumlulukları artırılmalıdır. Öğrencinin imtihanda neyi bilmiyor diye değil de neleri biliyor, ne kadar biliyor diye değerlendirilmesi gerekir. Öğrencilere en önemli olan ve pratikte gerekli şeyler verilmeli, detaylara fazla girilmemeli, öğrencilerin hastahane içi ve dışı maddi şartları düzeltilmelidir.

Asistanlık eğitimi devamlılık ve yararlılık prensiplerine göre düzenlenmelidir. Asistanın, daha çok okuması, öğrenmesi reçete yazması, hasta yakınlarıyla

problemleri çözmesi gibi olaylara yaklaşması bir plan dahilinde öğretilmelidir. Asistanlara yeterli vaka takdimleri ve ameliyatlara yaptırılmalı, buna bir alt sınır konulmalıdır. Asistan eğitimi başasistan ve öğretim üyelerinin eşit şekilde devamlılık prensibine uygun şekilde yapılması ve güncelleştirilmesi gerekmektedir.

TIPDA UZMANLIK SINAVI (TUS)

Türkiye’de pratisyen hekimlik ikinci sınıf hekimlik durumundadır. Uzmanlık daha cazip hale gelmiştir. Ama bilinmelidir ki, bunlar sistemin birer parçasıdır.

Son 10 yılda uzman hekim sayısı %50 artış gösterirken mezun sayısındaki artış ile birlikte TUS önündeki yığılma giderek artmaktadır. Son 3 yılda yine TUS kadroları 2 kat artırılarak toplam, 3000’e ulaşmıştır. TUS kadrolarının önümüzdeki bir kaç yıl daha sabit kalacağını düşünürsek yüzyılın sonunda hekimlerin % 50’sinin uzman, 1/6’sinin asistan, 1/ 3’ünün pratisyen olacağı görülür. Bu ise uzman pratisyen oranını uzman lehine çevirmektedir. Fakat son yıllarda hükümetlerin sağlık politikalarında bu oranın pratisyen lehine çevrilmesi vardır. Fakat görüldüğü gibi bu oran ters dönmüştür.

TUS imtihanı fakülte bitiminde yapılmaktadır. İmtihan teorik olduğu için öğrenci ona yönelik çalışmakta, pratiği arka plâna atmaktadır. Bu yüzden pratikten yoksun, bir takım ufak müdahaleleri yapmış hekimler olmaktadır. Bunun için buna bir önlem alınmalı, pratisyenlik cazip hale getirilmelidir. Yoksa sağlık ocakları yetersiz hekimlerle dolup taşar.

Türkiye'nin uzman hekime de ihtiyacı vardır. Ama bu nasıl olmalıdır. TUS, böyle giderse yetişen pratisyenlerin kalitesini düşürmektedir. Fakat uzman seçiminde, geleceğin araştırmacı bilgisi iyi hekimlerini seçmede TUS daha objektif gibi görünmektedir. Fakat bir insanın bilgisinin bir imtihana bağlanması da yanlışır, pratik yönü de değerlendirilmelidir.

Kısaca TUS önünde yığılmayı şöyle veya böyle önlemek lazım. Yoksa sağlık sisteminde dengesizlik olacağı aşikardır.

TÜRKİYE'DE ÜNİVERSİTE HASTAHANELERİ

Türkiye'de sağlık sisteminin yeniden yapılanması konusunda son yıllarda yoğun bir tartışma olduğu görülmektedir. Bu tartışmaların önemli bir bölümü de hastahaneler üzerindedir. Hastahanelerdeki sorunların başında ise yönetim yapısının günümüz koşullarında yetersiz kalması gösterilmektedir. Çözüm önerilerinin yetersiz kalması bizi bu nedenle yeni çözümler aramaya itmiştir. Önerilen verimlilik ilkesinin temel alınarak yönlendirilmesi hastahanelerin içinde bulunduğu sorunların aşılması, bilimsel ve hizmet rekabetine dayalı sistemlerin ortaya konması gerekmektedir.

İşletmenin, yönetimin ve verimliliğin en güç ve karmaşık olduğu yerlerden biri de Üniversite Hastahaneleridir. Uzmanlaşmanın getirdiği farklı sistemler, mesleki ilişkilerden kaynaklanan yetki ve otorite tartışmaları, çalışanların sosyal ve ekonomik beklentileri bu yöndeki etkenlerden bir kaçıdır. Çözümün öncelikle takım çalışması olarak adlandırılan katılımcı bir yönetim biçimiyle olacağı düşünülmektedir. Bu takım çalışmasının hastahanelerin bölümlerinden so-

rumlu hekimler ile hastahane yöneticileri arasında sağlanması gerekmektedir.

Bu amaçla genel organizasyon teorisi, yapılanma ve işlem konularının yanı sıra, özellikle akademik tıp merkezlerinin organizasyon ve yapılanması araştırılmıştır.

Önerilen model ideal koşullarda değil, mevcut yasa ve yönetmeliklerle bağlı olarak düşünülmüştür.

Çeşitli dünya ülkelerindeki sağlık personellerine bakıldığında 1970-1980 yılları arasında WHO'nun (Dünya Sağlık Örgütü) raporlarına göre sayısal artışlar mevcuttur. Sağlık personelinin artışının en yüksek olduğu ülkeler %19,8 Fas, %17,7 ile Mısır, %9 ile Norveç'tir. En düşük olduğu ülkeler %1,6 ile Yeni Zelanda'dır. Eski-yeni sosyalist ülkelere bakıldığında Küba dışında bu ülkelerdeki sağlık personeli artış oranı %2,3-4,8 arasında seyretmektedir. Buna karşın üçüncü dünya ülkelerinde yüzde 0.2'den %19,8'e değişen oranları görürüz.

Gelişmiş ülkelerde, bu süreçte hekim sayısındaki artışa bakılacak olursa oran %2,5-6,3 arası değişmektedir. Eski-yeni sosyalist ülkelere bakıldığında Küba ve Çin dışında oran %2,4-4,0 arasındadır. Üçüncü dünya ülkelerinde ise %3,4'den İran İslam Cumhuriyeti %17'ye, Mısır varan değişiklikleri görürüz. Hekim dışındaki sağlık personeli içinde benzer görünüm izlemektedir. Bu ülkelerde istihdama bakıldığında, sağlık personelinin toplam iş gücü içindeki oranın en en çok Norveç %3,5, Fransa %2,3, Macaristan ve İsveç'te %2,2 arttığı görülür. Sağlık personelinin toplam işgücü

içindeki oranının en yüksek olduğu ülkeler ise, Norveç %8,5, İsveç % 8,3 ile ABD, %7,4 ile ve Fransa %5,4 ile gelmektedir.

Türkiye Cumhuriyetinin kurulduğu 1923'de 344 hekim, 60 eczacı, 136 ebe, 560 sağlık memuru vardı. Bugün bu rakamlar 30-40 misli artmıştır.

Ancak salt sayısal durumun, değerlendirme ve kıyaslamada yeterli olmaması nedeniyle, nüfus/sağlık personeli ilişkisinin incelenmesi daha anlamlıdır. Bu çerçevede iki ölçüt kullanılır. Sağlık personeli başına düşen nüfus, yüz bin nüfusa düşen sağlık personeli.

1923'de bir sağlık personeline 6210, bir hekime 19860, bir eczacıya 113864 bir sağlık memuruna, 121199, bir ebeye 50234 kişi düşerken, bu sayı günümüzde sağlık personeline 320, hekime 1104, diş hekimine 5592, eczacıya 3744, sağlık memuruna 2482, hemşireye 1265, ebeye 1782 kişi civarındadır. Bunun anlamı nüfus artış hızının da hesaba katıldığı göz önünde bulundurularak sağlık personeline 19.4, hekimde 18.01, eczacıda 30.4, sağlık personeline 4.9, ebeye 1 misli artış olduğudur.

Cumhuriyet döneminde sağlık personelinin nüfusa göre genellikle daha fazla artış gösterdiği, nüfus 1923-1990 döneminde 8.3 misli artarken, sağlık personelinin artışının 19 misli olduğu görülür. Bu genel görünümde tek istisna 1955-60 dönemidir. Bu dönemde nüfus artışı sağlık personeli artışının üzerinde olmuştur.

Yüz bin kişiye düşen sağlık personeli, özellikle uluslararası kıyaslamalarda daha geçerli ve kullanışlı bir

ölçüt durumundadır. 1923'de yüz bin kişiye 1.61 sağlık personeli düşerken, bugün 312 personel düşmektedir. Bu sayılar hekimler için 89.9, diş hekimleri için 17.9, eczacılar için 26.7, hemşireler için 79.1, ebeler için 57.9'dur.

Sağlık personelinin mesleki bileşimine bakıldığında, 1923'de %50,9 ile sağlık memurlarının en yüksek oranda olduğu, hekimlerinin %31,27, ebelerin %12,36 ve eczacıların %5,45'lik bir orana sahip oldukları görülür. Bu oranlar 1935 hastahane de hekimlerin lehine dönmüş günümüze kadar da hekimler, sağlık personeli içinde en yüksek orana sahip mesleki grup olarak kalmıştır. Bu gün tüm sağlık personelinin yaklaşık %29'unu oluşturan hekimler, 1945'de sağlık personelinin yarısından fazlasını oluşturmaktaydı. Sağlık personeli içinde ikinci büyük grup hemşirelerdir (%25,3). 1930'da sağlık personelinin yüzde 6.35'i hemşireyken sürekli artış sonucu bugün her dört sağlık personelinden biri hemşiredir. Sağlık personelinin %18,5'ini oluşturan ebeler, 1950'de %8,7 ve 1970'de %21,7 oranı dışında, sağlık personelinin yüzde %10'u ile %18'i arasında oynamaktadırlar. Sağlık memurları %50,9'luk bir orandan bugün %12,9'a gerilemiş, diş hekimleri ise istikrarlı bir oranda %6-7'de kalmıştır. Bugünkü oranı %9 olan eczacılar da %4 ile 11 arası bir seyir göstermiştir.

Hekim başına düşen yardımcı sağlık personeli oranları sağlık hizmetleri planlamasında önemli bir ölçüt olarak kullanılmaktadır. Genellikle tedavi hizmetleri temelinde, sağlık örgütlenmelerinde Türkiye'deki gibi

hekim ağırlığı bulunan sağlık personeli görünümü hakimdir. Bu da hekimin yapması gereken işleri gereği gibi yapmamasına yol açtığı gibi, özellikle bakım hizmetlerinin aksamasına yol açmaktadır.

Sağlık personelinin kurumsal dağılımına bakıldığında hekimlerin %18'inin üniversite, %50'sinin Sağlık Bakanlığında, %15'inin özel kuruluşlarda, %11'inin SSK'da ve %6'sinin diğer kurumlarda çalıştığı 1991 istatistikleri ile tesbitlidir. Diş hekimlerinin ise yaklaşık %3 gibi çok düşük oranı üniversite hastahanelerinde istihdam edilirken, %71,1'i özel kuruluşlarda çalışmaktadır. Eczacıların %2'lik bölümü üniversitelerde, %7'si Sağlık Bakanlığı'nda istihdam edilirken %85'i özel kuruluşlarda çalışmaktadır. Yine 1991 istatistiklerinden alınan verilere göre sağlık memurlarının %77'si Sağlık Bakanlığı'nda, buna karşın %8'i üniversitelerde çalışmaktadır. Hemşirelerin %68'i Sağlık Bakanlığı hastahanelerinde çalışırken sadece %12'si SSK'da ve %14'ü üniversitelerde çalışmaktadır. Kamuda çalışan personelin kurumlara göre bakıldığında ağırlığın Sağlık Bakanlığı'nda (%73,5) olduğu görülmektedir. Kamuda çalışan sağlık personelinin %9,13'ü SSK'da ve sadece %12,07'si üniversitelerde çalışmaktadır. Üniversite hastahanelerinde de istihdam edilen kadroların mesleki dağılımı ise bölgeler arasında çok büyük farklılıklar gösterir. İstihdam edilen uzmanların toplam sağlık insan gücüne oranı %14-24 arası değişirken, pratisyenlerin oranı %23-42, hemşirelerin ise %32-57'dir.

Görüldüğü gibi bu kadar az personel payı sahibi olan üniversite hastahanelerinde, sağlıklı bir alt yapıda olmaksızın topluma hizmeti tam manasıyla yansıtmının imkanı yoktur. Türkiye genelinde hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personelinin büyük bir kısmının Sağlık Bakanlığı'nca istihdam edilmesine rağmen, hasta muayene ve bakım yükü tam ters oranla üniversite hastahanelerinin üzerindedir. Toplumun adapte olmadığı Sağlık Ocağı-Bölge Hastahanesi (ilçe), Devlet Hastahanesi (il), Üniversite Hastahanesi zinciri işlevini yitirmiştir. Hastalar kendi isteklerine göre diğer tedavi kurumlarını atlayarak direkt olarak üniversite hastahanelerine başvurumaktadırlar. Bu nedenle ana görevi araştırma, geliştirme, eğitim olan üniversite hastahaneleri bir ileri tetkik ve tedavi kurumu vasfını yitirerek temel ve birincil sağlık hizmetlerini vermeye başlayan kurumlara dönüşmektedir. Zaten yetersiz olan hekim ve diğer yardımcı personelin yokluğu da buna eklenince üniversitelerde hasta yığılımları gözlenmektedir.

Çözüm her zaman üniversite hastahanelerinde değildir, başka tedavi kurumlarınca çözüm getirilebilir ilkesini topluma anlatmak yararlı olur. Eğer sağlık ocaklarında verimli bir sağlık hizmeti verilir ve sadece sağlık ocağındaki tedavi edilmeyen hastalar ilçedeki yataklı ya da yataksız, uzman hekimlerin bulunduğu kurumlara gönderilirse, bu kurumlarda tedavi edilmeyen hastalar, ildeki hastahanelerde, eğer burada da tedavisi mümkün değilse ileri tetkik ve tedavi üniteleri olan üniversite hastahanelerine hastalar sevk edilirse, üniversite polikliniklerine olan yığılmalar engellenir.

Böylece üniversite hastahaneleri eğitim ve öğretim olan birincil görevlerini daha verimli olarak yapabilirler. Böylece sağlık hizmetlerindeki yük üniversite hastahanelerinin üzerinden kalkıp, tıp kurumlarının üzerinde eşit olarak dağılabilir.

Tıp fakültelerinin amacı tıp öğrencilerinin okuldan mezun oldukları zaman kişiye yönelik koruyucu ve ilk basamak tedavi edici sağlık hizmetlerini verebilmeleridir.

Ülkemizde tıp fakülteleri bu amaca ulaşabilmek üzere altı yıllık eğitimleri boyunca çeşitli tıp dallarında teorik ve pratik dersler verirler. Ancak, altıncı yılın sonunda Tıp Doktorluğu Diplomasını alan mezunların bilgi ve özellikle de beceri düzeylerinin iyi olması gerekmektedir. Yıllardır süren ve bir türlü çözümlenemeyen bu tartışmanın temel sebebi, büyük ölçüde yaparak öğrenilmesi gereken hekimliğin daha ziyade hiç bir katılımlı yöntemin kullanılmadığı dersler ile öğretilmeye çalışılması ve uygulamalarda da öğrencileri yeterli kılmak üzere yoğun eğitim ve değerlendirme yöntemlerinden yararlanılmasıdır. Ülkemizdeki tıp eğitiminin sorunlarını parasal sorunlar dışında büyük ölçüde çözebilecek olan klinik eğitimdeki yeni yaklaşım, yeterliliğe dayalıdır ve yaparak öğrenme ilkesinden kaynaklanır.

Tıp fakültelerinin konumu gereği öğrencilerin değerlendirilmesi önemli bir problem olmaktadır. Bunun için çeşitli imtihan şekilleri kullanılmaktadır. Bunları teorik imtihan (klasik ve test usulü) ve pratik imtihan diye ayırabiliriz. Test usulü imtihanda çok sayıda öğ-

renci kısa sürede değerlendirilebilir. Böylece öğretim üyelerinin asli görevi olan araştırma ve eğitim-öğretimde zaman kaybı olmaz. Fakat bunun da öğrenciyi değerlendirme de ne kadar başarılı olduğu tartışılabilir. Temel bilimlerde bu sistem daha iyi gibi gözükmektedir. Pratik imtihanlar en son gün yapılmaktadır. Bir defaya mahsus imtihan yerine öğrenciye birşeyler verip servisteki çalışmasına bakarak değerlendirmek daha iyi olabilir. Çünkü en son gün yapılanda daha çok teorik ağırlıklı olmaktadır. Bunların yapılabilmesi için öğrenci kapasitesinin düşürülmesi ve öğretim görevlisinin öğrencisini tanıyacak bir hale getirilmesi gereklidir.

Teorik imtihanlar öğrencinin ne bilmediğini ölçecek şekilde olmalıdır. Fakat klinik dallarda pratik imtihanı öğrencinin servisteki aktif çalışmasıyla değerlendirilmeli, yapılacaksa bundan sonra bir sözlü imtihan hasta başında yapılmalıdır. Öğrencinin acil hekimlik dallarında değerlendirilmesi herhalde en önemlisidir. Bunun için acil staj süreleri uzatılmalı, çok iyi bir teorik ve pratik eğitim verilmelidir.

Tıp eğitiminde öğrenilecek olan beceriyi açıklamasının ve demonstrasyonunun ardından öğrenciyle tartışılması, sonra onun uygulamasına yardımcı olunması ve bu sırada öğrenciye geri bildirim de bulunması esas olmalıdır.

