



**SAĞLIKLI BİR GELECEK İÇİN
RUH SAĞLIĞINIZI KORUYUN**

**KRİZE
RUHSAL
DESTEK**

11 Haziran 2009 Perşembe Saat: 09:30
Nilüfer / Bursa
Nilüfer Belediyesi Uçur Mumcu Sahnesi
Başın Kültür Sarayı Kat: 2 Ataevler





Katılımlardan dolayı teşekkür ederiz.

0312 468 74 97
www.psikiyatri.org.tr



- İlaç, Bilim ve Hastalık
- Tükenmişlik: İşçi Sağlığının Görülmeyen Yüzü
- Krize Karşı Ruhsal Destek



Türkiye Psikiyatri Derneği adına sahibi

Şeref Özer

Yazı İşleri Müdürü

Burhanettin Kaya

Yayın Kurulu

**Çezar Atasoy, Tolga Binbay,
Ali Savaş Çilli, Neşe Direk,
Altan Eşsizioğlu, İnci Özgür İlhan,
Umut Karasu, Cengiz Kılıç,
Mustafa Sercan, Halis Ulaş,
Doğan Yeşilbursa, Ejder Akgün
Yıldırım, İrem Yıldız, Mehmet
Yumru, Şahika Yüksel**

Yazışma adresi

Tunus Cad. No. 59/5
Kavaklıdere, Ankara
Tel. 0-312 468 74 97
0-312 426 04 53

Bülten ile ilgili iletişim, geri bildirim,
haber, duyuru ve görüş yazıları için:

Doç. Dr. Burhanettin Kaya
TPD Bülteni Yayın Yönetmeni
E-posta: burha65@yahoo.com

Tasarım ve Uygulama

BAYT Bilimsel Araştırmalar
Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
Tel. 0-312 431 30 62
Faks 0-312 431 36 02
E-posta: info@bayt.com.tr
www.bayt.com.tr

Baskı

Miki Matbaacılık Ltd. Şti.
Matbaacılar Sitesi, 560, Sk, No:27,
İvedik, Ankara
Tel. 0-312 395 21 28

Baskı tarihi: 19 Ekim 2009

İçindekiler

1 Sunu

3 DOSYA (İlaç, Bilim ve Hastalık)

- Satılık Hastalıklar / Psikiyatri
- Taşeron Bilim, İşçi Doktor ve Denek Yoksul Ülkeler
- Artan İlaç Kullanımı ve İlaç Endüstrisi
- Tükenmişliğin Psikobiyolojik Sınırı: İşçi Sağlığının Görülmeyen Yüzü

22 Psikiyatri Dünyasından

- Mavi At'ın Öyküsü: Bir Şehir, Bir Hekim, Bir Devrim
- Mavi At Kafe Kültür Yaşam Ortamı: Şizofreni Hastaları için İstihdamdan Toplumla Bütünleşmeye
- 10. Psikiyatri Güz Okulu:
"Psikiyatride Vaka Formülasyonu ve Sınıflandırma Sistemleri"

32 Psikiyatri ve Sanat

- 7. Kıta: Bir Film Çözümlemesi

35 Basın Açıklamaları

- 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü
- 10 Eylül Dünya İntiharı Önleme Günü
- Türkiye'de İşsizlik ve İşsizliğe Bağlı Ruhsal Sorunlar Artıyor
- 17 Ağustos 2009: Marmara Depreminin 10. Yıldönümü
- TPD, SES ve İstanbul Tabip Odası'ndan Silahlanma ve Şiddete Hayır
- Mardin Bilge Köyü Psikososyal Müdahale, İzleme ve Değerlendirme Raporu
- Ruh Sağlığı Platformu Basın Açıklaması
- TPD'nden Şiddete ve Silahlanmaya Karşı Basın Açıklaması
- TPD Urumçi Katliamı için Basın Açıklaması

44 Basın Bültenleri

- Türkiye'de Yaşlıların Ruhsal Durumu: Depresyon ve Demans Yaşlıların Kaderi Mi? Yoksa Önlenebilir Bir Durum Mu?
- Türkiye'de Madde Kullanımı ve Tedavi Politikaları
- ÖSS (Sınav) Stresi: Zararlı Mı, Gerekli Mi?

51 Haberler

Dernekten

- TPD 10 Ekim Etkinlikleri ve Basın Çalışmaları
- 13. Bahar Sempozyumu Poster Bildiri Ödülleri
- 1998'den Bugüne Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni
- 18. Anadolu Psikiyatri Günleri En İyi Poster Ödülü
- "Krizde Ruhsal Destek" Projesinin İki Bursa'da Gerçekleşti
- "Krizde Ruhsal Destek" Projesinin İkincisi İstanbul İkitelli'de Gerçekleşti
- Temel Asistan Eğitiminin Yeni Modülü İstanbul'da Yapılacak
- 2009 TPD Ruh Sağlığı Basın Ödülü: Sonuçlar Açıklandı

55 Yeterlik Kurulu

- Psikiyatride Uzmanlık Eğitimi Yeterlik ve Eğitimin Akreditasyonu: TPD Psikiyatri Yeterlik Kurulu Çalışmaları
- TPD 2009 Yeterlik Sınavları Tamamlandı

56 Görev Grupları

- TPD Mesleki Roller Tanımlaması Görev Grubu Nihai Raporu
- TPD Özel Hastaneler Görev Grubu Raporu
- TPD Psikiyatrik Hizmetleri Ücretlendirme Görev Grubu Raporu

69 Haberler / Diğer

- TTB-Hukuk Bürosunun Açıklaması
- TTB Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu'nun Tam Gün Yasa Tasarısı Görüşleri

Yitirdiklerimiz (Arka kapak içi)

- Prof. Dr. Faruk Bayülkem
- Prof. Dr. Rodvan Cebiroğlu

Toplantı ve Duyurular (Arka kapak)

Değerli meslektaşlarımız,

Yeni bir bültenle daha karşınızdayız.

Bülten ekibimizin profesyonel bir dergi çıkarırcasına yoğun bir emekle hazırladığı bu sayımız da öncekiler gibi zengin bir içeriğe sahip. Eminim okumadan geçebileceğiniz bir yazı bulmakta zorluk çekeceksiniz.

Bu sayıda size sunacağımız dosyamız ilaç endüstrisi - bilim ve pazar ilişkisi hakkında. Bülent Kadri Gültekin, Selçuk Candansayar, Halis Ulaş ile İlker Küçükparlak ve Ejder Yıldırım'ın birlikte kaleme aldığı ilginç yazılarını mutlaka okumanızı öneriyoruz.

“Mavi at Cafe” bir ilk olması son derece hoş duygular uyandırması açısından ilginç bir deneyim. Haldun Soygür'ün yazısından büyük keyif alacaksınız.

TPD, 2007-2009 döneminde basın ajansımız MEDYAS'ın katkıları ve bir çok TPD üyesinin canla başla çalışması sonucunda etkili bir şekilde basında yer almayı başardı. Basın açıklamalarımızın her biri gerek yazılı basında gerekse televizyon kanallarında ses getirdi. En son “Dünya Ruh Sağlığı Günü” nedeniyle 8 Ekim sabah saatlerinde aynı anda 6 televizyon kanalında birden TPD üyelerinin canlı yayında yer alması bu başarının somut bir örneği. TPD'yi basında bir referans, bir başvuru merkezi haline getiren basın çalışmalarının son dönemdeki örnekleri bültenimizde yer alıyor.

Bunların yanı sıra bültenimizde Yeterlik Kurulunun, görev gruplarımızın çalışmalarına ilişkin haberleri, yitirdiğimiz değerli meslek büyüklerimiz hakkında bilgileri ve daha bir çok haberi bulacaksınız.

Gelecek sayıda buluşmak üzere.

Saygılarımızla.

Şeref Özer

TPD Genel Başkanı



Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) Bülteni yılda üç sayı olarak yayımlanır ve dernek üyelerine ücretsiz gönderilir. Her sayıda psikiyatri dünyasından haberlere, TPD çalışmalarına ve belirli dosya konularına yer verilir. Bültende yer alacak yazılar dergi yayın kurulunca belirlenir. Yayın yönetmeni ve yayın kurulu TPD Merkez Yönetim Kurulu'na atanır.

Bülten tüm TPD üyelerinin katılımına açıktır. Yayın kurulu TPD üyeleri dışındaki kişilerden istenen yazılara da yer verebilir. TPD Bülteni dosyaları, yayın kurulunca belirlenecek konularda yazarlara ısmarlanacak yazılardan oluşur. Diğer yazılar ve haberler ise üyelerin ya da bilimsel çalışma birimlerinin katkılarından oluşur.

Bültene gönderilecek yazılarda aşağıda belirtilen yazım ilkelerine uyulması gerekmektedir.

1. TPD Bülteni'ne gönderilecek yazıların bilimsel ve etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.
2. TPD Bülteni'nin yayın dili Türkçe'dir.
3. Yazılarda dipnot kullanılmamalı, açıklamalar yazı içinde verilmelidir.
4. Dergide yayımlanan yazılar için ücret ya da karşılık ödenmez.
5. Yazının başlık kısmında yazar(lar) adı ve çalıştığı kurum belirtilmelidir.
6. Kaynaklar metinde parantez içerisinde numaralandırılarak verilmelidir.

Örnek: “Yapılan çalışmalar psikiyatrik bozuklukların bireylerin, toplumların ve sağlık hizmetlerinin üzerinde önemli bir yük oluşturduğunu ve önümüzdeki yıllarda da bu yükün artacağını göstermektedir (1, 2).”

Metin sonunda kaynaklar ayrı bir liste olarak kaynaklar başlığı altında metin içerisinde geçiş sırasına göre numaralandırılıp dizilmelidir. Kaynakların doğruluğundan yazar (lar) sorumludur. Tüm kaynaklar metinde belirtilmelidir. Tüm yazarlar belirtilmeli, “ve ark.” ibaresi kullanılmamalıdır. Kaynak dergi adlarının kısaltılması Index Medicus'a uygun olmalıdır. Index Medicus'ta indekslenmeyen bir dergi kısaltılmadan yazılmalıdır.

Örnekler:

1. Dergilerdeki makaleler:
Lindenmayer JP, Khan A, Eerdeken M, Van Hove I, Kushner S. Long-term safety and tolerability of long-acting injectable risperidone in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007; 17: 138–44.
2. Kitaptan alıntılar:
Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002: 93-113.
Diener HC, Wilkinson M (editors). *Drug-induced headache*. In *Headache*. 3rd ed., New York: Springer-Verlag, 1988: 45-67.
3. Tezden alıntı için:
Yumru M. İkiüçlü bozukluk alt tiplerinde oksidatif dengesizlik. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Gaziantep: 2007.

Yazışma adresi

Tunus Cad. No. 59/5, Kavaklıdere, Ankara
Tel. 0-312 468 74 97, 0-312 426 04 53

Bülten ile ilgili iletişim, geri bildirim, haber, duyuru ve görüş yazıları için:

Doç. Dr. Burhanettin Kaya, TPD Bülteni Yayın Yönetmeni
E-posta: burha65@yahoo.com

Satılık Hastalıklar / Psikiyatri

Dr. Bülent Kadri Gültekin

Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Yıllar önce dünyanın önemli ilaç şirketlerinden birinin müdürü “ilaç pazarının hasta insanlarla sınırlı olmasının” sıkıntı yarattığını söyledi. O zamanlar hayal olarak söylediği “sağlıklı insanlara yönelik ilaç üretmek” yıllar sonra gerçek oluyordu. Günlük hayatın doğal iniş çıkışları psikiyatrik sorunlar oldu, genel şikayetler korkutucu rahatsızlıklara dönüştürüldü ve gittikçe daha fazla sağlıklı insan hastaya çevrilerek adeta **günlük yaşam medikalize** edilmekteydi. İçimizdeki ölüm, yaşlanma ve hastalık korkularını kaşıyan büyük ilaç firmaları hızla hasta sayılarını artırıyordu. En temel satış stratejilerinden biri, insanların genel rahatsızlıklarını algılama şeklini değiştirerek “doğal süreçleri” hastalıklara dönüştürmek.. İlaç firmaları bir yandan ilaçların öte yandan **hastalıkların sponsorluklarını** yürütmeye başladı. Endüstri ülkelerindeki yeni hastalıkların tanısında önemli bir patlama yaşandığı günleri yaşamaktayız. **Artık her hastalığın bir ilacı olduğu gibi her ilacın da bir hastalığı var!**

“Bir rahatsızlığı markalaştırma sanatı” isimli makalesinde Vince Parry ilaç şirketlerinin tıbbi hastalıkların “türetilmesini nasıl teşvik ettiğini” açıklarken: bazen az bilinen bir hastalığa dikkat çekildiği, bazen eski bir hastalığın yeniden tanımlandığı ve yeni bir isim verildiği, bazen de yepyeni bir hastalık türetildiğini belirtmiştir.

Avustralyalı eleştirmen Ray Moynihan ve arkadaşlarına göre hastalık ticaretinde başlıca beş kural geçerlidir:

1. Yaşamın doğal süreçleri tıbbi sorun olarak satılmakta.
2. Ender görülen semptomlar, yaygınlaşan hastalıklar olarak tanıtılmakta.
3. Kişisel ve sosyal problemler, tıbbi sorunlara dönüştürülmekte.
4. Riskler, hastalığa dönüştürülmekte.
5. Hafif sendromlar önemli “hastalık belirtileri olarak sunulmakta.

Sağlıklı insanların hastalara dönüştürme çabası en çok da psikiyatride hedefine ulaşıyor. İkinci dünya savaşından sonra sadece 26 tane ruhsal bozukluk türü bulunurken, DSM-IV göre bugün 395 farklı psikiyatrik hastalık mevcuttur.

Doğal üzüntü.....Uyum Bozukluğu
Uzun süreli üzüntü.....Distimi
Utangaçlık.....Sosyal fobi.....Sosyal anksiyete Bozukluğu
İnatçı çocuk.....Karşıt gelme bozukluğu
Ergenlik dalgalanmaları.....Borderline kişilik bozukluğu
Yerinde durmayan çocuk.....Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu bu hastalıklardan sadece birkaçı...

KARŞILANMAMIŞ İHTİYAÇ / İHTİYAÇ DUYMAYANLARI TEDAVİ

JAMA dergisinde yayınlanmış bir makaleye göre: “Karşılansmamış ihtiyaç” ve “ihtiyaç duymayanları tedavi” hakkında söylenenler çelişkili ve çarpıcıydı. Ağır hasta olarak tanımlananların, yarısı ihtiyaçları olan tedaviyi alamıyorlardı. Tedavi görenlerin en az yarısı ise bu tedaviye hiç ihtiyacı olmayan kimselerdi. Kendilerine hastalık damgası vurulup ilaç yazıldığında büyük sakıncalara, aşırı derecede yüksek maliyetlere ve zaman zaman ölümcül olabilecek yan etkilere katlanmak zorunda kalıyorlar.

DSÖ raporlarına göre şu anda tüm dünyada 450 milyon kişi ruhsal, nörolojik bozukluklar, alkol ve illegal ilaç kullanımına dayalı psikososyal problemlerden dolayı sıkıntı çekmektedirler. Bu kişilerin bir çoğu sıkıntılarını sessizce, ve yalnız yaşamaktadır. Küresel hastalık yüküne sebep olan 10 hastalığın 4.sirasında Depresyon yer almaktadır. Küresel olarak, 70 milyon kişi alkol bağımlılığı yüzünden, 50 milyon kişi epilepsi, 24 milyon kişide şizofreni yüzünden sıkıntı çekmektedir. Her sene bir milyon kişi intihar etmekte, 10 ila 20 milyon kişi de intihara teşebbüs etmektedir. Ruhsal bozukluklarla karşı karşıya olmayan çok az aile vardır.

HASTALIK/SAĞLIKLI YA DA NORMAL/ANORMAL KAVRAMI

Hastalık tanımlarının bir çoğunda, sağlıklı ile hastayı ayıran çizginin nereden çizileceği konusunda büyük belirsizlikler var. Normal ve anormal'i ayıran sınır genellikle son derece esnek. Bu sınır ülkeden ülkeye, hatta zaman zarfında değişiklikler gösteriyor. Açıkcası, hastalığı tanımlayan sınırı ne kadar geniş çizerseniz, potansiyel hasta havuzu o kadar geniş, ilaç üreticileri için satış yapabilecekleri pazar da o kadar büyük oluyor. Günümüzde bu sınırı çizen uzmanlar ellerinde ilaç şirketi kalemleriyle toplantıya oturuyor ve her toplantıda sınırı gittikçe daha da genişletiyorlar. Pilgrim ve Rogers'a göre Buss 4 farklı normallik normları belirtmişlerdir. Bunlar:

1. İstatistiksel kavram: Buna göre bir toplumda en sık görülen davranışlar normal, nadir görülenler anormaldir. Ancak istatistiksel kavram kültürler arasında, hatta aynı kültürde bile iyi bir gösterge olmayabilir.
2. İdeal kavramı: Normallik 2 şekilde ifade edilmiştir "bilinçliliğin bilinçdışı üzerindeki üstünlüğü", ikincisi ise ideal insanın kendini gerçekleştiren insan olduğu
3. Özgül davranışların varlığı: Uyumsuz davranış, istenmeyen ya da kabul edilemez nitelikteki davranıştır. Bu davranışların istenmediğine ya da kabul edilemez olduğuna kimin karar vereceği sorunu?
4. Bozuk bilişler:davranışa yapılan vurgu azalmış ve yerini bilişsellik almıştır.

KANITA DAYALI TIP/PSİKİYATRİ

- Kanıta dayalı tıp, randomize kontrollü araştırmalardan başlayarak erişilebilen verileri, meta analizler yoluyla yeniden değerlendirerek "araştırmaların araştırmaları" ya da "ikincil araştırmalar yoluyla" kullanıma bir "**kanıt hiyerarşisi**" sunmaktadır.
- 1990'lı yıllarda Goldsmith, Wilkinson, Colton aralarında British Medical Journal, Lancet, JAMA gibi saygın yayınlar olan 30 tıp dergisinden 4200 makaleyi yöntem açısından değerlendirerek: Bu araştırmalardan yalnızca %20'sinin geçerli yöntemle yapılmış olduğunu bildirdiler. Daha önemli bir bulgu ise, yöntemi geçerli olmayanların % 80'inde pozitif bir nedensellik olduğu görülmüştür.
- **İlaç endüstrisi kanıta dayalı tıbbi desteklemektedirler. •Bu sayede ilaç listeleri, dozları otoriter biçimde önerilebilmektedir.** "Yapabilirsiniz" yerine "yapmalısınız" türünden "tarifnamelere" indirgenebilmektedir.
- Amerikan Psikiyatri dergisinde yapılan araştırma sonucu atipik antipsikotiklerin birebir karşılaştırıldığı 33 çalışmanın yaklaşık %90'ı sponsor firmanın desteklediği ilaç yönünde çıkmıştır.

The NEJM dergisinde yayınlanan 18 aylık, randomize çift-kör, CATIE izlem çalışmasında atipik olanzapin, ketiyapin veya risperidon düşük potensli bir tipik antipsikotik olan perfenazin'den hiçbir üstünlükleri saptanmamış olup farklı yan etki profilleri göstermişlerdir.

NEDEN PSİKİYATRİ?

Psikiyatri "altın standartlara" sahip olmayan;tanı, tedaviye yanıt gibi özelliklerinin bireylerin öznel tutumları ile belirlendiği bir alan olmasıyla, "kanıtlar" açısından biraz daha özel bir durum göstermektedir.

ANTİPSİKİYATRİ?

Antipsikiyatrinin tepkisel bir şekilde uçlara savrulmuş toplumsal uyum sorunu olan ve desteğe ihtiyacı olan insanlara zarar verebileceği unutulmamalıdır. Temel amaç tıp dünyasındaki gelişmelere eleştirel tutum takınmak değildir. Bu konuyu sağlıklı bir çerçevede değerlendirmektir.

APA Üyesi Dr. Loren Mosher'in istifası

• 30 yıl boyunca APA üyesi olarak çalışan Dr. Loren Mosher tiksinti içinde profesyonel birliğinden istifa ederken "**psikiyatri neredeyse tamamen ilaç şirketleri tarafından satın alındı**" diyerek ekledi "ben de ilaç şirketi kuklalarından biri olmak istemiyorum."APA ve dünya üzerindeki benzer kuruluşların insan sağlığına büyük bir kötülük yaptıklarını ifade ederek "Para, politika ve bilim konularında gerçeğe dönün, her birini olduğu gibi gösterin, dürüst olun" çağrısı yaptı. "**Psikiyatrinin daha soylu bir varoluş sebebi olduğu**"nu düşünüyordu.

"Psikiyatriyi yalnızca bir meslek olarak değil bir hayatta duruş biçimi olarak da seçmiş olanların savunma mekanizmaları kullanmak yerine şapkayı önlerine koyup bir kez daha düşüneceklerine inanıyorum. "

NE YAPABİLİRİZ (Öneriler)

- Tıp dergileriyle ilaç endüstrisi arasında oluşan "bağımlılık zincirini" kırmayı amaçlayan bir dergi çıkarmak (Plos medicine gibi). Bu dergi tüm bilimsel makalelerine ücretsiz internet erişimi sağlayarak "Statükoyu sarsma" gibi büyük planları yapmak. Bu dergi hiçbir ilaç şirketinden reklam almamalıydı. Şirket destekli hiçbir çalışmayı yayınlamayacaktı.
- Sorunların gerçekten bir hastalığı mı, yoksa günlük hayatın sıradan bir iniş çıkışını mı gösterdiği irdelenmelidir.
- Gerçek, acı verici ve ölümcül olan hastalıklara en yeni, en pahalı ilaçla veya başka bir tıbbi teknoloji veya süreçle tedavi edilmesi gerekir.
- En son çıkan hastalıklara ve mevcut hastalıkların abartılı rakamlarına şüpheyle bakılmalıdır.
- Hastalıklar hakkında ilaç şirketlerinden tamamen bağımsız iyi, ulaşılabilir, güncel ve bağımsız bilgi kaynakları bulmak.

- İlaç şirketlerinin destekledikleri fikir babalarının hastalık tanımlamalarına güvenmeye ve yine ilaç şirketlerinin desteklediği pazarlama kampanyalarının bizleri eğitmesine izin vermemek.
- Psikiyatrik görüşmelerimizde “Bugün burda olduğuna göre” hastalık vardır yanılmasına düşmemeliyiz. İnsanları psikiyatrye getiren algıları da gözden geçirmeliyiz. Psikiyatrik başvuruda insanlara psikiyatrik bir sorununun olmadığını söylemenin de önemli bir tedavi biçimi olduğu unutulmamalıdır.
- Bağımsız, şüpheli ve bilimsel oldukları bilinen sağlık örgütleri, üniversite bölümleri ve kamu kuruluşlarının öncülüğünde hastalıkların tanımlanması, tedavi yöntemlerinin olası risk ve yararları konusunda bilginin üretimi ve halka ulaştırılması
- Elli bin üyesi ile Amerikan Tıp Öğrencileri Birliği geleceğin doktorlarını temsil eder. Birlik prensip itibarıyla hiçbir ilaç şirketinden sponsorluk almamaktadır. Düzenledikleri “İlaçsız” kampanya tıp öğrencilerinin bedava öğle yemeklerine, hediyelere, ücretli konuşmalara ve para karşılığı danışmanlıklara hayır demelerini istemektedir. Biz neden demeyelim?

SON SÖZ

Ben nerede duruyorum, insan ve psikiyatry olarak?

Psikiyatryi yalnızca bir meslek olarak değil bir hayatta duruş biçimi olarak da seçmiş olanların savunma mekanizmaları kullanmak yerine şapkeyi önlerine koyup bir kez daha düşüneceklerine inanıyorum.

Hastalık satmaktansa sağlığın desteklendiği bir geleceğe inançla ve umutla bakmak dileklerimle...

Kaynaklar

Moynihan R, Cassels A Satılık Hastalıklar, 1.Baskı, İstanbul, 2006.

Doğan O, Kocacık F. Ruh Sağlığı ve bozukluklarının sosyolojisi, Anadolu Psikiyatry Dergisi 2006, 7: 109-120.

Ergör G, Kanıtı Dayalı Tıp, Modern Tıp Seminerleri Dizisi, Güneş Kitabevi, Ankara 2003,

Gürcan EC, Savaş Cİ. Hastalık icadına karşı toplumcu tıp ve milli sağlık anlayışımız Bilim ve Ütopya dergisi 2007, sayı:153. http://www.who.int/mental_health/en/

her dört kişiden biri
yaşamlarının bir döneminde
ruhsal hastalıklardan etkileniyor



ruh ve beden sağlığı bir bütündür
ruh sağlığını koruyun
Türkiye Psikiyatry Derneği

10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü • www.psikiyatry.org.tr

Taşeron Bilim, İşçi Doktor ve Denek Yoksul Ülkeler

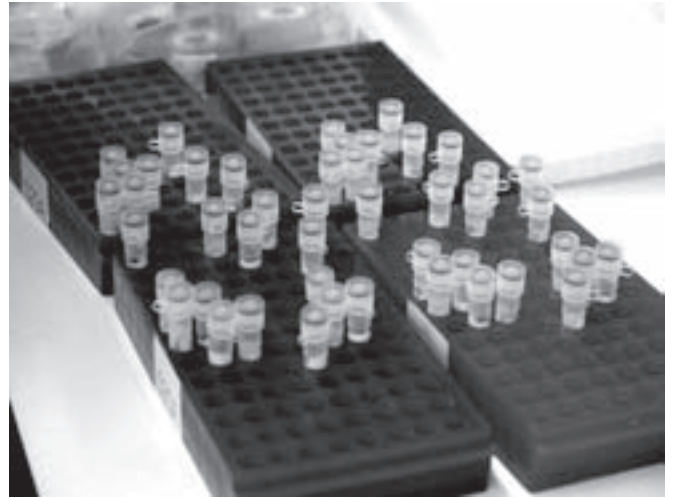
Prof. Dr. Selçuk Candansayar

Türkiye Psikiyatri Derneği Nöropsikiyatri BÇB Koordinatörü

Dünya ilaç pazarının 2008 yılı satış rakamları, tüm dünyayı kasıp kavuran küresel ekonomik krizin ilaç satışlarını pek de etkilemediğini gösteriyor. Yalnızca birkaç firma zarar etmişken yarısından fazlası iki haneli büyüme rakamları gerçekleştirmişler. 2008 yılında en büyük 50 ilaç firmasının toplam ilaç satışı 558 milyar Amerikan doları. Tüm dünyada ilaç pazarı %4,8 büyürken, ABD ilaç pazarı da %1,4 büyüme göstererek, 2007 yılında 287,6 milyar dolar olan satışlarını 291,5 milyar dolara çıkarmış durumda. Dünyada bir yılda satılan ilaçların %40,3'ü Kuzey Amerika'da %32'si ise Avrupa'da tüketiliyor. Bu rakamlara Japonya'nın % 11,8 oranı eklendiğinde dünya nüfusunun %25'ini oluşturan gelişmiş ülkelerde yaşayanların dünyada satılan ilaçların % 84,1'ini tükettiği ortaya çıkıyor.

Gelişmiş zengin ülkelerin sağlık bakım sistemleri çökmüş olmasına karşın ilaç firmalarının devasa karlılığının sürdüğü ve sağlıklılıktan anlaşılanın çok ilaç tüketmek olduğu bir dünyada yaşıyoruz. Dünya ilaç pazarının üreticileri ABD, Avrupa ve Japonya merkezli çok uluslu firmalar ve tüketicileri de ezici bir oranla zengin, gelişmiş ülkelerde yaşayan insanlar. Ancak ilgi çekici olarak ilaç araştırmaları doksanlı yıllardan bu yana artan bir oranda yoksul ve gelişmemiş ülkelere yönelmektedir.

Büyüyen ilaç pazarında özellikle psikiyatrik hastalıklarda kullanılan ilaçların satış rakamları da olağanüstü artmış durumda. ABD'de en çok kazandıran ilaçlar 14,6 milyar dolarlık satış rakamıyla antipsikotikler. Antidepresanlar 9,6 milyar dolar satış rakamıyla, lipit düzenleyiciler (14,5 milyar USD), proton pompa inhibitörleri (13,9 milyar USD) ve anti epileptiklerden (11,3 milyar USD) sonra beşinci sıradalar. Anti epileptiklerin bir bölümünün duygudurum dengeleyicisi olarak kullanıldıkları göz önüne alındığında en çok satan 10 ilaçtan üçünün psikiyatrik hastalıklarda kullanılan ilaçlar olduğu görülüyor. Antipsikotikler ve antidepresanların psikiyatride en yaygın kullanılan iki grup olduğu düşünüldüğünde, psikotrop ilaç



geliştirmenin genel olarak çok satacak bir ürün elde etmek anlamına geldiği söylenebilir.

Tüketim metası olarak ilaç

İlaç sektörü dünyanın en karlı sektörüdür. 1970'li yıllarda ilaç endüstrisinin ortalama karı %10-11 düzeyindeyken bu oran iki binli yıllarda %17'ye çıkmış ve günümüzde aynı oranda sürmektedir. Aynı dönemde ilaç endüstrisi dışı sektörlerin ortalama karlılığı %4-6 düzeyinde sabit kalmıştır.

İlaç endüstrisinin yetmişli yıllarla birlikte hızla büyümesinin 'bilimsel' nedenlerinden çok ekonomik nedenleri vardır. Bu dönüşümü belirleyen dört etken vardır;

İlkin yeni keşfedilen ilaçlarla ilgili patent koruma sistemi geliştirilmiş ve keşfedilen molekülün patent süresi yirmi yıla çıkarılmıştır.

İkinci olarak ilaç endüstrisine diğer sektörlerle göre vergi kolaylığı getirilmiştir.

Bu iki değişimle daha önce ağırlıklı olarak akademik merkezlerde süren ilaç geliştirme çalışmaları hızla özel sektöre kaymış ve ilaç firmaları kendi Araştırma Geliştirme bölümlerini büyütmeye başlamışlardır.

Patent ve vergi kolaylığına ek olarak ilaç reklamlarının serbest bırakılması ilacı bir “meta” haline getirmiştir.

Yetmişlere kadar yeni ilaçların keşfi akademik merkezlerinin bünyesinde gerçekleştirilirken, daha sonraki dönemde ilaçla ilgili patent korumasının kabul edilmesi ve endüstriye getirilen vergi kolaylığı (ilaç dışı endüstride ortalama vergi %27, ilaç endüstrisinde %16'dır) ile ilaç keşfi akademik merkezlerden ilaç endüstrisine kaymış, üretimi yapan ürünü de bulmaya başlamıştır. Aynı dönemde daha çok hekim ya da eczacıların kurduğu kişiye ait şirketlerden, hisseleri borsada alınıp satılan, CEO'larca yönetilen ve çokuluslu karaktere dönen büyük ilaç şirketleri ortaya çıkmıştır. Özellikle 1980'li yıllarla birlikte sektörde dev birleşmeler birbiri ardına gerçekleşmeye başlamış ve ilaç sektörü, şahıs firmalarından dev çok uluslu yapılara dönüşmüştür. Bu süreç günümüzde bütün hızıyla sürmektedir ve sektör giderek az sayıda devasa firmanın bir anlamda tekeline dönüşmektedir.