Bu arada, gerek klinik öncesinde, gerekse kliniklerde öğrencilere bir temel oluşturmak üzere verilen teorik derslerin daha etkili kılınması da söz konusudur. Bir teorik dersten üç saat sonra kişilerin anlatılanların

%25'ini, üç gün sonra ise %10-20'sini hatırladıkları, halbuki kendilerinin de katılımıyla gerçekleştirilen yöntemle, üç saat sonra öğrendiklerinden %90'ını, üç gün sonrada %70'ini hatırladıkları görülmüştür. Teorik derslerin katılımlı olması sınıftaki öğrenci sayısı ile ters orantılıdır. Yani sınıftaki öğrenci sayısı ne kadar az olursa katılımlı yöntem o kadar kolay uygulanabilir. O halde ülkemizdeki tıp fakültesi eğitimini gözden geçirirken unutulmaması gereken önemli noktalardan biride öğrenci sayılarının fazlalığıdır. Yeterliliğe dayalı eğitim ve katılımlı yöntemler öğrenci sayısının en fazla on iki kadar olduğu gruplarda başarı ile uygulanabilmektedir. Bununla beraber, büyük sınıflarda da katılımlı teknikleri uygulamak mümkündür.

Öğretim üyesinin görevinin artık yalnızca ders vermek olmadığı anlaşılmıştır. Öğretim üyesinin görevi öğretmektir. Öğrenme; öğrencide kavramları idrak ettiği, problem çözme yeteneğini geliştirdiği, bilimsel düşünceyi benimsediği zaman kalıcıdır. Bunu elde etmek için çeşitli yöntemler ileri sürülmektedir. En yeni yöntem temel bilimler ile klinik bilimlerin entegrasyonu olup, bunun aktif öğrenimle sağlanmasıdır. Temel bilimler ile klinik bilimlerin entegrasyonu için çeşitli stratejiler önerilmektedir. Sınavların çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşması, çoktan seçmeli sorularla salt bilginin açık uçlu sorularla problem çözme yeteneğinin geliştirilmesi eğitimde önemlidir.

Hekimlik, bir bilimsel klinik disiplin olmasının yanında insani ve ahlaki değerlerin yüksek olduğu bir alandır. Hekimlik uygulamasında insan yaşamına ve insan

onuruna en yüksek değer vermeyi temel alan, evrensel ilkeler ve değerler vardır. Hasta-hekim arasındaki ilişkide temel güven, hastanın bir birey olarak tüm haklarına saygı ve gizlilik esastır. Herhangi bir hastalık belirtileri ile başvuran kişi, o hastalığa neden olan biyolojik sorunların yanında, gelişimsel özgeçmişe ilişkin ve kültürel bir dizi unsuru birlikte getirir. Ayrıca o hastalığın kendi tedavi yöntemlerinin kişinin ruhsal yaşantısı, özel yaşamı ve sosyal yaşantısına ilişkin bir dizi yansıması vardır. Böylece hastalık yakınma ve belirtileri ile beraber, bu yakınmalarla doğrudan ya da dolaylı ilgili olabilen bir dizi özel bireysel ve toplumsal alanlar gündeme gelir.

Hasta-hekim ilişkisinde bilgilendirmeden sonra, “mahremiyet” ve gizlilik ilkesi gelir. Bu insanın özelliklerine, özel yaşamına ve mahremiyetine saygıdır. Hekiminde hastasının bedensel ve ruhsal dünyasını anlama ve tanıma ortamı vardır. Bu yakınlık hasta için çok güç ve sıkıntılı bir durumdayken sağlanır. Bu dönemde güven, kişilik hakları ve mahremiyete saygı esastır, hekimlik uygulamasındaki temel ilkelerden biri de hastalığın ne olduğu, tedavi programı ve seçenekleri konusunda hastanın bilgilendirilmesidir. Belirsizlik, boşluk, bilgi eksikliği kaygıyı daha da arttırır, bu anlamda hekim aynı zamanda öğretici ve eğiticidir. Hastalığın nitelik ve şiddeti ne olursa olsun, neyin bilindiği ya da bilinmediği anlatılmalı, hastalık ve ilişkili sorunlar tüm boyutlarıyla tanımlanmalı ki terapötik işbirliği içinde çözüme yönelinebilinsin.

TÜRK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZELLEŞTİRME

Sağlık alanında özelleştirme kavramını incelemeden önce sağlık ve özelleştirme kavramlarının ayrı ayrı ne olduğunu öğrenmek gerekir. Sağlık, bedeni, akli, ahlaki ve ruhî, bütün beşeri servetlerinin kıymetlisidir. Sağlık yaşantıda temel faktördür. Gerek bireysel olarak gerekse toplumsal olarak düşünüldüğünde son derece önemli bir kavramdır. Çünkü; hastalığın güvensizlik doğuran iki iktisadi veya mali neticesi vardır. Bunların birincisi, hastalığın insanı işten alıkoyması yani gelir kaynağı olan işini sürdürememesi, ikincisi ise hastalığından dolayı kendisine yapılan teşhisten tedaviye kadar olan aşamalardaki mali yüküdür. Burada hastalıktan dolayı vücudun gördüğü zararları bireysel bir zarar olarak görme ihtiyacı vardır. Çünkü özelleştirme konusunda kişinin ve toplumun maddi açıdan kâr ve zararları hesaplamakta ve bu maddi süreç hizmeti sunan ve hizmeti alan arasında bir problem yaratmadığı sürece tatminkâr olmaktadır.

Özelleştirme kavramına gelince herhangi bir alanda kamuya sunulan hizmetin veya herhangi bir ürünün

devlet eli ile değil doğrudan piyasa kuralları gereğince fertler tarafından devlete bağlı olmayan kurumlarca yürütülmesidir. Sağlık hizmetlerinin işleyişinin piyasa kurallarına terk edilmesi temelde sağlığı koruma işlemlerinden değil, hastalık durumlarında geçerli bir kavramdır.

Türkiye’de sağlık konusunda günümüze kadar sağlık hizmetlerinin sunumunda farklılık yaşanmıştır. Özellikle ikinci dünya savaşından sonra, toplumun hızla artan sağlık hizmeti istemini karşılamak amacıyla, 1949 yılında Sağlık Bakanı Dr.Behçet Uz, sağlık merkezlerine dayalı bir hizmet plânı hazırlatmıştır. Günümüz sağlık örgütlenmesinin temel ilkelerinin çoğunu kapsayan bu plân, o güne kadar daha çok kentle ve kasabaların yararlandığı sağlık hizmetlerini ilk kez kırsal kesim de götürülmesini amaçlıyordu. Bu plân yasalaşmak üzere iken Dr. Behçet Uz bakanlıktan ayrılmış, yerine gelenler bu plânı gerçekleştirmek için yeterli çaba sarf etmemişlerdir. Özelleştirme, 1970-80’lerde dünyada ortaya çıkan yeni siyasi dengeler, değişen makroekonomik politikalar ve sosyal devlet anlayışının yıkımı ile ortaya çıkmıştır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından son yıllarda bir proje bütünlüğü içerisinde dile getirilmektedir. Olay 1980’lerde dikkati çeker bir şekilde hazırlanmıştır. Bu gelişmelerin asıl dayanağı 1982 Anayasasıdır. 1961 Anayasasındaki “Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini sağlamakla görevlidir” maddesi 1982 Anayasası ile “Devlet, sağlık kuruluşlarını tek elden plânlayıp, hizmet vermesini düzenler, bu görevini kamu ve özel ke-

simlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak yerine getirir” şeklinde değiştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın özelleştirme projesi olarak ortaya koyduğu, bütün hastahanelerin mülkiyet haklarının olabildiğince özel sektöre devredilmesi, bu mümkün olmazsa idari ve mali açıdan “zerk” işletmeler haline getirilmesidir. Fiilen yaşama geçirilmiş olan zelleştirme bir kaç biçimde izlenmektedir.

Bu özelleştirmeler;

1. Özel sektöre verilen krediler,
2. Hastahane hizmetlerinde sosyal güvencede olan hastalardan ek denek istenmesi,
3. Laboratuvar hizmetlerinin ve radyolojik tetkiklerin özel sektörden alınması,
4. Kamu hastahanelerinde ayrılan özel yataklar ve uzman hekimlere verilen özel hasta muayene etme yetkisi,
5. İlaçta hasta katkı paylarının arttırılması,
6. Fazla olan kamu harcamalarının azaltılması şeklinindedir.

Özelleştirmede Hastahane İle İlgili Sorunlar

1. Hastahaneler daha verimli çalışabilirler,
2. Hastahane personelinin eğitimlerinin arttırılması ve Sağlık Bakanlığı'nın donanımlı yöneticileri istihdam etmesi

3. Hastahaneler üzerinde Sağlık Bakanlığı'nın aşırı denetimi mevcuttur. Sağlık Bakanlığı yönetici olarak kendi siyasi görüşünde olan hekimleri atamaması, çalışkan ve dürüst olanı elinde tutması gerekir.

4. Hastahanelerdeki aşırı yığılmayı azaltmak, ufak yakınmalar için büyük merkezlere gelmemek

Bu sorunların özelleştirme yolu ile çözüleceği Sağlık Bakanlığı tarafından ortaya atılmaktadır. Türkiye gibi ülkelerde sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini öncelikle Dünya Bankası önermektedir. Ancak Dünya Bankasının 1990 yılındaki "gelişmekte olan ülkelerde özel sektör aracılığıyla sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi" raporunda bazı sakıncaları dile getirilmiştir. Bu noktalar şunlardır:

1. Özelleştirme ya da salt mali verimlilik esasına göre çalışan hastahaneler büyük merkezlerde toplanmaktadır. Bunun nedeni işletme mantığına göre çalışan hastahanelerin, halkın alım gücünün ve hizmet kullanma alışkanlıklarının yüksek olduğu bölgelerde toplama eğiliminde oluşudur.

2. Özelleştirilen hastahaneler büyük kentler ve zengin bölgelerde daha zengin toplumsal sınıflara hizmet etmektedirler.

3. Sosyal güvencesi olmayan, genel bütçeden desteklenen gruplar ile piyasa fiyatlarını karşılayabilenler olarak iki sınıf ortaya çıkmış olabilir.

4. İnsan gücü, para, alet, bina gibi kaynaklar, sağlık piyasasının bulunduğu büyük merkezlerde toplanırlar. Devlet desteği olmaksızın diğer bölgelere kaynak

yönlendirmek imkânsızdır. Bu da büyük merkezlerde daha kaliteli, geri kalmış bölgelerde sınırlı üretim demektir.

5. Özelleştirme ile halka doğrudan yansıyan fiyatlar birkaç misli katlanabilir. Nitekim Sağlık Bakanlığı'nın ürettiği dökümanlarda hastahane fiyatlarının en az üç katına çıkacağı belirtilmektedir. Bunun nedeni genel bütçe desteğinin kesilmesidir.

Sağlıkta Özelleştirmenin Amacı

1. Tıp sektörünün otonomiye ihtiyacı vardır. Türkiye'de her konuda bir merkezden yönetilme hastalığı vardır. Merkezden birilerinin konu ile ilgisi olsun veya olmasın sağlık konusunda politikalar üretmesi yanlıştır.

2. Özelleştirme ile birlikte, sağlık sektörü de bir piyasa kuruluşu olacak ve bu şekilde sistem arz-talep şeklinde gelişecektir. Böylece kaliteli hizmete yönelen talep daha kaliteli hizmetler oluşturma imkânı doğuracaktır.

3. Kişiler istedikleri doktoru ve istedikleri sağlık kurumunu seçebileceklerdir.

4. Sağlık sektöründe kaliteli sağlık hizmeti sunulacak çok çalışan personel, emek ve beyin gücünün karşılığını serbest piyasa ekonomisi gereği hakkınca alacaktır.

5. Özelleştirme ile birlikte sağlık daha pahalı bir olgu olacağından daha geniş kapsamlı ve daha güvenli sigorta sistemleri kurulacak, böylece insanlar ara-

balalarına ve evlerini sigortaladıkları gibi kendilerini ve aile fertlerini sigortalama ihtiyacı duyacaklardır.

6. Tıp alanında ulaşılan en son yeniliklerden herkes gücü oranında yararlanabilme imkânı bulacaktır.

7. Devlet, sağlık gibi son derece önemli ve maddi kaynak gereksinimi bulunan bir konudan büyük ölçüde kurtulacak ve bu sayede elde ettiği maddi kârı, sağlığı koruyucu yöntemler için harcayacaktır.

8. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi bir örgütlenme modelinden çok, sağlıktaki finans sorununa çözüm üretecek bir finans modeli olarak ele alınmış ve sunulmuş olacak.

9. Sağlıkta özelleştirme ile birlikte hasta durumundaki fertler tüketici bilinci ile hareket edecek, böylece sağlık konusunda fertlerde maliyet bilinci oluşacak ve sonuç olarak sağlık harcamaları otokontrol altında tutulacaktır.

Sağlıkta Özelleştirmenin Metodlarını üç başlık altında incelemek mümkündür.

1. Hizmet Sunma

Hizmet sunumu halihazırda kamu kurumları ve özel sektör eliyle olmaktadır. Doğrudan hükümet tarafından yürütülen sağlık hizmetleriyle, hükümet dışı diğer kamu kurumlarınca yürütülen hizmetler genel olarak kamu sağlık hizmetleri kapsamına girer. Bu tür sağlık hizmeti veren kurumların kişilere veya kişiler tarafından oluşturulan özel kuruluşlara kademeli olarak devredilmesi ile kamu kuruluşlarının özelleştirilmesi sağ-

lanacaktır. Bu kurumlar içindeki çalışmalarla kuruluşa kâr getirebilecek ve bu kârı kurum, doktorları ve diğer sağlık personeli belli oranlarda paylaşacaklardır. Böylece hem hizmet artacak hem de motivasyon olacaktır. Ancak bu devamlı olmayacak, özelleştirme için bir ara basamak olacaktır. Hizmet sunumu özel muayenehane hekimliğinden, uluslararası hastahanelere kadar uzanan geniş bir yelpazeye yayılacaktır.

2. Fon Oluşturma

Hizmetin finansmanı bir kaç şekilde olabilir. Bunlardan biri vergilendirme değildir. Devlet aldığı vergilerden sağlık sektöründe teşvikler ve katkılarla destek oluşturabilir. Vergilendirme yapılırken sağlık konusunda etkili tüketim mallarından (sigara, alkol) vergi alınabilir. Fon oluşturmada kullanılan diğer bir yol sigorta uygulamasıdır. Sigorta da kamu ve özel sağlık sigortası biçiminde olabilir. Kamu sigortası toplumun belli bir gelir düzeyinin altındaki sınıflar için zorunludur. Çoğunlukla düzenli aylık geliri olan işçi ve emekli sınıflarını kapsar. Son yıllardaki eğitim, gelir düzeyi yüksek olan sınıfların da zorunlu sigorta kapsamına alınması yönündedir. Sigorta gelecekteki risklere karşı bir ödeme plânıdır. Zorunlu sigortadaki kesinti veya ödeme, sağlık risklerinde bağımsız olup, gelirlerle orantılıdır. Bu miktarın belli bir kısmı doğrudan işçinin ücretinden, kalanı ise patron konumundaki kişi veya kurumdan yapılır. Oran, genellikle yarı yarıyadır. Sigorta fonunun yönetimi de doğal olarak fonun oluşturulmasına katkıda bulunan kurum temsilcilerinden oluşan ve hükümetten bağımsız bir organca üstlenmelidir. Çalışanın

cretinden yapılan sigorta kesintisi de bir çeşit vergi niteliğindedir. Özel sağlık sigortası ise hükümet eliyle veya diğer kamu kurumlarınca oluşturulan güvence fonlarının garantilediği hizmetle yetinmek istemeyen ve daha üst ya da özel nitelikte hizmet arayışında olanların gereksinimlerine prim kesintisi yalnızca sigortalıktan sonra olur. Fon kurumunun yönetimi de özeldir. Özel sigorta bu haliyle toplumun daha üst sınıflarına yöneliktir ve ancak zengin ülkelerde gelişebilir.

3. Hizmetin Satın Alınması

Hizmetin satın alınmasında çeşitli biçimler söz konusudur.

a) Bu bağlamda ilk söz edilmesi gereken olgu, hizmet sunumu ile finansmanın birbirleriyle bağlantı noktasıdır. Üretici kurum ile finansman kurumu birbirinden bağımsız olabilir. Bu durumda finansör kurum, üretici kurumdaki hizmeti satın alır. Bir ticari ilişki biçiminde ortaya çıkan bu sisteme indirekt sistem adı verilmektedir. Endüstrileşmiş hemen hemen tamamında gözlenen ve uygulanan sistem budur. İkinci kısım ise finansman ile üretimin birleştirilerek tek elde toplandığı Direkt Sistem'dir. Direkt Sistem hem sigorta sistemi için hem de hükümet örgütlenmesi için söz konusu olabilir. İngiltere, Latin Amerika lkeleri ile Türkiye bunun örneğidir. Ayrıca zel sistem içerisinde de finansör kurumun aynı zamanda hizmet ürettiği durumlar söz konusu olabilmektedir.

b) İlk söz edilmesi gereken biçim kullanıcıların finansman güçlerini bir finansör kurum olarak örgütlemelikleri ve hizmeti doğrudan cepten yaptıkları ödemelerle, kullanım anında finanse ettikleri sistemdir. Cepten ödemeler özellikle, halkın satın alma ve sağlık için düzenli ödeme yapma gücünün düşük olduğu, dolayısıyla sağlık hizmetleri piyasanın ve sağlık sektöründe sermaye birikiminin geri düzeylere bulunduğu az gelişmiş ülkelerde yaygındır.

c) İndirekt sistemdeki satın alma ilişkisi en yaygın olarak sigorta kurum ile üretici kurum arasında olmaktadır. Bu durumda ödeme bir kaç biçimde olabilir; birincisi, kullanıcı hizmeti kullandığı anda üreticiye ödemeyi yapabilir, bu durumda yaptığı ödemenin tamamı veya bir miktarı daha sonradan sigorta kurumu tarafından kullanıcıya geri ödenir. İkincisi, sigorta kurumu, üreticiye kişi başı hizmet birimi karşılığı vaka başına ücretle günlük fiyatla ödeme yapılabilir. Kişibaşı ödemede, ödeme; hizmetin üretimi öncesinden, hizmet başı ödeme ise hizmetin üretimi sonrasında yapılır. Diğerleri ise hastahanecilik hizmetleri için geçerlidir. Bu durumda daha sonradan getirilen ek ödemeler dışında hastanın cebinden hizmeti kullanım anında para çıkmaz. Üçüncüsü üretici kişi veya kuruma devlet bütçesinden ya da sigorta fonundan yapılan ödeme; hizmet verilen nüfus, nüfusun özellikleri, sunulan hizmetin kalitesi, daha önceki yıllara ilişkin hizmet düzeyi, bölgedeki hastalık insidansları gibi çeşitli değişkenleri dikkate alarak hesaplanmış bir paket bütçe biçiminde yapılabilir.

d) Özellikle son yıllarda şimdiye dek alışık olmadığı bir biçimde kamunun elindeki kaynakların özel amaçlar için kullanımı söz konusu olmaktadır. Burada da kabaca iki biçim ortaya çıkmaktadır.