İlaç üretimi ve satışı kar getiren, piyasa koşullarına tabi bir *meta* haline geldikçe, piyasa koşullarının genel ilkeleri ilaç endüstrisini de belirlemeye başlamıştır. Hastalığı iyileştirmekten çok kar amaçlı ilaç üretimi dönemine geçiş sadece tıbbın yapısını

değiştirmekle kalmamış, araştırmacıların, araştırmaların ve bilimsel dergilerin yapısını önemli ölçüde değiştirmiştir. Çok sayıda bilimsel araştırmanın, verisini toplayan, istatistik analizini yapan ve bulgularını tartışanla, makaleyi yazanın ve makalenin yazarı olarak adı kullanılan bilimcinin farklı olduğu bilinmektedir. Çoğu zamanda, özellikle çok merkezli araştırmalarda veriyi toplama dışında araştırmanın hiçbir aşamasında söz hakkı olmayan dahası analizin ve tartışmanın nasıl yapıldığından haberi olmayan araştırmacıların adları bilimsel yayında yazar olarak gösterilebilmektedir. Anlı şanlı '*akademisyenler*' topladıkları veriden ortaya çıkarılan bilimsel sonucu ancak makale dergide onların adıyla basıldıktan sonra okuyabilmektedir.

Bu karlı sektör sürekli pazara yeni ürün sürmeyi zorunlu kılmakta, ilaç firmaları arası rekabet vahşi sayılabilecek koşullarda sürmektedir. Rekabet ortamı yeni ilaç araştırma geliştirme faaliyetlerinin önemini çok artırırken aynı zamanda pazara yeni bir ilaç (meta) sunmak giderek daha masraflı hale gelmektedir.

Piyananın koşullarına göre biçimlenen ilaç endüstrisinde yeni ilaç geliştirmeye harcanan bütçeler karlılığı tehdit eden önemli değişken haline gelmişlerdir. Günümüzde ilaç firmalarını birleşmeye iten en önemli etken Araştırma Geliştirme ve tanıtım masraflarını en aza indirme çabasıdır. Birbiri ardına patlayan pazara sunum sonrası ölümcül yan etkiler ya da etkisizlik nedeniyle toplanılan ilaç sayısındaki artışın nedeni, yeni bir ilacın keşfinden pazara sunumuna kadar geçen sürenin piyasa koşullarına bağlı olarak giderek kısalmasıdır.



Fotoğraf: Güzin Tezel



Fotoğraf: Suzan Orhan

Yeni bir molekülün keşfinden ilaç olarak pazara sunulmasına kadar geçen süre doksanlara kadar 10- 15 yılı bulurken günümüzde bu süre 5 yıldan aza inmiştir. Bir ilacın, klinik faz çalışmalarına başlanmasından pazara sunulmasına kadar ortalama 300- 600 milyon Amerikan doları harcanmaktadır. Dünyada ilaç geliştirmeye harcanan yıllık para yaklaşık 55 milyar Amerikan dolarını bulmaktadır. Bu rakamın %60'ı Faz II ve Faz III çalışmalarına gitmektedir. Klinik faz çalışmalarına başlanan her aday molekülün klinik kullanıma sunulabilir bir ilaç haline dönüşmesi ilaç endüstrisi için hayati öneme sahiptir. Bir ilacın örneğin Faz III aşamasında yararsız ya da tehlikeli bulunması o ilaç firması için telafi edilemez bir zarar haline gelmesi anlamı taşımaktadır. Çok uluslu ilaç firmalarının hisseleri borsada işlem gördüğünden çok sayıda yatırımcı hisse senedi alım satımlarına, geliştirilen ilaçların Faz II ve Faz III sonuçlarına göre karar vermektedir.

Başta FDA olmak üzere yeni ilaçlara onay verme yetkisini taşıyan kurumlardaki rüşvet ve yolsuzluk oranları inanılmaz boyutlara ulaşmış durumdadır. Bu karmaşa giderek yeni ilaçlara onay verme sürecini zorlaştırmaktadır. Bu paradoks bir durumdur. Bir yandan onay süreci ile ilgili denetimler ve istenilen çalışmaların sayısı artarken diğer yandan ilaç firmaları onay için gereken zamanı olabildiğince kısaltmaya çalışmaktadırlar. Bu paradoks çok merkezli ve çok hastalı Faz araştırmalarını artırmıştır.

Taşeronlaşan bilimsel araştırmalar

Doksanlı yıllarda başlayan yeni ilaç geliştirme çalışmaları, on yıl içinde patlama yapmış, 2000 yılında 7500 yeni klinik çalışma varken 2001 yılında bu rakam 10 000'i geçmiştir. Bu olağanüstü artış özellikle faz I ve Faz II araştırmaları için sağlıklı denek ve ilaç kullanmayan hasta denek ihtiyacında bir artışa neden olmuştur. 1970'lere kadar ABD'de yani keşfedilen moleküllerin Faz I ve Faz II çalışmalarında tutuklu ve mahkumlar kullanılmıştır. Yetmişli yılların başlarında ABD'de tutuklu ve mahkumların ilaç araştırmalarında kullanımı yasaklanınca ABD'de bu araştırmalar için sağlıklı ve ilaç kullanmayan denek bulmak hem çok zor hem de giderek çok pahalı hale gelmiştir. Eskiden insanlar yeni ilaç araştırmalarına bilim adı-

na gönüllü denek olurlarken ilacın metalaşmasıyla deneklik para kazanılan bir meslek haline dönmüştür. Bu dönemde önce ABD'de evsizlerin yaşadıkları barınaklardan alınıp ilaç araştırmalarında denek olarak kullanıldıkları olmuştur. Lilly firması, merkezinin bulunduğu Indianapolis' te evsizleri faz çalışmalarında kullanmış ve bunu savunmuştur. Pfizer firması Trovan adlı antibiyotik için Faz III çalışmasını Nijerya'da yapmış ve bu çalışmada etik kurallara uymadığından geçenlerde sonuçlanan mahkemede çok büyük bir tazminat ödemeye mahkum olmuştur.

Çok uluslu ilaç firmaları yasal düzenlemelerin baskısıyla Klinik Faz çalışmalarını kendi bünyelerinden çıkarıp, **Contract Research Organisation** (CRO) adı verilen taşeron şirketlere devretmeye başlamışlardır. CRO'lar başlangıçta klinik faz çalışmalarının denek bulma aşamasında yardımcı olurken giderek önce araştırmacının yapılması daha sonra da araştırma deseninin belirlenmesi alanlarında da hizmet vermeye başlamışlardır. Bu gün makaleye dönüşen ilaç araştırmalarının makale yazımlarının da CRO' larca yapıldığı bilinmektedir. İlaç firmaları geliştirilen molekülü CRO'ya vermekte, CRO'da Faz 1-4 araştırmalarını yapmakta, sonuçları uluslar arası bir bilimsel dergide prejitili yazar adlarıyla yayımlamakta ve dosya FDA' a onay için sunulmaktadır. 1990'lı yıllarda ilaç araştırmalarının %4'ü taşeron CRO'larca yapılırken 2000 yılında bu oran %42'ye çıkmıştır.

1990'lı yıllarda çok merkezli, çok uluslu araştırmaların düşük gelirli, yoksul ülkelerde yapılma oranı seksenlere göre 16 kat artmıştır. İki binli yıllarda iki kat daha arttığı tahmin edilmektedir. Bu değişimde FDA'nın ABD dışında yapılan Klinik Faz çalışmalarını onay sürecinde kullanmaya izin vermesi belirleyici olmuştur.

Bu araştırmaların büyük çoğunluğu ekonomik ve politik istikrarsızlığın ve sağlık hizmetlerinin krizde olduğu ülkelere yönelmektedir. Özellikle Sovyetler Birliği'nin yıkılmasından sonra eski Doğu Avrupa ülkelerinde ve Afrika ülkelerinde Klinik Faz çalışmaları patlama yapmış, çok uluslu CRO' lar ya bu ülkelerde şubeler açmışlar ya da hızla kurulan yerel CRO' larla çalışmaya başlamışlardır. En önemli ve tarihsel örnek Çernobil Nükleer Kazasından sonra CRO ve bilimcilerin bizzat Gorbaçov tarafından davet edilmesidir. Radyasyona maruz kalan binlerce insana Amerikan şirketleri çok sayıda deneysel tedavi uygulamışlardır.

Bu gün ABD, Japonya ve Batı Avrupa merkezli çok uluslu ilaç şirketlerince geliştirilen yeni ilaçların klinik faz çalışmaları yoksul, az gelişmiş, politik ve ekonomik istikrarsızlığın şiddetli olduğu ve sağlık hizmetinin yetersiz olduğu ülkelerde yapılmaktadır. Klinik faz çalışmalarının bu ülkelere kaymasının başlıca nedenleri hem denek hem de çalışmayı yürüten başta doktor olmak üzere araştırma ekiplerinin maliyetlerinin çok düşük olmasıdır. Sağlıklı denekler üzerinde bir çok ülkede sigorta yapılmadan yeni ilaçlar kullanılabilir ve bu araştırma maliyetlerini büyük ölçüde azaltmaktadır. Aynı şekilde sağlık sigortası sisteminin yetersiz olduğu ülkelerde Faz II ve Faz III araştırmaları için nerdeyse hiçbir ücret vermeden, sigorta yapmadan onaylı ilaç kullanmayan hasta bulmak çok kolay olmaktadır. İlaç firmaları çok merkezli araştırma adı al-



Fotoğraf: Suzan Orhan

tında CRO' ları taşeron olarak kullanarak az gelişmiş ülkelerin akademik merkezlerindeki doktorlara ilaç araştırmalarını yaptırabilecekleri hastaları, çok ucuz maliyetle, buldurabilmektedirler. Faz III çalışmalarında plasebo kullanma imkanı sadece yoksul ve az gelişmiş ülkelerde mümkün olmaktadır. Psikiyatri dışında kanser ilaçları içinde plasebo kullanılan araştırmalar benzer şekilde yoksul, az gelişmiş ve ekonomik, politik denge-sizliklerin yoğun olduğu ülkelere kaydırılmış durumdadır. Bu gün gelişmiş batı ülkelerinde kanser tedavisi için geliştirilmiş yeni bir ilacı plasebo ile karşılaştırma imkanı etik olarak yasaktır, ama az gelişmiş ülkelerde bu mümkün olabilmektedir. Aynı şekilde örneğin akut şizofreni ya da mani atağında plasebo ile karşılaştırma çalışmasını gelişmiş ülkelerde yapmak mümkün değil ya da çok pahalıdır ama az gelişmiş ülkelerde mümkün ve maliyeti çok ucuzdur.

Yakın bir geçmişte atipik bir antipsikotigin akut mani tedavisindeki çok merkezli etkinlik araştırmasına Türkiye'den katılan akademisyenlerin araştırmanın Türkiye ayağında plasebo kullanılacağını öğrendiklerindeki şaşkınlıklarını ve verdikleri tepkiyi çok kişi hatırlayacaktır.

İşçileşen doktorlar

Doktorlar uluslar arası saygınlığı olan bir dergide yayınlanacak çok merkezli bir araştırma ekibinin içinde bulunmanın, üstelikte üstüne bir de para da alabilmenin cazibesinden kendilerini koruyamamaktadırlar. Oysa çok merkezli araştırmalarda merkezlerden herhangi biri, hiçbir zaman topladığı veri üzerinde bir işlem yapma hakkına sahip olmamaktadır. Dahası araştırma yöntemine müdahale edememekte, allı pullu dosyalarla getirilen veri formlarını doldurmaktan ve sonunda tüm veriyi CRO temsilcisine vermekten başka bir yetkisi olamamaktadır. Verisinin bir bölümünü topladığı araştırmayı daha sonra uluslar arası bir dergide ya şık bir kısaltma (abcd çalışması, xyz ekibi gibi) ya da 20- 30 isimli olarak yayınladıktan sonra görebilmektedir. Toplanan veri üzerinde ne gibi bir analiz yapıldığına dair hiçbir bilgisi olmamakta, analiz ve bulguların tartışılması sürecine kesinlikle katılamamaktadır. Sık sık örneğin veri toplama aşamasında 6 ay olan izlem sürecinin yayında 3 aya indirilmiş olduğuna tanık olmakta ve elinden hiçbir şey gelmemektedir. Verinin 6 aylık toplanmasına karşın 3 aylık olarak yayınlanmasının 6. ay sonuçlarına göre 3. ay sonuçlarının daha iyi olmasından kaynaklandığını

tahmin etse de, en azından daha çalışmaya katılırken imzalararak taahhüt ettiği feragat belgeleriyle ağzını bile açamamaktadır. Örneği devam ettirirsek, çalışmayı görenlerin ona kimi zaman yönelttikleri "Tebrikler falanca dergide yayınlanan çok merkezli çalışmada senin de adını gördük" sözlerine, "O çalışmada 6 aylık veri topladık, 3 aylığını yayınladıklarına göre sonuçlar yazıldığı kadar iyi değildir" bile diyememektedir.

Doktorları işçileştiren ikinci etken sağlık sigortası şirketlerinin baskısıyla oluşan 'Klinik Tedavi Rehberi' uygulamasıdır. Patent koruması ve artan onay alma maliyetleri, kar amaçlı ilaç firmalarının yeni ürünlerini patent koruması altında oldukları süre boyunca fahiş karlarla satmalarının yolunu açmıştır. Artan ilaç maliyetleri sağlık sigortasını karşılayan sigorta şirketlerinin özellikle pahalı ilaçların yazılmasını engelleme yollarını aramalarına neden olmuştur. Eskiden 'hastalık yok hasta vardır' ilkesiyle her hastada o hastaya özgü tedaviyi verme özgürlük ve yetkisine sahip olan hekim, klinik tedavi rehberlerine aykırı bir ilaç seçme hakkından yoksun kalmıştır. Bu durum klinik tedavi rehberlerinde öncelik tanınan ilaçların daha çok satılmasını sağlamış, bu da çok uluslu ilaç firmalarının tedavi rehberlerini hazırlayan bilimcileri istihdam etmesine yol açmıştır. Bu istihdam hiçbir zaman açıkça olmamaktadır. Konuşmacı ücreti, danışma kurulu üyeliği, hisse verme, kongre düzenleme ve kongre gelirini dernek aracılığıyla aktarma gibi yöntemlerle klinik tedavi rehberlerini hazırlayan bilimciler kelimenin açık anlamıyla satın alınmaya başlamışlardır. Türkiye'de bir dönem ruh sağlığıyla ilgili dernekler, derneklerin düzenlediği kongre ve sempozyumlardaki patlama bu sürecin ülkemize yansımalarıdır.

Bu durum giderek tanı kategorilerinin de ilaç etkinliğine göre biçimlenmesine neden olmaya başlamıştır. Bu gün DSM V' i hazırlayan görev gruplarındaki bilimcilerin nerdeyse %80' inin ilaç firmalarıyla organik bağı vardır. Dahası araştırmanın yazarından, klinik tedavi rehberini hazırlayan ve tanı kategorisini belirleyen bilimciye ve son aşamada hastaya reçeteyi yazan doktora kadar tüm doktorların ilaç firmalarıyla değişik oranlarda organik bağı vardır.

İlaç firmaları istihdam ettikleri bilimcilere 'Textbook' ve 'Guideline' yazdırmakta, sonra o kitapları düzenlemesine sponsor olduğu kongre ya da sempozyumda kayıt ve konaklamasını yaptırdığı doktora 'bilimsel eşantyon' olarak dağıtmakta, ardından 'Faz IV araştırması' adı altında hasta reçetesine yazdırmaktadır. Şimdilerde azalmakla birlikte ilaç firması temsilcilerinin şık anket formlarını dağıttıkları doktorlara bilimsel araştırma adı altında ilaç yazdırmaları bu bahsin içindedir. Aynı şekilde hediye karşılığı reçete yazma örüntüsü araştırması yapan özel şirketlerin çalışmaları da bu sürecin bir bileşenidir.

Bu işçileşmenin dışında kalmaya çabalayan doktorun elini kolunu ise tedavi rehberine uymayan ilacı ödemeyen sigorta sistemi bağlamaktadır. Bir şekilde ilacı kullanılabilebile olsa bir komplikasyonda bu kez 'malpraktis' yasası tedavi rehberinin öngörmediği tedaviyi uyguladığı için doktoru mahkum edebilmektedir. Ayrıca bilimsel dergi, 'textbook', kongre, tanı kategorisi ve tedavi rehberine kuşkuyla yaklaşan doktorun kendi başına "ilaç firmasının kirletmediği bir bilgi" ye ulaşma imkanı da kalmamaktadır.

Ek hasarlar

ABD' nin terörizmle savaş stratejisi adı altında yürüttüğü saldırı ve işgallerle ortaya çıkan 'collateral damage' (ek hasar) kavramıyla karşılanacak bir durum tıbbi pratikte ortaya çıkmaktadır. Biyomedikal tıbbın kapitalist pazar ekonomisinin kurallarınca yukarıda gösterilmeye çalışılan değişimi, hem hastalar hem tedaviyi uygulayan doktorlar ve hem de kamu ya da özel sağlık sigorta sistemlerinin gözünde tıbbi tedavilerin güvenilirliğine büyük bir darbe vurmuştur. Ortaya çıkan "insan için değil kar için tıp" anlayışı bilimsel tıp kavramının giderek hastalara şifa vermeyen bir *tıvri faaliyet* gibi değerlendirilmeye başlanmasına yol açmıştır.

Bu sürece koşut olarak "bir işe yaramaz hale" gelen tedavi rehberlerinin öngörmediği ve sigorta şirketlerinin de ödemediği "yeni tedaviler" daha düşük ücret ve maliyet karşılığı pazara sürülmeye başlamıştır. Önce tıp kökenli olmayan "iyileştiriciler" görülmeye başlamış, örneğin psikiyatride NLP, 'coaching', 'stres yönetimi' gibi adlar altında şifacılar türemiştir. Ardından bitkisel tedaviler canlanmış sonra hızla önce spritüel (manevi) ardından dinsel tedavi pratiklerinin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Post modern dönemin dine ve maneviyata geri dönüş çığlıkları bu sürece katkıda bulunmuştur. Öyle ki biyomedikal psikiyatrinin sınırları içinde çaresiz ya da müşterisiz kalan doktorlar da rekabet koşullarına dayanamayarak bu yöntemleri kendi tedavi pratiklerine eklemeye başlamışlardır.

Son zamanlarda bizde de gündeme gelen "depresyona SSRI mı Tarık Suresi mi?" ya da "Bilişsel Davranışçı Terapi'ye Sufi anlayışının eklenmesi" tartışmalarına bu bağlamda bakmak yararlı olacaktır. Biyomedikal psikiyatrinin insana yabancılaşması, psikiyatrik tanı ve tedavi süreçlerinin bilim dışına savrulmasına neden olmaktadır.

Kimse "iyi ama ya depresyon dediğiniz durum hakikaten depresyon mu ki?" sorusunu sormamaktadır. Çok uluslu ilaç firmalarının daha çok ilaç satma çabaları son çeyrek yüzyıldır sürekli ilaç endikasyonlarını genişletmekte ve artık "kozmetik psiko-farmakoloji" olarak adlandırılan bir anlayışa neden olmaktadır. Eskiden Major Depresyon diyebilmek için 9 ölçütten en az 5' inin hastada olması şartken, 'eşikaltı depresyon', 'subsendromal depresyon' gibi kavramlar ortaya çıkmış ve bu hastalarda ilacı 'yararlı bulan' araştırmalar yayınlanmıştır! Benzer durum 'prodromal' kavramı adı altında antipsikotik kullanımını da artırma-ya çalışmaktadır.

Zaten olmayan bir hastalığı ilaçla mı yoksa duayla mı iyileştirmenin daha etkin olduğunu tartışmak, kısa vadede psikiyatryi bir kargaşaya sokabilir ama uzun vadede çok yararlı olacaktır. Peki nasıl?

Sağlık alanında meta fetişizmi

Söylenmek istenen basit bir komplocu görüş değildir. Bu araştırmaların sonuçlarının tümüyle bilim dışı olduğu iddia edilmemektedir. Kapitalist pazar ekonomisi çok uluslu ilaç firmasından, bilimciye, araştırmacıya, sigorta şirketinden doktora ve hatta hizmeti talep eden hastaya kadar sağlık hizmetinin tüm 'insan özne' lerini, nesneleştirir.

Marx, kapitalizm çözümlemesinde özne ile nesnenin bu yer değiştirmesini "meta fetişizm" olarak tanımlar. Üreticinin doğrudan emeğinin piyasa süreçleri aracılığıyla ürününden kopması olarak açıklanan meta fetişizmi, günümüz biyomedikal tıbbının durumunu göstermektedir. Ne araştırmayı yapan ne veriyi analiz eden ne makaleyi yazan ne de makalenin üstünde adı olan ve ne klinik tedavi rehberini hazırlayan ve onu uygulayan bilimci, araştırmacı ve doktor hastalıktan sağlığa giden tanı- tedavi sürecinin tümünün bilgisine hiçbir zaman sahip olamamaktadır. Tıpkı bir buzdolabı fabrikasında banttan önüne gelen şekilsiz nesnenin sadece birkaç vidasını belli bir sürede sıkan ve fakat o emeğinin katkısını ortaya çıkan buzdolabında hiçbir zaman göremeyen fabrika işçisine benzerdir, günümüzün bilimci, araştırmacı ve doktoru.

İnsanlar ruhsal sıkıntılarını gazetelerde okudukları reklam haberleriyle anlamlandırmaktadır. GSK firması 11 Eylül 2001 saldırısından sonra çöken ikiz kulenin duman bulutu arasında kaçışan insanları kullandığı fotoğrafla, "korku duyuyor ve uyuyamıyorsanız, paxil size iyi gelecektir" mesajını içeren reklam yayımlamıştır. Doktorlar, bu bilgiyle gelen insanlara ilaç firmalarıyla ilişkisi olan bilimcilerin tanı ve tedavi rehberleriyle tanı koymakta ve ilaç vermektedirler. O insanlar üzerinde yapılan prevalans araştırmalarının fonlarını yine ilaç firmaları araştırmada kullanılan ölçekleri yine ilaç firmaları sağlamaktadır.

Tüm bu sürecin sonucunda "zengin ve gelişmiş batı ve kuzey" de herhangi bir ilaç kullanmayan neredeyse hiç kimse kalmamakta, "yoksul ve az gelişmiş doğu ve güney" de ise bu ilaçların klinik faz çalışmaları sağlıklı ve hasta insanlarda sürdürülmektedir. Başta söz edildiği gibi dünya nüfusunun %25'i ilaçların %84' ünü tüketirken dünyanın geri kalan %75' i bu ilaçların geliştirilme aşamalarında denek olmaktadır.

Üstelik bu sürecin değişebileceğine dair en küçük bir emare bile yoktur. İyimser olmayı sağlayabilecek tek şey, durumun muazzam bir karamsarlık doğurmuş olmasıdır. Çelişkili gibi görünebilir ama ne zaman çelişki sertleşmişse niteliksel bir dönüşümün gündoğumunun da başladığı bilinmektedir. Kapitalist pazar ekonomisi içinde kendine yabancılaşan bilimsel tıbbi, bu yabancılaşmadan psikiyatri kurtaracağı benzerdir. Belki de en önce en dibe vuracak olan o olduğu için.

OKUNMASI ÖNERİLEN KAYNAKLAR

- Bodenheimer T. Uneasy alliance – clinical investigators and the pharmaceutical industry. N Engl J Med 2000; 342 (29): 1539.
- Eichenwald K, Kolata G. Drug trials hide conflicts for doctors. New York Times; May 16, 1999.
- Elliott C Guine- Pigging New Yorker January 7, 2008.
- Elliott, C Abadie, R Exploiting a Research Underclass in Phase 1 Clinical Trials N. Engl J Med 2008, 358;22
- Fortune 500 Fortune Magazine April 2001.
- Mathieu MP, ed. Parexel's pharmaceutical R & D statistical sourcebook 1998. Waltham, Mass.: Parexel International Corporation, 1999.
- Petryna A. Ethical variability: Drug development and globalizing clinical trials. American Ethnologist 2005; 32 (2): 183 – 197.
- Rasmussen N. The Moral Economy of the Drug Company-Medical Scientist Collaboration in Interwar America. Social Studies of Science 2004, 34 (2):
- Rettig R. The industrialization of clinical research. Health Affairs 2000; 19 (2): 129-146.
- Sismondo S. Pharmaceutical Maneuver. Social Studies of Science 2004; 34 (2): 149-159.
- Terzioğlu B. Türkiye'de Klinik İlaç Araştırmaları, İKU 2008, 19: The Pharm Exec 50. Pharmaceutical Executive May 2009.

Artan İlaç Kullanımı ve İlaç Endüstrisi

Başta depresyon ilaçları olmak üzere psikiyatrik ilaçların kullanımı giderek artıyor.

Dr. Halis Ulaş

Türkiye Psikiyatri Derneği Dış İlişkiler Sekreteri

İlaçlar, yalnızca tanı ve tedavi bakımından tıp uygulamalarının bir aracı olmayıp aynı zamanda iktisadi faaliyetlerin, ilişkilerin ve politikaların çok özgün bir örneğini oluşturmaktadır. İnsan sağlığı için yaşamsal öneme sahip olması nedeniyle ilaçlar zaman zaman diğer metalden daha farklı bir yere konulmaktadır. Bu durum da ilaç üzerinden elde edilen karın göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Tanımı ve kullanım alanı bir yana, İlaçlar herhangi bir metalden farklılık göstermez. Ancak var olan metalden öznel olarak farklılaştığı önemli özellikleri vardır. Öncelikle ilaca olan talep esnek değildir ve tüketimi isteğe bağlı değildir. İlaça olan gereksinim fiyattan etkilenmez. İlacın kullanımıyla ilgili karar veren, bedelini ödeyen ve kullananın farklı bireyler ya da taraflar olması, kullanım sürecini çok özel kılar. Hastanın ilaç seçiminde rolü ve etkisi yoktur, ilacın seçimi hekimler tarafından belirlenir. Etkisinin dönüşümsüz olması, ihtiyaç olduğunda anında tüketilmesi gerekliliği ve iade edilebilir bir meta olmaması, ilacı diğer bütün ürünlerden ayıran özelliklerdir. Dolayısıyla hayati öneme sahip olan ilacın, üretim-tüketim biçimi ve süreçleri, özgün bir piyasada var olmasını sağlar¹. Bu anlamda da **kar amacıyla üretilen, alınan, satılan ilaçlar** dünyada önemli bir pazar payına sahiptir.

İlaç endüstrisi ile ilgili pazar araştırmaları yapan Kıtalararası Pazarlama Hizmetleri (Intercontinental Marketing Services-IMS) şirketinin sağlık verilerine göre dünyada ilaç endüstrisinin toplam ilaç satışlarından elde ettiği toplam gelir her geçen yıl artmaktadır. **Dünya ilaç pazarı 2007 yılında önceki yıla kıyasla %6,4 oranında büyüyerek 712 milyar dolara ulaşmıştır. Türkiye ise %17,2 oranındaki büyüme oranı ile dünyada ilaç pazarının en fazla büyüme gösterdiği ilk 5 ülkeden biridir.** Dünyada ilaç satışlarından elde edilen gelirin bölgesel dağılımına bakıldığında ise en büyük paya Kuzey Amerika sahipken; Kuzey Amerika'yı sırasıyla Avrupa ve Japonya izlemektedir². Bu pazarın yaklaşık dörtte biri psikiyat-



rik hastalıklarda da kullanılan merkezi sinir sistemi ilaçlarının satışı ile oluşmaktadır. Dünya genelinde **en çok kar edilen ilk 10 ilaçtan üçü antipsikotiktir.** 2009 yılında ise dünyadaki toplam ilaç pazarının 820 milyar doları bulması öngörülmektedir³.

Bir ilaç geliştirmenin bedeli

İlaç endüstrisi açısından yeni bir ilacın keşfedilmesinden piyasaya sunulmasına kadar geçen süreç oldukça uzun ve pahalıdır. Örneğin bir ilacın ruhsatlandırılarak piyasaya sunulabilmesi için yaklaşık 12 yıllık bir süre ve 500 milyon dolarlık bir bütçe gerekmektedir. Bu nedenle ilaç firmaları toplam ilaç satışından elde ettikleri gelirin **yaklaşık % 15'ini** araştırma geliştirme çalışmalarına ayırmaktadır⁴. Diğer sektörlerde araştırma geliştirme için ayrılan pay % 1-4 arasında değişmektedir. Genellikle ilaç endüstrisi, ilaç fiyatlarındaki yüksekliği araştırma-geliştirmeye ayrılan bütçenin fazlalığı ile açıklama eğilimindedir. Ancak **ilaç endüstrisi ilaç tutundurma (pro-**



Fotoğraf: Güniz Tezel

mosyon) ve pazarlamasına; araştırma ve geliştirmeye ayırdığının iki, üretime ayırdığının ise bir buçuk katı bütçe ayırmaktadır⁵.

İlacın ticari bir ürün olma özelliği, pazarlama yöntemi olarak tutundurma çalışmalarını da beraberinde getirmektedir. Tutundurma çalışmaları ilaç pazarının belirleyicileri olmalarından ötürü öncelikle hekimlere yönelmektedir. Tutundurma çalışmaları öncelikle ilacın tanıtımını ve reçete edilmesini artırmayı amaçlamaktadır. Tıbbi temsilcilerin çalışmalarından, ilaç çalışmalarına; basit bir kalem vermeden, yurtdışı gezilerine; tanıtım yemeklerinden, gösterişli kongrelere kadar tutundurma çalışmalarının farklı yönleriyle değerlendirilmesi gerekir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre ilaç endüstrisinde tutundurma etkisi, **ilaçların reçetelenme, temin edilme, satın alınma ve/veya kullanımını artırmak olan bilgilendirici ve ikna etmeye yönelik tüm etkinliklerdir**. Bu anlamda ilaç endüstrisinin tutundurma çalışmalarına, araştırma geliştirme çalışmalarının 2 katı bütçe ayırması ilaçların daha fazla reçetelenmesine ve ilaç endüstrisinin daha fazla kar elde etmesine neden olmaktadır⁶.

İlaç endüstrisinin her geçen yıl büyüyen pazarı, karlılık oranlarına da yansımaktadır. **Fortune** Dergisinin her yıl düzenli olarak yayınladığı en büyük gelire sahip 500 kurumun sıralı listesinde ilaç endüstrisinin karlılık oranları oldukça çarpıcıdır. İlaç endüstrisinin 1970 yılında kar oranı %9 iken, 2000 yılına gelindiğinde bu oran %10 luk bir artışla %19 oranına ulaşmıştır. Son yıllarda ise karlılık oranları açısından ilaç endüstrisi sektörler arasındaki yerini güçlendirerek üst sıralara tırmanmaya devam etmiştir. İlaç endüstrisi 2007 yılında yıllık %19.6'lık karlılık oranı ile tüm sektörler arasında petrol endüstrisinden sonra 2. sırada yer almıştır.

İlaç endüstrisi ve Türkiye

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin uygulanmaya başladığı 2003 yılından günümüze toplam sağlık harcamaları önemli bir artış eğilimi içinde olmuştur. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmeti anlayışı yerine büyük ölçüde dışa bağımlı olduğumuz ilaç ve tıbbi teknoloji tüketimine odaklı tedavi edici sağlık hizmeti anlayışını önceleyen Sağlıkta Dönüşüm Programının kaçınılmaz sonucu olarak ilaç pazarımız dünyanın en hızlı büyüyen pazarlarından biri haline gelmiştir.

Türkiye ilaç endüstrisi; Çin, Hindistan, Brezilya, Rusya, Meksika ve Güney Kore ile birlikte dünya ilaç pazarının hızlı büyüyen pazar grubunu oluşturmaktadır. Bu 7 ülkenin dünya ilaç pazarındaki payı 2002 yılında %11 iken 2006 yılında %18.2'ye, 2008 yılında %24'e ulaşmıştır. Aynı dönemde Amerika Birleşik Devletlerinin pazar payı %51.6'dan %33'e gerilemiştir⁷.

Türkiye ilaç pazarının hızla büyümesinde Sağlıkta Dönüşüm Projesinin bir parçası olarak yürürlüğe konulan SSK hastalarının eczanelerden ilaç alımının serbestleştirilmesinin ve SSK ilaç fabrikasının üretimini durdurulmasının önemli bir payı olduğu belirtilmektedir. Bu uygulama sonrası 2005 yılında Türkiye ilaç pazarı dünyanın en büyük 10. ilaç pazarına sahip ülkesi konumuna gelmiştir ve bu pazar payını 2009 yılında da koruyacağı öngörülmektedir⁸.

Türkiye İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikasının (İEİS) verilerine göre **2002 yılında toplam 789 milyon kutu ilaç tüketilmiştir ve toplam ilaç pazarı 4.8 milyar TL'dir. Ancak 2008 yılının verileri incelendiğinde ilaç tüketimi kutu bazında 1.379 milyara ve ilaç pazarı da 12.1 milyar TL'ye ulaşmıştır⁹**. Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği'nin (AİFD) raporuna göre bu artış hastaların ilaca ulaşma oranındaki artışla açıklanmaktadır ve ülkemizde 2006 yılında kişi başına düşen yıllık ilaç tüketiminin 134 dolar olduğu belirtilmektedir. AİFD raporunda Türkiye'deki kişi başına düşen yıllık ilaç tüketiminin OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında halen çok düşük olduğu bildirilmektedir¹⁰. Örneğin ABD'de 2006 yılında kişi başına tüketilen ilaç ücreti 661 dolar, İngiltere'de ise 260 dolardır. **Ancak OECD ülkeleri arasında ilaç tüketiminin ulusal gelire oranı hesaplandığında tablo tersine dönmektedir. Türkiye tüm gelişmiş ülkeleri geride bırakmaktadır. Türkiye'de 2006 yılında ilaç tüketiminin ulusal gelire oranı % 1.75'dir, bu oran ilaç tüketimde açık ara dünya lideri olan ABD'den (% 1.5) bile yüksektir. İngiltere'de ise bu oran % 0.65'tir¹¹.**

Ülkemizdeki ilaç pazarı ile ilişkili diğer önemli nokta ise dışa bağımlılıktır. Türkiye ilaç üreten bir ülke olmanın çok uzağındadır ve ilaç pazarının çok önemli miktarını ithalatla sağlamaktadır ve miktar her geçen yıl artmaktadır. Örneğin 2003 yılında 2.491 milyar dolarlık ilaç ithalatı gerçekleştirirken, bu



miktar 2008 yılında 4.360 milyar dolara ulaşmıştır. Aynı yıllardaki ihracat miktarları değerlendirildiğinde ise Türkiye'nin 2003 yılındaki ilaç ihracatı 246 milyon dolar iken, 2008 yılında 421 milyon dolara artmıştır. Oransal açıdan değerlendirildiğinde çok önemli bir fark olmadığı izlenimi yaratsa da, fiyat artışı açısından değerlendirildiğinde ithalat ve ihracat arasındaki fark katlanarak büyümektedir. Gelişmiş ülkelerdeki ithalat ve ihracat oranları değerlendirildiğinde Türkiye'nin ilaç konusundaki dışa bağımlılığı çok daha çarpıcı şekilde ortaya çıkmaktadır. Örneğin **2005 yılında Türkiye'de ilaç ihracatının ithalatını karşılama oranı %10'iken; Almanya'da bu oran %122, İsviçre'de %207, Fransa'da %133, İngiltere'de %141, İtalya'da %95, İsveç'te %263 ve Danimarka'da %268'dir** ^{9,11}

Dünya ilaç pazarının yaklaşık dörtte biri ruhsal hastalıkların tedavisinde de kullanılan merkezi sinir sistemi ilaçlarının satışı ile oluşmaktadır. Dünya genelinde en çok satan 10 ilaçtan üçü birer antipsikotiktir¹². Türkiye açısından da düşünüldüğünde sinir sistemi ilaçları ilaç pazarında önemli yer işgal etmektedir. Sinir sistemi ilaçları Türkiye ilaç pazarında antibiyotik, kalp-damar sistemi ve romatizmal ilaç grubundan sonra 4. sırada yer almaktadır. Ayrıca 2003-2008 yılları arasında Türkiye'deki ilaç gruplarının pazar payı değerlendirildiğinde; antibiyotik, kalp-damar sistemi ve romatizmal ilaç grubunun pazar payı azalırken, sinir sistemi ilaçlarının pazar payında ılımlı bir artış gözlenmektedir⁹.

Sinir sistemi ilaç grubunda antidepresan ve antipsikotik ilaçlar oldukça önemli yer işgal etmektedir ve her geçen yıl tüketimi artmaktadır. Örneğin **IMS-Türkiye verilerine göre 2003 yılında 14 milyon 138 bin kutu antidepresan tüketilirken, bu rakam 2006 yılı verilerine göre 22 milyon 651 bine, 2007 yılında ise 26 milyon 246 bine çıkmıştır. Benzer artış eğilimi antipsikotik ilaçlarda da görülmektedir; 2007 yılında toplam 2 milyon 616 bin 136 kutu antipsikotik tüketilirken, bu sayı 2008'de 4 milyon 11 bin 901 kutuya yükselmiştir. Psikiyatrik ilaç tüketimindeki bu önemli artışta ilaç endüstrisinin tutundurma çalışmalarının yanı sıra, Türkiye'deki psikiyatrist sayısının yetersiz olması ve bu nedenle psikiyatrist dışındaki hekimler tarafından uygun olmayan tanımlara uygun olmayan ilaçların reçetelenmesinin de çok önemli bir payı vardır.**

Sonuç

Dünyada ve ülkemizde ilaç endüstrisi pazar payını ve karını her geçen yıl artırmaktadır. Özellikle ülkemizdeki ilaç pazarı Sağlıkta Dönüşüm Projesinin de etkisiyle çok hızlı bir ivmeyle artarak dünyanın ilk 10 ülkesi arasına girmiştir. Ülkemizde toplam sağlık harcamalarının neredeyse yarısını ilaç harcamaları oluşturmaktadır. Her ne kadar ilaç tüketimindeki artış hastaların ilaca ulaşımının artışı ile açıklanmaya çalışılsa ve kişi başına tüketilen yıllık ilaç ücretinin halen OECD ülkelerinin çok altında olduğu iddia edilse de; ilaç tüketiminin ulusal gelire oranı hesaplandığında Türkiye'nin tüm gelişmiş ülkeleri geride bıraktığı gözlenmektedir.

Gelişmiş ülkelerin çoğunda, hasta olan kişilere tedavi edici sağlık hizmeti sunulması biçimindeki "geleneksel tıp" yöntemleri terk edilerek, **sağlığın koruması ve geliştirilmesini temel alan "çağdaş hekimlik" yöntemleri** uygulanmaya çalışılmaktadır. Çağdaş hekimlik uygulamaları henüz hastalık ortaya çıkmadan müdahale şansı tanıdığı için uzun dönemde ilaç tüketimini azaltması bakımından bireyler ve hükümetler için çok ekonomik bir sistemdir.

Ancak şu anda ülkemizde uygulanmaya çalışılan Sağlıkta Dönüşüm Programı çağdaş hekimlik uygulamaları ile örtüşmemektedir. Son yıllarda sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe incelendiğinde her geçen gün tedavi edici hizmetlere, yani ilaca ayrılan pay artırılırken; bireysel ve toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe azalmaktadır. Aynı zamanda insanların cebinden sağlık için çıkan para da her geçen gün artmaktadır. Bu durum özellikle son günlerde ekonomik krizin etkilerini tüm çıplaklığı ile hissetmeye başlayan yoksul ve işsiz kesimin daha da yoksullaşmasına neden olmaktadır. Bu nedenle ilaç harcamalarını azaltmaya yönelik önlemler ekonomik krizle mücadelede alınacak önemli tedbirlerden biri olarak düşünülebilir.

Öneriler

Türkiye Psikiyatri Derneği,

- Çağdaş Hekimlik anlayışının benimsenmesi ve bu anlayışın sağlık hizmetlerine egemen kılınması
- Koruyucu sağlık (ruh sağlığı) uygulamalarına ağırlık verilmesi, koruyucu sağlığa ayrılan bütçenin artırılması
- Akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması
- Türkiye'de sayısal olarak yetersiz olan psikiyatristlerin kamuda ve özellikle özel sağlık uygulamalarında etkin ve uygun istihdamının sağlanması
- İlaç endüstrisinin tutundurma (promosyon) çalışmalarına ayırdığı bütçenin azaltılması sağlanarak ilaç ücretlerinin düşürülmesi
- Ülkemizde dışa bağımlı olan ilaç tüketiminin önüne geçilebilmesi için ulusal ilaç politikalarının geliştirilmesi ve ilaç üretimine yönelik politikaların uygulanmaya başlaması
- Ulusal ilaç fabrikalarının kurulması ve kamunun ilaç üretme rolünü yeniden üstlenmesinin sağlanması

yönünde çaba gösterilmesini, önermektedir...

Kaynaklar

- Abacıoğlu N. Sınai boyutuyla ilaç pazarı ve uluslararasılaşma. Toplum ve Hekim 2004, 19(6). 404-430.
- Van Amum P. Global pharmaceutical market shows moderate growth. Pharmaceutical Technology 2006, 30: 32.
- Gülöksüz S, Oral ET, Ulaş H. Eğitim veren kurumlarda çalışan psikiyatristlerin ilaç endüstrisi-hekim ilişkisine yönelik tutum ve davranışları. Türk Psikiyatri Dergisi 2009; baskıda.
- Bushfield J. The pharmaceutical industry: Globalization and the pharmaceutical industry revisited. International Journal of Health Services 2003, 33: 581-605.
- Brodkey AC. The role of the pharmaceutical industry in teaching psychopharmacology: a growing problem. Acad Psychiatry 2005, 29:222-9.

Civaner M. Tanıtım kaynaklı etik sorunlara yönelik bir öneri: Ulusal ilaç bilgi ağı. Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19:310-317.
Robinson R. Global opportunities. PharmaVOICE 2008; 3: 1-21.
IMS. IMS Intelligence.360. 2005 http://www.imshealth.com/imshealth/Global/Content/StaticFile/2005%20I360.pdf. Erişim tarihi: 18.03.2009.
İEİS2009. İlaç Pazarı/Tüketimi. http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12Erişim tarihi: 16.03.2009.
AİFD. Türkiye 2006 yılı ilaç harcamaları değerlendirmesi. http://www.aifd.org.tr/pdf/Haber/140.pdf. Erişim tarihi: 19.03.2009.

Altınok M ve Üçer AR. Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Sağlık Harcamaları. http://www.tipkurumu.org/files/SagliktaDonusumSurecindeSaglikkHarcamaları-son.doc. 2009, Erişim tarihi: 19.03.2009.
IMS Health. IMS Health Reports Global Prescription Sales Grew 6.4 Percent in 2007, to \$712 Billion. 2008 http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menutitem.fc2127a7c34504dc88f611019418c22a/?vgnxtoid=38bd4822d7699110VgNVCIM10000071812ca2RCRD&vgnxtfmt=default. Erişim tarihi: 18.03.2009.

Kriz ruh sağlığını da teğet geçmedi...

Ruh sağlığını tehlikedeki. Ekonomik kriz, kayak bonaklıklarına, depresyona, maddede kullanımına atıyor. Kriz yitirilenle istihbara tepkileri edenlerin, kendini kaybetmelerini habersizlik olarak olmuyor. En büyük korku işsizlik yani parasızlık. Devletin kriz politikası tahliyesi daha da katıyor.

BERRA ÖZKARDE / ALI DEMİR UZUN

Ruh sağlığı tehildedeki. Ekonomik kriz, kayak bonaklıklarına, depresyona, maddede kullanımına atıyor. Kriz yitirilenle istihbara tepkileri edenlerin, kendini kaybetmelerini habersizlik olarak olmuyor. En büyük korku işsizlik yani parasızlık. Devletin kriz politikası tahliyesi daha da katıyor.



Devrim Köksal: Köyüme döndüm...
Uğur Güç: Sanki sabıkalıyız...



İşsiz kalmaktansa susar ve çalışırım
Özellikle büyük şehirlerde işsizlik oranları %40-50'ye ulaşmıştır. İşsizlik, insanların ruh sağlığını tehlikeye atıyor. İşsizlik, insanların kendilerini kaybetmelerine sebep oluyor. İşsizlik, insanların kendilerini kaybetmelerine sebep oluyor.

Devrim Köksal: Köyüme döndüm...
Devrim Köksal, köyüne dönmüştür. Köy hayatı, Devrim Köksal için bir iyileşme fırsatıdır. Köy hayatı, Devrim Köksal için bir iyileşme fırsatıdır.

Uğur Güç: Sanki sabıkalıyız...
Uğur Güç, hayatı yeniden inşa etmektedir. Uğur Güç, hayatı yeniden inşa etmektedir.

Giden mi kalan mı daha fazla?
Giden mi kalan mı daha fazla? Giden mi kalan mı daha fazla?



Devrim Köksal: Köyüme döndüm...
Uğur Güç: Sanki sabıkalıyız...
Devrim Köksal: Köyüme döndüm... Uğur Güç: Sanki sabıkalıyız...

Devrim Köksal: Köyüme döndüm...
Uğur Güç: Sanki sabıkalıyız...
Devrim Köksal: Köyüme döndüm... Uğur Güç: Sanki sabıkalıyız...

Devrim Köksal: Köyüme döndüm...
Uğur Güç: Sanki sabıkalıyız...
Devrim Köksal: Köyüme döndüm... Uğur Güç: Sanki sabıkalıyız...



Tükenmişliğin Psikobiyolojik Sınırı: İşçi Sağlığının Görülmeyen Yüzü

Dr. İlker Küçükparlak, Dr. Ejder Akgün Yıldırım

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Artan teknoloji ve toplumsal bilinç ile iş güvenliğinde artma ve kazalarda azalma olması beklenirken süregelen işçi ölümü gibi yeni bir travma eklendi çalışma yaşamına. Tuzla tersaneleri ölümün sıradanlaştığı bir yer olarak tarihe geçti ancak tarihe geçen diğer acılardan farklı olarak bu travma misyonunu hala tamamlamadı. Tanımlarken “... işçinin öldüğü tersanelerdi bu nedenle ... tarihinde .../.. sayılı mahkeme kararı ile” demek isterdik ki bir yeni ölüm daha eklenmesin ve sayı dursun. Burası Dünyadaki diğer örnekleri gibi ilk ölümün oluşundan çok da farklı olmayan koşullarda işlevine devam ediyor. Geçmişte Yeni Çeltik Ocağı gibi büyük grizu patlamaları ile tanımlanan iş kazaları üretim biçiminin değişmesi ile farklı bir kimlik kazanmakta. İşçiler çoğunlukla birer birer ölmekte ve bu ölümler birbirinden kopuk taşeronlaşmış bir sistemde bir makine dişlisinin kırılmasından daha çok ses oluşturmamakta. Bir önceki yazıda kısmen değindiğimiz esnek üretim modeli burada da belirleyici. Kurallar dizgesi ile çalışılan raylı fordist sistem esnek olduğu kadar kaotik bir modele yerini bıraktı. Pazarlama merkezli üretim çalışanın giderek satışın sorumluluğunda üretimi gerçekleştirmesini, emeğin değil ürünün kutsandığı ve sonuç olarak işçi sağlığı ve çalışma güvenliğinin ürünün pazarlanmasına göre tanımlandığı bir ortam oluşturdu. Çalışan insanın biyolojik sınırı pazarın talebinin yanında değersizleşmeye başladı. Bu yazıda çalışma yaşamında sıkça konuşulsa da biyolojik sınırı ile ihmal edilen tükenmişlik ele alınacaktır. Psikobiyolojik sınır tanımı ile iş kazalarının görülmemeyen ve ihmal edilen yüzü vurgulanmaya çalışılacaktır.

Mesleki stres ve tükenmişlik kavramları araştırma başlıkları olarak gitgide daha fazla ilgi çekmektedirler. Mesleki stresin ABD (Amerika Birleşik Devletleri) ekonomisine verdiği zararın milyon dolarlarla ölçülüyor olması bu ilginin ne kadarının çalışan üzerine zararlı etkilerinden, ne kadarının da ekonomiye yaptığı olumsuz etkiden kaynaklandığı tartışmaya açık hale gelmektedir. Çalışmalarda bu faturanın işçi başı sağlık harcamaları artışı, sağlık raporları ile işe gelmeme nedeniyle işgünü kaybı, iş kazaları ve verimliliğin düşmesi yoluyla oluştuğu hesaplanmıştır¹.

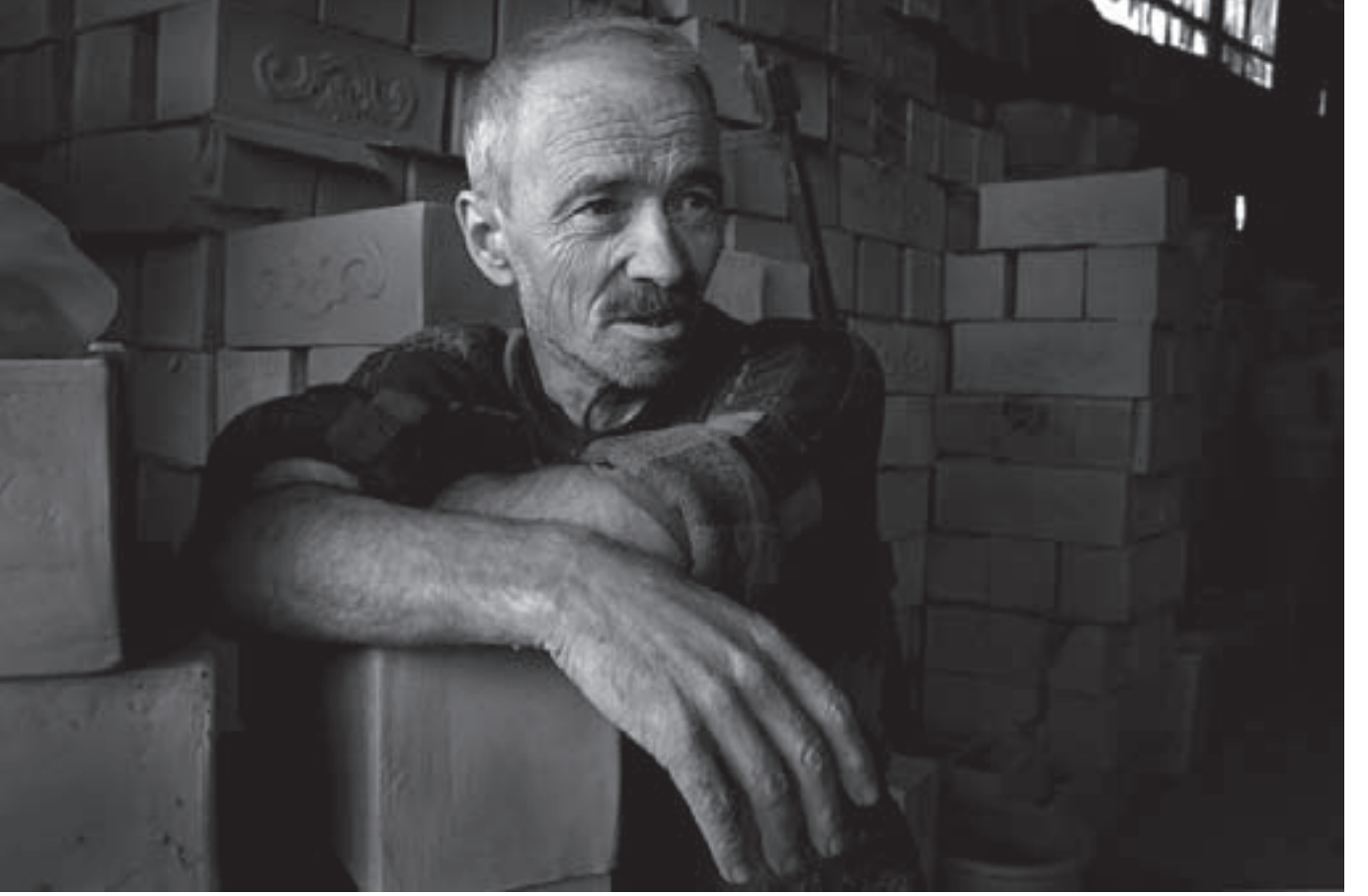
Bu kavramlara olan farkındalığın artmasının bir nedeni de çalışanların mesleki stres ile ilgili tazminat taleplerinin artıyor olması olabilir. Geçmişte sadece fiziksel nedenlerle oluşmuş fiziksel mesleki yaralanmalara tazminat ödenmekteyken, günümüzde iş ortamındaki fiziksel olmayan bir durum nedeniyle oluşan fiziksel veya psikolojik hasarların yasal boyutları bağımsız kuruluşlarca irdelenen ve önemsenen değişkenlerdir².

Mesleki stres yalnızca çalışma ortamını değil aynı zamanda toplumsal yaşamı da etkileyen bir sorundur. İşi ile ilgili süre-



Fotoğraf: Güzin Tezel

ğen bir stres yaşayan kişinin bir eş, bir ebeveyn, bir komşu, toplumun bir bireyi gibi diğer rollerinde de etkinliğini sürdürebilmesi pek olası görünmemektedir³. Bu anlamda mesleki stres, bireyin kendini yeniden üretimine izin vermemesi ile toplumsal boyutu da olan bir sorun olarak ele alınabilir, ki bu boyutu ekonomik çözümlerle çözümlenemeyecektir.



Fotoğraf: Güzin Tezel

Stres, Hans Selye tarafından 1936'da canlı organizmaya yönelen (genellikle zararlı) nonspesifik bir yanıt ya da homeostatik süreçlerde değişikliklere neden olan herhangi bir durum olarak tanımlanmıştır⁴. Genellikle tam ve doğru bir tanımlama yapılamayan hipotetik bir kavram olan ve fizyoloji, psikoloji–psikiyatri ve tıp bilimlerinin tümünün ilgi alanına giren stres modernizm ile birlikte sosyal yaşamın önemli bir değişkeni oldu. Bu yönü ile 20. yüzyılın başından beri bilim insanları için çekici bir alan olmuşsa da çalışanlara yönelik çalışma koşulları kaynaklı psikososyal stres ile ilgili ilk geniş ölçekli çalışma 1960lı yılların başlarında Michigan Üniversitesi, Sosyal Araştırmalar Enstitüsü tarafından yürütülmüştür⁵. Buna rağmen konu Beehr ve Newman'ın 1978 tarihli kapsamlı gözden geçirmesine kadar pek ilgi çekmemiştir⁶. Bu tarihten sonra da yukarıda değinilen nedenlerle konu ile ilgili pek çok araştırma ve kitap yayınlanmıştır. Bu araştırmaların çoğu örgütsel psikoloji alanından gelmiş olsa da, literatürün önemli bir kısmı tıp, klinik psikoloji, endüstri psikolojisi, iş ekonomisi, epidemiyoloji ve hemşirelik gibi çok çeşitli alanlardan sağlanmaktadır. Mesleki stresin bu disiplinler arası doğasına hakim olabilmek için Beehr ve Franz dört ana alan önermişlerdir. 1- Tıp, 2- Klinik Psikoloji/danışmanlık, 3- Endüstri Psikolojisi, 4- Örgütsel psikoloji⁷.

Tıp yaklaşımı çalışma koşullarının çalışan sağlığı üzerine etkilerini öncelik olarak ele alır. Bu perspektiften çalışma koşullarındaki stres etkenlerini hastalığa yol açan patojenler gibi değerlendirilmektedir. Bu çalışmalar daha çok Halk Sağlığı alanından gelmektedir. Bunu meslek hastalıklarının uzmanlık alanları takip etmektedir.

Klinik Psikoloji/danışmanlık yaklaşımında daha çok mesleki stresin ruh sağlığı üzerine kaygı ve çökkünlük gibi etkileri ele alınmaktadır. Bu yaklaşım araştırmadan çok tedaviyi ön planda tutmaktadır.

Endüstri Psikolojisi daha çok çalışma ortamının fiziksel koşullarının stres yapıcı etkileri üzerine odaklanmıştır. İlgilendiği konular çalışma takvimleri, çalışma hızı, ve hatta işyerinin tasarımı gibi alanlardır.

Örgütsel Psikoloji yaklaşımı ise iş yerindeki psikososyal koşulların stres yapıcı etkilerine yoğunlaşması ile diğerlerinden ayrılır. Bu alanda ağırlıklı olarak çalışanların iş ortamını stresli bulmalarına yol açan bilişsel değerlendirmeleri ile çalışılmaktadır. Ayrıca diğer çalışanlar ile etkileşimlerin strese yol açıp açmadığını da değerlendirmektedir. Bu yaklaşımın mesleki stresin çalışanlar üzerine olumsuz etkileriyle, firmaya doğrudan olumsuz etkisi olduğu sürece ilgilenme eğilimde olduğu bilinmektedir.

Dolayısıyla bu alanda koruyucu hekimliğin payı azaldıkça, bireyi salt üretim aracı olarak görüp, o ölçüde önemseyen diğer yaklaşımların payı artacak görünmektedir.

ÇALIŞMA ORTAMININ DEĞİŞİMİ: ESNEK ÜRETİME GEÇİŞ

20. yüzyılın ikinci yarısında ortaya çıkan ve son çeyreğinde yaygınlaşan Postfordist üretim biçimi ile yapısal değişiklik gösteren üreten emeğin iş örgütlenmesi, sermaye merkezli kontrol ve verimlilik stratejilerinin gelişimini hızlandırmış,

raylı sistemin kaldırılması emeğin iş yerinde grup içinde üretme grup olarak üretme özelliğini sona erdirmiştir⁸.

Fordist sistem Taylorizmden sonraki aşamadır. İşgücü son derece özel ve tek amaçlı makinelerde bir işbölümü esasına göre örgütlenmiştir⁹. Sürekli hareket halindeki bir üretim hattı üzerinde basit ve rutin bir işi sürekli yapar. Bu üretim şekli ustalaşan işçilerin dönemidir.

Postfordist sistem ise kitlesel ve değişmez ürün yerine insanın makineyi yönlendirebildiği daha dinamik bir üretim biçimini tanımlar. Dünya hızla değişmektedir. Talepler de değişime bağlı olarak çok kısa sürelerde farklılaşmaktadır. Ürünün kendisi değil pazarlanması belirleyicidir. Bu esneklik çalışma koşullarının da Pazar tarafından doğrudan belirlenmesi ile sonuçlanmış, sosyal devletin kısmen işçi merkezli iş yeri tanımı ortadan kalkmıştır⁸.

Artık işçinin üretimi daha küçük ölçekli ve rekabetçi olmuş, emek üretim zamanına ve harcanan emeğe göre değil ürettiği ürüne göre değerlendirilir olmuştur. Büyük fabrikalar sermaye tarafından parçalanmış, büyük sendikalar ve çalışanların dayanışması güç kaybetmiştir. Fordist düzenin statü hukukuna bağlı tekil istihdam biçiminin yerini, çalışanın sözleşme esasına göre istihdam edildiği parçalı-çoklu istihdam biçimi almıştır. Rekabetçi, işçiyi ücret ve iş güvenliği açısından birbiri ile yarıştıran bu üretim şekli iş yeri barışını ve kohezyonu bozmuştur. Bozulan kohezyon ve dolayısı ile sinerjinin tekrar ikamesi verimliliği artırıcı eğitim ve grup toplantıları üzerinden sağlanmaya çalışılmış, zaman içerisinde bir çok sektörde insan kaynaklarını geliştirme gibi yeni alt birimler oluşmuştur⁸.

Emeğin yeniden üretimi fordist sistemin önemli argümanlarından biriydi. Fordist dönemin sosyal devlet örgütlenmesi ile tiyatro, sinema, büyük çalışan dinlenme kampları ile sağlama-ya çalıştığı emeğin sosyal-psikolojik devamlılığı neoliberalist dünyada palyatif yöntemlerle sağlanılmaya çalışılmaktadır. Bu açıdan bir sürü sosyodrama ve psikodrama yöntemleri isimli işyerlerinde eğitim ve verimlilik hedeflediklerini belirten grup çalışmalarına rastlanılmaktadır. Taşeronlaşmış ve iş güvencesinden yoksun gruplarda emeğin yeniden üretimi söz konusu olamamaktadır. Bu durum esnek üretimde mesleki stresin ve tükenmenin önemli nedenlerindedir.

Sürekli kendini değiştiren ve kar merkezli üretim şekilleri insani değerlerden uzaklaşmanın getirdiği iş verimindeki kayıpları bu tür grup çalışmaları ile kapatmaya çalışılmaktadır. Bu nedenle çalışan grupları yüzyılımızda oldukça yaygın hale gelmiş, bu açıdan grup çalışmaları insani olmayan bir sistemin açığını kapatır konumunda bırakılmıştır.