1) Kamu kaynakları, yine kamuda çalışmakta olan personelin özel kullanımına bırakılabilmektedir.

2) Kamunun elindeki parasal kaynaklar özel sektörün ürettiği sağlık hizmetlerinin alınmasında kullanılabilir. bilmektedir.

e) Yine son yıllarda kamu kaynaklarının yetersizliği nedeni ile kullanıcı ödentileri ayrı ödeme sistemi olarak geliştirilmektedir. Kullanıcı ödentisi, aslında bir kamu sosyal güvenlik programına kayıtlı olan bireyin hizmeti kullanım anında yaptığı ek ödemeyi tanımlamaktadır. Doğrudan doğruya maliyetin daha fazla oranda bireye kaydırılması anlamına gelmektedir.

Özelleştirmede Özellikler

1. Özelleştirme politikasının kapsam ve hacimde 1980'ler sonrasında ortaya çıkan gelişmeleri dünya ekonomisinin içine girdiği yapısal ve yeniden düzenlemeyi gerektirmiştir. Bu sorun bütün ülkelerde ortak olmasına karşın, özelleştirme değişik ülke gruplarında farklı biçimlerde ortaya çıkmaktadır.

2. Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının artışı en önemli sorundur. Harcamalardaki yükseklik, kamu harcamalarında ve kamu sosyal güvenlik programlarından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle kamu sağlık harcamalarının kısıtlanması, özel sigortacılık ve

hastahaneçilik hizmetlerinin desteklenerek, bütün sağlık işletmelerinin içinde rekabet edebilecekleri piyasa koşullarının devlet tarafından düzenlenmesi başlıca reform yönelimleri olmaktadır.

3. Bazı ülkelerde zelleştirme kaynak kıtlığına çözüm olarak önerilmektedir. Dolayısıyla, bu ülkelerde zelleştirme (sigorta uygulaması ile birlikte kullanım arasında) cepten yapılan ödemelerin piyasa koşulları içinde denetlenmesi ve sağlık sektöründe ilişkilerin yerleştirilmesi amacına yönlenmektedir.

4. Eski sosyalist ülkelerde özelleştirmenin amacı yukarıdaki ülke gruplarından gzetilenlerin bir birleşimi olarak belirlenmektedir.

5. Sağlık hizmetlerinin örgütlenme şeması konusunda hatırlanacağı gibi, finansmanın kamu ağırlıklı olması durumun özüne ilişkin bir değişiklik ifade etmektedir. Kamu ya da özel her iki tür finansmanda da, asıl kaynak emek gücünün yarattığı değerdir. Kamu finansmanında fon üzerinde kamu vicdanının etkisi belirlemede ve çalışanlar denetleyici olabilmektedir. Özelleştirme dönemleri ise, bu gücün yaratılmasına bağlı olarak genişlemekte ve sağlık sektöründe sermayenin rahatça hareket etmesini sağlamaktadır. Bu anlamda zelleştirme, sosyal devletin ve sosyalizmin işçi sınıfı ve emekçiler adına sağladığı kazanımlara yönelik politik saldırının en önemli bileşenlerindedir.

6. Bütün lke gruplarında zelleştirme ancak devletin yönetsel ve finansal desteği, kamu ve devlet eliyle yapılan sağlık harcamalarının azaltılarak kamu kurumlarının özel sektörle rekabete bırakılması, kullanıcı

ödentileri ve özelleştirmeyi destekleyen yasal düzenlemeler aracılığı ile olmaktadır. Diğer iki grup ülkede ise bunun dışında devletin özel sektörü yaptığı doğrudan parasal yardımlar ön plândadır.

7. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinde, kamu sektöründeki verimsizlik en önemli sebep olarak gösterilmektedir.

8. Bu durumda özelleştirmeye verimlilik, etkinlik, eşitlik gibi sorunlara çözüm üretecek bir bütün olarak bakmak için ekonomik, politik değişiklikler yapılmalıdır.

Özelleştirmede Öneriler

1. İnsan toplumsal bir canlıdır. Dolayısıyla bireysel sağlık hakkının korunması, geliştirilmesi kamunun sorumluluğu olmalıdır. Sağlık hakkı bireysel sorumluluk değildir. Kamu, herkesi gereksinimleri ölçüsünde güvenceye almalıdır.

2. Türkiye’de toplumsal sınıflar arasında derin ekonomik sosyal çelişkiler yaratılmıştır. Özelleştirme, bu çelişkileri derinleştirme potansiyeline sahip olabilir. Bu anlamda eşitlikçi, sosyal, siyasal ve ekonomik dönüşümler zorunludur.

3. Türkiye’de sağlık hizmetleri için gerek toplumsal üretimden gerekse genel bütçeden paylar yetersizdir. Bu oranlar, WHO’nun önerileri doğrultusunda en az %5-10’a yükseltilmelidir.

4. Devlet özel sektöre yaptığı kaynak aktarımını kamu hastahanelerine de yapmalıdır.

5. Sorunların çözümünde iyi yönetim esastır. Türkiye gibi ülkelerde kaynak kullanımındaki verimsizliğin ilk nedeni yönetimdir. Kamu hastahanelerinin yönetimi ile ilgili iyi eğitim almış kadrolara bırakılmalıdır.

6. Hastahaneler, çevresindeki kurumlara eğitim ve danışmanlık hizmeti veren, araştırmalar yapan bir kurum olarak ele alınmalıdır.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Sağlık; bedeni, ahlaki ve ruhi bütün insanlık vasıflarının en kıymetlisidir. Dolayısıyla güvenliğinin sağlanması gereken en önemli faktördür. Günümüzde tababet hastalıkları ortadan kaldırılmasında hızlı bir gelişme göstermekte ve dolayısıyla refah ve verimliliğinin araştırılmasına hayati katkıda bulunmaktadır. İşte bu insan sağlığının güvence altına alınmasına sağlık sigortası adı verilir.

Bütün ülkelerde hastalıklar, iş kaybına, gelir kaybına ve tıbbi masraflara yol açmak suretiyle ağır bir külfet teşkil etmektedir. İşte bu külfeti bütün topluma dağıtmak ve bütün toplumu bu maliyete iştirak ettirmek toplum açısından yararlı olur. Bu gerekçeden yola çıkılarak sağlık sigortası ortaya atılmıştır.

Hastalık iki türlü mali kayba yol açar. İlki insanı işten alıkoyması ve dolayısıyla, üretimi azaltması, ikincisi ise oldukça fazla miktarda tıbbi masraflara ve hastahane giderlerine yol açmasıdır. Her ikisinin de mali zorluğu bulunan fert veya aile üzerinde mali zorluk meydana getirdiği tesirler birbirinden ayrılamaz.

Sosyal araştırmalar, yoksulluğun en sık rastlanan sebebi olarak bunları göstermektedir. Neticede bir çok ailenin borç altına girmesi, güvensizlik endişesiyle hastalığın ilerlemiş ve iyileşmenin gecikmesi de aynı sebeplere bağlanabilir. Bunun yanında fazla miktarda tıbbi bakım masrafları nedeniyle hastalıkların daha başında iken ihmal edilmesi de ferde ve topluma daha büyük zararlar verebilir.

Hastalığa karşı sosyal güvenlik sağlanmasının fazla bir geçmişı olmamasına rağmen bugün pek çok ülkede maddi tazminatlar ve tıbbi bakım bütün nüfusu ya da belirli bir seviyenin altında gelire sahip işçilerin büyük bir çoğunluğunu kapsayacak genişliğe ulaşmıştır.

Bazı ülkeler yoğun tıbbi hizmetler tatbik ederken, bazıları da bu hizmetleri sınırlı ölçüde sağlayan sistemler geliştirmişlerdir. Bunlardan bazıları ise sosyal politikaları gereği fertleri kendi sorumluluklarına terketmeyi tercih etmektedirler. Diğer ülkeler tıbbi hizmetleri gittikçe artan ölçüde genişletmeye, yeterli sayıda doktor, hemşire ve diğer tıp personelini buna göre yetiştirmeye ve yeterli hastahane ve klinikler kurmaya çalışmaktadırlar. Öncelik verilecek hususların karşılaştırılmasında ülkelerde her hizmetin aciliyet oranını ve aynı zamanda herhangi bir zamanda mevcut personel, bina donatımı, uygun bir hizmet için yeterlilik derecesini dikkate almaktadır.

Günümüzde, mecburi primli hastalık sigortası çok yaygındır. Hastalık sigortası idari kolaylık bakımından, işsizlik ve yaşlılık, sigorta sistemleri ile beraber yürütülmekte ve iştirakler tek merkezde toplanmaktadır.

Hastalık sigortası teminatları belli bir süre içindir. Ancak bu süre genellikle yeterlidir. Uzun süre iş görememezlik, rehabilitasyon dahil değişik bir yardım gerektirmektedir. Bir çok ülkede kesin bir gerçek vardır ki, maddi sıkıntı ve sefaletin en önemli sebebi aile fertlerinden birini yakalayan ciddi bir hastalığın lüzum gösterdiği tıbbi, cerrahi ve hastahane tedavisinin ağır masraflarıdır. Bazı hastalıklar, bazılarının başından geçerek onları çok ağır masraflara karşı karşıya bırakır ve dolayısıyla onları güç duruma sokabilir.

Bütün toplumu kapsayan bir plan hazırlarken nüfusun en fakir kısmı hariç, diğerlerinin hastalığa yakalandıkları zamanki gerekli tıbbi maliyetin bir kısmına doğrudan doğruya iştirak etmeye hazır oldukları dikkate alınmalıdır.

Özel sigorta olması daha ziyade iyi gelir seviyesine sahip olanlar için uyumludur. Fakat daha uzun süre çalışacak yaşlılarla düşük gelir grupları için bu sigorta uygun değildir.

Sigorta şirketleri de tıbbi masraf riskini karşılamak üzere çeşitli plânlar yapabilirler. Bunlarda korumanın genişliği ödenen primin miktarına bağlıdır. Sigorta yalnız hastahane yatak maliyetini veya ameliyat masrafını ya da bunların her ikisini de aynı zamanda vizite hizmetlerini de kapsayabilir.

Üst gelir gruplarında bulunan aileler genellikle tıbbi masraflarını hatta ciddi hastalıklar için bile ödeyebilirler. Orta gelirli gruplar içinde makul masrafların karşılanması mümkündür. Ancak ciddi hastalıklarda mali problemler ortaya çıkabilir. Düşük gelirli grup ise aynı

masrafları aşan tıbbi masraflarla karşılaştıkları zaman derhal mali yokluk içine düşerler ve sigorta tarafından en az korunanlar da bunlardır.

Sağlık sigortası programlarının uygulanmasında çözüm bekleyen çok karışık mesleki problem mevcuttur. Bunların başında tıp mesleğine nasıl yeterli ölçüde ücret ödeneceği ve kıymetlerin hem de nasıl ekonomik olacağıın sağlanması gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde istihdam edilen doktorların ücretlerinin ayarlanmasında güçlük yoktur. Hastahanelerin tam gün çalışan tıp personeli ve diğer tam gün çalışan gruplar için en uygun ödeme metodu nitelik tecrübe ve mesuliyeti dikkate alarak kullanılmasıdır. Genel pratisyen hekimlerle uzmanların ücretlerinin tayininde diğer bir alternatif ise nüfus başına ve vizite başına ücret esasıdır. Tıp mesleğini bir çok üyesi belirli bazı garantilerinden sistemle birleştirilmiş vizite metodundan memnundur.

Bir sağlık sigorta hizmeti kurulduğu zaman genellikle çok geniş bir taleple karşılaşır. Aynı zamanda sağlık bakımı için daha önce yapılan harcamalardan çok daha pahalıya mâl olur. Çünkü daha önce karşılanmamış ihtiyaçların birikmesinden dolayı bir potansiyel talep söz konusu olabilir.

Kamu sağlık hizmetleri, devletin genel bütçe gelirleri yanında işverenlerin katılımı ile de finanse edilebilir. Bazı ülkelerde kamu sağlık hizmetleri tamamen veya geniş çapta genel bütçe gelirlerinden karşılanır. Geri kalan kısmı ise milli sigorta fonundan tazminat alanla-

rın yaptığı ödemelerden ve reçeteler için alınan sembolik bedelden karşılanabilir.

Sağlık sigortası için önce ekonomik iştirakin sağlanması daha sonra yeniden sağlık politikasının düzenlenmesi ve halkın eğitim seviyesini yükseltilerek, böyle bir sisteme adapte olmasının sağlanması gerekmektedir.

Sağlık sektörünün genel sorunlarının çözüm getireceğine inanılmasına ve 1960'ların ortalarından beri genel sağlık sigortaları ile ilgili tasarıların hazırlanmasına rağmen, bu tasarılar hayata geçirilmemiştir. Genel Sağlık Sigortası (GSS) ilgili tarafların önemli bir tartışma konusudur. GSS ile ilgili bugünkü tartışma 1980'lerin ortalarında başlatılan "sağlıkta yeni eğilimler" politikasının da ana öğelerinden birisidir.

GSS ile ilgili sorunlar aşağıda sunulmuştur.

Ülkemizdeki ekonomik durum ve sağlık sektöründeki problemler düşünüldüğünde Türkiye'de GSS ne kadar mümkündür?

GSS siyasal tercihlerden bağımsız bir model olabilecek midir?

GSS, Türkiye'deki sağlık sektöründe mevcut bulunan sorunları çözebilecek midir?

Türkiye'nin sağlık sorunları karşısında GSS modelinin başarıya ulaşması için aşağıdaki iki ana koşulun oluşması lazım olur.

60 milyon kişiye sağlık hizmetlerinin yeterli şekilde sunulması için yeterli hekim, sağlık personeli, hasta

yatağı, laboratuvar ve ilacın sağlanması mümkün müdür?

Yukarıdaki iki faktör oluşturmadığı sürece sistemin aksayacağı ortadadır. Bu iki faktörün mevcut koşullarda sağlanması ile ilgili problemlerin çözümü güçlük arz etmektedir.

Türkiye’de hekim ve hasta yoğunluğunun ülke genelinde dengesiz dağılımı, bu amaca ulaşmaya zorlaştırmakta ve beraberinde bazı problemleri getirmektedir.

GSS’deki ilk basamağı oluşturacak olan aile hekimliği sistemi, hekimlerin dengesiz dağılımı nedeniyle başarıya ulaşması konusunda kuşkular doğurmaktadır. Yeterli sayıda hekimin yetiştirilmesi gerekmektedir. Pratisyen hekimlerin aile hekimi sayılması veya hekim olarak yetiştirilmesi beraberinde bazı sorunları da doğuracaktır. Aile hekimliği sistemi Batı ülkelerinde uygulanmakla birlikte, bu durum ülkenin sosyo-ekonomik düzeyine bağlantılıdır. Her kişinin aile hekimini seçmesi ve hastalandığında önce aile hekimine başvurması gerekmektedir. Mevcut sosyo-ekonomik şartlarda bunun başarıya ulaşması biraz zordur. Aile hekimlerinin çalışacağı ortamların taşra olarak plânlanması nedeniyle buralardaki sağlık personeli, laboratuvar ve ekipmanın yeterli olması gerekmektedir.

Sağlık sigortasına sahip kişiler, gereğinde yataklı tedavi hizmetlerinin anında sunulmasını isteyeceklerdir. Halen yeterli yatak kapasitesine ulaşılamamıştır.

Önemli bir problem de finansmandır. Türkiye'deki Gayri Safi Milli Hasıla, 2007 yılında %6 dolaylarındayken GSS uygulanan ülkelerde bu oran %8,1 ila %15,7 oranlarındadır. 2007 verilerine göre %67,8'i kamu harcamalarından sağlanmaktayken GSS uygulayan bazı ülkelerdeki kamu harcamalarının %8,1'lerde olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla GSS uygulanabilmesi için Türkiye'nin yapmış olduğu harcamaları GSMH'nin %7-8 oranına yükseltilmesi gerekmektedir.

GSS ile ilgili prim ve bütçe aktarmaları gibi bazı kaynak yolları öngörülüyor ise de bu yolların gerekli finansman kaynağının sağlanması kolay değildir.

Sosyal güvenceye sahip olmayanların primleri nasıl toplanacak ve ne kadar katkı sağlayacaktır? Böylece toplumun büyük kısmının primler devlet tarafından finanse edilmesi sağlanmış olur.

Bağkur ile ilgili problemin çözülmesi gerekmektedir. Yeni ve gerçekçi bir çözüm üretilmelidir.

Kamu memurları ve emeklileri GSS içine dahil edilince primlendirmenin nasıl olacağını önceden ayarlamak gerekir. Bu prim sistemi bu kesime ek bir yük getirmemelidir. Getirilecek ek bir yük, bu kesimin yaşam koşullarını daha da güçleştirir. Prim ve kaynaklardan sağlanması öngörülen gelirler bir kaynak olarak görülüyor ise de aslında, Sağlık Bakanlığı ile sağlanan harcama kaynağı ortadan kalkacağı için, belki genel bütçe yükü hafifleyecektir ama sağlık harcamalarının kaynağı daha da azalacaktır.