Mesleki stresin kaynakları

Rol ile ilgili etkenler: Çalışma koşullarının yol açtığı stresin bir boyutu **rol kuramı** ile açıklanabilir. Rol bir bireyden beklenen davranış setleri olarak tanımlanabilir. Çalışan rolü ile ilgili yeterli bilgi alamazsa “rol karmaşası” nedeniyle stres yaşayabilir. Bu durumda çalışan kendisinden beklenenin ne olduğu konusunda net değildir. Sık karşılaşılan başka bir sorun da rol ile ilişkili bilginin tutarlı olmamasından kaynaklanan “rol çatışması”dır. Genellikle çalışandan farklı kişiler tarafından farklı beklentiler içinde bulunulması ile oluşur¹⁰.



Rolle ilgili üçüncü bir stres kaynağı da “rol yüklenmesidir”. Bu kavram Jones, Flynn ve Kelloway tarafından 1995 yılında “İşverenin çalışandan verebileceğinden daha fazlasını beklemesi” olarak tanımlanmıştır¹¹. Rol kuramının yaratıcılarından Moreno’nun psikodrama tekniğinin 1929 ekonomik buhranı sonrasında oluşması ve sosyometrinin çalışma yaşamındaki rekabet ilişkisinde sık kullanılması dikkat çekicidir¹².

İş yükü: İş yükü bir çalışanın belirli bir sürede yapması gereken iş miktarı olarak tanımlanabilir. Bu kavramı bireyin algıladığı öznel yük ile nesnel yük olarak ayırma yönünde bir eğilim mevcuttur. İş yükü tükenmişliğin en önemli yordayıcılarından biri olarak kabul edilmektedir¹³.

Kontrol algısı: İnsanın çevresini kontrol altında tutmaya değin gereksinimi davranış bilimleri literatüründe çalışmalarla kanıtlanmış bir fenomendir. Kontrol algısının en önemli iki kısmı “iş özerkliği” ve “karar süreçlerine katılım” olarak gözükmektedir. İş özerkliği kavramı ile çalışanın görevlerini nasıl yerine getireceği ve hatta ne zaman ve ne kadar süre ile çalışacağı üzerinde inisiyatif sahibi olması anlatılmaktadır. Karar süreçlerine katılım ise bir işyerindeki bir kararı uygulamakla yükümlü çalışanın bu kararın oluşma sürecinde rol alması olarak tanımlanabilir¹⁴. 88 çalışmayı içeren bir meta-analizde kontrol algısı düşük olan çalışanların daha yüksek oranlarda stres bildirdikleri, bedensel yakınmalarının daha fazla olduğu, iş performanslarının düşük olduğu ve iş değiştirme eğiliminde oldukları görülmüştür¹⁵.

İş güvencesinin olmayışı: İşten çıkarılmanın depresyon ve özsaygının azalmasına neden olabildiği çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir¹⁶.

EMEĞİN YENİ BİR YÜZÜ: EMOSYONEL EMEK

Ekonomideki ağırlığın üretim sektöründen hizmet sektörüne kayması ile pek çok işin tanımı değişmiş ve çalışanlar üretim sektöründeki alışlagelmiş stres kaynaklarından daha farklı etkenlere maruz kalmaya başlamışlardır. “Emosyonel emek” kavramı ilk olarak Hirschfeld tarafından 1979 yılında ortaya atılmış ve işin çalışanlar üzerindeki emosyonel talepleri olarak açıklanmıştır. Emosyonel emek farklı biçimlerde görüle de iki faktör stres kaynağı olarak öne çıkmaktadır: Birincisinde

Depresyon 5. hastalık

450 milyon Dünya 450 milyondan fazla insan psikolojik sorunlar yaşıyor. Bunların 20 milyonu psikolojik yardım arayışı içinde.

15-55 Türkiye'de 15-55 yaş arasındaki nüfusta en çok görülen 5. hastalık depresyon oldu.

100 Türkiye'de 100 bin kişiye 1.6 ruh sağlığı uzmanı düşüyor.

70 Türkiye'de psikolojik sorunu insanlar için 70 bin yatağa ihtiyaç var, mevcut yatak ise 7 bin.

Türkiye'nin ruh sağlığı bozuk

DEPRESYON, Türkiye'de en çok görülen beşinci hastalık oldu. Depresyonla birlikte "neden-siz tedirginlik, kaygı ve korku hali bozukluğu" görülüyor. Bir başka deyişle Türkiye'nin ruh sağlığı bozuk. 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü için İstanbul Taksim'deki Titane Otel'de düzenlenen toplantıda bir araya gelen psikiyatrist uzmanları, ruh sağlığının da küresel bir kriz haline dönüştüğüne dikkat çekti.

Dünya Sağlık Örgütü'nün geleceğe yönelik öngörülerine göre, 2020'de depresyon, hasta kadınlar ve gelişmekte olan toplumlarda "yedi (milyar) yitimi"ne yol açan hastalık olacak. Yeti yitimi ile insanlar, iş, okul, ev, toplumsal roller ve kendine bakabilme işlevlerini giderek yitirecek, üretici niteliğini ve sosyalliğini kaybederek, görevlerini akatacak.

RUH SAĞLIĞI YASASI
Bugün dünya üzerinde 450 milyonu aşkın insanın ruhsal sorunu var ve 20 milyonu aşkın insan da ruhsal sorunlar nedeniyle yardım arayışı içinde...

Türkiye'de 15-55 yaş arasındaki nüfusta, enfeksiyon, mide bağırsak sistemi, tansiyon ve eklem hastalıklarından sonra en çok görülen beşinci hastalığın depresyon ve anksiyete (neden-siz bir tedirginlik, kaygı ve korku hali) bozukluğu olduğunu belirten Türkiye Psikiyatristi Derneği (TPD) Genel Başkanı Uzm. Dr. Serif Özer, Ruh Sağlığı Yasası'nın çıkarılması ve ruh sağlığına ayrılan kaynağın artırılması için acil çağrıda bulundu.

■ Şükran ÖZÇAKMAK (AHT)

çalışanlar negatif emosyonlarla yüzleşmek zorunda kalırlar. Tezgahtarın memnuniyetsiz bir müşteri ile ya da hekimin acılı bir aile etkileşiminde olduğu gibi. İkinci biçimi de çalışanın gerçek emosyonunu baskılaması yönünde zorlanmasıdır. Günümüzde artık pek çok işin tanımında örneğin müşterilere sergilenebilecek olanlar gibi "uygun" emosyonlar da dahil edilmektedir. Emosyonel emek ile ilgili daha fazla çalışmaya gereksinim duyulmakla birlikte, emosyonel tükenmişlik ile ilişkilendiren araştırmalar bulunmaktadır¹⁷.

Tüm bunlar esnek üretim koşullarında ve her an işten atılma tehlikesi gibi değişkenler ile birlikte düşünülmelidir.

TÜKENMİŞLİK: SÜREĞEN STRESİN SONU

Tükenmişlik Sendromu tanımı ilk olarak Herbert J. Freudenberger tarafından 1974 yılında "personel tükenmişliği" şeklinde önerilmiştir¹⁸. Daha sonra bir sosyal psikolog olan Christina Maslach'ın da alandaki çalışmaları ile tanım daha belirginleşmiş ve emosyonel yorulma, depersonalizasyon ve başarısızlık şeklinde 3 boyut tanımlanmıştır. Emosyonel yorulma; enerji kaybının giderek artması sonucu işini başarabilmek için gerekli emosyonel gücü toparlayamadır. Depersonalizasyon; hizmet alanlara veya müşterilere yönelik olumsuz tavır ve duyguların belirmesidir, Başarısızlık; kendini başarısız ve yetersiz olara değerlendirme. Bu tanım özellikle günümüzde hala yaygın olarak başvurulan Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin kullanılmaya başlaması ile oluşturulmuştur¹⁹.

Tükenmişlik önceleri daha çok hizmet sektörü çalışanlarına yönelik kavramsallaştırılmış olmakla birlikte, Pines ve arkadaşları bu kavramı "...uzun süreler boyunca emosyonel efor gerektiren durumlarda kalan bireylerin emosyonel, fiziksel ve mental yorgunlukları..." şeklinde tekrar tanımlamışlardır²⁰. Bu haliyle tanım herhangi bir sektöre atıf yapmamakla birlikte, aslında çalışma hayatı ile ilgili bir atfı bile içermemekteydi. Bu noktadan sonra tükenmişlik öğretmenlik, hekimlik, hemşirelik, sporculuk, romantik ilişkiler, kronik hastalıklarda bakım verenler gibi pek çok alanda çalışma konusu olmuştur ve Maslach ve arkadaşları 1996 yılında ölçeklerini bu genel kullanım biçimine uyarlayıp MBI-GS (general survey) adı ile güncellemişlerdir²¹.

Tükenmişlikteki afektif tepkinin merkezinde kişinin çalışırken içsel enerji kaynaklarının tükenmesi sonucu oluşan emosyonel tükenmişlik, fiziksel ve bilişsel yorgunluğun bulunduğu düşünülmektedir. Emosyonel tükenmişlik ile empati kurmada zorlanma ve ilişkileri geliştirememeye, fiziksel yorgunluk ile enerji azlığı ve bitkin hissetme, bilişsel yorgunluk ile düşünmede yavaşlama kastedilmektedir. Tükenmişliğin bu üç boyutu da birbiri ile yakından ilişkili gibi görünmektedir.

Mesleki stres ile yakın ilişkisi olmakla birlikte tükenmişliğin strese yanıt olarak ortaya çıkan adaptif mekanizmaların bittiği yerde yani Selye'nin stres döngüsünün son evresinde ortaya çıkması ile birbirlerinden ayrılabilirler²².

Weber ve Jaekel-Reinhard tükenmişlik ile ilgili risk faktörlerini toplumsal ve çalışma ortamı ile ilişkili olanlar olarak iki ayrı grupta ele almışlar. Toplumsal risk faktörleri içinde bireyselleşme, geleneksel destek sistemlerinin kaybı gibi etkenler yer alırken, çalışma ortamında mekanikleşme, rekabet, iş güvencesinin olmayışı (hire and fire), iş tanımının esnekliği gibi etkenleri sıralamışlardır. Yapılan gözlemler tükenmişliğin bir kaskad olarak oluştuğuna işaret etmektedirler. Bu kaskad sırasıyla;

- (1) Aktivite artışı,
- (2) Yorulma,
- (3) Aktivitede azalma,
- (4) Emosyonel tepkiler; öfkelenme, negativizm,
- (5) Çökme; bilişsel yetenekte bozulma, motivasyon ve yaratıcılığın kaybı,
- (6) Dağılma; sosyal ilişkilerin kaybı,
- (7) Psikosomatik tepkiler; uyku bozuklukları, gastrointestinal, kardiyovasküler semptomlar, cinsel işlev bozuklukları, enfeksiyona yatkınlık, alkol ve sigara tüketimi,
- (8) Çaresizlik; psikosomatik hastalıklar ve özkiyım, şeklinde oluşmaktadır²³.

Bu tablo tükenmişliğin genel olarak nasıl algılandığı hakkında bir resim çizmektedir. Tükenmişliğin etyolojisinde emosyonel etkenlerin baskın olduğu tartışılmaz bir gerçek olmakla birlikte, tükenmişliğin fenomenolojisi de emosyonel boyutları öne çıkarılarak algılanmaktadır. Bu alanda ölçümleme yapmaya yarayan araçlar da bu anlayışa göre şekillendirilmiş, örneğin en yaygın kullanılan ölçümleme araçlarından biri olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği pazarlama, müşteri ile ilişki kurma ya da hizmet verme sırasında, çalışanın emosyonel durumu ile ilgili maddeler bulunmaktadır.

BİR SAĞLIK SORUNU OLARAK TÜKENMİŞLİK

Peki tükenmişlik ne kadar önemli? Elimizdeki veriler tükenmişliğin farklı şekillerde ciddi sağlık sorunlarına yol açabildiğini göstermekte. Tıbbi açıdan tükenmişlik bir kronik stres modeli olarak ele alınabilir.

Ruh sağlığı penceresinden henüz başa çıkma mekanizmaları tükenmemiş iken kişilerin daha yüksek anksiyete yaşadıkları, başa çıkma mekanizmaları tükendikten sonra ise depresif bir duruma geçtikleri bilinmektedir. Tükenmişlik sendromunun depresyon ile birlikte görülme sıklığının arttığını gösteren pek çok çalışma vardır. Ayrıca tükenmişliğin özkıyım düşüncelerindeki artışla birlikte gittiği de gösterilmiştir. Benzer bir birliktelik anksiyete ile de gösterilmiştir^{24,25}.

Beden sağlığı penceresi de oldukça endişe verici gözükmemektedir.

Kalp ve damar hastalıkları alanında Yaşamsal Tükenme (Vital Exhaustion) ölçeği sıklıkla başvurulan bir araç olmuştur. Yaşamsal Tükenmenin tükenmişlik sendromu ile birlikte görülme eğilimi dikkat çekicidir. Hollanda'da bu araç kullanılarak 3877 kişi üzerine yapılan uzamına bir çalışmada Yaşamsal Tükenme izlemlerde ortalama yaklaşık 4 sene boyunca kalp krizi için bağımsız bir risk faktörü olarak görülmüştür. Yaşa göre düzeltilmiş risk oranı 2.3 olarak hesaplanmıştır²⁶. Başka bir vaka kontrol çalışmasında da Yaşamsal Tükenme ani kardiyak arrest ile ilişkili bulunmuştur²⁷. Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak 538 hasta ve 10485 hasta üzerine yapılan bir vaka kontrol çalışmasında tükenmişlin kadınlarda kalp krizini yordayabildiği gösterilmiştir²⁸.

2004 yılında yürütülen bir çalışmada Maslach Yaşamsal Tükenme Ölçeğinde'ki her 1 puanlı artışın ilk inme atağı riskini %13 arttırmakta olduğu hesaplanmıştır. Bu risk diğer risk faktörlerine karşı kontrol edildikten sonra da korunmaktadır²⁹.

İnsülin direnci ile karakterize olan tip II diabetes mellitus gittikçe daha fazla artma eğilimi ile en önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. 90 sağlıklı kişi üzerine yapılan bir çalışmada aşırı yorgunluk hissi ile insülin direnci arasında bir korelasyon bulunmuştur³⁰. İsrail'de uzamına yapılan bir çalışmada 633 çalışanın 5 yıl süren izlemleri sonucunda yeni ortaya çıkan diabetes mellitus olgularında tükenmişlik skorları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur³¹.

1992 yılında 104 sağlıklı çalışan üzerinde yapılan çalışmada tükenmişlik kolesterol, LDL, trigliserid, ürik asit yükseklikleri ve EKG anomalileri ile ilişkili bulunmuştur.³² Uzunlamasına yapılan bir başka çalışmada erkek çalışanlarda o andaki tükenmişlik düzeyleri 3 yıl içindeki kolesterol yüksekliklerini yordayıcı olarak bulunmuştur. Kadınlarda böyle bir etki gözlenmemiştir³³.

İnflamasyon ile ateroskleroz arasındaki ilişki mevcuttur. Süreğen stresin de inflamatuvar süreçleri tetiklediği bilinmektedir. Çeşitli çalışmalarda LAA (Lökosit Agregasyon/adezyon), TNF- α (tümör nekroze faktör), IL-1 β , albumin, fibrinojen, C-reaktif protein ve Beyaz küre sayısı gibi inflamasyon markerleri ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişki bulunmuş, ve kalp damar patolojilerinin dolaylı kanıtları olarak değerlendirilmiştir.

Tükenmişlik ile nezle, grip gibi basit enfeksiyonlar arasında ilişki bildiren çalışmalar olduğu gibi, bu ilişkiyi sadece gastroenterit ile gösterebilen çalışmalar da mevcuttur. Ayrıca dünyada yıllar içinde erkeklerde sperm sayısı ve kalitesinde bir düşüş yaşanmakta olduğu bilinmektedir. Buna paralel olarak infertilite merkezlerine başvurular gitgide artmaktadır. Scheiner ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada infertil erkeklerde tükenmişlik skorları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada kadınlar üzerinde böyle bir etki gösterilememiştir. Ayrıca tükenmişliğin sigara ve alkol kullanımını gibi olumsuz sağlık davranışları ile birlikteliğini bildiren çalışmalar mevcuttur³⁴.

Ülkemizde de tükenmişlik üzerine hekimler ve hemşireler üzerine yapılan çalışmalar mevcuttur. Tükenmişlik önerilirmen hizmet sektörü çalışanları ile ilgili olarak kurgulandığından olsa gerek, üretim sektöründe çalışanların tükenmişlik düzeyi ile ilgili bilgi edinmek pek mümkün görünmemektedir. ABD Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü'nün (National Institute for Occupational Safety and Health) 2004 tarihinde yayınladığı üretim sektöründe fazla mesainin sağlık sonuçları ile ilgili 51 yayını içeren bir gözden geçirmesi mevcuttur. Burada fazla mesai kavramı haftada 40 saatten fazla olarak kabul edilmiştir. Raporda Japonya'dan iki ayrı vaka kontrol çalışmasında bir ay önceki fazla mesainin akut myokard enfarktüsü riskini arttırdığı bulunmuş. Örneğin Liu ve arkadaşlarının 2002 tarihli çalışmasında haftada 61 saat ve üzeri çalışmanın sonraki ayki kalp krizi riskini 2 kat arttırdığı saptanmıştır. Yine aynı gözden geçirmede İsveç'te 24 yıllık ölüm kayıtlarının incelenmesi sonucu haftada 5 saatten fazla çalışmanın mortaliteyi arttırdığı saptanmış. Aynı çalışmada İsveç'te haftada 50 saatten fazla çalışma süreleri ile iş kazası sonucu ölümler ile anlamlı bir birliktelik bulunmadığından ama A.B.D'de yılda 2000 saatten fazla çalışmanın iş kazalarını arttırmış olarak bulunduğu bahsedilmekte. İş kazaları ve tükenmişliği inceleyen yeterince çalışma yok gibi gözükmektedir. Çalışma saatlerinin fazlalığının zihinsel performansı da olumsuz etkilediği Proctor ve arkadaşlarının nöropsikometrik incelemelerinde saptanmış³⁵. 2004 yılında tükenmişlik sendromu nedeniyle tedavi görmekte olan 67 kadın hasta üzerinde yapılan nöropsikometrik incelemede non-verbal bellek, işitsel ve görsel dikkatte bozulmalar olduğu gözlenmiştir³⁶.

TÜKENMİŞLİĞİN BİYOLOJİSİ

Sıçanlara zararlı bir etkenin akut olarak uygulanması sonucu Selye'nin tanımladığı "genel adaptasyon sendromu" olarak adlandırılan bir tablo ortaya çıkar. Bu sendromda gözlenen semptomların, zararlı etkenin yapısından bağımsız olarak ortaya çıktığı iddia edilmiştir³⁷.

"Genel adaptasyon sendromu" ya da "biyolojik stres sendromu" üç aşama içerir: (1) Alarm tepkisi, (2) Direnç durumu, (3) Tükenme hali.

Birinci aşama ilk 24 saati kapsar ve alarm evresi denir. Bu evrede vücut stresle ilk kez karşılaşıya kalmanın karakteristik yanıtlarını verir. Bu yanıtlar endokrin organların hacimlerindeki ani azalma, gastrointestinal sistemde erozyonlar, adrenokortikal lipid ve kromafin maddelerin kaybı ile lakrimasyon ve salivasyon gibi kimi otonom bulgulardır³⁷.

Eğer aynı stres etmeni ile karşı karşıya kalma devam ederse alarm reaksiyonları kaybolur, adrenallerin büyüdüğü, gonadların atrofiye olduğu, vücut gelişiminin durduğu adaptasyon enerjisi yardımı ile vücudun direncinin arttığı ikinci aşama olan direnme evresine geçilir. Bu evrede adaptasyon enerjisi stres hormonları da denen adrenal bezden kortizol ve adrenalin salgısının artması ile sağlanır. HPA aksı aktiftir, vücut kronik stres ile başa çıkmaya çalışmaktadır (38).

Stres koşullarının devam etmesi durumunda, nihai tükeniş-tükenme evresi olarak kabul edilen üçüncü aşama ortaya çıkar. Adaptasyon enerjisinin tükendiği bu evrede ilk evredeki alarm reaksiyonları tekrar ortaya çıkar, ölüm ya da psikiyatrik-psikosomatik hastalıklar ile sonuçlanır. Organizma kronik strese artık başa çıkamamaktadır, anksiyete sürecindedir^{37,38}.

Stresin hipotalamus-pitüer-adrenal (HPA) aksı boyunca etkilerinin olduğu bilinmektedir. Stres ile hipotalamus periventricüler çekirdeklerinden kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) salgılanmakta, portal dolaşım ile hipofize ulaşan bu hormon da ACTH salınımını arttırmaktadır. Bu hormon da adrenal glandlarda glukokortikoidlerin salınımını tetikler. Kortizol başta olmak üzere glukokortikoidlerin tüm beden genelinde, özellikle de metabolizma üzerine olmak üzere çeşitli etkileri iyi bilinmektedir. Merkezi sinir sisteminde de kortizol hipotalamik nörojenezi inhibe ederek belleği olumsuz etkiler³⁹. Akut stresin plazma kortizol düzeyini yükselttiği bilinmektedir. Kronik strese ise veriler çelişkilidir. Benzer şekilde kronik tükenmişlikte de kortizol düzeyinin düşüklüğüne dair bulgular mevcuttur.

Deneysel olarak stres uyandıran bir uyarın belirli bir süre uygulandıktan sonra hayvanda bir takım davranışsal belirtiler (donakalma, iştah azalması, irkilme vs...) gözlenebilir. Buna korku koşullanması denmektedir. CRF'nin korku koşullanmasını inhibe ettiği deneysel olarak gözlenmiştir. Yani CRF korku ile oluşan değişiklikleri önlemektedir⁴⁰.

Stres durumunda etkinleşen bir başka bölge de norepinefrin salgılamak üzere lokus seruleus olmaktadır. Bu tehlike durumlarında etkinleşen sempatik sistemin başlıca mediatörüdür ve sempatik uyarının kalpte atım sayısını ve kasılma kuvvetini arttırdığı, arterioller vazokonstriksiyon yaparak sistemik kan basıncını arttırdığı bilinmektedir. Adrenerjik uyarım da glukokortikoidler gibi plazma glukoz seviyelerinin yükselmesine neden olur. Ayrıca viseral kan akımının azalmasını sağlar¹⁵.

Hayvan deneylerinde kronik strese maruziyet hipokampal nörojenezi inhibe etmektedir. Hipokampal volum azalması da depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi hastalıklara zemin hazırlamaktadır. Tükenmişlikteki bulgulardan bazıları HPA aksındaki değişiklikler ile açıklanabilir. Öte yandan pro-inflamatuar sitokinlerin de yorgunluk, depresif duygudurum gibi etkilerinin olduğu bilinmektedir.

SONUÇLAR ve SORULAR

Tükenmişlik sendromu ilk tanımlandığı andan itibaren hizmet sektörü çalışanlarına yönelik olarak tasarlanmış olup, bugün itibarıyla genel izlenimi yüksek eğitim düzeylerine sahip hekim, avukat, mühendis, öğretmen, hemşire gibi meslek gruplarına özgü olduğudur. Hekim bakış açısıyla ise tükenmişlik

tam da Selye'nin Genel Adaptasyon Sendromu modeli içinde algılanabilir. Dolayısıyla, nörobiyolojik olarak uzamış strese maruz kalma modeli olarak tanımlanabilecek olan tükenmişlik sahiden sadece bazı meslek gruplarına özgü müdür, yoksa uzamış strese maruz kalan bütün meslek gruplarında veya kişilerde görülebilir mi?

Emosyonel emek yönetici sınıf, hekim, öğretmen, sosyal çalışmacı gibi daha çok eğitilmiş çalışanlara özgü bir değişken olarak ele alınmaktadır. Diğer taraftan emosyonel emeğin yoğun olduğu öngörülen diğer alanlar (örn. tezgahçılık, otel işçileri vb) bilim çevrelerinin yeterince ilgisini çekmemektedir. Emosyonel emek kavramı sınırlı iş kollarında değil çalışma yaşamının tüm alanlarında yeniden tanımlanmalı, ihmal edilen iş kollarında tükenmişlik bu bağlamda tekrar ele alınmalıdır. Endüstriyel psikolojinin hizmet sektöründeki çalışanların emosyonları ile ilgilenmesinin nedeni sadece bu sektörde emosyonel emeğin artı değere dönüştürülebilir oluşu mudur?

Eğer tükenmişlik temel uzamış strese maruz kalma ile oluşmaktaysa toplumun strese maruz kaldığını öne sürebileceğimiz kesimlerinin tükenmişlik düzeylerinin ölçülmesi koruyucu hekimlik adına önemli olacaktır. Toplumun farklı kesimlerini ölçümleyebilmek için uygun araçlarımız var mıdır, yoksa endüstriyel psikolojinin tanımladığı "produktivite" öncelikli tükenmişlik esaslı araçları mı kullanmaya çalışacağız?

Tükenmişliğin sağlık üzerine yaptığı olumsuz etkiler ortadayken acaba meslek hastalığı tanımı genişleyecek mi? "Asker kalbi" tanımı nostaljik bir anekdot olarak anlatıla gelmektedir. Ölümün sıradanlaştığı ve bir anlamda cephe hattında olmak kadar riskli bir ortam haline dönüşen Tuzla Tersanelerinde gündelik işçi olma da benzer bir koşul olarak düşünülebilir mi? Hem stresin kalp üzerine yaptığı etki, hem de günümüz çalışma yaşantısının ne kadar stresli olduğu ortadayken mesleki nedenle kardiyak bir patoloji yaşamak için asker olmak şart mıdır? Yaşamsal bir tehlike olmaksızın yalnızca mesleki stresin kendisi kardiyak patolojilere yol açıyorsa, stresli iş kollarında örneğin kardiyak patolojiler meslek hastalığı olarak kabul edilebilir mi?

Özellikle ağır iş kollarında iş kazalarında çalışana dair etkiler işverenler tarafından sıklıkla seslendirilmekte. Tükenmişliğin merkez sinir sistemi üzerine yaptığı hasar biliniyor, nöroendokrinolojik ve nöroimmünolojik mekanizmalarla bellek ve dikkat gibi bilişsel işlevlerde bozulmalara yol açtığı biliniyorken iş kazalarında işçinin dikkatsizliği veya ihmalkarlığı ne kadar ne kadar uygun söylemlerdir? İşvereni veya çalışma koşulları tarafından 24 saat araç kullanmaya zorlanan bir araç şoförünün ihmalkarlığın, ya da derinlik sarhoşluğu yaşayan bir dalgıcın savsaklığı bu bağlamda uygun söylemler midir?

İnsanın biyolojik sınırlarını zorlayan iş ortamlarında meydana gelen iş kazaları iş hukuku açısından yeniden tanımlanmalı, çalışanın dikkatsizliği olarak azaltılan tazminatlar tekrar gözden geçirilmelidir.

Koruyucu hekimlik ve özelde koruyucu ruh sağlığı disiplini çalışan ve toplum merkezli olarak yapılmalı, endüstri ve işveren merkezli disiplinlere karşı daha tarafsız yapılmalı, etkinleşmeli ve belirleyici olmalıdır.

KAYNAKLAR

- Sonnetag S, Frese M. Stres in organisations. In Handbook of Psychology, Borman WC, Ilgen DR, Klimoski RJ, Weiner IB (editors). First ed, New Jersey: John Wiley&Sons, 2003: 453-54
- DeFrank RS, Ivanchevich JM. Stres on the job: an executive update. The Academy of Management Executive 1993; 12(3):55-66
- Michailidis M, Georgiou Y. Employee occupational stress in banking. Work 2005;24(2):123-37.
- Csermely P. Stress of life from molecules to man. Ann NY Acad Sci 1998;(851)1-3
- Cooper CL, Dewe P. Stres, a brief history. First ed. Oxford:Blackwell Publishing 2004:63
- Behr T, Newman J. Job stress, employee health, and organizational effectiveness: a facet analysis model, and literature review. Personnel Psychology, 1978;31:665-699.
- Behr T. An organizational psychology of meta-model of occupational stres. In Theorise of organizational stres. Cooper CL(editor) Second ed. Oxfprd: Oxford University Press. 2002:6
- Yıldırım EA. Psikiyatrinin Penceresinden Kamu Hastaneleri Birlikleri Kanun Tasarısı ve Geleceğe Yönelik Öngörüler. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni. 2008, Cilt 11, sayı 3, 8-15
- Yıldırım EA. Psikiyatri asistanlarının cinsel terapi eğitimlerinde psikodrama tekniklerinin kullanılması. Yayınlanmamış psikodrama tezi. Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü, İstanbul 2006
- Kahn RL. [Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity First ed. New york: Wiley,1964
- Jones B, Flynn D, Kelloway K. Perception of support from the organization in relation to work stress, satisfaction, and commitment. In: Sauter SL, Murphy LR, (editors). Organizational Risk Factors for Job Stress. Washington, DC: American Psychological Association.1995:41-52.
- Özbek A, Leutz G. Psikodrama Grup Psikoterapisinde Sahnesel Etkileşim. Grup Psikoterapileri Derneği VMS Ankara 1987
- Schaufeli W, Buunk BP: Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL (editors), The Handbook of Work and Health Psychology, second ed. West Sussex:Wiley, 2003:383-429.
- Behr TA, Glazer S. Organisational role stress. In Barling J, Kelloway K, Frone MR (editors) Handbook of work stres. First ed. California:Sage publications. 2005:17-18
- Spector PE Perceived control by employees: A meta-analysis of studies concerning autonomy and participation at work. Human Relations, 1986; 39, 1005-1016.
- Jex SM, Cvetanovski J, Allen SJ. Self esteem as a moderator of unemployment. Journal of social behaviour and personality. 1994;9(1):69-80
- Jex SM Organisational psychology: a scientist-practitioner approach. New York: John Wiley & Sons, 2002, 179-207
- Freudenberger HJ. Staff burnout. Journal of Social Issues, 1974; 30, 159-165.
- Maslach C, Jackson SE. . Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Pres 1981.
- Pines A, Aronson E. Career Burnout: Causes and Cures, New York: Free Pres, 1988; 9.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter M. Maslach Burnout Inventory. Manual, 3rd ed, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Pres, 1986.
- Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (editors). Handbook of Work and Health Psychology 2. ed Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2003: 383-427
- Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? Occup. Med. 2000, 50, 512-517,
- Fridner A, Belkic K, Marini M, Minucci D, Pavan L, Schenck-Gustafsson K. Survey on recent suicidal ideation among female university hospital physicians in Sweden and Italy (the HOUPE study): cross-sectional associations with work stressors. Gend Med. 2009;6(1):314-28.
- van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. Arch Suicide Res. 2008;12(4):344-6
- Appels A, Mulder P. Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. European Heart Journal, 1988; 9, 758-764.
- Appels A, Golombeck B, Gorgels A, De Vreede J, Van Breukelen G. Psychological risk factors of sudden cardiac arrest. Psychology and Health, 2002; 17(6), 773.
- Hallman T, Burell G, Setterlind S, Oden A, Lisspers J. Psychosocial risk factors for coronary heart disease, their importance compared with other risk factors and gender differences in sensitivity. Journal of Cardiovascular Risk, 2001; 8(1), 39-49.
- Schuitmaker GE, Dinant GJ, Van Der Pol GA, Verhelst AF, Appels A. Vital Exhaustion as a Risk Indicator for First Stroke. Psychosomatics 2004; 45:114-118
- Raikkonen K, Keltikangas-Jarvinen L, Adlercreutz H, Hautanen, A. Psychosocial stress and the insulin resistance syndrome. Metabolism, 1996; 45(12), 1533-1538.
- Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated cortisol levels. Journal of Psychosomatic Research, 1999; 46(6), 591-598.
- Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular disease. Behavioral Medicine, 1992; 18, 53-60.
- Shirom A, Westman M, Shamai O, Carel RS. Effects of work overload and burnout on cholesterol and triglycerid levels: The moderating effects of emotional reactivity among male and female employees. Journal of Occupational Health Psychology, 1997; 2, 275-288.
- Shirom A, Melamed S, Toker S. Burnout and Health Review: Current Knowledge and Future Directions. International Review of Industrial and Organisational Psychology 2005. 20, 269-300
- National Institute for Occupational Safety and Health. Overtime and Extended Work Shifts: Recent Findings on Illnesses, Injuries, and Health Behaviors, 2004.
- Sandström A, Rhodin IN, Lundberg M, Olsson T, Nyberg L. Impaired cognitive performance in patients with chronic burnout syndrome. Journal of Biological Psychology, 2004; 69(3), 271-279
- Koob GF. Behavioral responses to stress: focus on corticotropin-releasing factor. In: Stress: Neurobiology and Neuroendocrinology, eds. Brown MR, Koob GF, Rivier C. Marcel Dekker Inc. 1991
- Yurdakoş E: Lecture Notes on Neurophysiology, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2001.
- Sertöz ÖÖ, Binbay İT, Elbi HE. Tükenmişliğin Nörobiyolojisi: Hipotalamus-Pituitar-Adrenal Eksenini ve Diğer Bulgular. Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19(3): 318-328
- Daek T, Panksepp Stress, Sleep, and Sexuality in Psychiatric Disorders, J Textbook of biological psychiatry Panksepp J(editör) 1. edition , 111-143

Mavi At'ın Öyküsü: Bir Şehir, Bir Hekim, Bir Devrim

Doç. Dr. Haldun Soygür

Şizofreni Dernekleri Federasyonu Başkanı

Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara

Trieste...

Akdeniz'de İtalya'nın Adriyatik kıyılarındaki bu küçük şehir pek çok insan için farklı çağrışımlar yaratabilir.

Bir edebiyatçı için, James Joyce ya da Italo Svevo'nun anılarıyla birlikte olmayı...

Sıradan bir turist için, eski Yugoslavya coğrafyasına ucuz yolu bir geçiş olanağı yaratmayı...

Bir öğrenci için farklı kültürlerden ve farklı ülkelerden gelen öteki öğrencilerle bir hoşgörü ikliminde dolaşmayı...

Deniz meraklıları için sıcak bir Akdeniz limanını...

Bir ruh hekimi için ise Trieste, toplum psikiyatrisi kavramının ilk kez yaşama geçirildiği bir devrimin coğrafyası olarak anlam kazanır.

Yetmişli yılların başında İtalya'da büyük akıl hastanelerinin kapatılmasını ve toplum içinde tedavi anlayışını amaçlayan bir hareket başlatılmıştı.

1971'de Trieste'deki akıl hastanesinde 1200 hasta "yatıyor"du. İtalyan sağlık sisteminde o dönemde gerçekleştirilen reformlarla birlikte, ruh sağlığı bütçesinin % 94'ü toplum odaklı merkezlerin kurulmasına, sağlık ve sosyal hizmetlerin entegre edilmesine ayrıldı.

Bu dönüşümün sonrasında, hastaların iş edinme oranlarında artış, işlevselliklerinde yükselme ve suç oranlarında azalma gözlemlendi.

1974 yılına gelindiğinde ise, hastanenin kilitli kapıları açıldı ve hastaların diledikleri zaman dışarı çıkmalarına fırsat verildi. Hastane yıkıldı ve hastane çalışanları ile halk ele ele vererek



iki buçuk metre yüksekliğinde, ahşaptan mavi bir at yaparak hastanenin girişine yerleştirdiler.

Geçmişte hastane faaliyetleyen hastane çalışanlarından başka hiç kimsenin dışarı çıkma hakkı olmadığı kurumdan çıkmasına izin verilen tek canlı çamaşırhaneden kirli çamaşırları dışarı götüren bir attı.

Köklü değişiklikle birlikte bu at bir bakıma özgürlüğün ve toplumdaki kopmamanın bir sembolü haline geliyordu.

1980 yılında Dünya Sağlık Örgütü Trieste deneyimini şu sözcüklerle değerlendirmişti: "Ruh sağlığı merkezlerinin, grup evlerinin ve destekleyici toplum sisteminin sağlanması, akıl hastanesindeki yatak sayısındaki düşüşle eş zamanlı olmuştur."

Hastane koğuşlarının kapatılmasıyla hastane çalışanları ve hastalar toplumu bütünlüştürmüş, sorumluluğa ara verilmemiş ve adeta tedavi ekibi ve hastalar, büyük-depo akıl hastanelerinin ortadan kaldırılması (deinstitutionalization) girişimini birlikte gerçekleştirmişlerdir.

Bu etkileyici öykünün baş mimarı ise Dr. Franco Basaglia idi.

Dr. Basaglia, psikiyatri eğitimini Padua Üniversitesi Nöropsikiyatri bölümünde tamamladıktan sonra on dört yıllık akademik kariyerini bırakarak Gorizia Akıl Hastanesinde yönetici olarak çalışmaya başlamıştı.

Gorisa'da çalışırken çalıştığı hastanenin toplum temelli tedaviye yönelmesi için yaptığı ilk girişimler bir laboratuvarında büyük bir çalışmanın öncesinde yapılan ön hazırlıkları anımsatıyordu..

Pek çok insan onu anti-psikiyatri akımının bir temsilcisi olarak değerlendiriyor; o ise kendisini “demokratik psikiyatri” akımının bir neferi olarak değerlendiriyordu.

Basaglia için özellikle önemli olan, hastayı geleneksel tanı ölçütlerinin dar sınırları içine yerleştirmek ve bununla sınırlı kalmanın ötesine geçebilmek ve hastaları birer insan olarak kavrayabilmektir.

Onu akıl hastalığı kavramını reddettiğini düşünerek eleştiriyorlardı ama o akıl hastalığını değil akıl hastalığının “etiketini” reddettiğini ifade ediyordu.

Basaglia için bizzat özgürlüğün kendisinin tedavi edici bir etkisi vardı.

Doğrudan doğruya “kapatılmak” ise bir bakıma “kurumsal nevroz” yaratıcı bir etken olarak kendisini gösteriyordu.

Hastaneler açık olmalıydı...

Basaglia için hastaların yaşadıkları mekanın kurum mimarisini yansıtması ve her birisi için gerekli kişisel alanı içermesi; hastalara kendilerini ifade edebilecekleri alanların sağlanması başlıca gerekliliktir.



Dr. Franco Basaglia

Her hasta kendi başına bir kimlik, kendi başına bir öykü, kendi başına kendi yaşam hikayesinin kahramanı idi...

Esas olan, onları yeniden bu kimlikle, bu öyküyle, bu kahramanlıklarıyla buluşturabilmektir.

Basaglia, ilk kez, 1977 Haziran ayında, hastaneden topluma geçişin temellerini attı.

Kurduğu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ile ilk bakışta ekonomik olarak “ateş pahası”, ancak orta ve uzun erimde yarar-zarar oranı yüksek olan bu uygulamanın manevi getirileri ise “paha biçilemez” nitelikteydi.

Trieste'yi görmedim.

Avrupa'nın güneyinde hoşgörünün ve özgürlüğün sembolü olan bu şehri görmek ve Mavi At'a gülümsemek istiyorum.

Basaglia'nın sesi şehrin sokaklarına bir özgürlük şarkısı gibi sinmiş olmalı...

Mavi At Kafe Kültür Yaşam Ortamı : Şizofreni Hastaları için İstihdamdan Toplumla Bütünleşmeye

Doç. Dr. Haldun Soygür

Şizofreni Dernekleri Federasyonu Başkanı

“Biz'i birleştiren bağ seçilebilir bir şey değil. Biz kardeşiz. Paylaştığımız şeylerle kardeşiz. Hepimizin tek başına çekmek zorunda olduğu acıda, açlıkta, yoksullukta, umutta biliyoruz kardeşliğimizi. Biliyoruz çünkü onu öğrenmek zorunda kaldık. Biz'e birbirimizden başka kimsenin yardım etmeyeceğini, eğer elimizi uzatmazsak hiçbir elin biz'i kurtaramayacağını biliyoruz. Uzattığımız el de boş tıpkı benimki gibi. Hiç bir şeye sahip değilsiniz. Hiç bir şey sizin malınız değil. Özgürsünüz. Sahip olduğunuz tek şey ne olduğunuz ve ne verdiğinizdir... Vermediğiniz şeyi alamazsınız. Kendinizi vermeniz gerekir. Devrim'i satın alamazsınız. Devrim'i yapamazsınız. Devrim olabilirsiniz ancak. Devrim ya ruhunuzdadır ya da hiç bir yerde değildir...”

Ursula Le Guin, Mülksüzler

Doksanlı yılların ikinci yarısında İstanbul’lu şizofreni dostları ilk şizofreni sivil toplum örgütünü kurduklarında, onlara omuz verirken hepimiz aynı amaçların çevresinde bütünleşmiştik. Şizofreni hastalarının ve diğer ruhsal hastalıkların tedavisini, rehabilitasyonunu, hasta ve hasta yakınlarının dayanışmasını ve toplumun desteğini sağlamayı; hastaları toplum dışına iten damgalayıcı anlayışlara karşı mücadele etmeyi, hastaların yasal hakları konusunda bilgilendirme çalışmalarını yapmayı ve şizofreni ile ilgili bilimsel çalışmalara destek vermeyi; hasta veya hasta yakını olarak hastalıktan etkilenen bireylerin moralini olabildiğince yüksek düzeye çıkarmak ve bunu devam ettirmeyi; hastalığın sebep olduğu işgücü/ emek, üretim, zaman ve diğer ekonomik değer kayıplarını en aza indirmek, kişilerde ruhsal, fiziksel ve sosyal iyilik halinin oluşumuna katkı sağlayarak toplumsal fayda oluşturmayı hedeflemiştik. Aradan geçen onbeş yıl içinde, hastaların hastane ve ev bakımı dışında da sosyal yaşama uyum sağlayabilmeleri ile ailelerin de ortak sorunlar etrafında bir araya gelebilmeleri ve yardımlaşma, paylaşım ve dayanışma için örgütlü davranmayı yönlendirmek ve toplumsal kaynakları harekete geçirmek için uğraş verdik. Hasta ve hasta yakınlarının sorunlarını rahat bir ortamda tartışıp çözümler

üretebilmelerini sağlamak, yararlı olacağı düşünülen çeşitli uğraşı, eğlence ve aktiviteler düzenlemek için çabaladık. İlaç tedavisi ve ruhsal-toplumsal tedaviler, sosyal güvenlik ve sosyal yardım hakları konusunda bilgilendirmeler yapıp çözümler üretmek, hastaların iş eğitimine destek vermek, sosyal ve mesleki rehabilitasyon konularında çalışmalar yapmak için dindik Bireysel ve giderek toplumsal ruh sağlığı için şizofreni ve diğer ruhsal hastalıkların utandırılması ve saklanması gereken hastalıklar olduğu düşüncesini toplum zihninden silerek hastalığın gizli seyir ve varlığına engel olmak için çalışmalar yapmak için uğraştık. Toplumun hastalara karşı anlayışlı, ilgili, duyarlı, şefkatli, sabırlı ve vicdanlı bir tutum edinmesini sağlamak, hastalık hakkındaki önyargı, damgalama ve yanlış bilgileri yıkmak için sabırla gayret sarfettik.

Bu süreçte İstanbul, Ankara, İzmir, Manisa, Bursa, Gaziantep, Samsun’daki dernekleşme çabaları bizleri Şizofreni dernekleri federasyonu çatısı altında birleştirdi. Ülkemizde ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasını önlemeyi temel görev edinen koruyucu ruh sağlığı anlayışının ülkeyi yönetenler dahil toplumun her kademesinde yerleştirmek ve yaşama geçirmek, ruhsal bozukluklar ortaya çıktığında mevcut tüm tedavi olanaklarını



Prof. Dr. Orhan Öztürk açılış konuşmasını yapıyor...



hastalıktan muzdarip birey için seferber etmek, ve tedavi sonrası bireyin sevmek ve üretmek kapsamındaki yetilerini ifade edebilmesi için olabilen en kapsamlı zemini oluşturmak ortak ufkumuzdu. Bu ufuk doğrultusunda şizofreniden etkilenen ve şizofreni ile ilgilenen tüm bireyleri bir araya getirmeyi; Türkiye’de ulaşılmadık şizofreni hastası bırakmamayı, üyelerimizin sayısını olabildiğince artırmak ve şizofreni ve toplum ruh sağlığı konularındaki nitel birikimlerini olabildiğince geliştirmek için çaba vermeyi, şizofreni de dahil ciddi ve süregelen ruhsal bozukluğu olan bireylerin korunma, tanı, tedavi ve esenlendirilme süreçlerindeki çağdaş tüm kazanımlardan yararlanmak için devletimizi harekete geçirmeyi, toplumun başta şizofreni olmak üzere ruhsal bozukluklarla ilgili olumsuz önyargıları ve ayrımcılığına karşı mücadele etmeyi ve Ruh Sağlığı Yasasının bir an önce çıkarılması için aktif katkıda bu-

lunmayı görev bildik. **İlkelerimiz; özgürlük - eşitlik - kardeşlik- dayanışma** ve birey için toplum, toplum için birey anlayışı idi. “Şizofreni için Toplum Önderleri” projesi ile şizofreni dostlarının şizofreni ve sivil toplum örgütlenmesini öğrenmeleri için üç ilde çalıştay gerçekleştirdik. Anadolunun dört bir yanından şizofreni hastalarının resimlerini bir araya getirerek “Onların Resimleri” sergisini düzenledik. Şizofreni doğru anlaşılmalı diye “Bizzizonlar”belgeselini oluşturduk. Şizofreni ile ilgili damgalama ve ayrımcılığa karşı paneller, kongreler, yürüyüşler yaptık. Şizofreni hastalarının yaratıcılığını ortaya koymak için “Ateşin Düştüğü Yerden Öyküler”i bir araya getirdik. Korkunun krallığını yıkmak için halkı “Korku Tırı’na” binmeye davet ettik. Derneği psikoloji öğrencileri için “Hayat Bilgisi” dersi mekanı olarak sunduk. Sonra...



Mavi At Cafe kapısında gülümseyen yüzler...



Doç. Dr. Haldun Soygür

Karış karış yaşama

Çalışmak ve iş sahibi olmak tüm insanların yaşamında ve yaşamlarında doyum sahibi olmada çok önemli bir etkiye sahiptir. Günlük yaşamımızdaki temel ihtiyaçlara sahip olmaya giden yolda doğal olarak bir gelire ve istihdama ihtiyacımız vardır. Daha da önemlisi çalışmak, bireyin içinde yaşadığı topluma ait olma hissini, üretkenliğini ve özgüvenini sağlayan bir eylemdir. Şizofreni ile birlikte yaşarken, çeşitli düzeylerde düzelmeye veya iyileşme gösteren bireyler için toplumla bağ kurmak ve onların gündelik yaşamlarındaki düzenlerini sağlamak açısından ise ciddi bir gerekliliktir. Malesef çalışmanın sunduğu bu olanaklardan şizofreni hastaları toplumun çoğunluğunda yaygın olan damgalanma nedeniyle gerektiğince yararlanamamaktadır. Toplum, ruhsal rahatsızlığı olan kişilerin topluma katkıda bulunabilecek ölçüde asla iyileşmeyeceklerini, dengelerinin tümüyle bozulduğunu, ne zaman ne yapacaklarının belli olmadığını ve çevreye zarar verebileceklerini düşünebilir. Bu olumsuz önyargılar şizofreni hastalarının

topluma katılmalarını çalşarak işlevsel olma ve gelişmelerini engelleyecek davranış ve tutumlara yol açmaktadır. İş verenler şizofreni hastalarının iyi işçiler olmayacaklarını, üretmeyeceklerini ve “başlarına dert olacağını” düşünerek, mevcut yasalara rağmen onlara iş vermeme ısrar etmektedir. Bir biçimde iş sahibi olanlar ise, sayısız zorluklarla karşılaşmakta ve bu nedenle daha düzelmeleri bir yana, sağlıklarında kötüleşmeye maruz kalmaktadırlar. Bu durum öylesine yaygındır ki, ücretsiz iş karşılığı çalışmak isteyenler bile reddedilebilmektedir.

“Mavi At: İstihdamdan Toplumla Bütünleşmeye” projesi bugüne dek verdiğimiz uğraşların neredeyse en somut çıktısı niteliği taşıyacak bir projedir. Bu projede kısaca şehir merkezinde toplumun hemen her kesiminden insanların uğrak yeri olabilecek bir alanda oluşturulacak bir kafe/ev aracılığı ile hem şizofreni hastalarının bizzat çalışmaları sağlanacak, hem de toplumla bütünleşmelerine olanak tanınacaktır. Bu kafe/evde herkese hizmet verilecek çalışanlar tümüyle şizofreni

İlaç Endüstrisi ve Hasta Kuruluşları ilişkisi için özendirici bir örnek: Şizofreni Dernekleri Federasyonu ve Biofarma işbirliği ile “Mavi At Kafe- Kültür- Yaşam Ortamı”nın Doğuşu

İstihdamdan Toplumla Bütünleşmeye: Mavi At Kafe-Kültür Yaşam Ortamı Projesi bu sayfalarda tanıtılmıştı. Bu proje bir yandan şizofreni hastaları için çalışma olanağı sağlamayı ve toplumun şizofreni karşısındaki damgalama, dışlama ve ayrımcılık tutumunu azaltmayı hedeflerken, bir yandan da ilaç endüstrisi ve hasta kuruluşları arasındaki ilişkinin etik kurallar çerçevesinde yaşama geçirilmesini temsil eden başarılı bir örnek oluşturdu. Biofarma, şizofreni hastalarının çalıştığı kafenin kuruluşuna ve yaşamasına kayıtsız koşulsuz bir destek sunarken, **İlaç Endüstrisi ve Hasta Kuruluşları İlişkisi Uygulama Kurallarına ilişkin olarak örnek ve özendirici bir tutum sergiledi. Biofarma Genel Müdürü Umur Südekan** kafenin açılış gününde yaptığı konuşmada, amaçlarının Türk tıbbına ve halkına saygının bir gereği olarak her zaman bu tür projelere destek vermek olduğunu vurgulamış ve ilaç endüstrisinin temel sorumluluklarından birisinin de bu türden projelere destek vermek olduğunu vurgulamıştı. Südekan bu sözleri ile, ilaç endüstrisi için en az “iyi klinik uygulamalar”, “iyi ilaç uygulamaları” “iyi laboratuvar uygulamaları” kadar **“iyi toplumsal uygulamalar”**ın önemine de dikkat çekmiş oluyordu. Avrupadaki hasta kuruluşları ile işbirliği içinde Avrupa İlaç Endüstrisi Birlikleri Federasyonu (EFPIA) tarafından geliştirilen “İlaç Endüstrisi ve Hasta Kuruluşları Arasındaki İlişkiler İçin Uygulama Kuralları Belgesi”ndeki ilkelerle tümüyle uyumlu bu projeye katkıları için Biofarma’ya teşekkürü borç sayıyoruz.

Doç. Dr. Haldun Soygür
Şizofreni Dernekleri Federasyonu Başkanı

hastalarından ibaret olacaktır. Destek vermek isteyen gönüllülere kafenin kapısı her zaman açık olacaktır. Hasta yakınlarından ve gönüllülerden oluşan bir grup fiili iş birliği yapacak ve ruh sağlığı ekibi kafe/kültür-yaşam ortamı ile bağlantısını gönüllü ve daimi olarak sürdürecektir. Burada, sunulan hizmetin yanı sıra, çeşitli üreticilik ve yaratıcılık içeren etkinlikler de düzenlenecektir. Böylelikle hastalarımızın hem çalışarak para kazanabileceklerini kanıtlayabilmeleri, hem de toplumla bütünleşmeleri için olanak tanınmış olacaktır. Projenin başarılı bir biçimde tamamlanabilmesi, ülkemizin ruh sağlığı pratiği açısından ciddi bir devrim niteliği göstermiş olacak ve özendirici bir model oluşturacaktır. Mavi At'ın amacı özetle aşağıdaki gibidir:

Şizofreni hastalarının çalışmalarına olanak sağlamak, bu yolla onların özgüvenlerini, yaşam kalitelerini ve toplumun bir parçası olma hedeflerine katkıda bulunmak;

Hasta yakınlarının “kuru” bir bilgiyle eğitilmelerinin ötesinde, başka hasta yakınlarının hastalarıyla da birlikte iş birliği yaparak hastalıkla mücadele için gerekli olan bilgi ve becerilerini artırmak; tükenmişlik duygusu ile burun buruna yaşayan bu insanların canlanmaları ve umut duygusu oluşturmalarına katkıda bulunmak;

Toplumunu oluşturan bireylerin bu kafe/evden hizmet alarak ve hastalarla iç içe olarak onlara ilişkin olumsuz önyargı ve tutumlarını değiştirebilmeleri için fırsat yaratmak;

Sınırlı olanaklar içinde çalışan Şizofreni Dernekleri Federasyonu'nun amaçlarını gerçekleştirebilmesi için mali destek sağlamak.

Sonuç

5 Haziran 2009'da Mavi At Kültür Yaşam Ortamı hayalden gerçeğe dönüştü. İlk çay söylendi, ilk türkü hep birlikte söylendi (*kayınların arasında bir pencere sarı sıcak*), ilk yürek çarpıntısı yaşandı. En önemlisi ne oldu biliyor musunuz? hani biz künt duygulanım deriz sonra da PANSS ölçeğinde puan veririz ya, işte o künt duygulanım denizinde kimbilir kaç çift göz ışıldıyarak ve gülümseyerek bütün ölçeklere meydan okudu. Mavi At şimdi çalışıyor, ön yargılardan arınmış bir mekanda aynı ve ayrı olmayı tattırıyor; Kimsenin dışlanmadığı, kimsenin yok sayılmadığı bir dünya için kapısını açık tutuyor. Nazım ustanın dediği gibi:

“Saksular konuldu pencerelere

alt katlarında.

İlk balkonlara güneş taşıyor kuşlar

kanatlarında.

Bir yürek çarpıntısı var her putrelinde

her tuğlasında

her kerpicinde.

Yükseliyor, yükseliyor yapı

kanter içinde”

10. Psikiyatri Güz Okulu: “Psikiyatride Vaka Formülasyonu ve Sınıflandırma Sistemleri”

Doç. Dr. Burhanettin Kaya

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu Üyesi

Günümüz psikiyatrisi 21. yüzyılın egemen paradigmalarının kıyasıya tartışıldığı, yeni paradigma arayışlarının sürdüğü ve etik tartışmalarının sınırlarının zorlandığı bir dönemin özgün örneklerini barındırarak gündemimizi belirliyor. İlaç endüstrisinin ve kapitalist ekonominin yeni devi olarak büyüyen ilaç ve tıp teknolojisinin yarattığı matrix içinde yolunu bulmaya çalışan ruh akıl ve ruh sağlığı, medikal modellerin insana ve yaşama ait her şeyi “biyolojikleştirdiği” bu dönemde bu eğilimle insanın duygu, düşünce ve davranışlarını sosyal ve kültürel etkenlerden arındırarak olması gerekenin ötesinde “psikolojize” ederek game alma, ehlileştirme eğilimi başat yürüyor. Psikiyatrik hastalıkların sağaltımında ilacın koşulsuz egemenliği, psikiyatri eğitiminde psikoterapinin yerini daraltıyor, gücünü ve etkisini azaltıyor. Bir hastayı bütüncül çerçevede anlamak zorlaşıyor ve bu baskın biyolojik indirgemeci eğilim ruhsal kavramlara anlama vermede etkisini daha çok gösteriyor. Bütüncül yaklaşımın da özünde biyolojik modelin baskınlığını taşıdığı için altını çizmeliyiz. Bütüncül kavramının da her bir örnekte, araştırmada ve hasta bireyin biricik öyküsünde diyalektik bir bakışla yeniden tanımlanması zorunluluğu giderek daha fazla ortaya çıkıyor.

Bir hastayı anlama-formüle etme yanında tedavi etme sürecinde de bir evrim yaşanıyor. Psikoterapi de bu süreçte yeni arayışlara yöneliyor, değişimlere uğruyor ve yeniden biçimleniyor. Psikiyatri eğitimi alan hekimlerin yoğun bir biçimde eksikliğini duydukları, yüksek bedeller ödeyerek bilgi ve becerisini kazanabildikleri bir alan olarak psikoterapinin de gücü her geçen gün artıyor.

Bir tedavi yöntemi olarak, doğası gereği, ilaç tedavilerine benzer biçimde yaygınlaşma potansiyeline sahip olmamakla birlikte sağladığı kalıcı değişiklikler, artan yaşam uyumu ve bireyin yaşamında yeni bir yapılanma oluşturma özelliğiyle daha

çok öğrenilmek, uygulanmak istenen bir tedavi, bir yardım aracına dönüşüyor. .

Güz okulun başlangıcı 1995 yılından bu yana, Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) Elazığ Şubesi ve dernek şubesinin ana iskeletini oluşturan psikiyatri ana bilim dallarının katkılarıyla, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesindeki psikiyatrların sürekli eğitimini önceleyen çalışmalarla bağlantılıdır. Prof. Dr. Süheyla Ünal’ın Gaziantep’te çalıştığı dönemde öncülük ettiği, Bilimsel Görüş Toplantıları adıyla başlayan ve yılda dört toplantıya ulaşan iki günlük yerel toplantıların İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından Malatya’da gerçekleştirilen kısmı 2000 yılından itibaren “Psikiyatri Güz Okulu” adını alarak eylül ayının ilk haftası gerçekleştirilen yoğun, uzun süreli ve etkileşimli bir eğitim programına dönüştürülmüştür. Temel amacı ağırlıklı olarak doğu ve güneydoğuda çalışmakta olan hekimlerin eğitimine katkıda bulunmak iken süreç içinde ülkenin tüm asistanlarına ve uzmanlarına eğitim veren bir okula dönüşmüştür. Okulun temel amacı öncelikli olarak asistan eğitimi ve uzmanlık sonrası eğitime katkı sağlama, farklı bölge ve kurumlarda çalışan psikiyatri asistan ve uzmanları arasındaki bilimsel ve eğitsel iletişimi, mesleki dayanışmayı artırma olarak tanımlanabilir. 2000 yılında gerçekleştirilen ilk güz okulundan bu yana katılımcıların istekleri ve gereksinimleri doğrultusunda bir çok önemli konu ele alınmış, tarihe iz bırakan ve katılımcıların anılarında yer alan bir çok özgün etkinlik ve tartışma gerçekleşmiştir. Bugüne dek gerçekleştirilen güz okullarında Şizofreni, Psikoterapiler, Psikiyatrik Aciller, Temel ilkelere dirençli durumlara psikoterapiler, “Sinaps Kavşağında Psikiyatri” sloganıyla Sinirbilim, Psikiyatri ve Beden, Cinsel İşlev Bozuklukları, Kişilik: Gelişimi ve Bozuklukları, Koruyucu Ruh sağlığı konularını ana konu olarak ele alan okullar gerçekleştirilmiştir. Etkinliklerimizin bir kısmında o yılın teması ile bağlantılı olarak katı-



lımcıların da araştırma, vaka, araştırma projesi ya da tartışma açmaya yönelik bir bildiri sunması olanaklı kılınmıştır. Derslerin etkileşimli olarak sürmesi için sınırlı sayıda katılımcı okula kabul edilmesine özen gösterilmiştir. Bu sayı 40-70 arasında değişiklik göstermiştir bugüne dek.

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalı, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından ve Türkiye Psikiyatri Derneği Eskişehir Şubesinin katkılarıyla düzenlenen Psikiyatri Güz Okulu'nun onuncusu "Psikiyatride Vaka Formülasyonu ve Sınıflandırma Sistemleri" başlığıyla 31 Ağustos 2009-4 Eylül 2009 tarihleri arasında Eskişehir'de Osmangazi Üniversitesi Kongre ve Kültür Merkezinde gerçekleştirildi. Bu yıl okula ülkenin dört bir yanından 63 asistan ve uzman katıldı. Eğitimde ESOGÜ dışında Gazi, İstanbul, Dokuz Eylül, İnönü, Ankara, Kocaeli Üniversitesi ve İsviçre'den katılan 14 eğitici yer aldı. Belirlenen ana konu çerçevesinde çok önemli başlıklarda konuşmalar gerçekleştirildi. İlk gün günümüzde Ruhu ve Davranışı Sınıflandırmak: Neden, kimler için? DSM ve/veya ICD:Görüneni tanımlamak yeterli mi.. gibi konu başlıkları çerçevesinde psikiyatride etkin olarak kullanılan sınıflandırma sistemlerinin ne olduğu, tarihçesi, işlevi, ideolojik temelleri tartışıldı. Hastalık belirtilerinin de görüneni tanımlamanın yeterli olup olmadığı, bu sınıflama çabasının ne tür sonuçlar doğurduğu konusunda konuşmalar yapıldı. Aynı gün Vaka formülasyonunda psikometrik değerlendirmenin nasıl yapılacağı ve hangi ölçeklerin hangi du-

rumlarda etkin biçimde kullanılacağı anlatıldı. Günü sonunda psikiyatrik değerlendirme öncesi kullanılacak formların hastayı anlama ve muayene öncesi değerlendirmede önemine ve olası risklerine vurgu yapıldı.