Ekonomik bunalım nedeniyle bütçeden sağlığa yüksek oranlar da pay ayırabilmek imkânsızdır. Türkiye’de sermaye kesiminin ulusal gelir içindeki payı artarken, sermayenin kârlılık oranı tırmanırken ve sermaye bu oranı daha da arttırmak kaygısı içindeyken, emek cephesi için reel ücretin maaşlarda giderek artan durumu geçerlidir. Enflasyon giderek artmakta, işsizlik oranı Türkiye tarihinin en yüksek noktasına ulaşmış durumdadır. Bu nedenle sağlık harcamaları için daha yüksek pay ayrılması gerekmektedir.

Ekonomik gerçekler, Sağlık Bakanlığı bütçesini oranının artmasına imkân tanımamaktadır. Sağlık politikası olarak GSS önerilerini şöyle sıralayabiliriz.

1. Her vatandaş asgari koşulları sağlamış hizmete kolaylıkla ulaşabilmesi, bunun üzerinde olan taleplerini kendi karşılayabilme imkânına sahip olmalıdır.

2. Bir genel sağlık sigortası sistemi kurulması ülke yararına olacaktır.

3. Sistemin finansmanın primlerden sağlanması prim ödeme gücü olmayan vatandaşların primi bütçeden sağlanabilir olması yararlı olacaktır.

4. Devlet memurlarında prim ödemesi sağlanmalıdır.

5. GSS ile ilgili fonlar bölge veya il düzeyindeki birimlerle aktarılması uygun olacaktır.

Bugün ekonomik durum içerisindeki kaynak aktarımı ile sağlık harcamalarının finansman yolu tıkanmıştır. Prim yolu ile sağlık hizmetleri yürütülmesi düşü-

nlmektedir. Bu da halkın sağlık vergisi ödemesi anlamına gelir.

Sağlık sigortası uygulamasının yapıldığı Avrupa lkelerinde asgari düzeyde bir hizmet finanse edilmektedir. Sigorta sistemi Avrupa lkelerinde ekonominin gerileme döneminde ortaya çıkmış ve kesinlikle çalışan toplum kesimlerinin, üretim sürecinin gerektirdiği asgari düzeydeki sağlık standardını tutturmaları kaygısını taşımıştır. Bu anlamda da toplumun gelir düzeyi belli sınırın altında olan kesimlerinin kamu elindeki sigorta uygulamasına ye olma zorunluluğu getirilmiş, gelir durumu iyi olanlar ise sigortacılık konusunda kendi inisiyatiflerine bırakılmıştır. Dolayısıyla parası olan için zaten sağlık hizmetlerine ulaşmak sorunu yoktur. Gelir durumu düşük olanlar ise bu yolla asgari düzeyde sağlık hizmetlerine sahip olabilmektedir.

GSS ile bir sürecin daha başlayacağını belirtmek durumundayız. Türkiye sağlık sektöründe özellikle tıbbi teknolojide ve ilaç endüstrisinde hemen hemen dışa bağımlı durumdadır. Firmaların içinde yabancı firmalar çoğunluktadır. 1981-84 arasındaki dönemde fiyat artışları %125 oranında gerçekleşmişken, yeni düzenleme ile 3 yıl içinde ilaç fiyatları %300'e fırlamıştır. Türkiye'de sağlık sektöründe yukarıda bahsedilen gelişmelerin sürmesi, sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak pahalılaşması demektir. Dolayısıyla GSS isteminde primlerin artması veya sağlık hizmetinin sürmesi sonucu ortaya çıkacaktır. Bu tür gelişmeler Avrupa lkelerinde yaşanmıştır.

GSS ile ilgili bir diğler sorun da, fonların denetlenmesi sorunudur. Bu sorun, Türkiye'için son derece hassas bir noktadır ve desteklenmemektedir. SSK veya Bağkur bunun bir örneğidir. Çalışanlar sınıfların taban ve kitle örgütlerinin denetimine kapalı fonların, gerekçi amaçları için halk sağlığı yönünde harcandığından emin olmak imkânsızdır.

GSS, toplumun önemli bir kesimde sağlık hizmetlerinin yeterli şekilde sunulması ve sağlık güvencesi sağlanması nedeniyle ortaya atılmıştır. Ancak, Türkiye'de GSS ile ilgili fonun oluşturulması ve diğler ölkelerde yaşanan problemlerin yaşanmaması ön görölmektedir. Düzenli bir geliri olmayan kişilerden prim toplaması güçtür. Bu primi devletin ödemesi ek ödenek demektir. Zaten kısılan harcamalar nedeniyle primlerin nasıl ödeneceği ve fonun nasıl oluşturulacağı tartışılmalıdır.

Dünya uluslarının beden ve ruhen sağlıklı yaşamaları, tarihin bilinen ilk devirlerinden bu yana sosyal, ekonomik ve yönetimdeki eşitlik ve tutarlılık unsuruna bağlı olarak gelişmiştir.

Toplumun sağlıklı yaşam, başarı ile başarısızlık arasındaki kararı veren en önemli unsur sağlık yönetimindeki kavramlar ve yönetimin uygulamadaki yaptıklarıdır.

Sağlık teşkilatındaki kavram ve esaslar toplumun yapısı ve uyumu, gelişme istikameti ve dinamikleri ile ahenkli ise yönetimin başarısı büyük ölçüde teminat altına alınmış olur.

Toplumun sağlığı ile ilgili unsurların uzun vadeli, kalıcı çözümlerle yönlendirilmesi, günün teknolojisi ve bilimsel çalışmaları ile devamlı gelişim ve değişimlere uyulması toplum ve devlet için gereklidir.

Toplumun sağlı ve yönetim sağlık sektörünün dışında, eğitim, ekonomik, ulaştırma, sanayi, tarım gibi diğer sektörlerle de yakından ilgilidir. İnsan hayatını olumlu veya olumsuz olarak etkileyen her şeyin genel anlamda sağlık yönetimi ve eğitimi içinde değerlendirilmelidir.

Sağlık hizmetlerinin planlanmasında, yürütülmesinde üniversitelerin, kamu kurum ve kuruluşlarının, siyasi partilerin, sendikaların konu ile ilgili derneklerin, gönüllü kuruluşların, demokratik kitle örgütlerinin, sağlık uzmanlarının ve bilim adamlarının katılım ve katkıları sağlanmalıdır. Bugün her sahada olan hızlı değişmeler sağlık sektörünü de hızla etkilemektedir. Her ülke ekonomik, sosyal ve kültürel yönden kendisine uygun olan sağlık hizmetleri geliştirmekte ve uygulamaktadırlar.

İKİNCİ KISIM

İNSAN SAĞLIĞI VE ZARARLI ALIŞKANLIKLAR

GİRİŞ

Dünya döndüğü sürece, en önemli şeylerden birisi, bu dünyaya ev sahipliği yapan insanların sağlığıdır. Çünkü sağlıklı bir birey, sağlıklı bir toplum; sağlıklı bir toplum, sağlıklı bir ülke, sağlıklı bir ülke ise sağlıklı bir dünya demektir.

İnsanların hayatını ve kaliteli yaşam sürmelerini etkileyen sağlık faktörü bu kadar önemliyse, sağlığı kötü etkileyen faktörleri de bilmemiz bir o kadar önem teşkil etmektedir.

İnsan sağlığını bazen daha doğrusu büyük kitlelerin sağlığını bozan en önemli iki faktör bulaşıcı hastalıklar ve zararlı alışkanlıklardır. Bu ikisi geniş kitleleri etkilediği için çok önemlidir.

İnsan vücudu, yaşadığı müddetçe iç ve dış etkenlere karşı sürekli bir mücadele verir. Bu mücadele en çok ta mikroplara karşı verilir. Bu mücadele sürekli olarak yaşadığımız her dakika içinde bile mevcuttur. İnsan vücudunun vermiş olduğu bu mücadeleyi yaşayan kimse normal zamanlarda anlayamaz, hastalandığı zaman daha çabuk anlar.

Tıp bugün bir çok hastalığı yapan mikropları bulmuş ve kontrol altına almıştır. Yine tahmin ediliyor ki, bilinen mikroplar kadar bilinmeyenler de mevcuttur. Bunların sırası geldikçe tıp tanıyacak ve tanıtacaktır.

Tıp bugün bulaşıcı hastalıkları tanımasına rağmen, kesin olarak bulaşıcı hastalıkları ortadan kaldıramamıştır. Bulaşıcı hastalık yapan mikroplar yine dünyanın her yerinde salgınlar yapmakta, milyonlarca insan hastalanmakta ve ölmektedirler. Özellikle çocuklar ve yaşlılar bu salgınlarla en çok zarar görenlerdir.

Bulaşıcı hastalık yapan mikroplar, salgınlarını özellikle alt yapı yetersizliği olan yerlerde, beslenme durumu yetersiz olan bölgelerde yapmaktadırlar. İlerleyen teknik ile kontrol altına alınan mikroplar, yerlerini yeni ve kuvvetli başka tiplere, virüslara terk etmekte, böylece yok edilen hastalıklar yanında yeni, yeni afetler meydana çıkararak yeni salgınlar oluşmaktadır.

Bu salgınlar ve hastalıklar geçmişte, hiçbir ordunun yenemediği birçok ordu komutanlarını ve devlet adamlarını yenmişlerdir. Bütün dünyayı yenen, karşısına ordu dayanmayan devlet adamları ve ordular bu bulaşıcı salgınlar karşısında çaresiz kalarak tarihten silinip gitmişlerdir. Tarihte Büyük İskender dediğimiz hükümdar ve komutan, Mısırda ordusu ile birlikte Sıtma (Malarya) hastalığına yenilmiş kendisi ve ordusu tarihe gömülmüşlerdir. Yine Mısırda 4000-5000 yıl önce hüküm süren Firavunlar döneminde yaşayan birçok Firavun prens, prenses ve orduları teker teker sıtma, veba ve tüberküloz hastalıklarına yenilerek tarihin içine teker teker gömülmüşlerdir.

Yine büyük Osmanlı Padişahı Yavuz Sultan Selim Han; sırtında çıkan, bulaşıcı mikrop taşıyan bir çibandan çıkan mikropların, padişahın kanına yayılarak ve mikrop zehirlenmesi oluşarak vefat etmiştir. Bu misal-

lerde olduğu gibi salgın ve bulaşıcı hastalıklar şimdiye kadar, birçok kralları, prensleri, prensesleri, padişahları, şehzadeleri, alimleri, din alim ve büyüklerini, ve birçok insanı hastalandırıp dünyalarının değişmesine sebep olmuşlardır.

Bu gün modern tıbbın amacı, hastayı tedaviden ziyade, insanı hastalıklardan korumak olmalıdır. Koruyucu hekimlikte memleketlerin sosyal, ekonomik ve diğer çeşitli özelliklerine göre değişen sistemler vardır. Memleketimizde bulaşıcı hastalıkların hemen hemen hepsi vardır. Bu nedenle tüm vatandaşlarımızın ve sağlık kuruluşlarımızın bu konuda koordineli bir şekilde çalışma yapmaları insanlarımızı ve memleketimizi birçok salgından koruyacaktır.

Toplumda birçok kesimler vardır. Bunlardan her birinin sağlık ve iyiliği diğerlerinin sağlık ve iyiliğine bağlı olup, bunlardan hiç birini diğerinden ayrı tutamayız.

Canlılar içinde toplum halinde yaşamaya ihtiyaç duyan ve şuurlu bir toplum meydana getiren tek varlık insandır. Şuurlu olarak oluşturulan bu toplum hayatı insanlara, hükümetlere, belediyelere, sağlık kuruluşlarına ve herkese bazı yükümlülükler getirir, toplumun hayatı ise bu yükümlülüklerle uyulduğu ölçüde huzurlu olunur.

İnsanlık varolduğundan bu yana kötü alışkanlıklarla karşılaşmıştır. Bazı zamanlar bu kötü alışkanlıklar, insanlara çok büyük maddi ve manevi zararlara sebep olmuşlardır. Bu zararlı alışkanlıklar sadece insan sağlığına zarar vermeyip, trafik kazalarına, iş kazalarına sebep olmuşlardır. Günümüzde kötü alışkanlıkların

sebepe olduğu olumsuzluklar istatistiki olarak tespit edilmiştir.

Bu zararlı ve kötü alışkanlıklarla mücadelede bir çok kuruluşlar uğraş vermişlerdir. Bu kuruluşların başında “Yeşilay Derneği” gelmektedir. Bu bakımdan “Yeşilay Derneği”ne ne kadar takdir etsek ve ne kadar teşekkür etsek de azdır.

Sigara, Alkol ve Uyuşturucular günümüzde insan sağlığını tehdit eden tehlikelerin en büyükleri olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Bu kötü alışkanlıklar insanları beden ve ruhen bir çöküntüye götürmektedirler. Özellikle genç yaşlardaki insanlarımızı kaybetmemiz toplumumuzu derinden yaralamaktadır.

Bu kötü alışkanlıklardan kurtulma, beden ve ruh sağlığı açısından noksatsız ve sağlıklı bir gelecek için toplumumuzun tüm kesimlerinin acilen ve en etkili biçimde tehlikelerden haberdar edilmesi, uyarılması ve ilgililerin de dikkatlerinin bu kötü alışkanlıklar üzerine çekilmesi herkes için insanlık görevidir.

SİGARA

SİGARA HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Sigara, tütün bitkisinin yapraklarından hazırlanır. Sigarayı, insan sağlığına en çok zarar veren bir tütün kullanma alışkanlığı olarak tanımlayabiliriz. Sigara dumanında 4000 (dört bin) civarında zararlı kimyevi madde vardır. Bu zararlı maddelerin başında nikotin, zift, karbon monoksit ve kansorejen maddeler gelir. Sigarada bulunan nikotinden 100-120 miligram dardan insana enjekte edilirse, insanı öldürür. Sigara içenler yavaş yavaş zehirlendiklerinden ani bir durum olmamaktadır. Sigaranın ana maddesi olan tütünün ana yurdu Amerika kıtasıdır. Tütün dünyada, Amerika'nın keşfinden sonra tanınmıştır. Tütün önce Amerika'dan Avrupa'ya gelmiş oradan tüm dünyaya yayılmıştır. Tütün Osmanlı devletinde, 1605'te Selanik'te ilk olarak ekilmiştir. IV. Murat döneminde tütün yasaklanmıştır. Osmanlıda 1862'de tütün ithali serbest bırakılmıştır.

SİGARANIN İNSANA OLAN ZARARLARI

Sigaranın Sindirim Sistemine Olan Zararları

- İştahı azaltır.
- Sindirimi güçleştirir.
- Dişleri sarartır.
- Midede ülsera sebep olur.
- Dudak, dil ve yemek borusu kanserlerine yol açabilir.

Sigaranın Solunum Sistemine Olan Zararları

- Öksürük yapar.
- Bronşit yapar.
- Gırtlak ve akciğer kanseri yapabilir.

Sigaranın Damar Sistemine Olan Zararları

- Damar Sertliğı yapar.
- Damar tıkanıklığı yapar.
- Kalp krizi oluşmasını sağlar.
- Uykusuzluk yapar.
- Beyin damarlarında tıkanıklar yaparak beyin kanamasına, unutkanlığa ve hafıza kaybına sebep olur.

Sigaranın Kadınlardaki Zararları

- Erken doğumlara neden olabilir.
- Hamilelerde düşüğe neden olabilir.
- Ölü doğumlara neden olabilir.

- Sakat çocuk doğumları olabilir.
- Sütle anneden çocuğa nikotin geçerek, çocuğun sağlığını olumsuz etkiler.

Sigaranın, Sigara İçmeyenler Üzerindeki Zararları

Sigara içen birisi, içmeyenleri de pasif olarak etkilemektedir. Sigara içenlerin yanında duran şahıslarda da aynı zararlar oluşur. Sigara içenler evlerinde çocuklarını devamlı zehirlemektedirler.

RAKAMLARLA SİGARANIN ZARARLARI

- Akciğer kanserlerinin %90'ı sigaradan kaynaklanmaktadır.
- 45 yaş'ın altındaki genç erkeklerde koroner kalp hastalıklarından ölenlerin %80'i sigara tiryakisidir.
- Bütün uyuşturucuların arasında en fazla hastalıklara sebep olan madde sigaradır.
- Çeşitli ülkelerdeki tiryakilerin dörtte birinin hastalık sebebi sigaradır.
- Gırtlak kanserlerinin %99'una sigara tiryakiliği sebep olmaktadır.
- Sigara için kadınların çocuklarında sakatlık ihtimali %65 gibi ciddi bir rakama ulaşmaktadır.
- Ayrıca sigara içen kadınlar diğerlerinden %10 yaş daha fazla ihtiyarlamaktadır.
- Sigara içenlerde akciğer kanseri içmeyenlere oranla 15 kat fazladır.

- Tütün dumanlarında yüzlerce zehirli madde bulunduğu unutulmamalıdır.

- Ciddi araştırmalar, akciğer kanserine yakalanan hastaların %94'ünün sigara tiryakisi olduğunu ortaya koymaktadır.

- 22 Bin uzmanın yardımıyla hazırlanan raporda, sigara içmeyen 32 bin 381 kişi üzerinde yapılan araştırmada sadece 4 kişide, buna karşılık onbin sigara tiryakisi arasında 265 kanserli bulunduğu tespit edilmiştir.

- Sigara içmeyen kadınlarda kısırlık %3,8 iken, sigara içenlerde bu oran %41,8'dir.

- Son 10 yılda akciğer kanseri erkeklerde %50, kadınlarda %260 oranında artmıştır ve en büyük sebebi sigaradır.

- Erken doğum ve düşük yapan kadınların %80'inin sigara içenlerden olduğu asla unutulmamalıdır.

- Sigara içmediği halde, içilen ortamlarda bulunma kişilerin kansere yakalanma ihtimali oldukça fazla olduğu ihtimali ifade edilmektedir.

- Ülkemizde aile bütçesinden sigara için ayrılan pay ortalama %15'tir. Bu, sigaranın sağlığımız bakımından menfi tesirleri yanında, beslenmemizi de ters yönde etkilediği ayrı bir gerçektir.