İkinci gün açılış konusu olan Vaka formülasyonunun ne olduğu ve temel özelliklerini içeren giriş dersinden sonra Psikiyatrik hastalıklarla ayırıcı tanısında önemli yeri olan tıbbi durumlar ve psikiyatride laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleri ne durumda ne zaman yapılmalı... sorusunu araştıran Biyolojik formülasyon anlatıldı. Yapısal formülasyon ve Psikogenetik formülasyon yaklaşımlarından söz edildikten sonra da vakayı formüle ederken risk değerlendirmesinin nasıl yapılacağı ve izlenecek yollar konusunda bilgi verildi. Özellikle intihar ve saldırganlık gibi riskli durumları değerlendirmede temel ilkelerden ve yaklaşımlardan söz edildi. Okulun üçüncü gününün ilk yarısında bilişsel davranışçı formülasyon günün ana konusuydu. Bilişsel-Davranışçı Tedavinin temel ilkelere anlatıldığı ilk bölüm sonrasında bilişsel formülasyonun nasıl yapılacağı, hem tanılma değerlendirme hem de tedavi planı ve izleminde olgu örnekleri üzerinden bilişsel kavramlaştırma ve formülasyonun

"Bir hastayı anlama-formüle etme yanında tedavi etme sürecinde de bir evrim yaşanıyor. Psikoterapi de bu süreçte yeni arayışlara yöneliyor, değişimlere uğruyor ve yeniden biçimleniyor. Psikiyatri eğitimi alan hekimlerin yoğun bir biçimde eksikliğini duydukları, yüksek bedeller ödeyerek bilgi ve becerisini kazanabildikleri bir alan olarak psikoterapinin de gücü her geçen gün artıyor."

nasil oluşturulacağına değinildi. Günün ikinci yarısında ise psikiyatri dünyası için çok yeni olan ve anlatı yoluyla yüzleşmeyi temel alan "Narrativ Exposure Terapi okulunun konusuydu. Uygulamalı olarak gerçekleştirilen sunum hem diğer eğitimcilere hem de katılımcılara yeni ve farklı bir bakış açısı sağladı. Günün sonunda Asperger sendromu olan bir çocuğun yaşadıklarını anlatan BEN X adlı film gösterildi ve film



Güz okulunda ilk ders...Dr. Halis Ulaş

üzerine hem Asperger sendromun tanısı hem de sinema dili ve ideolojisi çerçevesinden yola çıkan tartışmalar yürütüldü. Dördüncü gün ruhsal hastalıkların psikodinamik formülasyonunda farklı ekollerin karşılaştırılmasını içeren bir oturum ile başladı. Psikodinamik formülasyonda tanımlayıcı yaklaşımla süreç yaklaşımının ayrışan ve örtüşen yanlarını, avantaj ve dezavantajlarını gözden geçiren bu oturum, tarihsel süreçte dinamik formülasyonun farklı ekollerin ışığında geçirdiği evrimi görünür kılmaya açısından çok değerliydi. Ardından coğrafya, çevre, kültür, etnisite, dil, cinsiyet, cinsel yönelim, din, mezhep, sosyal sınıf vb. değişkenler açısından hastayı anlamayı içeren “sosyal formülasyon” konusunda bir tartışma yürütüldü. Özellikle sınıf temelli yaklaşımın psikiyatri araştırmaları ve uygulamalarında önemli ve aynı zamanda ihmal edilen bir değişken olduğunun altını çizildiği sunumda sosyodemografik ve kültürel değişkenler gibi genel ifadelerin vakayı formüle etmede yetersiz kaldığına vurgu yapıldı. Son olarak formülasyonda kişilik ekseninin hastayı anlama ve terapiyi planlamada ne denli önemli olduğu, kişilik bozukluklarının psikodinamik formülasyonunun nasıl yapılacağını içeren bir oturum gerçekleştirildi. Dördüncü günün son oturumu ve okulun beşinci günü vaka sunumları, tartışmaları ve formülasyonlarını içeren etkinliklerle tamamlandı. Borderline kişilik organizasyonu olarak değerlendirilen 6.5 yıl ve 3.5 yıl süren iki ayrı vakanın terapi sürecinde sergilediği değişimler ve süpervizyon değerlendirmeleri örneklerle aktarıldı. Üçüncü vaka İstanbul Tıp Fakültesi Sosyal Psikiyatri Servisine başvuran, hem bireysel hem de grup terapilerinin sürdürüldüğü bir vaka tartışmasını içeriyordu. Bu vaka üzerinden psikodinamik çerçevede tanımlayıcı formülasyon ilkeleri aktarıldı. Okulumuzun son sunumu Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı konan ve bilişsel davranışçı kavramlaştırılması yapılan bir vaka tartışmasını içeriyordu. Okuldan beklentilerin değerlendirildiği, geleceğe dönük önerilerin alındığı ve katılımcılara sertifikalarının dağıtıldığı kapanış oturumunun ardından güz okulu tamamlandı.

Psikiyatri Güz Okulunun 11. cisinin 01-05 Eylül 2010 tarihleri arasında “Bilim ve Psikiyatri” başlığıyla Malatya’da gerçekleştirilmesi planlanıyor.

SONUÇ OLARAK...

Katılımcı sayısının artışından kaynaklanan konaklama ve salon gereksinimi artışı gibi pratik nedenler tıp kongrelerinin yüksek maliyetli kongre merkezlerinde ya da konforlu otellerde yapılma zorunluluğu getirmiştir. Bunun yanında bilim çerçevesinin genişlemesi ve alt başlıklarının çoğalması gibi gelişimsel nedenlerle de kongrelerde araştırma sonuçlarının paylaşımı yanında bilgilendirme amaçlı toplantıların yoğunluğu azalmaktadır. Bu nedenle günümüzde küçük ölçekli grup eğitimleri, kurslar, bölge toplantıları yaz ve güz okulları, gezici eğitim seminerleri, önemli alternatif eğitim modelleri özelliği önem kazanmaktadır. Eğitimin standartlarının yükseltilmesi ve eşitlenmesi yanında, bu standartların ülkenin ve psikiyatrinin gereksinimlerine uygun hale getirilmesi, kendini geliştirerek yeniden üreten bir nitelik kazandırılması gibi önemli bir işlevi de içeriğinde barındırıyor. En azından hedeflediği “evren” ve “kitle” açısından. Çünkü bu modeller yoğun, kalıcı ve süreklilik gösteren bir etkileşim ve yaratıcı bir zihinsel aktivite üretiyor. Bireyin etkinliği grubun etkinliğinin temel ögesi oluyor. Bu etkinlik hiç bir zaman turistik beklentilerin gerisinde kalmıyor ya da kurbanı olmuyor. Bunun altını özellikle çizmekte yarar var. Aynı zamanda çok düşük maliyetlerle, mütevazı ve “sponsor” bulmaya gerek kalmaksızın eğitim alınabileceğini ve verilebileceğini de gösteren bir örnek oluşturuyor.

Malatya’da başlayan ve giderek Türkiye’nin okuluna dönüşen “Psikiyatri Güz Okulu” bu amatör ve naif bir ruhla ama profesyonel bir nitelikte gerçekleştirilmiş içtenlikli bir çaba olarak algılanmalıdır. Okulu açanların, ilk dersi verenlerin, ilk adımı atanların arzusu ve çabası, Psikiyatri Derneğinin katkıları ve yeni bilgi öğrenmeye, yeni beceriler kazanmaya, öğrendikleriyle psikiyatride ve hayata müdahil olmaya kararlı genç meslektaşlarımızın, eğitimcilerimizin dinamik çabalarıyla var olmaya devam edecektir. Karar-tıl-mazsa eğer sol mememizin altındaki cevahir...

7. Kıta (*The Seventh Continent*): Bir Film Çözümlemesi

Dr. Halis Ulaş

Türkiye Psikiyatri Derneği Dış İlişkiler Sekreteri

Haneke'nin 1989 yapımı 7. Kıta adlı filmi "Duygusal Buzlaşma" ya da diğer adıyla "Kent Üçlemesi'nin" ilk filmidir. Aynı zamanda Haneke'nin de ilk uzun metrajlı filmidir. Üçlemenin diğer filmleri ise Benny'nin Videosu ve Tesadüfî Bir Kronolojinin 71 Parçası'dır. Haneke 7. Kıta'nın senaryosunu gerçek bir olaydan yola çıkarak oluşturmuştur. Gazetede okuduğu bir haberden etkilenerek ilk uzun metrajlı filminin senaryosunu yazmıştır. Film, mühendis Georg Schrober, karısı Anna ve kızları Evi'nin sıradan görünen ama hiç de sıradan olmayan hikayelerini anlatır. Aile 1989 yılının 11 Ocak'ını 12'sine bağlayan gece toplu intihar ile yaşamlarına son verir. Filmin sonunda Georg'un ailesinin, bırakılan intihar mektubuna karşın, olayın bir intihar değil cinayet olabileceğini iddia ettiğini ve yapılan tüm araştırmalara rağmen cinayeti destekleyecek bir delil saptanmadığını ve davanın kapandığını öğreniyoruz. Tıpkı filmde Haneke'nin izleyiciye intihara dair yeterli neden sunmaması gibi Georg'un ailesi de intihara neden olabilecek bir neden bulamamış olmalı ki olayın bir cinayet olabileceğini iddia etmişlerdir. Oysa Haneke'nin gazetede okuduğu haberde intiharın nedenine dair bazı bilgiler aktarılmıştır. Georg'un çok fazla borcunun olması ve cinsel sorunlarının bulunması okuyucuya intihar nedenleri olarak aktarılmıştır. Haneke bir röportajında bu nedenleri "saçma" bulduğunu ifade etmiştir ve belki de bu nedenle böyle bir senaryo yazma ihtiyacı hissetmiştir. Çünkü Haneke kitle iletişim araçlarının gerçekliği algılayış biçimimizde açtığı yaralar karşısında sonsuz bir öfke duyar ve ekranın, gerçekliği bozduğunu, yıktığını ve yeniden ürettiğini belirtir. Haneke medyanın gerçek söylemine karşı rahatsızlığını şöyle açıklar. "Medya bugün çok tehlikeli bir şey yapıyor; bize manipüle edilmiş imajlar sunuyor ve bunun gerçeklik olduğunu söylüyor. Medyanın yaşamımıza bu denli sızmasından önce, insanların inançları ve bilgileri kendi deneyimleri dâhilindeydi." Bence Haneke'nin bu düşünceleri nedeniyle 7. Kıta'da radyo, televizyon ve gazete filmin başrolerindeki nesnelere.

Haneke 7. Kıta'da parçalı anlatım tekniğini kullanıyor. Haneke ailenin 3 yılını her yıla ait 1'er günlük kesitler sunarak üç bölümde aktarıyor. Haneke bir röportajında parçalı anlatım tekniği ile ilgili olarak "Gerçek her zaman parçalıdır. Gerçeği sadece fragmanlar yoluyla kavrayabiliriz. Gündelik deneyimlerimiz içerisinde çok ufak parçaları görürüz ancak bundan çok daha azını anlayabiliriz." diye belirtiyor.

Filmin birinci bölümü ailenin 1987 yılında yaşadığı bir gününü anlatır. İlk sahnenin ilk planında arabanın plakasının yıkandığını görürüz. Arabanın plaka numarası L 76.236 dır. L'nin Linz kentini simgelediği ve Linz kentinin de Hitler'in geleceğinin düşsel kentini simgelediği düşünüldüğünde filmin ilk saniyesinde izleyiciye kötümser bir gidişin ipucunu verdiği düşünülebilir. Yaklaşık dört dakikalık araba yıkama sahnesi sabit bir planda ele alınır ki, film boyunca üç kez daha bu yıkama sahnesine maruz kalırız. Tüm plan boyunca ön koltukta oturan bir kadın ve erkeğin önlerine bakan silüetlerinin arasındaki boşluktan olup biteni izleriz. Araba yıkama fırçalarının ritmik ve mekanik hareketleri, gürültüleri ve ayrıntıları dışında ne bir cümle ne de bir duygu izine rastlarız. Ancak arabanın yıkanması tamamlandıktan sonra arka koltukta bir çocuğun oturduğunu fark ederiz ve aslında baktığımız boşluğun Evi'nin bakış açısı olduğunu anlarız. Daha sonraki araba çekimlerinde de aynı açı ile Evi olup biteni anlamaya çalışır ancak Evi'nin gördüğü sadece anne ve babası arasındaki boşluktur. Aslında filmle özdeşleşmiş olan araba yıkama sahnesi filmin özeti gibidir. Tüm mekanikliğin arasında sıkışıp kalmış ve kaçma şansı olmayan bir aile...

Arabanın yıkanması tamamlandıktan ve yola çıktıktan sonra Avustralya'yı simgeleyen bir reklam afişi ile karşılaşırız. Haneke bir röportajında bu imgeyi ya çok huzurlu ya da çok huzursuz edici olarak tanımlayarak bunun kararını izleyiciye bıraktığını ima eder. Ben filmin açılış sekansından sonuna kadar pek çok kere gördüğümüz Avustralya tatili reklam afişini, filmin ilk çeyreğinde ve ortalarında özgür bir geleceği imleyen

bir görsel olarak algılarken, filmin sonlarına doğru sessiz, vatterini yitirmiş, ölü bir görsel olarak algıladığımı fark ettim. Peki filmin adı olan 7. Kıta nereden gelmektedir. Bu konuda da Haneke bir kararsızlığı tetikler; çünkü bazı kaynaklara göre dünyada 7, bazı kaynaklara göre de 6 kıta vardır. Örneğin olimpiyat halkaları Antarktika'yı içermemesi nedeniyle toplam 5 halkadan oluşur ve sonuncu yeşil halka Avustralya'yı içerir. Yani dünyada 6 kıta olduğunu kabul eder. Ancak bazı kaynaklar da Kuzey ve Güney Amerika'yı ayrı kıtalar olarak değerlendirerek dünyada 7 kıta olduğunu belirtir. Bu nedenle de "7. Kıta'nın" neresi olduğu bulanıklaşır. Filmde Avustralya görseline dair duygumun farklılaşmasını da göz önüne alırsam, bence filmin ilk yarısında 7. kıta Avustralya iken, filmin sonlarına doğru Kuzey ve Güney Amerika birleşerek kıta sayısı 6'ya düşmüştür ve aile Avustralya'yı yani 6. kıtayı pas geçerek 7. Kıta'ya ölüm yolculuğuna çıkmışlardır.

Filmin başından itibaren filmin kahramanları nesnelere ve ritüellere. "İnsanlar yaşamıyorlar, sadece yapıyorlar" diyen Haneke film boyunca bize yakın plan ve detay çekimler sunar. Detaylar; araba yıkama silindirleri, el-ayak detayları, üç ayrı bardakta üç ayrı diş fırçası, bornoz, kol saati, akvaryum, garaj kapısı ve elbette radyo, televizyon ve gazetedir. Ayrıca her sabah 06.00'da Georg ve Anna'nın uyanışı, Evi'nin uyandırılışı, ayakkabı bağlanması, balıkların yemlenmesi, arabanın yıkanması gibi ritüeller de film boyunca üçer kez karşımıza çıkar. Haneke bunu nesnelere göstermek için değil, yaşamın nesneleştiğini göstermek için yaptığını belirtir. Oysa Haneke bu kadar detayın arasında bir detayı sürekli bizden esirger. "Yüzler". Filmin neredeyse ilk 15 dakikası boyunca asla ailenin yüzlerini yakından göremeyiz. Film boyunca da zorunlu olmadıkça yüzlere odaklanmaz ve sadece yüzlerin görünmesinin zorunlu olduğu planlarda ikincil önemde yüzleri gösterir. Haneke'nin 7. Kıta'da bizden ısrarla esirgediği diğer unsurlar ise iletişim ve duygudur. Film boyunca izleyici diyalog ve duygu konusunda hep eksik bırakılır.

Peki arabanın arka koltuğundaki Evi için bunun anlamı nedir? Bu noktada Winnicott'un "Oyun ve Gerçeklik" adlı kitabında yer alan "Çocuğun gelişiminde annenin ve ailenin ayna rolü" adlı makalesine gönderme yapmak gerekir. Winnicott bu makalesine "Bireyin duygusal gelişiminde aynanın ön biçimi annenin yüzüdür" diye başlar. Ayrıca bebeklerin annenin içinde bulunduğu ruh halini kestirebilmek için annenin de-

şen yüz ifadelerini tıpkı bizim hava durumunu incelediğimiz gibi incelediğini belirtir. Eğer ki annenin yüzü çocuğa cevap vermiyorsa ya da yanlış cevap veriyorsa, o zaman ayna sadece bakılacak bir şeydir, incelenecek bir şey değildir. Yani film boyunca Evi'nin şaşkın ve anlayamayan bakışlarıdır. Bu nokta da Winnicott deforme yüzler çizen çağdaş ressam Francis Bacon'a gönderme yaparak "Güzel bir yüz sessiz bir övgüdür." diye belirtir. Yani baktığımda görüldüğüm, demek ki varım. Baktıklarında kendini göremeyen ya da yanlış gören çocuklar ne yapar? Winnicott bu çocukların öncelikle yaratıcı kapasitelerinin körelmeye başlayacağını ve şu ya da bu şekilde çevreden kendilerine ait bir şeyleri geri almanın yollarını ararlar diye belirtiyor. Tekrar filme dönersek; film boyunca Evi kendi yansımasını anne ve babasının yüzünde göremiyor ya da annesine doğruyu söylediğinde bir şey olmayacağını



düşündüğü halde tokat yiyerek yanlış görüyor. Anne ve babasının yüzünde kendini göremeyen Evi karanlık bir yaşam sürmektedir. Belki de bu yüzden her gece annesinden ışığı kapatmamasını istemekte, ancak her defasında yeniden karanlığa gömülmektedir. Anna Evi'nin yüzüne sanki işyerindeki insanların gözlerini inceliyormuş gibi sadece zorunlu olduğu için duygudan yoksun, teknik bir işmiş gibi bakmaktadır. Dolayısıyla Evi'nin daha filmin başlarında annesinden istediği güzel bir şey film boyunca Evi'ye verilmemektedir. İşte bu noktada Evi'nin birden okulda kör olması anlam kazanır. Haneke Evi'nin körlüğü konusunda bize bir ipucu da sunar. Anna Evi'nin odasını düzenlerken bir gazete haberi görür. Haberde kör olan bir kızın eskisi kadar yalnız olmadığı belirtilmektedir. Evi yalnızlığını kör olarak aşmaya çalışmıştır. Freud'un farklı

bir bağlamda söylediği gibi "Gören gözün körlüğü" ortaya çıkmıştır. Daha sonrasında da okulda birden başlayan kaşıntı da benzer bir yardım arayışıdır. Haneke Evi'nin artık yapacak hiç bir şeyinin kalmadığını çok küçük bir ayrıntı ile filmin 3. bölümünde izleyiciye aktarmaya çalışır. Başlangıç da çok da önemsemediğim bu ayrıntının Haneke'ye olan hayranlığımı biraz daha artırdığını belirtmeliyim. Sözümlü ettiğim ayrıntı Georg'un arabasını sattığı sahnedir. Burada Evi hüznüyle gözlerle Tuna üzerindeki bir nehir gemisinin gidişini izlemektedir. Haneke bu sahnede bir keman konçertosu kullanmıştır. Bu konçerto Alban Berg'e aittir. Adı "To the memory of an angel", yani "Bir meleğin anısına". Bu konçerto ünlü besteci Mahler'in eşinin 17 yaşındaki kızının ani ölümünün ardından Alban Berg tarafından bestelenmiştir. Konçertoyu besteledikten birkaç ay sonra da Alban Berg ölmüştür. Kon-

çertonun bizim dinleyemediğimiz son bölümünde bir koro tarafından “Artık yeterli” denilmektedir. Bu ayrıntı Evi’nin yaşam karşısında çaresizliğini ve yapacak bir şeyinin kalmadığını vurgulamak ister gibidir. Buna rağmen Evi anlamlandıramadığı gelişmeleri ölümünden önce resmetmeye çalışır. Karmaşanın içinde sırtı dönük küçücük sarı saçlı bir kız çocuğu... Filmin sonuna doğru Georg’un, Anna’nın uyarısına rağmen, akvaryumu kırması ile balıkların ölümüne şahit olan Evi ölümün ne olduğu ile gerçek anlamı ile yüzleşmek zorunda kalır ve kurtulmak için avazı çıktığı kadar bağırır, ancak bu çaba hayatta kalması için yeterli olmaz.

Peki Evi’nin bir türlü kendini Anna ve Georg’un aynasında göremiyor olmasının ardında ne yatmaktadır? Bu sorunun cevabı acaba Anna’nın, Georg’un hatta filmdeki diğer insanların (Kasiyer, benzinlikteki görevli gibi) kendilerine ve her şeye karşı yabancılaşmış olmalarında yatıyor olabilir mi? Haneke 7. Kıta’da yabancılaşma ile ilgili birçok veri sunmaktadır. Film boyunca eksik olan iletişim ve duygu bu yabancılaşmanın en önemli göstergeleri olarak sunulmaktadır. Yapılan her şey adeta zaman geçirmek için yapıyordur. Hatta 2. bölümün başlangıcındaki pijamalarla sevişme sahnesi sonrasında saat planına geçilmesi bir görevin tamamlandığı izlenimi yaratır. Zamanın bir türlü geçmediği hissi izleyiciye sürekli hissettirilir. Özellikle sahne geçişlerinde sıkça ve uzun kullanılan karartmalar bu algıyı pekiştirir. Yapılan her şey yapılması gerektiği için ve duygusal katılım olmaksızın yapıyordur filmde, özellikle marketteki kasiyerin mekanik olarak çalışması, ailenin ritüelleri, Anna’nın Evi’ye dua ettirmesi, Georg’un eski patronu ile diyalogu gibi filmde onlarca ayrıntı verilmiştir. Ayrıca izleyici filmdeki en önemli gelişmeleri Anna ve Georg’un, Georg’un ailesine yazdığı adeta birer bilgilendirme raporu niteliğindeki mektuplardan öğrenir bu da filmdeki iletişimsizlik ve duygu yoksunluğunun önemli göstergelerinden biridir. Ayrıca filmin sonlarına doğru eve gelen telefon tamircilerinin, ailenin başına kötü bir şey gelmiş olma ihtimalinden çok, ulaşılmak istenmemenin yasak olması nedeniyle kontrol amaçlı gelmelerinin vurgulanması da bu yabancılaşmanın sistemin bütününe olduğuna bir gönderme olarak düşünülebilir. Dolayısı ile 7. Kıta’da yaşam nesneleşmiştir ve insanların yaşamadığı, sadece yaptığı vurgulanmıştır.

Ben 7. Kıta’da kapitalizmin yabancılaşmanın temel sorumlusu olarak sorgulandığını düşünüyorum. Haneke bir röportajında “Duygusal Buzlaşma” üçlemesinde gelişmiş ülkelerin öyküsünü anlattığını, 3. dünya ülkelerinin bu sorunları anlamasının güç olduğunu bildiğini, çünkü onların başka sorunları olduğunu belirterek bu görüşümü desteklediğini düşünüyorum. Her ne kadar yabancılaşma kavramının tarihçesi 3. yüzyılda yaşamış felsefeci Plotinus’la başlamış olsa da; sonraki dönemlerde onlarca felsefeci, toplum bilimci ve siyaset bilimcinin çalışma konusu olmuştur. Ancak kapitalizm ve yabancılaşma kavramını ayrıntılı olarak Karl Marx incelemiştir. Marx’a göre iki tür yabancılaşmadan söz edilebilir. Bunlardan ilki, doğadan kopuş anlamındaki yabancılaşmadır. İnsan, doğadan koparak kültürel-toplumsal alanda kendine ikinci bir doğa kurmak anlamında, doğaya yabancılaşır. Bu insan oluşu açıklayan nite-

liğiyle olumlu karşılanan yabancılaşmadır, zorunlu bir süreç olarak anlaşılır. İkinci yabancılaşma ise, bizzat kapitalist pazarın ve kapitalist toplumsal sistemin yarattığı yabancılaşmadır. Bunun sonucu olarak insan kendi doğasına yabancılaşır. Böylece insan kendine, kendi emeğine, ilişkilerine, dünyaya ve yaşama yabancılaşır. Kapitalist pazarın bir unsuru olarak işleyen çarklardan biri haline gelir. Marx 1844 Elyazmalarında bu durumu; “İnsanların dünyasının değersizleşmesi, nesnelere dünyasının değer kazanması ile orantılı olarak artar... Emeğin ürettiği nesne üreticiden bağımsız bir erk olarak ona karşı koyar... Emeğin edimselleştirilmesi, onun nesneleştirilmesidir... ve emeğin bu edimselleşmesi ise, kendi gerçekliğinin yitirilmesi, nesneye kölelik, yabancılaşma ya da yoksunlaşma olarak görünür.” şeklinde tanımlamaktadır. Bu noktada filmin son bölümünde ailenin sahip olduğu her şeyi yok etmesi daha fazla anlam kazanabilir. Haneke bu yok ediş eyleminin asla bir özgürleşme süreci olmadığını, hatta filmin en üzücü sahnesi olduğunu belirtiyor. Sonrasında da provakatif bir film yaparak bunun bir özgürleşme süreci olduğunu söyleyebilirdik ama bu bir yalan olurdu diye ekliyor. Yani Haneke bir anlamıyla bilmenin değiştirmeye yetmediğini vurgulamaya çalışıyor.

Haneke’nin filmlerinde medya aracılığı ile sunulan gerçeklikle yaşanan gerçeklik arasındaki açığı farkı da yabancılaşmanın bir parçasını oluşturmaktadır. 7. Kıta’da radyo, televizyon ve gazetenin başrollerde olması bunun bir göstergesidir. Film boyunca dış dünyadan haberleri ağırlıklı olarak radyo ve televizyondan öğreniriz. İran Irak savaşı, Rusya İsrail görüşmeleri, İsrail Arap çatışmasına dair bilgiler aktarılır. Gerçeklik gazete, radyo ve televizyon aracılığı ile öğrenilmeye çalışılır. Ancak ailenin yaşadığı öznel gerçeklikle sunulan gerçeklik arasındaki fark ölümlerinden hemen önce ironik olarak izleyiciye aktarılır. Evde parçalanmamış tek eşyanın televizyon olması ve Jennifer Rush’ın ailede eksik olan şeyi yani duyguyu ve yüzü kullanarak Aşkın Gücü adlı şarkıyı söylemesi bu ironinin neredeyse ete kemiğe bürünmesidir. Haneke bu yaklaşımı ile de adeta medyayı devletin ideolojik aygıtları arasında sınıflayan Louis Althusser’e selam göndermektedir.

Şimdi de filme dair temel soruya dönelim. Schrober ailesi neden topluca intihar etti? Haneke bunun cevabına dair sadece bazı fragmanlar sunar ve izleyicinin kendi öznel gerçekliği çerçevesinde yanıtı bulmasını ister. İntihar bir çok biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkisi ile ortaya çıkmaktadır. İntiharın nedenleri beyindeki nörotransmitter değişikliklerinden, intiharın psikoanalitik ve sosyal kuramlarına kadar bir çok çalışmanın konusu olmuştur. İntihar’ın psikoanalitik ve sosyal nedenleri Durkheim’dan Freud’a, Menninger’den Ringel’e, Henseler’den Schneidmann’a, Kind’dan Odağ’a kadar onlarca kuramcının çalışma konusu olmuştur. Ancak tüm kuramların tek başına intiharı açıklamada yetersizlikleri Odağ tarafından belirtilmektedir.

Haneke’nin ailenin toplu intiharı ile nedensellik ilişkisi kurabilmemiz için sunduğu veriler arasında yer alan Anna’nın 2. araba yıkama sahnesinde ağlaması ve erkek kardeşinin depresyon tedavisi almış olması daha biyolojik bir gönderme

olarak düşünülebilir. Filmde medya aracılığı ile öğrendiğimiz dünyadaki olumsuz gelişmeler (2. Dünya savaşının çıkışı sonrasında Stefan Zweig ve karısı Carlote Altman'ın birlikte intiharı ile ilişkilendirilebilir) yaşamın anlamsızlığına bir gönderme olabilir, ölümlü trafik kazasının izleyiciye aktarılması yaşamın öngörülemez ve acımasız olduğu düşüncesinin izleyiciye hissettirilmesi olabilir ve kapitalizmden kaynaklanan yabancılaşma da ailenin intiharına neden olmuş olabilir.

Peki neden hangisidir? Bence bahsettiğim nedenlerden hiçbiridir. Haneke gerçeğin her zaman parçalı olduğunu ve gerçeği sadece fragmanlar yoluyla kavrayabileceğimizi yine ve yeniden vurguluyor. Filmin son sahnesinde Georg'un, Evi ve Anna'nın ölümü sonrasında 7. Kıta'ya ulaşabilmek için yatakta sırasını beklediğini görürüz. Karlı televizyon artık

sunulan gerçekliğin sona ermiş olduğunu bize hissettirir ve hızlı geçişlerle öznel gerçekliğe ait fragmanları görürüz. Araba yıkama silindiri, trafik kazası sonrası ölenlerin kanlı vücutları, yıkım malzemeleri, can çekişen balıklar, Georg'un eski patronu, telefon, Anna'nın film boyunca sadece birkaç dakikalığına gördüğümüz duygu dışavurumları, boş sokak, yazar kasa, işine yabancılaşmış kasiyer ve benzin istasyonu çalışanı, Evi'nin oyuncuğu, Georg'un anne ve babası, intihar mektubu, Evi... Bence Haneke son sahnede hızlı geçişlerle bize toplu intiharın arkasındaki gerçeği anlatmıyor sadece gösteriyor. Böylece toplu intiharın ailenin ölümüne kadar yaşadığı fragmanların bütününden ve hatta daha fazlasından kaynaklandığına ve nedenin "gerçekliğini yitiren gerçek" olduğuna işaret ederek yine izleyicisini sarsıyor.

SAĞLIKLI BİR GELECEK İÇİN
RUH SAĞLIĞINIZI KORUYUN

**KRİZE
RUHSAL
DESTEK**

11 Haziran 2009 Perşembe Saat: 09:30
Nilüfer / Bursa
Nilüfer Belediyesi Uçur Mumuk Sahnesi
Beşim: Kallık Sıcağı Kat: 3 Alaseler

Kültürden Bizeyi İyeliyor

0312 468 74 97
www.psikiyatri.org.tr



TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ 10 EKİM DÜNYA RUH SAĞLIĞI GÜNÜ BASIN AÇIKLAMASI

ÜLKEMİZİN BİR “RUH SAĞLIĞI YASASI”NA, HERKEŞ İÇİN, ULAŞILABİLİR, YAYGIN RUH SAĞLIĞI HİZMETİNE İHTİYACI VAR...

Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu tarafından her yıl kutlanan **10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü**nde ülkemizin ve dünyanın önemli ruh sağlığı sorunlarını, ruh sağlığı politikalarını ve ilişkili konuları yeniden toplumun ve kamuoyunun gündemine taşımak amacıyla bir kampanya başlatmıştır. **Ruh sağlığını ve ruh sağlığı hizmetlerini tüm dünyada, tüm ülkelerde toplumun tüm kesimlerinin öncelikli konusu yapmak, küresel bir öncelik haline getirmek** için gereken çabaları sürdürmektedir. Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu bu yıl ana konusunu **“ruh sağlığını geliştirmek, birinci basamakta ruh sağlığı hizmetlerini yaygınlaştırmak ve ruhsal tedavi olanaklarını artırmak”** olarak belirlemiştir.

Ülkemizdeki koruyucu ruh sağlığı ve ruh sağlığı tedavi hizmetlerinin yetersizliği göz önüne alındığında, ruh sağlığı hizmetinin birinci basamak sağlık kurumlarında bir kamusal hizmet olarak yaygınlaştırılması, ücretsiz ve ulaşılabilir bir niteliğe kavuşturulması, bunun yanında “ruh sağlığının geliştirilmesini” sağlayan bir toplumsal sağlık projesinin yaşama geçirilmesinin gerekliliğini gösterdiği açıktır.

RUH SAĞLIĞININ TOPLUMSAL BOYUTU

Sağlık dendiğinde çoğunlukla beden sağlığı anlaşılmaktadır. **Oysa sağlık, ruh sağlığı ve beden sağlığının bütünüdür. Ruh sağlığı olmadan sağlık olmaz.**

Beden sağlığı ruh sağlığını da etkiler: Birçok kişide bedensel hastalık ortaya çıkabilir. Beden hastalığı olanlar ciddi ruh sağlığı sorunlarıyla karşılaşma riski altındadır. Hem bu bedensel hastalığın kendisi hem de tedavi süreci kişide düşünce ve duyguları etkiler. Ciddi bedensel hastalıklar insanda belirsizlik, gelecek endişesi, umutsuzluk; ağrı veya ameliyatla başa çıkma, tedaviye alışma, hastalığın yarattığı yeti yitimine uyum sağlama güçlüğü, başkasına bağımlı olma korkusu yaratır.

Öte yandan, ruh sağlığı genel sağlıkla bağlantılıdır. Ruhsal hastalığı olan kişilerde bedensel sağlığa yönelik olumsuz-zararlı davranışlar artar, ruhsal sorunlar ve stres diğer bazı bedensel hastalıklara zemin hazırlar ya da var olan bedensel hastalıkların gidişini kötüleştirir.

Ruhsal hastalıklar yaygın kanının tersine toplumun küçük bir kesiminde değil, geniş bir nüfusta görülür. Ruhsal hastalıklar kişinin gerçekte ilişkilerini bozacak derecede ağır akıl hastalıklarıyla sınırlı değildir. Hatta bu tür ağır hastalıklar bütün ruhsal sorunların küçük bir oranını oluşturur. Öte yandan söz konusu ağır ruhsal hastalıklar da günümüzde tedavi edilebilen hastalıklar kapsamındadır ve bu hastalığı olanların tedavi haklarını eksiksiz kullanmaları yönünden etkin bir toplumsal düzenlemeye gereksinim duyulmaktadır.

Ruhsal hastalıklar toplumun bütününe ilgilendiren bir sorundur Ruhsal hastalıklar sık görülür. Sıklığı ve yaygınlığı giderek artmakta toplumun her kesimini etkilemektedir. Ruhsal hastalıklar tedavi edilmezlerse bireysel, toplumsal ve maddi kayba neden olmaktadır. Günümüzde insanların % 25’i- **her dört kişiden biri-** yaşamlarının bir döneminde ruhsal hastalıklardan etkilenmektedir. 75 yaşına gelmiş kişiler arasında herhangi bir ruh hastalığı yaşamış olanlar yandan daha fazladır (% 50.8). Belli bir zaman diliminde nüfusun %10’unda ruhsal hastalık görüldüğü bildirilmektedir.

Bugün dünya üzerinde **450 milyonu aşkın insanın ruhsal sorunları olduğu, 20 milyonu aşkın kişinin de ruhsal sorunlar nedeniyle yardım**

DÜNYA RUH SAĞLIĞI GÜNÜ

10 EKİM 2009

Herkes için her yerde

yaygın, ulaşılabilir ruh sağlığı hizmeti

Sağlıklı bir gelecek için ruh sağlığınızı koruyun



Türkiye Psikiyatri Derneği

www.psikiyatri.org.tr



arayışı içinde olduğu bilinmektedir. Birçok birey ruhsal davranışsal sorunları nedeniyle birinci basamakta (sağlık ocaklarında) yardım aramaktadırlar. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran yaklaşık her **dört kişiden birinin ruhsal sorunlar nedeniyle** başvurduğunu ve yeterli tedavi hizmeti alamadığı bilinmektedir. Ruh sağlığı sorunu olanların en az bir yakını olduğu düşünülürse ruh sağlığı sorununun toplumun önemli bir kesimini, hatta tamamını doğrudan ilgilendirdiğini söylemek abartı sayılmamalıdır.

Ruh sağlığı sorunları yeti yitimine yol açar: Yeti yitimi kişinin kendinden beklenen iş, okul, ev, toplumsal roller ve kendine bakabilme işlevlerini giderek yitirip üretici niteliğini ve sosyalliğini kaybetmesi ve görevlerini aksatması anlamına gelir. Birçok hastalıkta kişide yeti yitimine yol açan olumsuz etkiler ortaya çıkmaktadır. Ruh sağlığı sorunları kişide yeti yitimine yol açması bakımından tahmin edilen tersine ön sıralarda yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün bir araştırmasına göre, **dünyada yeti yitimine en çok yol açan 10 hastalıktan beşini ruhsal hastalıklar** oluşturmaktadır. Bu hastalıklar sırasıyla **Depresyon, Alkol kullanımı, Bipolar bozukluk, Şizofreni ve Obsesif Kompulsif Bozukluk**ur. **Anksiyete bozuklukları, Depresyon, Bipolar Bozukluklar ve Şizofreni** yeterince tedavi edilemediği zaman daha çok işlev ve işgücü kaybı ve ailesel sorunlara yol açmakta, hastalığının yaygınlığının ve tedavi maliyetlerinin artmasına katkıda bulunmaktadır

DÜNYADA EN ÇOK YETİ YİTİMİNE NEDEN OLAN 10 HASTALIK:

1. **Depresyon**
2. Demir eksikliği anemisi (Kansızlık)
3. Düşme ve ev kazaları
4. Alkol kullanımı
5. Kronik kısıtlayıcı akciğer hastalığı
6. Bipolar bozukluk
7. Doğumsal anomaliler

8. Osteoartritis
9. Şizofreni
10. Obsesif kompulsif bozukluk

Dünya Sağlık Örgütü'nün geleceğe yönelik öngörülerine göre; 2020'de depresyon, kadınlar ve gelişmekte olan toplumlarda başta gelen yeti yitimine yol açan hastalık olacaktır. Ayrıca 2020'de tütün kullanımına bağlı hastalıklardan kaynaklanan yeti yitiminin de öne geçeceği öngörülmektedir.

Ülkemizin 15-55 yaş arasındaki nüfusunda da en yaygın hastalıklar içinde depresyon ve anksiyete bozuklukları ilk beşte yer almaktadır (1. Enfeksiyon hastalıkları, 2. Mide barsak sistemi hastalıkları, 3. Tansiyon yüksekliği, 4. Eklem hastalıkları, 5. Depresyon ve Anksiyete bozuklukları).

Ruh sağlığı sorunu olanlar tedaviye başvurmadan kaçınmaktadır. Ruhsal sorunu olanların toplumdan dışlanmadığı bir tarihsel geçmişimiz olduğu halde, günümüzde kentleşme ve nüfus artışı gibi nedenlerle günümüzde ruhsal sorunu olanların damgalanması ve dışlanması da toplumsal boyutta soruna yol açmaktadır. Damgalama ve dışlama bir yandan ruh sağlığı sorunu olanların tedavi başvurusundan kaçınmasına yol açmakta, öte yandan da ruh sağlığı sorunlarının çözümüne ilişkin hiçbir geliştirme çalışması yapılmaması sonucunu vermektedir.

Ülkemizde ruh sağlığı hizmetleri yetersizdir. Ülkemiz Ruh Sağlığı hizmetlerine ayrılmış **yatak sayısı** bakımından Avrupa ülkelerinin çok gerisindedir. **Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ülkemizdeki ruh sağlığı yatağı, olması gerekenin onda biridir (7 bin/70 bin).**

Ülkemizde yüz bin kişiye düşen ruh sağlığı uzmanı sayısı 1,6'dır. **Halen uzmanlık eğitimi almakta olan** asistan hekimleri de eklediğinizde bu sayı "iki"nin biraz üzerine çıkmaktadır. Bu, Dünya ortalamasının yarısı, Avrupa ortalamasının ise ancak 1/6'sıdır. Çocuk ruh hekimlerinin oranı ise çok daha düşüktür (bir milyon nüfusa 2). Aynı şekilde ruh sağlığı hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, psikolog vb. diğer ruh sağlığı çalışanları sayısı da da sayısı oldukça düşüktür.

Milyarlarca insan **şiddetin, savaşın, açlığın, yoksulluğun,** pençesindedir. Küresel nitelikteki krizlerle perçinlenen **işsizliğin, iş stresinin, aşırı çalışmanın** mağdurdurlar. **Ayrımcılık, damgalama, sağlık hizmetlerine de yansıyan toplumsal eşitsizlikler, sağlık ve sosyal güvenceye sahip olamama, sağlık hizmetlerine ulaşamama ve eğitimsizlik** günümüzün an can alıcı gerçeklikleri olarak duruyor.Yakın tarihe bakıldığında güne dek bu sorunların aşılmasında küresel ölçekte yeterli çabanın gösterilmediğini, özellikle ekonomik kriz ile bağlantılı sorunların çözümünde sergilenen çabaların da mağdur halktan çok belirli toplumsal kesimlerinin, sermaye gruplarının taleplerini gidermeye ağırlık verdiği görülmüştür. Büyük doğal felaketler, artarda gelen depremler ruh sağlığı sorunu olan ve kamusal nitelikli ruhsal-toplumsal destek sistemlerine gereksinim duyan insan sayısının milyarla ifade edilir olmasına neden olmuştur. Bunlara yönelik psikososyal destek çalışmaları ve hazırlıkları da yetersizdir.

Tüm gerçeklikler yalnızca 10 ekimlerde değil, hayatın her bir gününde psikiyatrinin gündeminde ruh sağlığına öncelik vermeyi, ruh sağlığını bozan **ekonomik, sosyal ve siyasal konuları ele almayı** gerektirmektedir. Ruh sağlığını geliştirmeyi, yaygınlaştırmayı, ücretsiz ve kolay ulaşılabilir bir kamu hizmeti niteliğine kavuşturmayı öncelikli bir hedef olarak önümüze koymaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü bu ve benzeri verilerden yola çıkarak Avrupa Bölgesinde Dünya Sağlık Örgütüne üye ülkelerdeki ruh sağlığı hizmetlerinin düzenlenmesi ve geliştirilmesi için **Helsinki'de 12-15 Ocak 2005'te Sağlık Bakanları düzeyinde çok önemli bir toplantı düzenlemiştir.** Toplantı sonunda yayınlanan bildirgeyi **ülkemiz Sağlık Bakanlığı da imzalamış, başka deyişle bildirgede ifade edilen önerileri yükümlenmiştir.**

Bu toplantıda belirlenen öncelikler şu şekilde sıralanmıştır:

- 1.Ruh sağlığının iyileştirilmesinin önemine dair toplumda, sağlık meslek gruplarında bilinç geliştirmek.
- 2.Önyargı, ayrımcılık ve eşitsizlikle aynı anda mücadele etmek, ruh sağlığı sorunları olan insanları desteklemek ve onların bu süreçte etkin katılımını sağlamak.
- 3.Sağlığı geliştirmeyi, hastalıkları önlemeyi, tedavi, rehabilitasyon, bakım ve iyileşmeyi kapsayan bütünlüklü ve etkili ruh sağlığı sistemleri tasarlamak ve uygulamak.

4.Bu alanlarda etkili, uzman ekipleri oluşturmak.

5.Hizmetlerin planlanması ve geliştirilmesinde temel noktalardan biri olan hizmeti kullananların ve hasta yakınlarının deneyim ve bilgilerinden yararlanmak, onları sürece dahil etmek

6.Ruh sağlığı konusunda hassas gruplar olan çocukların, gençlerin, kadınların ve yaşlıların ruh sağlığına yönelik programlara ağırlık vermek

7.Ağır ruh sağlığı sorunları olan insanlara toplum içinde, soyutlanmadan etkili ruh sağlığı hizmetleri sunmak

Bunları yaşama geçirebilmenin en önemli adımı **ruh sağlığı politikalarını çağdaş bir tıp ve sağlık anlayışı çerçevesinde yeniden biçimlemek ve uygun yasal düzenlemeleri yapmak** olmalıdır. **Ülkemizin bir "ruh sağlığı yasasına" acilen gereksinimi vardır.** Derneğimizin büyük bir özen ve özveriyle hazırladığı üzerine tartışılacak bir ruh sağlığı yasa tasarısı da vardır. Hazırlanan yasa taslağı Aralık2006 'da bir milletvekili tarafından TBMM gündemine sunulmuş olmasına rağmen halen gündemde tartışılmaya açılmamıştır. Biz bu yasa taslağının acilen meclisin gündemine gelmesini ve yasallaşmasını istiyoruz.

Toplum genel olarak ruh sağlığının önemini, ruh sağlığı ile ilgili kavramları ve ruh sağlığı hizmetini nasıl alabilecekleri yönünde yeterli bilgiye sahip değildir. Mesleki rollerde karışıklık vardır. Ruh Sağlığı yasasının ve ilişkili yasal düzenlemelerin olmaması ruh sağlığı alanında çalışanların görev tanımlarının yapılmasını olanaksız kılmaktadır. Herhangi bir bilimsel ve yasal dayanağı olmayan eğitimlerden çıkan ve büyük çoğunluğu hekim, psikiyatrist olmayan bazı kişiler, halkın ruhsal sorunlarının tedavisinde umut tacirliği yapmakta, ciddi etik ihlallere, hatalı tıbbi sonuçlara yol açmakta, bireylere zarar verebilmektedir. Bu konuda kapsamlı çalışmalar yapmak gerektiği açıktır.

Hem dünyanın hem de ülkelerin önceliklerini belirlemesi ve gündemlerine taşınması gereklidir. Küresel ölçekte **ruh sağlığına öncelik vermek, ruh sağlığını geliştirmek, ruh sağlığı hizmetlerini yaygınlaştırmak, ulaşılabilir kılmak,** sağlıklı bir gelecek için gereken öncelikli süreçlerdir. **Yöneticisinden toplumu tüm bireylerine her ülke insanının bu bilince erişmesi ana hedeflerimizden biri olmalıdır.** Bu sorunların aşılması **kamusal nitelikli, eşit, ücretsiz, ulaşılabilir ve kapsayıcı bir ruh sağlığı hizmet sisteminin** yaşama geçirilmesini zorunlu kılmaktadır. Sağlığı geliştirmeyi, hastalıkları önlemeyi, tedaviyi, rehabilitasyonu, bakımı ve iyileşmeyi kapsayan bütünlüklü ve etkili bir ruh sağlığı sistemine ihtiyacımız var.

Türkiye Psikiyatri Derneği olarak:

-Ruh Sağlığı Yasası'nın en kısa zamanda çıkarılması ve ilişkili yasal mevzuatın düzenlenmesi için TBMM'ni ve ilişkili tüm kurumları yeniden göreve ve sorumluluk almaya çağırıyoruz.

-Temel ruh sağlığı sorunlarının çözülmesi ve bir insan hakkı olarak ruh sağlığının geliştirilmesi için **ruh sağlığına ayrılan kaynağın artırılmasını** talep ediyoruz.

-Ruh sağlığı alanında var olan **personel eksikliğinin giderilmesini,** hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diğer yardımcı sağlık çalışanı sayısının ve niteliğinin artırılmasını istiyoruz.

- Genel hastanelerde **psikiyatri yatak sayısının artırılmasını, gündüz hastaneleri ve ayaktan tedavi birimlerinin sayısının ve niteliğinin artırılmasını** istiyoruz

-Ruhsal hastalıklar henüz ortaya çıkmadan önleyen, risk etkenlerini ortadan kaldıran ya da bu etkenlerle karşılaşmayı engelleyen, **koruyucu ve önleyici çalışmaları destekleyen bir yaklaşımın yaygınlaştırılmasını, koruyucu ruh sağlığı ve ruhsal destek birimlerinin kurulmasını** talep ediyoruz.

-Tüm bu düzenlemelerin **devletin asli sorumluluğu olarak kabul edilmesi,** hükümetlerin öncelikli konusu olması gerektiğini düşünüyor, **kamusal bir sağlık sistemi anlayışı içinde çözülebileceğine inandığımızı** vurgulamak istiyoruz.

Ülkemizin bir "Ruh Sağlığı Yasası"na Herkes için, ulaşılabilir, yaygın ruh sağlığı hizmetine ihtiyacı var
Ruh ve beden sağlığı bir bütündür

Uzm. Dr. Şeref Özer

Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Başkanı

Türkiye Psikiyatri Deneği Merkez Yönetim Kurulu adına



TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ 10 EYLÜL DÜNYA İNTİHARI ÖNLEME GÜNÜ BASIN AÇIKLAMASI

TÜRKİYE'DE İNTİHAR ORANI SON 20 YILDA % 85 ARTTI

Bütün dünyada her yıl yaklaşık 1 milyon kişi intihar etmektedir. **Ülkemizde ise yaklaşık her 3 saatte bir kişi intihar ederek hayatını kaybetmektedir.** İntihar, hastalık, kaza, terör ile oluşan yaşam kayıpları ile karşılaştırıldığında ön sırada gelen ölüm nedenleri arasındadır. **Türkiye'de son 20 yılda yaklaşık 39300 kişi hayatını sonlandırmıştır.** İntihar insan hayatı kaybı ile sınırlı kalmayıp; intihar eden kişinin ardından ailesinde, yakınlarında ve iş hayatında derin hasarlar ortaya çıkmaktadır. İntihar oranı ülkemizde her ne kadar batı ülkeleri ile kıyaslandığında daha düşük görünse de **son 20 yılda %85 artış göstermiştir.** İstatistiklere baktığımızda intiharın gençler ve genç erişkin nüfusta artış gösterdiğini görmekteyiz. **Türkiye'de her 8 saatte bir 29 yaş ve altında bir genç ya da ergen intihar sonucu hayatını kaybetmektedir.** Bütün bu rakamlar intiharın ne kadar önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir.

Depresyon, alkol ve madde bağımlılığı gibi ruhsal hastalıkların yanında ailesel, ilişkisel, ekonomik sorunlar veya kayıplarla tetiklenen krizler de intihara yol açan en önemli sebepler arasındadır. Bununla beraber göç ve sosyoekonomik krizler intihar oranlarında artışa sebep olmaktadır. **2001 yılında ağır bir ekonomik krizle sarsılan ülkemizde intihar oranı bir önceki yıla oranla %41.5 gibi çok çarpıcı bir artış göstermiştir.** Yine 2009 yılında da küresel ekonomik krizin etkisiyle intihar oranlarında önemli bir artış beklenmektedir. İstatistiksel veriler ışığında bundan sonraki yıllarda da gerekli önleyici çalışmalar yapılmadığı takdirde intihar oranlarının artacağını varsayılmaktadır.

İntihar hayatı sonlandıran bir tehdit olmasına karşın, önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur. İntihar eden kişilerin büyük bölümü intihar etmek konusunda bir süre kararsızlıklar yaşarlar, yaşama ölüm düşünceleri arasında gidip gelişer sırasında intihar edeceklerini çeşitli vesilelerle ima ederler. Ancak bunu açık bir şekilde ifade edemezler ve anlaşılacaklarına, olumsuz bir şekilde damgalanacaklarına inandıkları için yardım almaktan çekinirler. Bu nedenle intihar eğilimi olan kimselerin yardım almalarını kolaylaştırmak için toplumda bu konudaki duyarlılığın artırılmalıdır. Başta ailelerin, eğitimcilerin, sağlık personelinin olmak üzere tüm toplumda intihar riskinin tanınmasına yönelik eğitim çalışmaları yaygınlaştırılmalıdır. Medya da intihar yöntemleriyle ilgili detayların verilmesi, intihar riskini artırdığından ruh sağlığı uzmanlarıyla medya mensuplarının işbirliği geliştirilmelidir. İntihar eğilimli kişilerin her an ulaşabilecekleri kriz merkezlerinin sayıları tüm yurttaki ihtiyacı karşılayacak ölçüde artırılmalı ve tanıtımları yapılmalıdır. Ekonomik kriz dönemlerinde önleyici tedbir olarak acil psikolojik krize müdahale politikaları ve projeleri oluşturulmalıdır. 10 Eylül Dünya İntiharı Önleme Günü, her yıl terörden ve birçok hastalıktan daha fazla yaşam kaybına yol açan ölümcül bir soruna dikkati çekmek, bir önceki yıl kaybettiğimiz insanlarımız için gerçekten yapabileceklerimizi yaptık mı sorusunu sorma ve toplumun her kesiminde bir vicdan muhasebesi yapmak imkanını vermektedir. Bu nedenle toplumun her kesiminde konuya duyarlılığın artırılması, Türkiye Psikiyatri Derneği'nin ve birçok sağlık örgütünün birlikte oluşturduğu Ruh Sağlığı Platformu çerçevesinde çalışmaların desteklenerek sürdürülmesi gerektiğine inanıyoruz.

Prof. Dr. Tarık Yılmaz
Türkiye Psikiyatri Derneği
Kriz Müdahale ve İntiharı Önleme Bilimsel Çalışma Birimi Koordinatörü

Dr. Şeref Özer
Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Başkanı
TPD MYK adına

dünyada en fazla yeti yitimine yol açan
en hastalıktan beşinci
ruhsal hastalıklar oluşturuyor



ruh ve beden sağlığı bir bütündür



daha kaliteli bir yaşam için,
ruh sağlığınızı koruyun
Türkiye Psikiyatri Derneği

10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü • www.psikiyatri.org.tr

TPD BASIN AÇIKLAMASI: TÜRKİYE' DE İŞSİZLİK VE İŞSİZLİĞE BAĞLI RUHSAL SORUNLAR ARTIYOR

TÜRKİYE' DE İŞSİZLİK VE İŞSİZLİĞE BAĞLI RUHSAL SORUNLAR ARTIYOR.

TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ SAĞLIK BAKANLIĞI'NI VE İLGİLİ TÜM KURUMLARI ACİL ÖNLEM ALMAYA ÇAĞIRIYOR

Bugün açıklanan TÜİK rakamları işsizlik oranlarının ürkütücü bir düzeye ulaştığını gösteriyor. Kasım-aralık-ocak ayları işsizlik oranlarının ortalaması %13.6 ile rekor düzeye çıkmış ve basında tartışılmıştı. Kayıtlı işsiz sayısının 3.2 milyona ulaşmıştı. Türkiye işsizlikte dünya dördüncüsü olarak tarihteki yerini almıştı. Kentteki işsizlik 15.4'e ulaşırken, tarımda bu oran %27.3 olmuştu. Asıl dramatik tablo genç nüfustaydı. 18.7 olan genç işsizliği yaklaşık 7 puan artarak %25.6'ya çıkmıştı. İşsizlerin büyük oranının da son 6 ayda işini yitirenler oluşturmuştu. Bu gün bu sayıların daha da arttığını görüyoruz.

ŞİMDİ DURUM DAHA DA ÜRKÜTÜCÜ

Şimdi durumun daha ürkütücü ve daha can alıcı olduğunu söylemeliyiz. Bugün TÜİK'in açıkladığı rakamlar rekorun kırılmaya devam edeceği izlenimi veriyor. Geçen yılın ocak ayında %11.6 olan işsizlik oranı, bu yılın ocak ayında işsizlik %15.5'e ulaşmış durumda. 3 milyon 650 bin kişi yeni işsizler ordusunu oluşturuyor. Bu genç nüfusta ve kent nüfusundaki işsizlik oranlarının daha da arttığını gösteriyor. Kentlerdeki işsizlik oranının yüzde 13'ten yüzde 17.2'ye çıktığını görüyoruz. Kayıt dışı çalışmanın da arttığını, %40'ları aştığını belirtmeliyiz. Sonuçlar ayrıca var olan istihdam biçiminin ucuz emek sömürsünü içeren güvencesiz bir çalışma biçimine dönüştüğünü gösteriyor.

RUHSAL SORUNLAR GİDEREK ARTIYOR

Tüm bu veriler işsizliğe bağlı ruhsal sorunların giderek artacağını gösteriyor. Bu verilerden depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaygınlığının katlanarak artacağını, insanların sıkıntı ile başa çıkmak için alkol ve madde kullanımına yöneleceğini, öfkenin dışa vurumu ile ilgili sorunların artacağını, şiddet davranışlarının ortaya çıkma riskinin arttığını söyleyebiliriz. Söyleyebileceğimiz bir diğer önemli nokta da işi kaybedenlerin iş bulma umudunu yitirmeleriyle bağlantılı depresyon ve çaresizlik duygusudur.

TÜRKİYE PSIKİYATRİ DERNEĞİ ALTI AYDIR UYARIYOR: ACİL ÖNLEM ALINMALI

Türkiye Psikiyatri Derneği aralık ayından bu yana işsizliğin yaratacağı ruhsal sonuçlar, ruhsal bozukluklar ile ilgili olarak yayınladığı basın bültenleri, basın açıklamaları, basın toplantıları aracılığıyla Sağlık Bakanlığı'na ve ilgili tüm kurumları uyarmayı sürdürüyor. Tüm uyarılarımıza karşın bugüne dek bu yönde bir girişim olmadığını üzümleniyor. Ruhsal sorunların artması, hem iş bulma umudunun yitimi hem de işini kaybetmeye ilişkin kaygı, bunun kaynaklarına yönelen öfkenin ve toplumsal tepkilerin ortaya çıkması riskini artıracaktır. Sorunların daha acı sonuçlara yol açmadan çözümlenmesine adım atmak daha önce de vurguladığımız gibi işsizlere yönelik sosyal politikaların geliştirilmesi, hızla uygulanması, işsizlere verilen işsizlik yardımının süresinin uzatılması, sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmalarının sağlanması, işsizlerin ailelerine ve çocuklarına yönelik temel yaşam gereksinimlerinin sağlanması, Sağlık Bakanlığı ve diğer sağlık kuruluşları öncülüğünde ruhsal destek ünitelerinin kurularak



<<http://www.burriyet.com.tr/>> 15 nisan 2009

hızla yaşama geçirilmesi, yaygınlaştırılmasıdır. Bu krize müdahale sürecinin ana aktörü başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere kamu kurum ve kuruluşlarıdır. Türkiye Psikiyatri Derneği'nin bir meslek örgütü olarak gereken desteği vermeye hazır olduğunu yeniden vurgulamak isteriz.

Dr. Şeref Özer
Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Başkanı
TPD MYK Adına

17 Ağustos 2009: Marmara Depreminin 10. Yıldönümü

MARMARA DEPREMİ UNUTULMAMALI: YÜZYILIN FELAKETİNİN RUH SAĞLIĞIMIZDAKİ İZLERİ SÜRÜYOR

17 Ağustos 2009; Türkiye tarihinin en büyük felaketlerinden biri olan 17 Ağustos 1999 depreminin 10. yıldönümü. Resmi açıklamalara göre bu depremde yaklaşık 18.000 kişi yaşamını yitirmiş, 44.000 kişi yaralanmış, 250.000 kişi evsiz kalmış ve 20 milyar dolarlık bir maddi kayıp meydana gelmiştir.

Ülkemiz topraklarının % 92'si, nüfusunun % 95'i, endüstriyel yatırımlarının % 75'i deprem kuşağı üzerindedir¹. Bu nedenle ülkemizin depreme bağlı yaşamış olduğu büyük acıların ve kayıpların unutulmaması, unutturulmaması ve sürekli gündemde tutulması depreme karşı hazırlıklı olabilmemiz için büyük öneme sahiptir.

17 Ağustos 1999 depreminin 10. yıldönümü dolayısı ile Kocaeli'de birçok bilimsel etkinlik düzenlenecektir. Bilimsel etkinlikler arasında 17-19 Ağustos 2009 tarihleri arasında "Uluslar arası Deprem Sempozyumu", 17 Ağustos 2009 tarihinde "Türkiye, Yarın Olacak Bir Depreme Hazır mısın? Paneli", 18 Ağustos 2009 tarihinde "Türkiye Afet Risklerinin Azaltılması Platformu" ve 19 Ağustos 2009 tarihinde "Türkiye Psikiyatri Derneği'nin de kurucuları arasında yer aldığı Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği'nin Bölgesel Kapasite Artırma Çalıştayı" yapılacaktır.

Depremler ülkemizde ve dünyada en fazla yıkıma ve maddi kayba yol açan afetler arasında yer almaktadır. Afet; insanlar için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal yaşamı ve insan faaliyetlerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplulukları etkileyen ve etkilenen topluluğun kendi imkân ve kaynaklarını kullanarak üstesinden gelebileceği, doğal, teknolojik veya insan kökenli olaylardır. Dünyada afetler son 40 yılda 3 kat artmış, son 20 yılda 3 milyon kişinin ölümüne ve 800 milyon kişinin etkilenmesine yol açmıştır. Depremler son 20 yılda bir milyondan fazla kişinin ölümüne yol açmışlardır. Ölümlerin % 80'den fazlası 9 ülkede (Çin, Japonya, İtalya, İran, Peru, Türkiye, SSCB, Şili, Pakistan) toplanmıştır. Çarpık kentleşme ve kentsel nüfus artışının bu sonuçlarda oldukça önemli bir rolü vardır. Bu durumu yaratan etmenlerin başında ülkenin az gelişmişliği veya yoksulluğu gelir¹.

Depremlere bağlı psikiyatrik sorunlar, önemli toplum ruh sağlığı önceliklerindedir. Deprem sonrası Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Majör Depresyon (MD) en sık karşılaşılan sorunlardır. TSSB'nin başlıca özelliği, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kişinin fizik bütünü

güne bir tehdit olayını yaşama ya da başka bir kişinin ölümüne ya da ölüm tehdidi altında kalmasına tanıklık etme ya da ailesinden birinin ya da başka bir yakınının beklenmedik ölümünü, öldürülmesini öğrenmesi gibi ağır bir psikososyal travma sonrasında ortaya çıkan birtakım özgül ruhsal belirtiler kümesi olarak tanımlanabilir. Majör Depresyon ise en az 2 hafta süresince depresif bir duygudurum ve/veya neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgi kaybının olduğu bir dönemdir. Bu dönemde ayrıca iştah ve uyku düzeni bozulur, enerji azalması, değersizlik ya da suçluluk duyguları, dikkatini yoğunlaştırma ve karar vermede güçlük ve intihar düşünceleri ya da girişimi gibi belirtiler de yer almaktadır.