- Günde bir paket sigara içilen evlerdeki çocuklarında günde 5'er adet sigara içmekte ve bu yolla zehirlenmekte oldukları araştırmalarla ortaya konmuştur.

- Dalgınlık yüzünden meydana gelen iş kazalarının %80'ine sigara sebep olmaktadır.

- Sigara, beyin için en tehlikeli alışkanlıklardan biridir. Araştırmalar, sigara içenlerde 25 yaşından sonra felç tehlikesinin arttığını gösteriyor. Felç yapan sebeplerde 1 numarayı sigara almaktadır.

- Sigara içen annelerin çocukları, içmeyenlere göre, fizik yapıları yönünden sağlıklı oldukları gibi, okuma, genel yetenek, matematik testlerinden de daha düşük puan alırlar.

- Bacaklarında damar tıkanıklığı olan kişilerin %90'ının sigara içinler olduğu ilmi bir gerçektir.

- Sigara içenle, sigara dumanı ile kirletilmiş havayı teneffüs eden arasında gördüğü zarar bakımından çok az fark vardır. İçene zara yüzde yüz ise, sigara içilen yerde durana bu zarar %70 veya %80 nispetindedir.

- Sigara içmediği halde kanser olan 3 kişiden biri pasif içicidir. Bunlar çoğunlukla sigara içen biriyle bir arada yaşamaktadır.

- Sigara ile beliren oksijen ve beslenme yetersizliği, keza dolaşım bozuklukları sebebiyle:

- Beyin ve zihin faaliyetlerinde durgunluk ve gerileme,

- Hafıza kaybı,

- Görme bozuklukları,

- İşitme bozuklukları, giderek körlük ve sağırılıkta karar kılan arızalar,

- Beyin ve göz arkası tümörleri gibi hayatı büyük ölçüde tehdit eden afetler,

- Yine beyindeki damar tıkanma ve çatlamaalarının sebep olacağı felçler ve ani ölümler,

- Bir damar tıkaçıcı olduğu kadar spazmatik maddeleri de ihtiva eden sigaranın, kalbi besleyen atar damarlarında husûle getireceği sıkışma ve tıkanıklıklara (enfarktüs),

- Böbrek bozuklukları, taş ve tümörler,

- Karaciğer tembelliği, çalışma bozuklukları ve karaciğer tümörü,

- Sigara, bacaklardaki en işlek damarları dahi tıkayarak, bu güçlü organların kangren sebebiyle kesilmelerine sebep olmaktadır. Bunlara ait rakamlarda oldukça yüksektir.

- Sigara içenler devamlı bir zehirlenme zemini üzerinde hayatlarını sürdürür. Ve bu hallerini anlamak hiç de zor değildir. Tiryakilerde göz içleri sarımtırak ve bakışlar donuk bir hal alır. Refleksler ağırlaşır. Bu sebeple iş ve trafik kazalarında sigaranın olumsuz rol oynadığı, son yılların önemli tespitleri arasındadır.

- Sigara, insanı bir katran küpü haline getirir. 20 yıl, ortalama günde 1 paket sigara için insanın vücudunda 5 ilâ 7 kilo katran ve is oluştuğu tıbbi neşriyatta yer alan gerçekler arasındadır.

- Dişleri sarartır. Vaktinden önce bozar ve çirkinleştirir. Pipo ve ağızlık kullananlarda dişleri çarpık bir hal

alır. Aralarında iniş çıkışlar ve çukurluklar meydana gelir.

- Sigara sesi, ses tellerini ve sesin ahengini bozar. Sanat gücünü iptal eder. Sigara birçok ses sanatkarının sanat hayatını vaktinden önce tüketmiştir.

- Ülkemizin döviz kaybı: Sigaranın önemli bir payı vardır; tiryakilerin çoğunun, yabancı sigara içmesi yüzünden ülkemizin büyük ölçüde döviz kaybına sebep oluşlarıdır.

- Sigara, toplumdaki iş ve çalışma hayatını da olumsuz yönde etkilemekte, iş kazalarına, hizmet üretim kapasitesinin de düşmesine sebep olmaktadır.

SİGARANIN ZARARLARINDAN KORUNMA VE KURTULMA

- Eğitim yerlerinde sigaranın zararlarının anlatılması,

- Sigara bırakma kurslarının açılması,

- Sigara içenlerden, imkan ölçülerinde uzak durulması,

- Sigara içenlere sigaranın zararlarının iyice anlatılması gerekmektedir.

SİGARAYI BIRAKMAK

Artık bugün sigaranın zararlı olmadığını kimse iddia edemiyor. Gerek bu konuda araştırma yapan bilim adamları, gerekse sigarayı yıllardan beri kullanan tiryakiler de sigaranın zararlı, hem de sağlığa son derece

zararlı bir madde olduğu konusunda birleşmektedirler. Ancak alışmış tiryakilerin ortak derdi de, alışmış olduğu sigarayı nasıl bırakacağıdır.

Hemen peşin olarak belirtelim ki sigarayı bırakmak hususunda sihirli, fevkalade netice veren bir usul yoktur. Netice tamamen sigara içen şahsın irade gücüne, biraz sabır ve metanetli olmasına bağlıdır. Yoksa peşin olarak lüzumsuz vaatlerde bulunmak, tiryakileri sükutu hayale uğratabilir.

SİGARAYI BIRAKMAK İÇİN İYİ BİR ZAMAN SEÇMELİSİNİZ

Nezle, soğuk algınlığı, mide rahatsızlıkları dönemlerinde çoğu kişi tiryaki bile olsa sigara istemez, hatta tiksinti bile duyabilir. Bu durum sigarayı bırakmak için iyi bir başlangıç olabilir.

Sigarayı bırakmakta en önemli faktör, şahsın kendi iradesi ve nefesine hakim olabilmesidir. İşte şahsın nefesine ve iradesine en hakim olduğu zaman ise, oruçlu olduğumuz Ramazan ayıdır. Oruç tutan bir kimse gündüzleri sigara içmeyeceğine göre akşamları da biraz sabredip bu halini devam ettirebilirse, bir ay içerisinde sigara illetinden kurtulmak mümkün olabilir.

SİGARAYI ANİDEN BIRAKMAK

Sigarayı bırakmanın en emin ve kestirme yolu aniden bırakmaktır. Bilhassa belli bir hastalığa yakalanmış olan şahıslarda bu tarz sigarayı bırakma çok görülür. Damar sertliğine uğramış, kalp krizi geçirmiş, mide kanaması olmuş, gırtlak veya akciğer kanseri

olma riski olan şahısların, yıllardan beri sürdürmüş olduğu sigara alışkanlıkları doktorunun ikazı ile hemen bıraktıkları çok görülmektedir. Hatta tiryakiye, sigaraya devam ederse elinin ve ayağının kesilebileceği belirtilerse derhal sigarayı bırakmaktadır. Bütün bunlar göstermektedir ki, zora gelince sigara bırakılabilmektedir. Öyle ise, “ne yapayım, bırakamıyorum” ifadesi tiryakilerin kendi bahaneleridir.

Ciddi bir rahatsızlık geçirmediği halde, sigara tiryakisi olup da aniden bırakan tiryakilerde vardır. Bu birazda gayret ve cesaret işidir.

Ancak böyle bir durumda şahsın takviye edilmesi gerekir. Her gün bol miktarda soğuk su veya meyve suyu içmesi tavsiye edilir.

Sigarayı terk etmeden önce bir kimse yemekten hemen önce sigara içiyor idi ise, o şahıs yemeğini bitirir bitirmez sofradan kalkmalıdır. Çünkü yemeği bitmiş, oturuyor ve sigara içeceksiniz demektir. Bu ise bütün gayretinizin bir manada boşa gitmesi demektir. O zaman hemen sofradan kalkıp başka meşgaleler bulmanız lazımdır.

Gene sigarayı terk eden şahıs, eli ile devamlı meşgul olacak sigarayı arıyorsa, eli için yeni meşgaleler bulmalıdır. Mesela eli ile tespih çekebilir. Birde ağzı devamlı bir şey arıyorsa, sakız, nane şekeri, karanfil gibi çiğneyecek bir şeyle nefsinin avutabilir.

SİGARAYI BIRAKMADA BİR TAKIM YAN TESİRLER GÖRÜLEBİLİR

Her gün belli miktarda sigara için bir kimse sigarayı bıraktınca bir takım değişik haller gösterebilir. Çabuk sinirlenme hali olur. Baş dönmesi, mide bulantısı geçirebilir.

Hatta akciğerin temizlenmeye başlamasından dolayı, kötü bir öksürükte tutabilir. Aslında bunlar iyiye alamettir ve bir iki hafta içerisinde geçer. Bu yan tesirler uzarsa doktora gidebilir.

Ayrıca gene sigarayı terk eden şahıs, kahvehane ve benzeri yerler gibi çok sigara içilen yerlere gitmemelidir. Sigara içmeyen arkadaşlar edinmelidir. Şayet ikram eden olursa, bıraktığını ifade ederek reddetmelidir. Sigarayı daha önce bırakmış kimselerle konuşup, onların tecrübelerinden istifade etmelidir.

YAVAŞ YAVAŞ SİGARAYI BIRAKMAK

Bazı kimseler tedricen sigarayı bırakmayı tecrübe ederler ve genellikle muvaffak olurlar. Bunun içinde önce kullanmış olduğu sigara markasını değiştirmesi tavsiye edilmektedir. Böylece alışmış olduğu sigarının verdiği koku ve ağız tadı kısmen kaçmış olur.

Sonra belli zamanlarda kendi kendine sigara yasağı koymalıdır. Mesela; **“Saat 10.00’e kadar sigara içmeyeceğim”**, **“iş yaparken sigara içmeyeceğim”**, **“öğle tatilinde de sigara yok”**, **“akşam yemeğinden sonrada sigara içmeyeceğim”** gibi yasaklar

koymalıdır. Yavaş yavaş bu yasak saatlerini gittikçe artırmalıdır.

Sigara bırakma sebeplerini bir kağıda yazar, sık sık bu yazıları okur. Şayet bu arada sigara içiyorsa, içtiği sigarayı yarısına kadar içip bırakır. Sigara içerken de mümkün merteye içine çekmemeye çalışır. Ağzına doldurup üfler.

SABIRLI OLMASINI BİLMEK

Bırakma halini devam ettirmek sigarayı bırakmak kadar zordur. Sigara aklınıza geldiğinde başka işlerle meşgul olun.

Bir de sabır içerisinde olmasını bilmek lazım gelir. Sabrederken de sadece yaşadığınız günü düşünün. Yani; "ben bu sigarayı bıraktım ama, bu sıkıntı ile günlerce, hatta aylarca nasıl sabredeceğim" deyip mevcut sabrınızı başka zamana dağıtmayın. Sabırda sadece yaşadığınız günü, hatta yaşadığınız saati düşünün. Yani; "ben şu anda sigara içmemeye sabredebiliyor muyum?" diye kendinize sorunuz. Muhakkak ki sabrınız o anda kâfi gelecek ve sizi koruyacaktır. Her gün, hatta her saat aynı şeyi yaparsanız, sonunda galip gelen siz olacaksınız.

BİR TEK SİGARA İÇMEK SİZİ TEKRAR TİRYAKİ YAPABİLİR

Maalesef bir tek sigara dahi sizi tekrar eski tiryakiliğinize döndürebilir. Anca sigarayı bırakmayı tecrübe etmiş ve tekrar sigaraya başlamış iseniz bu sizi üzmesin. Birçok araştırma, sigarayı bırakmayı ilk defa tec-

rübe edenlerin ancak belli bir yüzdesinin sigarayı bırakmaya muvaffak olabildiklerini göstermiştir.

KİLONUZA DİKKAT EDİN

Sigarayı bıraktığınızda kilonuz artabilir. Ancak bu pek önemli bir problem değildir. Yağlı ve tatlı yiyeceklerden biraz uzak durun. Salata, meyve ve sebze ağırlık verin. Dikkatli olunuz. Kilo almayı, sigaraya tekrar başlamak için bir mazeret olarak kullanmayınız.

SİGARAYI BIRAKINCA KÂRINIZ NE OLACAK?

İlk defa Karbon monoksit, nikotin, zift ve diğer zehirlerin zararlarından, kirliliğinden kurtulacaksınız. Nefesinizdeki kötü koku temizlenecek. Gün geçtikçe dişleriniz temizlenecek, nefes almanız rahatlayacak. Bazı dolaşım ile alakalı problemlerinizi birkaç haftada düzelecek. Kalp hastalıkları riskiniz azalacak. Öksürüğünüz kalkacak. Geceleri daha rahat uyuyacaksınız. Merdivenleri çok daha rahat çıkacaksınız.

Çevreyi, evinizi kirlilemeyeceksiniz. Çocuklarınızı, dairedeki arkadaşlarınızı sigara dumanı ile zehirlemeyeceksiniz. Maddi yönden kârınız olacak. Sigaraya harcadığınız para elinizde kalacak.

ALKOL

ALKOL HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Alkol kelimesi, Arapça asıllı bir kelimedir. Arapça'da, kirpikleri boyamak için kullanılan pudra şeklindeki toz mânasına gelen “**El-küul**” kelimesi, hemen bütün batı lisanlarına geçmiş, bize de batı kaynaklı lisanlardan, Türkçe okunuş şekli olan alkol haline gelmiştir.

Alkolü içkilerde, kimyevi yönden birçok çeşit alkol almasına rağmen, en önemli olanı etil alkoldür. Bu madde kimyasal olarak, etanol, yaygın olarak da, hububat ispiertosu olarak adlandırılır.

İçkilerde bulunan diğer alkol çeşidi metil alkol veya metanoldür. Bu alkol de, halk arasında daha çok odun ispiertosu olarak bilinir. Metil alkol antifrizlerde ve yakacaklarda olduğu gibi bazı mamullerde ticari maksatla kullanılmaktadır. Metil alkol öldürücü bir zehirdir. Çok az miktarları dahi körlüğe ve ölüme yol açar. Kaçak olarak yapılan içkilerde bazen metil alkol bulunur ve bu birçok ölümlere yol açmıştır.

Bir diğer alkol çeşidi de izoprobil alkoldür. Bu alkol çeşidi de kesinlikle zehirlidir. Fakat alkol deyince kastedilen mâna aha çok etil alkoldür.

ALKOLLÜ İÇKİLERİN ELDE EDİLİŞİ

Etil alkol sanayide değişik yollardan elde edilir. Mesela asetilen gazından (C₂H₂) etil alkol elde edilebilir. Alkol sanayide kimyevi maddelerin elde edilmesinde kullanılır. Boyalar, reçineler için iyi bir eritkendir. Etil alkolün %85'lik sulu çözeltilisine kolonya denir. İspirtoda etil alkolün %65-70'lik sulu çözeltilisine boya karıştırılmış halidir. Ancak bizim burada sözünü ettiğimiz ve içki niyeti ile kullanan, şahısta zararları olan alkollü içkilerin elde edilışıdır.

Sarhoşluk veren madde olan etil alkol, hangi içki tipinde olursa olsun şekerin fermantasyonu yani mayalanması neticesi elde edilir. Mesela bira, çimlenmiş, filizlenmiş arpanın fermantasyonu ile elde edilir. Şarap ise üzüm suyunun fermante olmuş şeklidir. Ağır içkiler veya alkol nispeti yüksek olan içkiler, hafif yani alkol nispeti düşük olan içkilerin damıtılması yani distile edilmesiyle elde edilir. Damıtımda esas, alkol nispeti düşük içkilerin kaynatılması sonucu ele geçirilen buharların tekrar soğutularak sıvı hale getirilmesidir. Bu ele geçen sıvıda etil alkol dediğimiz zehir daha fazla nispettedir. Bildiğimiz ispirtoda bu esasa göre hazırlanmakta, sonra içerisine boya katılıp takdim edilmektedir.

ALKOL GIDALARIN HAZMINA VEYA SİNDİRİLMESİNE FAYDALI MIDIR?

Bunun tersi doğrudur. Yani değil alkollü içkilerin hazma faydalı olması, bilakis hazmı geciktirdiği gösterilmiştir. Çünkü alkol sindirim kanalı duvarlarında tah-

riş edici sebebi ile mideden fazlaca mükus ve hidroklorik asit salgılanmasına vesile olur. Bu ise sindirime menfi tarzda tesir eder.

ALKOLLÜ İÇKİLER VÜCUDU ISITIR MI? YANİ VÜCUT SICAKLIĞINI ARTIRMAK İÇİN SOĞUKLARDA KULLANILABİLİR Mİ?

Alkol, bırakalım vücut sıcaklığını yükseltmek, bilakis vücut sıcaklığını düşürücü tesire sahiptir. Şöyle ki, alkol kullanan şahsın cilt damarlarını genişletir. Bu ise vücuttan hararetin kaybına vesile olmaktadır. Hatta sarhoş şahsın hisleri azaldığı için, şiddetli soğuklarda sokakta kaldığını bile fark etmeyebilir. Donma tehlikesi dahi geçirebilir. Rus İnterfaks Ajansı'nın haberine göre 1995-1996 kışında sadece Moskova'da toplam 600 kişi soğuktan donmuştur. Bunların tamamı alkolik kişilerdir.

ALKOL DİREKT OLARAK ÖLÜME YOL AÇABİLİR Mİ? YANİ ADETA BİR ZEHİR GİBİ TESİR EDİP ÖLÜME SEBEP OLABİLİR Mİ?

Bilineceği gibi, alkollü içkiyi kullanan şahısta, kandaki alkol seviyesi, belli miktarların üstüne çıkacak olursa (400-700 mgr/mlt) direkt zehir tesiri yapar. Şahsın solunum felcinden ölümüne vesile olur. Alkol-den direkt zehirlenme ile meydana gelen ölümler, alkolden ileri gelen bütün ölümlerin 1/3'ini teşkil eder.

Alkol zehirlenmesi A.B.D.'de karbon monoksitten sonra, ölümle neticelenen zehirlenme sebeplerinin ikincisidir. Alkol ve karbon monoksitin her yıl sebep

olduğu ölümler, diğer bütün zehirlenmelerin hepsinin toplamından çok daha fazla miktardadır.

ALKOLLÜ İÇKİLER BİR GIDA MIDIR?

Tek bir cümle ile ifade etmek gerekirse, alkol ne maksatla alınırsa alınsın bir gıda değildir. Bunu birkaç maddede özetlemeye çalışalım;

1. Bir maddenin gıda özelliğini taşıması için vücudun gelişmesinde, büyümesinde faydalı olması lazımdır. Yıpranan ölen hücrelerin yenilenmesi için kullanılmalıdır. Proteinler, yağlar, karbonhidratlar ve ayrıca mineraller, vitaminler ve su vücudun ihtiyacı olan maddelerdir. Alkolün ise vücudun tamirinde, büyümesinde, gelişmesinde hiçbir faydası yoktur. Bir gıda olarak kabul edilemez.

2. Gıdalar vücutta parçalandığı zaman enerji verirler. Alkolde vücutta yandığı zaman belli miktarda enerji verir. Ancak gıdalar vücuda enerji ve sıcaklık verdiklerinde vücuda hiçbir zararları söz konusu değildir. Halbuki alkol vücuda girdiği andan itibaren, vücutta giren her damla alkol, vücutta zarara sebep olur. Vücuda alınan alkol miktarı arttıkça, zararı da o nispette artacaktır.

3. Gıda maddeleri icabında kan olan, adaleye değişen, kemik olan kimyevi değişiklikler demektir. Vücudun büyümesi, gelişmesi için lüzumludur. Adalelerin kasılması, sinir hücrelerinin faaliyeti için ihtiyaç olan enerjinin kaynağıdır. Hastalıklara karşı vücudu korumada yardımcı olur. Yüksek beyin merkezlerini tahrip etmez, uyuşturmaz.

İçkilerdeki alkol, gıdaların aksine adale kuvvetini azaltır, sinir merkezlerini uyuşturur. Hastalıklara karşı vücudun mukavemetini düşürür. Doku yenilenmesine faydalı olmak bir yana, canlı dokuları bile öldürür.

4. Gıdalar vücutta değişik şekillerde depolanıp ihtiyaç anında kullanılırlar. Alkol gıdaların aksine vücutta depolanmaz. Vücuda girer girmez vücut biran evvel adeta alkolden kurtulmaya çalışır.

Netice olarak şunu tekrarlayabiliriz ki, değişik çalışmalar göstermektedir ki alkol bir gıda değildir.

ALKOLLÜ İÇKİLERİN AZI FAYDALI MIDIR?

1. Alkolün çok az miktarları dahi (bir veya iki kadeh) vücudun reaksiyon zamanını, yani ışık ve ses ikazlarına olan cevabını %5-10 nispetinde düşürmektedir.

Daktiloda yazı yazmaktan tutunda, herhangi bir cihazı kullanmaya kadar şahıs ne miktar alkollü içki almış olursa olsun, içkiyi içtikten sonra öncekine göre çok daha fazla sayıda hatalar yapmaya başlar. Böyle bir neticenin, otomobil kullanan, saatte 1000 km. süratle giden uçağı kullanan için ne kadar önemli olduğunu düşünelim.

2. Az da olsa içki kullananlarda karaciğer sirozundan ölüm artmaktadır. Yüksek tansiyona yol açmakta, sarhoş araba kullanmanın yol açtığı kazalara, yaralanma hadiselerine, ani ölümlere sebep olmaktadır. Göğüs ve kalın bağırsak kanserleri, az da olsa içki kullananlarda, içmeyenlere göre daha sık olarak görülmektedir.

3. 15-20 yaşları arasındaki gençlerde yapılan bir araştırmaya göre, bu yaşlardaki gençlerde, intiharlar, trafik kazalarından ölüm gibi, şiddete bağlı ölümler, çok az miktar diye tarif edilen günde birkaç bardak alkollü içki kullananlarda dahi normale göre %75 daha fazla olarak bulunmuştur.

4. Amerikan Kanser Cemiyeti'nin 276000 erkek üzerinde yapmış olduğu çalışmanın neticesine göre, günde sadece tek kadeh içki kullanan şahıslarda ölüm nispeti, içki kullanmayanlara göre açık bir şekilde artmıştır.

5. Avrupa'da geniş çaplı yapılan bir istatistik çalışmanın neticesine göre, belli nispette içki kullanan şahısların, haftada sadece bir kadeh fazladan içki kullanmaları, bütün nüfusta alkoliklerin sayısını %10 artırmıştır. Netice olarak koroner kalp hastalığını önleyeceğiz diye içki kullanmayı tavsiye etmek, ancak içki tüccarlarının işine yarar.

6. Her kadeh içki beyinde 2000 kadar sinir hücresinin ölümüne yol açmaktadır.

7. Ve unutulmaması gereken önemli noktalardan biriside şudur ki, alkolün azı daha fazlasına alıştırmaktadır. Yani vücudun sarhoşluk için daha fazlasına meyiletme özelliğidir. Alkolik olan şahıslarında bir zamanlar bir iki bardakla içkiye başlamış olduklarını unutmamalım.

ALKOLÜN VÜCUTTAKİ AKİBETİ

Bir yudum bira veya şarap için bir şahsı en çok etkileyen unsur, içkinin yapısında mevcut bulunan ve suda süratle eriyen alkol, daha öncede söylediğimiz gibi etil alkoldür. Etil alkol o kadar süratle erir ki, sarhoşta her yudum alkolün bir kısmı daha yutmadan önce, dil ve diş etleri arasından doğruca kana karışır. Alkolün geri aklan kısmı da ne parçalanır, ne de normal yiyecekler gibi hazmolur. O da mideden ve ince bağırsaklardan süratle kana karışır. İçki içen şahsın aldığı alkolün kalın bağırsaklara geçişi pek enderdir. Bu emilim o kadar çabuk olur ki, içki ile doldurulan bir midedeki alkolün %90'ı bir saatte kanın içerisinde. Kanda erimiş olan alkol kısa bir zamanda, dolaşım sistemi vasıtasıyla vücuttaki bütün organlara, bilhassa beyin gibi yüksek su ve kan muhtevası olan organlara gider. 100 trilyonla ifade edilen bütün vücut hücrelerini alkol istisnasız, teker teker çevirir. Yani bir kadeh içki içen şahısta vücudun bütün hücreleri zarar görür.

Alkol vücuda alınan bir zehir gibi olduğundan, vücut kendisine verilmiş olan kapasite ile bu zehri telafi etmeye çalışacaktır. Bu bakımdan kana geçen alkolün bir kısmı direkt olarak akciğerlerden, böbreklerden ve deriden atılacaktır. Bu yolla sarhoş şahsın içtiği alkolün ancak %5'i vücuttan atılır. Bu bakımdan içkili şahısların nefesleri son derece kötü kokar ve çok miktarda idrara çıkma ihtiyacını hissederler.

ALKOLLE SARHOŞLUK NEDEN İLERİ GELİR?

Sarhoş şahsın içtiği içki miktarı arttıkça, kandaki alkol miktarının artacağı şüphesizdir. Bilineceği gibi, vücudun alkolü yakma sürati bir saatte ancak 5-10 santimetre küptür. Bu miktardan fazla alkol vücuda girerse kandaki alkol nispeti de artacaktır. İşte şahısta görülen sarhoşluk belirtileri kandaki alkolün beyine olan tesirlerinden ileri gelmektedir. Kana karışan alkol miktarı ile beyinde tesir altında kalan saha arasında bir alaka mevcuttur. Mesela 70 kiloluk bir adam, şayet aç karnına iki şişe bira içecek olursa, kanında mevcut olan alkolün miktarı %0,05 olur. Kandaki bir miktar alkol ile beynin dış cidarlarının, bilhassa endişe ve merakla alakalı merkezlerin normal faaliyeti zarar görür. İçki içen kimseye yalancı bir iyilik hali verir. Her şeyi sanki toz pembe görmeye başlar. Utanma hissi kaybolur. Bu durumda şahsın kendi kendisini kontrol mekanizması kaybolmuştur. Sarhoş gelişigüzel ve abuk sabuk sözler söylemeye başlar. Yaptığı her işin en iyisini yaptığını emindir. Mesela bir sarhoşa daktiloda yazı yazdırsanız, sarhoş olmadan önce iyi yazı yazsa da, hatalarla dolu bir yazıyı önümüze getirecektir. Buna rağmen kendisi hiç hatasız bir yazı yazdığını ileri sürer. Sarhoşa bir atış taliminde atış yaptırırsanız, hep karavana atış yapan sarhoş, hep onikiden vurduğunu zanneder. Ayrıca böyle bir halde vasıta kullanan veya bir işte çalışan kimsenin araba kazası yapma ihtimalide artmıştır. Bu ihtimal sarhoşluk arttıkça daha da artacaktır.

Şayet bir sarhoş, kanındaki alkol nispeti %0,1'e yükselecek kadar içki kullanmışsa, beynin arkasında bulunan motor merkezlerdeki faaliyetler bastırılacaktır. Bu ise şahsın adalelerine hakim olma kabiliyetinin yavaş yavaş kaybolmasına yol açacaktır. Şayet kanındaki alkol nispeti %0,2'ye yükselirse, orta beynin daha derin kısımları tesir altında kalacak ve sarhoşu rahat basacaktır. Alkol nispeti %0,5 geçerse, beyin sapı diye adlandırılan kısımdaki solunum merkezi felce uğrayacak ve sarhoş baygınlığı müteakip sessizce hayatını kaybedecektir. Bu şekilde çok sarhoşlar içki masasında hayatlarını kaybetmişlerdir.

Alkolün %97'si karaciğerde okside olur, yani yanar. Burada su ve karbon dioksit kadar parçalanır. Geri kalan %5'i böbreklerden idrarla, deriden ter vasıtasıyla ve akciğerlerden solunum vasıtası ile atılır. Onun için içki içen şahsın ağzı alkol kokar. Ayrıca çok idrara çıkmak ihtiyacını hisseder.

ALKOLÜN TESİR BASAMAKLARI

1. Zihni Faaliyetler

Kandaki alkol nispeti %0,05 ise önce sadece insana has olan, davranışların en yüksek seviyesi sayılan zihni faaliyetlere zararı olur. Matematik hesapları yanlış yapar. Kararları ve hükümleri hatalıdır. Dikkati azalmıştır. Hafızası bozuktur. Duyduğu sesler hakkındaki hükümleri yanlıştır.

2. Fiziki Faaliyetleri

Kandaki alkol yüzdesi %0,1 olunca, beynin alt kısmına ve arkadaki motor merkezlere tesir eder. Beyinciğe tesiri olur. Kasların intizamlı çalışması bozulmuştur. Şahıs bunun için düzenli yürüyemez, yalpalar. Dil kaslarının intizamlı çalışması olmadığından, boğuk ve anlaşılmayacak tarzda konuşur. Şahısta görme bulunaktır.

3. Hayati Faaliyetler

Kandaki alkol yüzdesi %0,5 veya daha fazla olursa, alkol beyin sapına tesir eder. Solunum felç olur, kalp durur. Şahıs alkol zehirlenmesinden ölür.

Beyin Hücrelerindeki Tahribat Bir Kadeh İçki ile Başlar

Herkes çok içki içmenin vücuda zararlı olduğunu kesinlikle kabul eder. Ancak bazı alışkanlıklar; "Evet, şüphesiz içki içmek zararlıdır, ancak bu çok fazla içilirse meydana gelir. Az içilirse zarar olmaz" derler. Bu durumda o şahıslar ancak sizi ve kendilerini aldatır. Bugün kesin deliller göstermiştir ki, içki az miktarda alınsa da kesinlikle vücutta kalıcı zararlar bırakmaktadır. Hatta beyin hücrelerindeki tahribat ilk kadeh içki ile başlamaktadır.

Alkolle Kılcal Damarların Tıkanması

Alkolün beyin üzerindeki zincirleme tesirlere nasıl sebep olduğu meselesi fizyoloji alimlerini uzun zamandan beri uğraştırıyordu. 1940 yılından bu yana sayıları çoğalan alimler, alkolün bu tesirlerinin direkt

değil de, dolayısıyla olduğunu anladılar. Şöyle ki, beyin hücreleri normal faaliyetlerinin devamı için, bütün vücut hücrelerinde olduğu gibi, oksijene muhtaçtırlar. İşte alkol, beyin hücrelerini oksijenden mahrum eder.

Alkolde İçki ve Göz Küresi

Alkol, yukarıda bahsi geçen hastalıklardakine benzer mekanizma ile kapillerle de yani kılcal damarlarda tıkanmaya, dolayısıyla oksijensiz kalan o bölgelerdeki hücrelerin ölümüne yol açmaktadır. Dr. Knisely, çalışmasında, göz küresi saydam tabakasının hemen altında yayılmış bulunun kılcal damarları ışıklandırmıştı. Böylece, bu araştırmacı, insanda görülen elliden fazla değişik hastalıklarda, kanda pıhtılaşma ve kılcal damarlarda tıkanma olduğunu müşahede etti. Araştırmacının en enteresan müşahedesini ise, alkolle alakalı idi. Dr. Knisely, alkol verdiği hayvanlarda da bu pıhtılaşmayı gördü. Öyle ki hayvana verilen alkol yüzdesi arttıkça, gözdeki kılcal damarlardaki alyuvarlarda da, pıhtılaşma oranı artmakta idi.

Alkolde Beyin Ne Durumda?

Normal olarak bir insan beyininde, milyarlarca sinir hücresi bulunur. Bu hücrelerin bir özelliği doğumdan sonra, ölüme kadar sayılarının sabit kalmasıdır. Yani sinir hücreleri doğumdan sonra sayıca çoğalmazlar. İşte, yukarıda bahsedildiği gibi alkol göz yuvarlağındaki kılcal damarları tıkayıp hücrelerde ölümüne sebep olduğu gibi, beyinde de aynı neticeye sebep olmaktadır. İlk kadeh içkiyi içen şahısta dahi alkol beyinde bazı kılcal damarlarda tıkanmaya, dolayısıyla da birkaç bin sinir hücresinin oksijensizlikten ölümüne yol

açmaktadır. Bu içki alışkanlığına devam edilirse, beyinde telafisi kesinlikle mümkün olmayan milyonlarca sinir hücrelerinin ölümüne yol açacaktır.

Alkolizm ve Delilik

Norveçli psikiyatrist Dr. Otto Haugh, kendi geliştirdiği çalışmaları ile alkolik şahısların beyinlerindeki tahribatı açıkça göstermiştir. Bu şahıs pneumoencephalography (pnömo ensefalografi) diye adlandırdığı metoduna göre, lokal anestezi altında omurilikten az miktarda beyin omurilik sıvısı almakla ve bunun yerine beyine zarar verilmeyen hava verilmektedir. Hava, beyin boşluklarındaki sıvının yerini almakta, beyin hudutları görülmektedir. Alkolik şahıslarda beyindeki bu boşlukların büyüdüğü, röntgen filmlerinde fark edilmektedir. Bu alkolik şahsın beyninin yenmesi değil de ne denir? Şaşırtıcı bir sonuç, bira içenlerin beyin hasarının, alkol yüzdesi en fazla olan içkilerden olan, viski içenlerdeki kadar, hatta daha fazla olması idi.

Alkolle Karaciğer ve Diğer Organlar

Hekimler, karaciğerde siroz hastalığının alkoliklerde, içki içmeyenlere göre sekiz misli daha fazla görüldüğünü çoktan beri biliyorlardı. Ancak bunun sebebi Dr. Knisley'in grubunun çalışmaları ile anlaşılmıştır. Alkol beyinde yaptığı gibi karaciğer ve diğer organlarda da kılcal damarların tıkanmasına yol açmaktadır. İşte devamlı içki kullanan şahısların organları oksijen yokluğundan dolayı hücrelerin ölmesine sebep olmakta, bu da çeşitli bozukluklar halinde kendisini göstermektedir.

Alkol ve Trafik Kazaları

Trafik kazalarının içkili araba kullanma ile yakın alakası vardır. Bunu belli başlı sebeplerini şöylece sıralayabiliriz.

1. Sahte Güven Hissi

Bu hissin sebebini anlatmıştık. Bu his şahsın devamlı gaza basmasına sebep olmaktadır. Süratli gitmenin kaza ihtimalini artırdığı bilinen bir gerçektir.

2. Tehlikeyi İdrak Edememek

Sarhoş kimsede karar verme ve hüküm verme gücü zayıflamıştır. Karşıdan gelecek tehlikeyi kavrayacak kabiliyeti azalmıştır.

3. Reaksiyon Zamanı Yavaşlamıştır

Yani normal bir vasıta sürücüsünün, karşıdaki tehlikeyi hissedip de, ayağını gazdan kaldırıp firene basmaya kadar geçen zaman, içkili şahıslarda yavaşlar ve gecikir. Bu gecikme içtiği içkinin artmasıyla artar. Çünkü idrak zayıflaması yanında, motor faaliyeti bozulduğundan, ayak adalelerine hakim olabilme ve intizamlı kullanma alkolle bozulmuştur.

4. Görme Netliği Bozulmuştur

İçkili şahıs bulanık ve çift görür. Renkleri karıştırır. Trafik ışığının dur ikazını anlayamaz. Ayrıca bakarken, sanki bir tünelden bakarmış gibi görür. Sarhoş şoför yoldaki vasıtaları iyi göremez. Onlara çarpabilir. Yanlarını da iyi göremediğinden, yandaki arabalara ve yayalara çarpabilir.

ALKOLÜN DEVAMLIL KULLANILMASINA BAĞLI BELLİ BAŞLI HASTALIKLAR

I. Sindirim Sistemi ile Alakalı Bozukluklar

1. Ağızda Kanser.
2. Yemek Borusu İltihabı.
3. Yemek Borusu Kanseri.
4. Müzmin mide İltihabı, Ülser ve Ayrıca Bağırsaklarda İltihap.
5. Hazımsızlık.
6. Beslenme Bozukluğu.
7. Pankreas İltihabı.
8. Alkole Bağlı Sarılık.
9. Karaciğerde Yağlanma ve Siroz.

II. Solunum Sistemi ile Alakalı Bozukluklar

1. Ağız ve Yutak Kanseri.
2. Gırtlak Kanseri.
3. Müzmin Solunum Yolları ve Akciğer Hastalıkları.
4. Akciğer Veremi.

III. Dolaşım Sistemi ile Alakalı Hastalıklar

1. Alkole Bağlı Kalp Kası Bozukluğu.
2. Alkole Bağlı Yüksek Tansiyon.
3. Kalp ve Nabzın Düzeyinin Bozulması.
4. Beyin Damarlarındaki Kanamaya Bağlı Felçler.
5. Ani Ölümler.

IV. Ciltte Görülen Bozukluklar

1. Telanjektazi
2. Rozea

V. Vitamin Eksiklikleri

1. Pellegra
2. Skörbit
3. Berberi

VI. Metabolik Bozukluklar

1. Alkole Bağlı Kan Şekeri Düşüklüğü.
2. Alkole Bağlı Olarak Kanda Yağların Artması.

VII. Alkole Bağlı Olarak Adalelerde Görülen Bozukluklar

Alkole Bağlı Kas Yorgunluğu.

VIII. Alkole Bağlı Kansızlık

Alkoliklerde Kanamaya Olan Temayül ve Kansızlık.

IX. Alkole Bağlı Sinirsel ve Ruhi Bozukluklar

1. Sinirlerin İltihabı.
2. Adalelerde Kasılma Bozuklukları.
3. Alkole bağlı hayal görme.
4. Alkole bağlı şüphecilik.
5. Alkole bağlı aşırı uyumsuzluk.
6. Vernike Hastalığı.
7. Korsakof Psikozu ve manyaklığı.
8. Görme Siniri Bozukluğu ve Çift Görme.
9. Sara Nöbetlerinde Artma.
10. Bunama ve Delilik.

ALKOLLÜ İÇKİLERİN SATIŞI MEMLEKET EKONOMİSİNE FAYDALI MI, DEĞİL Mİ?

Alkollü içkilerin satışlarından devlet kasasına belli miktar para girmektedir. Ancak alkollü içkiler sebep oldukları problemlerle getirdiğinden fazlasını götürmektedir. Yani astarı yüzünden pahalı dediğimiz bir durum mevcuttur. Memleketimizde bu mevzuda yapılmış teferruatlı bir istatistik yoktur. Amerika Birleşik Devletlerinde "Alkol İptilasası ve Alkolizm Hakkında Milli Enstitüsü", Alkollü içkilerin Amerikan Cemiyetinde sebep olduğu zararları her yıl hesaplamaktadır. Buna göre yıllık ortalama zararları:

1. Ekonomik Kayıplar:

Bizzat sarhoşluğun iş verimliliğini düşürmesi, içki kullanan şahsın sık sık hasta olmasının yol açtığı iş gücü kaybı: 70.251.000.000 dolar.

2. İçkinin yol açtığı hastalıkların tedavi hastane masrafları: 12.601.000.000 dolar.

3. Diğer Masraflar:

İçkinin yol açtığı suçların maliyeti; sarhoşluğun sebep olduğu trafik kazaları, tren kazaları, iş ve uçak kazalarının, yangıların maliyeti.

: 15.771.000.000 dolar

TOPLAM : 98.623.000.000 dolar

Yani sadece bir yılda alkollü içkilerin Amerikan cemiyetine vermiş olduğu zarar 98 milyar dolardan fazladır. Bu rakam İngiltere için, sadece bir yılda içkinin yol açtığı zarar ise 2 milyar pound olarak hesaplanmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri için yapılan bu hesap memleketimiz için yapılmış olsa, neticenin çok ciddi rakamlara çıkacağından hiç şüphem yok. Bir misal olarak trafik kazalarının maliyetini verelim. Memleketimizde 1995 yılında meydana gelen trafik kazalarının 10.684 trilyon liralık maddi hasara yol açtığı hesaplanmıştır. Bunun en insafli bir tahminle dörtte birinin sarhoşluktan ileri geldiğini düşünsek bile maddi kayıp 2.5 trilyon lira.

Kaldı ki burada sözü edilen sadece ekonomik zararlardır. Bir de şunları düşünelim. İçki satarak kendi vatandaşınızı hasta ediyorsunuz, sarhoşluğun yol açtığı kazalarda sakat bırakıyorsunuz, hatta ölümüne yol açıyorsunuz. Ayrıca içkinin evdeki huzuru bozduğu, binlerce yuvayı yıktığı, cinayetlere sebep olduğu, neslin sakat doğmasına sebep olduğu düşünülürse, meselenin ne kadar geniş bir çerçevesi olduğu anlaşılır. Yani satılan her damla içki kâr değil, memleketimiz için zarardır. Gene de biz içkinin zararlarını ne kadar anlatmaya çalışırsak çalışalım, onun zararları daima anlattığımızdan daha fazladır.

1. Sanayileşmiş, maddi olarak gelişmiş memleketlerde yetişkin kimselerin takriben %70-90'ı alkollü içki kullanmaktadır. İçki kullananların %5-10 kadarı alkoliktir.

2. Avrupa memleketlerinin bir kısmında kronik alkoliklerin sayısı nüfusun %25'ini teşkil eder. Bu memleketlerin bazı bölgelerinde, hastane vakıalarının %50'ye yakını alkolikler ve alkolle alakalı hastalığı olan şahıslar teşkil etmektedirler.

3. A.B.D.'de içki içenlerin %10'u sarf edilen içkinin %50'sini kullanmaktadır. Alkolizm, 25-65 yaşları arasındakiler için en önemli ölüm sebeplerinin üçüncüsüdür (Kalp-damar hastalıkları, kanser ve alkolizm).

4. Ağız, yemek borusu ve yutak kanserleri dahil birçok hastalıklara yol açan alkollü içecekler, bütün dünyada trafik kazalarının ve iş kazalarını en önemli sebebidir. Boğulma, yüksekten düşme, intihar ve cinayetlerin arkasında çoğu kere sarhoşluk vardır. Birçok memlekette, bilhassa gençlerin karıştığı trafik kazalarına ve yaralanmalarda %40-50 nispetinde sarhoşluk rol oynamaktadır.

5. Avrupa'da içkili olarak vasıta kullanmaktan dolayı meydana gelen trafik kazalarında onbinlerce kişi ölmektedir.

6. 1998 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde 4.200.000 iş kazası olmuş ve bu kazalarda 17.000 işçi ölmüştür. Bu kazaların üçte birinin sebebi sarhoşluktur.

7. Amerika Birleşik Devletlerinde ve çoğu batı memleketlerinde erkeklerde kısırlığın ve fizyolojik sebebe bağlı olmayan iktidarsızlığın en önemli sebebi alkolizmdir.

UYUŞTURUCULAR (ALİŞKANLIK YAPAN MADDELER)

GENEL BİLGİLER

Alışkanlık yapan maddeler deyince akla ilk defa gelen alkol'dür. Yani her türlü alkollü içki. Alkol iptila yapan maddelerin başını çekmekle birlikte, buna başka maddeler de ilave edilebilir. Morfin, eroin, esrar, LSD kokain ilk akla gelen başka isimlerdir. Hatta tıpta ilaç olarak kullanılan benzodiazepinler (hipnosedatif olan uyuşturucu ve sakinleŐtirici), barbitüratlar (uyku ilaçları), amfetaminler (tembih edicilerin bir grubu), narkotikler (uyuşturucular) ve dikkatsiz ve uzun müddet kullanıldığı zaman iptila yapabilmektedirler.

Alışkanlık ve ilaç bağımlılığı deyince ne anlamalıyız. Ancak gerçek manada, farmakoloji'de çay ve kahve iptilasından söz edilemez. Bağımlılık yapan madde şöyle tarif edilebilir; Bu maddeler merkezi sinir sisteminde, yani beyin, beyincik ve omurilikte önemli derecede stimülasyon (tembih, uyanıklık) veya depresyon (uyuŐukluk, baskı) meydana getiriler. Netice olarak da bazı şeyleri idrakte, huy ve mizaçta, zihni ölçülerde

değişiklikler olur. Davranışlar bozular. Motor fonksiyonlarında bozukluklar olur.

Ruhi Bağımlılık: Müptela bir alkoliğin veya esrarkeşin içkiyi veya esrarı almak, kullanmak için, devamlı bu maddelere karşı bir arzu hissetmesidir. Alkolik alkolü, esrarkeş kullandığı maddeyi belli periyotlarda bulamazsa veya kullanamazsa bir takım, ruhi huzursuzluk, sinirlilik, asabiyet gibi arazlar gösterirler. Bunlar ruhi bağımlılığın mevcudiyetinin delilleridir.

Fiziki Bağımlılık: Şimdi buna nöroadaptasyon adı da verilmektedir. Madde müptelası şahıs alıştığı madde ile mesela içki ile öylesine içli dışlı olmuştur ki, bilhassa sinir hücreleri normal faaliyetlerini yapabilmeleri için adeta o maddeye ihtiyaçları vardır. Alışkanlık yapan maddenin kesilmesi halinde şahısta mahrumiyet tablosu diye adlandırılan bir klinik tablo ortaya çıkar. Çarpıntı, nabızda artma, titremeler, hayaller görme, bir grup sinirsel bozukluklar ortaya çıkar. Şahıs, yılan, akrep, çıyan gibi hayvanları gördüğünü söyler. Bu belirtiler ruhi bağımlılıktan oldukça farklıdır. Çoğu kere ruhi ve fiziki bağımlılık birlikte görülür.

Tahammül: Alışkanlık yapan maddeleri kullananları bekleyen bir diğer önemli tehlikede tahammüldür. Tahammül, vücudun iptali yapan maddeye alışmasıdır. Mesela ilk defa alkol alan bir şahıs, bir bardak içki ile sarhoş oluyorsa, ikinci defa ilk seferki kadar sarhoş olması için, ilk seferdekine göre daha fazla içki alması lazım gelir. Üçüncü seferde ise ikincisinden daha fazla içki alması lazımdır. Bu her seferde artarak çoğalır. Şahıs neticede alkolik olur.

Çapraz Tahammül: Aynı sınıftan olan ilaçlardan birine karşı şahısta tolerans meydana gelmişse, aynı sınıftan olan bir diğer ilaca karşıda meydana gelmesidir. Mesela uyku ilaçlarından birini devamlı kullanan şahısta zamanla tahammül gelişir. Bu şahsın vücudu aynı sınıftan olan, fakat daha önce şahsın hiç kullanmadığı başka bir uyku ilacına karşıda alışmış gibidir. Buna çapraz tahammül denir.

Uyuşturucu ismi altında geçen maddeler, daha çok haşhaş bitkisinden iki yolla elde edilirler:

1. Haşhaş bitkisinin tohum kapsülünün olgunlaşmadan önce bıçakla çizilmesi ile dışa akan sıvının dışarıda kurumasından elde edilen afyon sakızından elde edilirler.

2. Olgun tohum kapsülünün kuru atıklarından elde edilir.

ALİŞKANLIK YAPAN MADDELERLE ALAKALI GENEL ÖZELLİKLER

1. Bu maddenin bir müşterek özellikleri, genellikle çok kısa zamanda ve çok cüzi, bazen LSD'de olduğu gibi, mikroskobik miktarlarının dahi iptila yapabilmesidir. Eroinin bir defa damar içerisine verilerek kullanılması dahi, kullanan şahsı bağımlı hale getirebilmektedir.

2. Bu maddeleri kullanan şahısta aynı tesirin meydana gelmesi için, zamanla kullanılan maddenin devamlı artırılması icap eder. Bu ise o maddeye karşı talebin artması manasına gelecektir.

3. Bu tip maddeler kanunsuz olarak satıldıkları için, hep fahiş fiyatlarla satılırlar. Şahsın maddeye olan ihtiyacı devamlı artar. Parası yetmemeye başlar. Evdeki kıymetli şeyleri satar. İcabında para bulabilmek için çalar, suç işler. Başka kimseleri bu maddeye alıştıtırır. Onlara satış yapar.

4. Bilhassa eroinmanların sosyal ve ailevi münasebetleri tamamen bozulur. Şahıs ailesine, çocuklarına karşı olan mesuliyetlerini tamamen kaybeder. Hanımı ve çocukları onun için bir değer ifade etmez. Tek aradığı şey müptelası olduğu uyuşturucuyu bulabilmektir. Bu şahıslarda istikbal diye bir şey kalmamıştır. İşlerini de kaybederler.

5. Vücutta manen ve maddeten adeta çöküşlerdir. Asabiyet, ruhi gerginlik, sinirlilik, uykusuzluk gibi haller görülür. Ayrıca mide, bağırsak hastalıkları, karaciğer büyümesi ve yağlanması, böbrek hastalıkları, kansızlık, deride sivilceler ve yaralar ortaya çıkar. Göz adalelerinde felçler görülür.

6. Bu şahıslar başka bir suçtan hapse atılmamışsa veya başka bir hastalıktan ölmemişse, aldıkları uyuşturucu maddenin fazla miktarda alınması ile ölürler.

Netice: Bu tip maddelerin kullanılması adeta zehri tecrübe etmek gibidir. Zehir, “acaba öldürür mü?” diye tecrübe edilir mi? İşte ne isim altında olursa olsun, iptila yapan maddelerin tecrübesi, zehrin tecrübesinden farklı değildir.

ZEHİRDEN KÂR ÜMİT EDENLER

Alışkanlık yapan maddeler sadece bir sağlık problemi olarak kalmamakta, aynı zamanda devletler arasında bir soğuk harp silahı olarak da kullanılmaktadır. Bunun tarihi misalleri de mevcuttur. Satışı kanunen yasak olduğu için kaçakçılığı yapılmakta ve fahiş fiyatla satıldığı için toplam yıllık cirosu milyarlarca doları geçmektedir. Eroin, kokain dahil bütün zararlı maddelerin kaçakçılığı ile mücadele, memleketimiz dahil emniyetin önemli vazifeleri arasındadır.

ÖZET OLARAK GENÇLERİ UYUŞTURUCU KULLANIMINA İTEN SEBEPLER

1. Bilgisizlik: Tehlikeden habersizlik ve bu sebeple konuyu hafife almak...
2. Özenti.
3. Bira, birahane, diskotek ve diğer kafa bulma eğlence yerleri. Bunlar beyaz ölüm değirmeninin çarkları ve tuzaklarıdır. Giren büyük ihtimalle öğütülür.
4. Grup baskıları, kötü arkadaşlar,
5. Merak: Denerim, bırakırım kafası... Fakat, bir veya iki deneme genci belki de dönüşü olmayan yola sokmaya yeterli gelmektedir.
6. Moda: Çevreye uyma gayretkeşliği...
7. Bozuk çevre ve hasta toplum... Bilindiği gibi hastalıklarda, alışkanlıklarda saridir. İnsandan insana kolaylıkla geçebilir.

8. Gençlerdeki tehlike sevgisi, cinsel bozukluklar, kendini aşma, ispatlama içgüdüleri veya gayretleri.

9. Genetik yapının maddeye yatkınlığı...

10. Gençlerdeki manevi boşluk, inanç zaafı, bozuk aile ve hasta toplumdaki kaynaklanan güvensizlik duygusu. Gelecek karşısındaki kaygılar strese, sıkıntıya ve yalnızlığa itiyor. Ve bundan kurtuluş için gencin ilk başvurduğu merci ise her çeşidi ile uyuşturucular oluyor.

11. Aile yapısındaki bozukluklar, geçimsizlikler. Ahlaki, manevi zaafı. Yine ailelerdeki ekonomik bozukluklar çoklukla normaliteyi bozar. Bilhassa yokluğunu bunalıma ve intikama, varlıklarını şımarıklığa, taşkınlığa, tahribe yöneltir.

12. Eğitimdeki zafiyet, yetersizlik ve yanlışlıklar. Maddeciler felsefeye dayalı eğitimler insanları bencilliğe şahsi çıkarıcılığa, cismani hazcılığa iten temeldeki sebeplerdir. Bu yol anarşi, tahrip, kargaşa ve kavga yoludur.

13. Uyuşturucu Kültürü: Toplumu ayakta tutan, ona yücelme ve yaşama gücünü kazandıran, manevi, ahlaki ve hamasi değerlerini çürüterek, sömürgeci devletlerin uydusu haline getiren bir soğuk harp uygulamasıdır. Bu yıkıcı kültür silindirinden geçen toplum ve ülkenin kurtuluşu çok zor veya imkansızdır.

14. Dış (hasım) güçlerin ve içerdeki ajanlarının ve bunlarla işbirliği yapan mafya üçlüsünün organize çalışmaları.

15. Her zaman mafyanın ağına takılmaya hazır “sokaktaki başıboş insanlar ve çocuklar”.

16. Unutulmaması gereken önemli bir husus da beyaz zehir alışkanlığının gelişmesinde, içinde türlü uyuşturucular taşıyan ve son yıllarda karaborsaya da Tekel çizgisinde hükmeden ithal sigaraların ve kolalı mamullerin keza, çikletlerinde payı zannedildiğinden çok fazladır.

17. Yaş günü, çay, eğlence partilerinde kullanılan alkollü içki, sigara ve diğer karışımlar, ajan gayretleri ve tuzakları...

UYUŞTURUCU MADDELERİN İNSAN VÜCUDUNA OLAN ZARARLARI ETKİLER

1. Beyin ve Merkezi Sinir Sisteminde: Sigaradan itibaren bütün uyuşturucuların en büyük zararı ve tahribatı beyin ve merkezi sinir sistemi üzerinedir.

Uyuşturucular beyni akli ve iradeyi işlemez hale getirirler. Kişiyi dengeden, normal yaşam ve davranışlarından uzaklaştırırlar. Böylece akli ve iradesi elinden alınan insan ortaya çıkar.

En kısa ifade ile akıl hastalıkları, zihni ve ruhi karmaşa ve kaoslar... Beklenen ve beklenmeyen hayati iflas ve ölümler başlar.

2. Sindirim Sisteminde: Bulantı, kusma, karın ağrıları, kabızlık, ishal, mide ve bağırsak spazmları, kanama ve yaraları, gastrit, ülserler ortaya çıkar.

3. Karaciğer ve Böbreklerde: Bu zehirlerin organizmadan atılmasında en ağır görev bu organlara düşmekte olup, karaciğer ve böbreklerde büyük arıza ve tıkanmalara, karaciğerde yetersizlik, yağlanma, Böbreklerde; büyük tahribat, albümin, kan ve idrar bozuklukları ve karaciğerde siroz ortaya çıkar. Tıkanmalar, ağır böbrek hastalıkları ortaya çıkar.

4. Gözlerde: Işık ve mesafede uyumsuzluk, şaşılık, gece körlüğü, gözbebeği büyümesi, küçülmesi, göz adale felci bilinen sonuçlar ve tezahürlerdir.

5. Solunum Sisteminde: Nefes darlığı, öksürük, boğulma hissi, bu yolla kalp sıkışmaları, solunum felçleri ve ölümler bilinen olaylardır.

6. Kan Organlarında: Kan, insan hayatının en önemli organı olup, uyuşturuculardan büyük zararlar görür. Kansızlık, kan zehirlenmeleri, kan hücrelerinde şekil ve miktar değişiklikleri, kanın korkulu arızası olan pıhtılaşma ve kangrenler başlıca arızalardır.

7. Zehirlenme: Uyuşturucuların başta gelen olumsuzluğu zehirlenmeler ve bu yolla gelen ölümlerdir.

Uyuşturucuların tepeden tırnağa insan varlığına verdiği zararlar tek kelime ile "korkunç"tur.

8. Toplum ve Çevreye Zararları: Sosyal bir varlık olan insanın çevresi ile uyum içinde olması, akıl ve zihin sağlığı ile mümkündür.

UYUŞTURUCU KULLANMANIN NEDENLERİ

Uyuşturucu kullanan gençlerin duygu dünyası ve onları bu ortama iten nedenler:

1. Uyuşturucu kullanmak, “ben varım”ın bir başka ifadesi. Kendini kesip, acıyı hissetmek, geliŐgzel cinsel iliŐkilere girmek, yalan söylemek, almak, okuldan kaçmak, evden kaçmak, deŐiŐik ait gruplara girmek, intihara giriŐmek gibi davranışlar da bu yüzen yaŐanıyor.

2. Uyuşturucu kullanan insanların yaŐadıŐı duygu olan öfke, kendini yaralamaya, bedenini yok etmeye bile yol açabilir.

3. Ailenin tutumu çok önemli. Anne babanın ilişkisi, kiŐilikleri, ev içi huzursuzluk, parasızlık, anne babanın alkol ya da madde kullanıyor olması çok belirleyicidir. En sevdiŐi insanlar ona sözel ya da fiziksel acı çektirdikleri zaman dünya acı çekilen bir yer haline gelir.

4. Cinsel, duygusal ya da fiziksel istismar var. Dayak, cinsel istismar olmasa bile, reddetme, isteklerini hiçe sayma, yeteneklerini devamlı olarak kmsemi, “hiçbir Şeyi doŐru dürüst yapamıyorsun” gibi sözler söylenmesi, ocuŐu olumsuz yönde etkiliyor. Böylece ocuk, öz saygısını geliŐtirmek yerine, benlik algısına ilişkin bir kmsemi geliŐtiriyor. Annem babam beni nasıl görüyorsa, ben de öyleyim diyor ve kabul ediyor.

5. Tanıklık çok önemli: Direkt kendisi Şiddete maruz kalmıyordur, ama annesinin, kız kardeŐinin dayak yemesine tanık oluyordur. Diyelim, anne dayak yiyor ve hiçbir Şey yokmuŐ gibi yemek piŐirmeye baŐlıyor.

Böylece çocuk da duygularını bastırmayı öğreniyor. Acıyı sıkıntıyı inkar etmenin bir başka yolu da, madde kullanımı.

6. O ortamda kabul görüyorlar: birliktelik, komin yaşama, paylaşma, başkaları tarafından anlaşılıyor olmak, grup arkadaşlığı, özgürlük gibi duyguları o ortamda yaşıyor. Evde odunla dayak yiyen kız, kaçıp oraya geliyor. İlk başta kabul ediliyor, törenler, özel konuşmalar, bir yerlere davet ediliyor olması, maddeyle tanışmak, bunlar balayı dönemi ilişkileri. Ama sonra istemedikleri adamlar ve ilişkiler olduğunu fark ediyor. Bunlar bazılarında hiç hoş gelmiyor ve işte onlar kurtuluyor.

Bu sebeple, uyuşturucuların, bağımlıya, aile hayatına, doğacak çocuklara, iş hayatına, aile ve ülke ekonomisine, ferdi ve toplumsal ahlaka (namus, iffet, şeref, haysiyet vs.) verdiği zararlar ifadelere sığdırılmaz.

İntiharların, cinayetlerin, her türlü fuhşiyat, gasp ve anarşinin temelinde uyuşturucu vardır.

İç ve dış düşmanların en tahripkar silahı uyuşturucu ve uyuşturucu salgınlarının itici gücü olan uyuşturucu kültürü (hip kültür)dür.

Ayrıca AIDS, frengi, verem, kanser ve benzeri bir çok ölümcül hastalığın yayılmasında da en büyük etken uyuşturucu ve bağımlılıktır.

UYUŞTURUCULARDAN KORUNMA

UyuŐturucularla ilgili çaresizlik ve güvensizlik duygusuna bilhassa, bu belaya muhatap olan anne-babalar daha iyi bilirler. Yakın zamana kadar aileler, böyle bir tehlikeden habersizdi. Bugün korkunç gerçek artık büyük ölçüde anlaŐılmış bulunmaktadır.

Gün geçmiyor ki, gazete, radyo ve televizyonda uyuşturucular ve sebep olduğu üzücü ve düŐündürücü haberler yayınlanmamıŐ olsun.

Diğer taraftan, uyuşturucu kullanımı ve uyuşturucu bağımlılarının çoğalması üzerine endişe eden insanların sayısı da artmaktadır. Bunlar, ya aile fertleri ya da dostları bu felakete uğrayanlardır.

UyuŐturucularla ilgili çaresizlik ve güvensizlik bilhassa çocukları bu afete maruz kalan anne babaların çoğu ve yakınları önemli ölçüde anlamıŐ bulunmaktadır. Bilhassa son yıllarda ekran ve gazetelerden daha fazla gencimiz uyuşturucu bağımlısı olduğunu, uyuŐturucuya bağlı suçların, hatta cinayetlerin ve ölümlerin daha çok arttığını öğrenmekteyiz.

Uzmanlar, uyuşturucu dalgasının gelecek yıllarda daha da yükseleceğinden endişe edilmektedir.

Piyasaya sürülen eroin ve kokain gibi Şiddetli uyuşturucular değildir. Tehlikesi, eskiden olduğu gibi küçümsenen alkol de çocukları ve gençleri hasta ve bağımlı yapmaktadır.

Yurt içinde ve yurt dışında bilim adamlarının elde ettiği sonuçlar mit vericidir. Araştırmalar, ocukların

ve gençlerin uyuşturucu bağımlısı olmamaları için yapılacak çok şey olduğunu göstermektedir.

Burada iki temel fikir esastır:

1. Yalnız uyuşturucu maddelerin üretilip dağıtılmasının önlenmesi kafi değildir. Gelecekte bu önlenemeyebilir. Bundan başka alkol gibi, en yakın bakkaldan satın alınabilen yasal uyuşturucularda söz konusudur. Bu sebepten, bunun yerine alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığının doğmaması ve gelişmemesi önemlidir.

O hale daha önce yapılması gereken, bağımlılığın oluşmasını önlemektir.

2. Bağımlılığı önlemenin en iyi yolu, önleyici tedbirlerdir. Bağımlılığa karşı başarılı bir tedbir, sanıldığından çok daha önce alınmaya başlanan tedbirdir.

Yani, esas olan başlamış olan bağımlılığın tedavisi değil, aynı zamanda, ortaya çıkmadan önce onun önlenmesidir. Bağımlılığa karşı bir reçete mevcut değildir.

Çocukların, bağımlılığa karşı baştan itibaren daha iyi korunabilmesi için tespit edilen yedi kurala girmeden önce şu noktalar da bilinmelidir. Zira, bu kurallar kadar önemlidir. Yani ilacın bilinmesi yanında kullanılması da en az ilaç kadar önemlidir.

Diğer bir konu; çocuklar ve anne-babaları nasıl farklılıklara sahipse, kişiliklerindeki nüanslar sebebiyle, eğitici ve eğitim tarzları da öylece farklıdır: Tabii olan bu oluşum sebebiyle hiç kimse kınanamaz ve

tarzını değiştirmeye zorlanamaz. Aslında istenen ve gerekli olan çocuğa müspet bir kişilik kazandırmaktır. Makul ve ideal bir eğitimin hedefi de budur.

Ancak, bunu yapan bir eğitim başarılıdır. Gerçek bir eğitimin hedefi; hayatın zorluklarını türlü engellerini ve sıkıntılarını kendi iradeleri ile aşabilen inançlı, akıllı, beden ve ruh sağlığı yerinde bir insan ortaya koyabilmektir.

UYUŞTURUCUDAN KORUNMANIN YEDİ KURALI

1. Çocuklar ilgiye, sevgiye ve şefkate muhtaçtır.
2. Çocuklar tanınmak ve kabul edilmek isterler.
3. Çocukların her fırsatta kullanabileceği oyun mekanlarına ihtiyaç vardır.
4. Çocuklar daima iyi örneklere muhtaçtır.
5. Çocuklar hareketliliğe ve dengeli beslenmeye muhtaçtır.
6. Çocuklar arkadaşına ve anlayışlı bir çevreye muhtaçtır.
7. Çocuklar hayal kurmaya ve kendilerini yönlendirecek hedeflere muhtaçtır.

ÇOCUĞUNUZUN UYUŞTURUCU KULLANDIĞINI NASIL ANLARSINIZ?

Uyuşturucu kullanmaya başlama yaşı genellikle ergenlik çağıdır. Ve bazı değişiklikler de dikkat çeker;

1. Daha önce bizlerle olmaktan zevk alan, programlar yapan kızımız veya oğlumuz, bizden uzak durmaya başlamışsa, ilgi ve istekleri sıklıkla değişiyorsa, daha önce eğitim konusunda verdiği kararı değiştirmişse, kararsızlık yaşıyorsa.

2. Ruhsal yönden içine kapandığını, aşırı sinirli olduğunu alinganlaştığını, sonra tekrar normale döndüğünü fark ediyorsak, bunlar bizim soru işaretimiz olmalı.

3. Başarı oranı tamamen ve her derste düşmüş ise arkadaşlarını çok sık değiştiriyorsa, eski arkadaşlarına sırt ve çevreyle ilişkilerden kaçıyor, işini ya da okulunu bırakmak istiyorsa,

4. Hiçbir şeye ilgi duymuyor ve herkesten uzak kalıyorsa, geleceğe dönük hiçbir adım atmıyorsa,

5. Ani ve çabuk duygu değişimleri varsa, yemek yeme düzeninde bozukluk olmuşsa,

6. Yalan söylüyor ve evden ufak tefek eşyalar kayboluyorsa,

7. Elbisesinde yatağında ufak yanıklar ve yırtıklar oluşmuşsa, farklı yerlere gittiğine dair ipuçları varsa,

8. Tuvalette uzun süre kalıp, oradan rahatlamış olarak çıkıyorsa,

9. Odasında, üstünde pudraya benzer şeyler varsa, bunlar bize bir problemin olduğunu göstermektedir. Ama bütün bunları, tek başına anne ya da baba olarak halletmeye kalkışmamak, mutlaka bir uzmandan yardım almak gerekir.

UYUŞTURUCULARIN İNSAN VÜCUDUNA OLAN ETKİLERİ

Uyuşturucu esrar, eroin, hap, toz, morfin bağımlılığı ruhsal ve fiziksel pek çok hastalığa neden olmaktadır.

1. Depresyon (fizik veya moral çöküntü)
2. İntihara teşebbüs
3. Hallisinasyonlar (hayal görme ve hayallerle yaşama)
4. Korkular ve dış dünyayı tehdit edici algılama
5. Kötü deneyimler
6. Paranoid düşünme tarzı (psikozlar: şüpheler, ters yorumlar, düşmanlık vehimleri)
7. Baş ağrısı
8. Alan, zaman gibi kavramlarda çarpıtmalar (Bu hal kazalara sebep oluyor).
9. Kalp atıőlarının ve kan basıncının yükselmesi
10. Bronşit, akciğer kanseri
11. Erkeklerde enpotans (iktidarsızlık)

KAYNAKLAR

- Ackernecht, E.H.: A Short History of Medicine, the Roland Press Comp. New York 1955.
- Adivar, A.A.: Osmanlı Türklerinde İlim, Remzi Kitabevi, İstanbul 1943.
- Arıtan, M.Ş.: Uyuşturucu Maddeler ve Alkol, Konya: 1975.
- Aşut. Ö.: Türkiye'de Hekimlerin Sigara Alışkanlığı. Ankara, 1999.
- Bira ve Alkolizm Raporu (Yeşilay Yayını), İstanbul, 1983.
- Bolak, O.: Hastahanelerimiz, Eski Zamanlardan Bugüne Kadar Yapılan Hastahanelerimizin Tarihi ve Mimari Etüdü, İstanbul Teknik Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi Matbaası, İstanbul 1950.
- Çağlayan, S.: Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Yeni Gelişmeler. İstanbul Tıp Fakültesi 13 Kurultayı Özet Kitabı İstanbul 1995.
- Çalı, Ç.: Klinik Eğitimde Yeni Yaklaşım. İstanbul Tıp Fakültesi, 13. Kurultayı, Özet Kitabı. İstanbul 1995.
- Erk. N.: Türk Cumhuriyetinin İlk 50 Yılında (1923-1973) Veteriner Hekimlik Öğretiminin Gösterdiği Gelişmeler, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1973.

- Eşref Bin Muhammed.: Hazâ'-inu's Saadet (Basıma hazırlayan.: (B.N.: Şehsuvaroğlu).: (864-1460). Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara, 1961.
- Frik, F.: Cumhuriyet Devri Sağlık Hareketleri (1923-1963) 40 Yıl. İstanbul, 1964.
- İlaç Alışkanlıkları Sempozyumu (TÜBİTAK Yayını), Ankara, 1973.
- İLO, Equipment and Conditions of World in health and medical. Services, 1985.
- İstanbul Tıp Fakültesi 13. Kurultayı Conrad Oteli. İstanbul 1995.
- Karal, E.Z.: Tanzimattan Evvel Garplılaşma Hareketleri (1718-1839) Tanzimat-I, Eseri, İstanbul, 1940.
- Kaya, M.: Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Ders Notları. 1981-1982.
- Koç. S.: Son Asırların Vebası Sigara, İzmir, 1992.
- Lagu, A.: Nizâm-ı Sıhhat ve Usul-ü Karantina, Süleymaniye Küt. Esa'd Efendi kısmı. No: 2482, 1838.
- Özcan, I.: Bilim ve Din Işığındaki İçki ve Sigara, İstanbul, 1985.
- Özkan, S.: Her Fiziksel Hastalık Bir Krizdir. İstanbul Tıp Fakültesi 13 Kurultayı. Kurultay Gazetesi. İstanbul. 1995.
- Özyazıcı, A.: Alkollü içkiler, sigara ve diğerleri, Ankara, 1996.

- Packard, F.R.: History of Medicine In the New York, 1934.
- Pozantı, S., Taylor, J.: Üniversite Hastahanesi Yönetim ve Organizasyon Modeli, Toplum ve Hekim, İstanbul. 1994.
- Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 1991.
- Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl Sağlık Bakanlığı Yayınları. 1973.
- Sigara Raporu (Yeşilay Yayını), İstanbul 1997.
- Sigerit, H.E.: American Medicine, New York 1934.
- Songar, A.: Psikiyatri, İstanbul, 1977.
- Süveren, K.: Gülhane ve Türk Tıp Tarihindeki Yeri. Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi Ders Notları. 1995.
- Şehsuvaroğlu, B.N.: Eczacılık Tarihi Dersleri, Hüsnü Tabiat Matbaası, İstanbul 1970.
- Şehsuvaroğlu, B.N.: Erdemir, D.A. Cantay, G.G.: Türk Tıp Tarihi, Taş Kitabevi, Bursa 1984.
- Şehsuvaroğlu, B.N.: İstanbul'da Beşyüz Yıllık Sağlık Dersleri Hayatımız. Hüsnü Tabiat Matbaası İstanbul, 1953.
- Toplum ve Hekim, TİSAMAT. Basım Sanayi Ankara. 1994.
- Ulusal Sağlık Kongresi. I-II. Çalışma Grupları Raporları. Ankara 1993.

- Uyuşturucu Afetine Karşı, Nasıl Bir M¼cadele (Yeşilay Yayını), İstanbul, 1998.
- Uyuşturucu Gerçeği (Yeşilay Yayını), İstanbul, 1998.
- Uyuşturucu ile M¼cadele Kılavuzu (Yeşilay Yayını), İstanbul, 2000.
- Uyuşturucu K¼lt¼r¼ ve Tedbirler Raporu (Yeşilay Yayını), İstanbul, 1992.
- Yazıcı, Y.: Harp Cerrahisi Prensipleri. Yargıçoğlu Matbaası. Ankara, 1983.
- Yeşilay Gençlik Rehberi, İstanbul, 1996.
- Yeşilay ve M¼cadelesi, İstanbul, 1996.
- Yeşilayın ve çeşitli kuruluşların zararlı alışkanlıklarla ilgili yapmış olukları toplantı ve bildiri çalışmalarını.