Tüm diğer afetlerin olumsuz etkilerinin gelişmekte olan ülkelerde daha fazla görülmesine benzer şekilde, depremlere bağlı ruhsal sorunlar da gelişmekte olan ülkelerde daha fazla gözlenir. Deprem sonrası TSSB'nun görülme yaygınlığı % 3-87 arasında bildirilmektedir². Bu değişkenliği sadece çeşitli yöntemsel farklılıklarla açıklamak güçtür. Depremin neden olduğu yıkım, yol açtığı can kaybı ve çalışmanın yapıldığı zaman gibi pek çok etmen hastalık yaygınlıklarını değiştirebilmektedir². Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki farklar bu açıdan çarpıcıdır. 1994 California (ABD) depremi sonrası TSSB yaygınlığı % 6-13 arasındayken, gelişmekte olan ülkeler için bu oranlar daha yüksektir. Örneğin 1988 Ermenistan Depremi sonrası farklı dönemlerde yapılan çalışmalarda TSSB yaygınlığı % 50-87 arasında bulunmuştur^{3,4,5}.

TSSB'nin ortaya çıkması açısından bazı risk faktörleri bulunmaktadır. Bunlar arasında kadın olmak, yaşlı olmak, düşük eğitim seviyesi, deprem öncesinde psikiyatrik sorunların bulunması, deprem sırasında korku yaşamış olmak, enkaz altında kalmış olmak, kurtarma çalışmalarına katılmak, birinci derece yakınına kaybetmiş olmak, maddi kaybın olması, sosyal desteğin yetersiz olması ve devlet desteğinin yetersiz olması bulunmaktadır⁶. Ayrıca TSSB yaygınlığı deprem merkezine yakın olanlarda ve tedavi arayışı içerisinde olanlarda daha sık saptanmıştır⁷.

17 Ağustos 1999 depremi sonrası deprem bölgesinde yapılan çalışmalarda TSSB yaygınlığı %23-43 arasında, MD yaygınlığı ise %16-31 arasında saptanmıştır^{2,6,7,8}. 1999 Marmara depreminden önemli düzeyde etkilenen diğer bir bölge de İstanbul'un Avclar ilçesidir. Karamustafaloğlu ve arkadaşları (2006) tarafından Avclar'da yapılmış bir çalışmada depremden 1-3 ay



sonra TSSB yaygınlığı %30.2 olarak saptanmıştır.10. ayda %26.9 ve 20. ayda %10.6 saptanmıştır⁹.

Farklı bir çalışmada ise deprem bölgesinden deprem açısından düşük riskli bir şehir olan Ankara'ya taşınmış depremzedelerde, depremden 4 yıl sonra TSSB ve MD yaygınlığı araştırılmıştır. Bu çalışmada TSSB yaygınlığı %25, MD yaygınlığı ise % 11 saptanmıştır. Ayrıca deprem tarihinde o bölgede yaşamayan Ankara'ya taşınmış kişilerle, deprem bölgesinde yaşamayan ancak deprem tarihinde tatil ya da ziyaret amacı ile depremi yaşamış kişiler karşılaştırıldığında; taşınmış kişilerin daha fazla psikolojik stres yaşadıkları saptanmıştır¹⁰.

Deprem sonrasında yapılan izleme çalışmalarında TSSB'nin ve MD'nin depremi yaşamış kişilerin önemli bir kısmında varlığını sürdürdüğü saptanmıştır. Deprem sonrası TSSB gelişen kişiler 3 yıl sonra yeniden değerlendirildiklerinde hastaların sadece %39'unun kendiliğinden iyileştiği saptanmıştır. TSSB ile MD'nin birlikte bulunması durumunda kendiliğinden iyileşme oranı daha da düşüktür ve bu hastaların kendiliğinden iyileşme oranının %26 olduğu saptanmıştır¹¹. Avcılar'da yapılmış olan çalışmada ise depremden hemen sonra %30.2 olarak saptanan TSSB yaygınlığı; 10. ayda %26.9'a ve 20. ayda %10.6'ya düşmüştür⁹.

Deprem sonrası izlem çalışmalarında TSSB yaygınlığının depremden yıllar sonra bile yüksek saptanmasının nedenleri arasında hastalığı olan kişilerin psikiyatrik yardım arayışında bulunmama önemli bir yer tutmaktadır. Kılıç (2008) tarafından yapılan bir çalışma depremden sonra ruhsal sorun bildiren kişilerin çoğunun tedavi başvurusunda bulunmadığını göstermektedir¹². Bu çalışmada Depremden sonra ruhsal bir sorun nedeniyle yardım arayanların oranı %13.7 saptanmıştır, ancak herhangi bir ruhsal sorunu olanlarda bu oran %42 olarak saptanmıştır. Bu çalışma ülkemizde depreme bağlı ruhsal sorunlar konusunda ciddi derecede karşılanmamış ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Deprem sonrası başvuru oranının düşük olmasına neden olacak pek çok faktör bulunduğu belirtilmektedir. Bunlar arasında psikiyatriste başvuru nedeniyle damgalanma korkusu, sağlık sistemine güvensizlik nedeniyle başvurumama, tedavinin sıkıntı verici anıları canlandıracağından korkma nedeniyle kaçınma, psikiyatrik hastalıkların belirtilerine yönelik farkındalık azlığı, ekonomik nedenler sayılabilir¹².

Sonuç ve Öneriler

Ülkemiz topraklarının % 92'sinin, nüfusunun % 95'inin, endüstriyel yatırımlarının % 75'inin deprem kuşağı üzerinde olduğu ve daha birçok deprem yaşayacağımız bir gerçektir. Deprem sonrası kayıplar depremden değil, depreme hazırlıksız olmaktan kaynaklanmaktadır. Depreme bağlı kayıplarımızı en aza indirebilmek için hem deprem öncesinde hem deprem sırasında hem de deprem sonrasında atamız gereken pek çok adım bulunmaktadır.

Türkiye Psikiyatri Derneği olarak önerilerimiz;

1. Deprem bölgeleri başta olmak üzere tüm ülkede yapılaşmada, yer seçimi ilkelerinden başlayarak daha yüksek standartlar belirlenmeli ve bunları sağlamak üzere yasal ve ekonomik yöntemler geliştirilmelidir.
2. Deprem sırasında ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçlar açısından risk analizi yapılmalı ve buna uygun önlemler alınmalıdır.
3. Özellikle deprem riski yüksek bölgelerde deprem nedeniyle ortaya çıkabilecek ruhsal sorunlar ve hastalıklara yönelik toplumda farkındalık yaratacak eğitim çalışmaları yapılmalı, ruh sağlığı alanında çalışan kadrolar olası deprem ve sonuçları açısından sürekli eğitilmelidir.
4. Deprem sonrası ruhsal sorunu olan kişilerin tedavi başvuru oranlarının düşüklüğü göz önüne alınarak, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin oluşturulmalı ve depremden etkilenen kişilere buldukları yerde destek sağlanabilecek alt yapı oluşturulmalıdır.
5. Yapılan incelemelerde depreme dayanıksız olduğu saptanan ve hala kullanılmakta olan okul, hastane vb kamu binaları öncelikli olarak yenilenmelidir.

Dr. Halis Ulaş

TPD Merkez Yönetim Kurulu adına



Fotoğraf: Suzan Orhan

Kaynaklar

1. Aker T. 1999 Marmara Depremleri: Epidemiyolojik Bulgular ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları Üzerine Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17:204-212.
2. Başoğlu M, Şalcıoğlu E, Livanou M. Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. J Trauma Stres 2002; 15:269-276.
3. McMillan JC, North CS, Smith EM () What parts of PTSD are normal: Intrusion, avoidance or arousal? [Data from the Northridge, California, Earthquake]. J Trauma Stres 2000; 13: 57-75.
4. Goenjian AK, Najarian LM, ve ark. Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. Am J Psychiatry 1994; 151:895-901.
5. Armenian HK, Morikawa M, Melkonian AK ve ark. Loss as a determinant of PTSD in a cohort of adult survivors of the 1988 earthquake in Armenia: implications for policy 2000. Acta Psychiatr Scand; 102:58-64
6. Salcioglu E, Basoglu M, Livanou M. Post-traumatic stress disorder and comorbid depression among survivors of the 1999 earthquake in Turkey. Disasters; 31:115-29. 2007.
7. Kılıç C, Ulusoy M. Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey; an epidemiological study. Acta Psychiatr Scand 2003; 108: 232-238.
8. Başoğlu M, Kılıç C, Şalcıoğlu E ve ark. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Depression in Earthquake Survivors in Turkey: An Epidemiological Study. J Trauma Stres 2004; 17:133-141.
9. Karamustafalıoğlu OK, Zohar J, Güveli M ve ark. () Natural course of posttraumatic stress disorder: a 20-month prospective study of Turkish earthquake survivors. J Clin Psychiatry 2006; 67:882-9.
10. Kılıç C, Aydın I, Taşkintuna N ve ark. () Predictors of psychological distress in survivors of the 1999 earthquakes in Turkey: effects of relocation after the disaster. Acta Psychiatr Scand 2006; 114:194-202.
11. Onder E, Tural U, Aker T ve ark. Prevalence of psychiatric disorders three years after the 1999 earthquake in Turkey: Marmara Earthquake Survey (MES). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006; 41:868-74.
12. Kılıç C. Depremzedelerde Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanımı: 1999 Depremlerinin Sonuçları. Türk Psikiyatri Derg 2008; 19:113-123.

TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ, SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET EMEKÇİLERİ SENDİKASI VE İSTANBUL TABİP ODASININ SİLAHLANMA VE ŞİDDETE KARŞI BASIN AÇIKLAMASI

Türkiye Psikiyatri Derneği, Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Bakırköy Şubesi ve İstanbul Tabip Odası, artan şiddet silahlanma ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet nedeniyle 30 Temmuz 2009 'da Bakırköy Ruh ve Sinir hastalıkları hastanesinde ortak bir basın açıklaması yaptı. Acil Servis önüne toplanan hastane çalışanları en son bir hemşire arkadaşlarının öldürülmesini protesto ettiler. TPD Genel Başkanı Dr. Şeref Özer'in konuşması sonrasında SES üyesi Nurten Özasan tarafından basın açıklaması okundu.

ŞİDDETE VE SİLAHLANMAYA HAYIR

Ülkemizde gün geçtikçe artan ve hemen her gün medyada sıkça yer alan şiddet vakaları, gittikçe toplumsal bir boyut almakta ve ciddi bir sosyal problem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Temel olarak sorunların şiddet ve zor kullanılarak çözümlenmesi ve bu seçimin her alanda yaygınlaşması olarak değerlendirilebilecek olan şiddet kültürünün toplumsal yaşamın tüm alanlarını etkisi altına aldığı görülmektedir.

Bu sorunun ulaştığı korkutucu boyutu, biz sağlık çalışanlarının da mesleki pratik içerisinde maruz kaldığı şiddet vakalarının sayısındaki artıştan, ve bireysel silahlanmanın ulaştığı dehşet verici rakamlardan gözlemek mümkün.

Eldeki resmi veriler göstermektedir ki;

- Ruhsatlı ve kayıt dışı silah sayısı son 10 yılda yaklaşık 10 kat artmış,
- 2007 yılı itibarıyla Türkiye'de 2,5 milyon ruhsatlı, yaklaşık 7,5 milyon ruhsatsız silah bulunmaktadır. Bu rakamlara kurusıkıdan dönüştürülmüş silahlar dahil değildir, dolayısıyla gerçek rakamlar verilerdekinin çok daha üzerindedir.,
- Cinayet olgularının yarısı ateşli silahla gerçekleşmektedir,
- Her yıl yaklaşık 3 bin kişi silahla ölmekte, 12 bin kişi yaralanmaktadır,

Silahlanma çılgınlığının ulaştığı dehşet verici boyutların günlük yaşamda sıkça karşımıza çıktığı alanlardan birisi de aile içi şiddettir.

- Bir evde ateşli silah varsa ölüm riski 12 kat artmakta
- Eş öldürmelerinin % 35'i silahla gerçekleşmekte
- Türkiye'de her 10 kadından 4'ü aile içi fiziksel şiddete maruz kalmakta olup
- Sadece geçtiğimiz Haziran ayı boyunca 22 kadın şiddet kurbanı olarak can vermiştir.

Şiddet kültürünün toplumsal yapıyı tahrip edici etkisinin ve bireysel silahlanmanın aile içi şiddetteki yerine dair son örnek çalışma arkadaşımız, hastanemiz hemşiresi Dilek Daşdanoğlunun, aynı yaşadığı eşi tarafından kafasına kurşun sıkılmak suretiyle hunharca katledilmesidir. Medyada da yaygın olarak yer alan olayda bir sorumsuzluk örneği olarak şiddet kültürünün eril dili ön plana çıkarılarak, olayın şahsi/özel ayrıntıları ortaya dökülerek, cinayet meşrulaştırılmaya çalışılırken, aile içi şiddetin ulaştığı korkunç boyut ve bireysel silahlanmanın tehlikeli yükselişinden hemen hiç bahsedilmemiştir.

Bu son örnekte de olduğu gibi şiddet kültürünün ve bireysel silahlanmanın geldiği noktada, silah taşıyan herkes potansiyel birer katil durumundadır.

Bu nedenle, benzeri trajedilerin yaşanmaması için:

1. Yapılacak yasal düzenlemelerle silah bulundurmaya zorlaştırılmalı,
2. Ruhsatsız silahların kayıt altına alınabilmesi için acil önlemler geliştirilmeli, belirli bir süre içerisinde ruhsatsız silahlar kayda alındıktan sonra, ruhsatsız silahlarla ilgili mevzuat güçlendirilmeli,
3. Taşıma ruhsatları daraltılmalı, mümkünse bulundurmaya çevrilmeli, işyerinde-işbaşında taşıma koşulu getirilmeli,
4. Silahların iade edilmesiyle ilgili özendirici önlemler alınmalı
5. İlgili meslek örgütlerinin ve demokratik kitle örgütlerinin konu hakkındaki görüşleri ve , hazırladıkları raporlar değerlendirmeye alınmalı,
6. Dünyanın gelişmiş hiçbir ülkesinde olmayan " silah ruhsatlandırmasında hekimlerin sorumluluk alması" uygulaması kaldırılmalı, temel sorumluluğun emniyet birimlerinde olduğu, hekimlerin sadece tıbbi muayene ve bilirkişilik uygulamalarını yürüttüğü ayrı bir kurumsallaşma yapısı tesis edilmeli
7. Ruhsatlandırmada pratik ve teorik eğitimi kapsayan sertifika programı tartışmaya açılıp geliştirilmeli ve zorunlu hale getirilmeli,
8. Alt yaş sınırı yukarı çekilmeli, üst yaş sınırı getirilmeli, kişiye kayıtlı silah sayısı sınırlandırılmalı,
9. Silah ve mermilerinin muhafazası ve denetimlerine ilişkin kontrol mekanizmalar oluşturulmalı.
10. Silah bulundurmanın yasak olduğu yerlerin kapsamı genişletilmeli, kapsama kamuya açık tüm alanlar dahil edilmeli
11. Medya şiddeti teşvik eden her türlü yayına son verip, bireysel silahlansızlanma ile ilgili faaliyetlerde bulunmalı
12. Konuyla ilgili her türlü reklam yasaklanmalı, televizyon programlarında silah gösterilmesi yasaklanmalı
13. Toplum genelinde kampanyalarla silahlansızlanma özendirilmelidir.

Türkiye Psikiyatri Derneği
Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Bakırköy Şubesi
İstanbul Tabip Odası

MARDİN BİLGE KÖYÜ PSİKOSOSYAL MÜDAHALE İZLEME VE DEĞERLENDİRME RAPORU

04.05.2009 günü Mardin İli Mazıdağı İlçesi Bilge Köyü'nde 44 kişinin ölümü ve 3 kişinin yaralanmasıyla sonuçlanan şiddet olayı yaşanmıştır. Olay sonrası 33 haneli köyde yaşayan 48 çocuk en az bir ebeveynini kaybetmiş, şüpheli tarafın yakınları başka bir mevkide korumaya alınmıştır.

07.05.2009 tarihinden itibaren Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği (APHB) koordinatörlüğünde, bölgeden gelen ve yerelde çalışan meslek elemanları tarafından, etkilenenlerde ve toplumda ortaya çıkan olumsuz psikososyal tepkileri azaltmak ve ihtiyacı olanlara doğrudan psikososyal müdahalelerde bulunmak amacıyla etkinlikler yürütülmeye başlanmıştır. 5 APHB koordinatörü, 32 kamu kurum ve kuruluşu görevlisi (psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist, psikolojik danışman, hemşire vb.) ve 2 gönüllü ile 11 gün süren psikososyal müdahaleler ile ilgili sonuç raporu hazırlanmıştır.

28.06.2009-30.06.2009 tarihleri arasında; yerel personel tarafından yürütülen, APHB koordinatörleri tarafından desteklenen çalışmaların değerlendirilmesi ve ileriye yönelik psikososyal hizmetler konusunda önerilerin oluşturulması amacıyla bölgeye gidilmiştir. Belirtilen tarih itibarıyla Bilge köyünde 49 yetişkin 74 çocuk, göç eden ailelerde 95 kişi bulunmaktadır. İzleme ve Değerlendirme Çalışmaları Kapsamında Yapılan Toplantı, Ziyaret ve Görüşmeler ile İlgili Bilgiler:

- Mardin Valisi, Vali Yardımcısı, İl Sağlık Müdürü, İl Sosyal Hizmetler Müdürü, İl Millî Eğitim Müdürü, Mazıdağı Kaymakamı ile yapılan resmi toplantılar,
- Bölgede olay sonrasında çalışan 10 yerel uzmanla yapılan görüşme ve toplantılar,
- Bilge Köyünün ziyareti (kız ve erkek ergenlerle, kadınlarla toplantı, erkek yetişkin ve çocuklarla görüşmeler)
- Göç eden ailelerin ziyareti (Kadınlar ve yetişkin iki erkek ve ergen gençlerle ortak toplantı.)

Yapılan İzleme ve Değerlendirme Çalışmalarında;

- Mardin Valisi APHB izleme değerlendirme ziyareti hakkında bilgilendirilmiş, yürütülen diğer çalışmalar hakkında Valilik tarafından bilgi verilmiştir.
- Bölgede çalışan yerel uzmanların bölge ziyaretleri, önerileri, karşılaşılan zorluklar, yasal süreçler hakkında bilgi alınmıştır. Yürütülen çalışmaların Valilik, Kaymakamlık ve ilgili Müdürlükler tarafından desteklenmesini; çalışmaların sürdürülebilirliği ve etkinliğini artırdığı gözlenmiştir.
- Bilge köyü** sakinlerinin yerel uzmanların yapmış oldukları destek çalışmalarını benimsedikleri, çalışma yerlerinde ziyaret ettikleri, bireysel görüşme talep ettikleri, sorunlarını paylaştıkları ve yönlendirmelere uygun davranışları tespit edilmiştir.
 - Çocukların yoğun psikolojik sorunlar yaşamadıkları, akut ve ilerleyen dönemde yapılan çalışmaların oldukça etkili olduğu gözlenmiştir.
 - Kız ergenlerin kendi aralarında grup içi dinamiklerinin, destek mekanizmalarının oldukça güçlü olduğu; ama yas dönemine uygun olarak 'günlük yaşam sorunlarının' yanı sıra 'olay anına, yapılanlara ve yapılmayanlara, kurum ve kişilere' yönelik öfke ve pişmanlık duygularının ortaya çıktığı gözlenmiştir.
 - Erkek ergenler görüşmeye direnç göstermişlerdir, ya görüşmek istememişler ya da duygu ve düşüncelerini belirtmekten kaçınmışlardır. Çevrede bulunan yetişkin erkeklerin toplantı alanına gidip gelmeleri, erkek ergenlerin kendilerini ifade etmelerini engellemiştir. Erkek ergenlerde sıkıntı, öfke ve kendini yaralama davranışları olduğu tespit edilmiştir.
 - Kadınların, içinde buldukları yas süreci nedeniyle henüz günlük yaşamlarına tam dönmedikleri; ama sorunlarla baş etmeyi başardıkları gözlenmiştir. Kadınların zaman içinde yeniden üretken bir konuma gelecekleri düşünülmektedir. Hamile olan A.Ç.'nin doğumu ve sonrasında takip edilmesi uygun olacaktır.
 - Erkekler taziye kabul etmeye devam ederken, sosyal ihtiyaçlara çözüm aramakta, ebeveynsiz çocukların bakımlarının sağlanması planlanmaktadır. Öfke duygularını aktaran erkekler, erkek ergenler üzerinde çok etkilidirler. Göç eden ailerden gelen haberler ve henüz başka bir bölgeye aktarılmamaları sıkıntı yaratmaktadır.

- Göç eden aileler** bir arada kalmaktan, çocukların geleceğinin belirsizliğinden, henüz bir yere yerleştirilmemiş olmaktan, karşı taraftaki mal varlıklarının kullanılmamasından, karşı taraftan gelen (aktarılan) bilgilerden sıkıntı duydukları belirtilmiştir. Genel bir dışlanma içinde bulunan ailelerin; mallarının yönetimi, çocukların velayeti gibi konularda yasal danışmanlık talepleri vardır.
- Bölgede çalışan yerel uzmanlarla yapılan çalışana destek toplantısında bilgi ve duygu paylaşımı yapılmış, geleceğe yönelik planlanan eğitim, çalışma ve gönüllülük konuları görüşülmüştür. Köyde yaz boyunca izlenecek programın (kimlerin gideceği ve neler yapacağı) konuşulmuştur.

Bu Tespitler Işığında Oluşturulan Öneriler ve Yürütülmesi Planlanan Çalışmalar Aşağıda Sunulmaktadır:

- Yaz aylarında; Bilge köyünün haftada bir psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve psikolojik danışman tarafından ziyaret edilmesi,
- Haftalık ziyaret raporların Valilik makamına ve APHB koordinatörlerine sunulması,
- Ziyaretlerin rotasyon listesinin oluşturulması, görevlendirmelerin bu listeye göre ilgili Müdürlükler tarafından yapılması,
- Bilge Köyü'nde** yerel kaynaklar harekete geçirilerek, kültüre uygun ve ihtiyacı karşılayacak; meslek edindirme, halk eğitim, Kur'an kursu, sosyal ve kültürel geziler/programlar, spor etkinlikleri, piknik, köy odasının etkinleştirilmesi vb. çalışmalar yürütülmesi, bireysel görüşmelerin, takip ve yönlendirmelerin yapılması, kız ergenlere yönelik grup terapisi yapılması ve bu çalışmanın travma konusunda uzman bir grup terapisti ile yürütülmesi,
- Göç eden aileler** yapılacak çalışmaların bütüncül bir bakış açısı ile hem aileler hem de kamu kurumları ile çalışabilecek göç, aile, sosyal hizmetler ve güçlendirme konularında uzman bir kişi tarafından yürütülmesi gerekmektedir. Yaşadıkları sosyal dışlanmadan zarar görmelerinin engellenmesi, grup içinde yaşanabilecek çatışmaların önlenmesi, göç konusunda bireysel hareket edebilmeleri için güçlendirilmeleri en önemli ihtiyaçları olarak görülmektedir. Bu genel çerçevede yürütülmesi önerilen çalışmalar şunlardır;

Çocukların okul ile ilişkilerinin sürdürülmesi konusunda motivasyon çalışmaları, kadınların çevre ile ilişkilerinin sağlanması, geride kalan mal varlıklarının yönetilmesi, yasal danışmanlık verilmesi, göç edecekleri zaman velayet problemi olan bir çocuğun durumunun çözümlenmesi, sosyal dışlanmaya karşı çevre ile çalışılarak bu kişilere yönelik tepkilerin azaltılması, göç konusunda danışmanlık hizmeti verilerek bu duruma hazırlanmaları, kadınların göç ve göç ettikleri yere uyum sağlamları konusunda güçlendirilmeleri ve kamu kurumlarına bağımlılık (sürekli güvenlik isteği, maaş bağlanması isteği gibi) isteklerinin sürekli olamayacağı ve kendi kendilerine yetebilme aşamasına kadar desteklenecekleri konusunda ikna edilmeleri ve diğer günlük yaşam faaliyetleri için motivasyon artırıcı çalışmaların yapılması,

- Ekim-Kasım aylarında APHB tarafından yerel uzmanları destekleyici eğitim programının düzenlenmesi,

- Yaz ayında yapılan çalışmaların ve raporların takip edilerek, 2 ay sonra yürütülen çalışmaların tekrar değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Saygılarımla,

Hazırlayanlar:

Uz. Psk. Meltem Kılıç (Türkiye Kızılay Derneği)

Dr. Psk. Nedret Öztan (Türk Psikologlar Derneği)

Doç. Dr. Nilgün Küçükkaraca (Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği)

Dr. Hakan Erman (Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği)

Ali Erdoğan (Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği)



**RUH SAĞLIĞI PLATFORMU
TÜRKİYE
Kuruluş: 2006**

Platform Üyesi Sivil Toplum Kuruluşları:

Türkiye Psikiyatri Derneği
Türk Nöropsikiyatri Derneği
Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği
Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği
Pratisyen Hekimlik Derneği
Türk Tabipleri Birliği
İstanbul Tabip Odası
Ankara Tabip Odası
Konya - Karaman Tabip Odası
Cinsel Eğitim Tedavi Araştırma Derneği
Türk Psikologlar Derneği
Psikiyatri Hemşireleri Derneği
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
Şizofreni Dernekleri Federasyonu
Şizofreni Dostları Derneği
İstanbul Dünya Şizofreni Derneği
İst. Şizofreni Gönüllüleri Dayanışma Derneği
İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği
Ankara Şizofreni Hastaları ve Yakınları Derneği
Dünya Şizofreni Derneği
Manisa Şizofreni Derneği
Konya Şizofreni Gönüllüleri Derneği
Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi

Yazışma Adresi:

Op. Raif Bey Sok. Morali Ap. 31/2
Şişli - İstanbul

Telefon: 212 - 219 97 77

Faks: 212 - 343 00 95

Tarih:07.04.2008

RUH SAĞLIĞI PLATFORMUNDAN BASIN AÇIKLAMASI

Son günlerde, yazılı ve görsel basında yer alan bazı cinayet haberleri, ortak özellikleri nedeniyle ön plana çıkarılmışlardır. Bu olaylarda sanıkların annelerini benzer yöntemlerle öldürmüş olmaları ve olayların aynı hafta içinde peşpeşe meydana gelmesi görsel ve basılı medyanın ilgisini çekmiştir. Ancak medyanın bu olayları yansıtma biçimiyle ilgili kaygılarımız vardır. Cinayetlerin tüm ayrıntılarıyla yazılması veya anlatılması, ekranlarda muhabirlerin sanıklara “nasıl kestin?” benzeri sorular yöneltmesinin toplum sağlığını olumsuz etkileyeceği açıktır. Televizyonda yayınlanan dizi ve filmlerde başlatılan ve içeriğinin hangi yaş grubuna uygun olduğunu gösteren semboller, gerçek olmayan (rol gereği olan) bazı görüntülerin bile bazı kişileri olumsuz etkileyebileceği düşüncesine dayanmaktadır. Hal böyle iken, gerçek cinayetlerin ayrıntılarının bu kadar denetimsizce kamuoyuna sunulmasının daha büyük zararlar vereceğini unutmamak gerekir. Ayrıca bu olaylarda da hukuki süreç işlediğinden yayınlarda gerekli hassasiyetin gösterilmesi ayrıca önemlidir.

Bu yayınlarda gözlemediğimiz ikinci bir önemli nokta ise basının ruh sağlığı ve ruhsal sorunları olanlar konusunda yaptığı yanlış bilgilendirme ve damgalayıcı tutumu güçlendirici yaklaşımdır. Güvenilirliği şüpheli kaynaklardan alınan bilgilerle sanıklara medya tarafından “ruh hastası” tanısı konmuş, bazı televizyon kanallarında uzmanlardan yorumlar istenmeye başlanmıştır. Bu kişilerin ruhsal hastalıkları olup olmadığı soruşturma sırasında elbette ortaya çıkarılacaktır. Ancak önemli olan, medyanın ruhsal hastalıklar konusunda toplumda zaten var olan önyargıları azaltmaya çalışan ruh sağlığı çalışanlarına yardımcı olmak yerine, bu önyargıyı güçlendirecek yayınlar yapmasıdır. Ruhsal hastalıkların birçoğu bugün başarıyla tedavi edilebilmektedir. Tedavi önündeki en önemli engellerden biri ruhsal hastalığı olanların toplumda var olan damgalayıcı tutum nedeniyle yardım aramaktan kaçınmasıdır. Toplumda ruhsal hastalığı olanlara yönelik ön yargılar tüm ülkelerde sağlık kuruluşları, hükümetler, hasta ve yakınlarından oluşan sivil toplum kuruluşları ve medya organlarının işbirliği içinde azaltılmaya çalışılmaktadır. Genel tıp, ruh sağlığı ve toplum sağlığı alanında farklı meslek grupları ve hasta-hasta yakınları adına faaliyet gösteren 23 derneğin ölçtüğü Ruh Sağlığı Platformu olarak, basının sorumluluk duygusuyla hareket etmesini, damgalamayı arttırıcı yayınlardan kaçınmasını diliyoruz.

Kamuoyuna saygıyla duyurulur

RUH SAĞLIĞI PLATFORMU

**TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ
BASIN AÇIKLAMASI**

Şiddet ve silahlanmaya karşı ciddi önlemler alınmalıdır

Mardin'in Mazıdağı İlçesi'ne bağlı Bilge Köyü'nde silahlı kişilerin yaptığı katliamda 3'ü hamile olmak üzere 16 kadın ve 6'sı çocuk 44 kişi yaşamını yitirdi.

Bu katliam da göstermiştir ki şiddet ülkemizde giderek tırmanmaktadır.

Evde, okulda, sokakta, işyerlerinde, toplumsal etkinliklerde, düğünlerde, maçlarda her yerde artan şiddet toplumda derin acılara, çaresizlik, geleceğe yönelik endişe ve umutsuzluğa yol açmaktadır.

Silahlanmanın gelenek, görenek ve erkekliğin gereği gibi gösterilerek hoş görüldüğü, hatta özendirildiği, her türlü kutlamada silah kullanmanın sıradanlaştığı, şiddetin her düzeyde sorunların tek çözüm yolu olarak görüldüğü ve kutsandığı, televizyonlarda şiddet içeren dizi ve programların öne çıkarıldığı günümüzde şiddet sarmalının giderek büyümesine engel olunamamaktadır. Özellikle koruculuk sistemiyle bir grup insanın devlet

eliyle silahlandırılması ülkemizi şu andaki kaçınılmaz yere getirmiştir.

Türkiye Psikiyatri Derneği olarak, her düzeyde ve ortamda şiddet olaylarının artmasından yoğun kaygı duyuyor, artan şiddetin ciddi şekilde ele alınması ve önlenmesi için gereken tüm çabaların yaşama geçirilmesi gerektiğine inanıyoruz.

Hızla şiddetin önlenmesi yolunda çaba gerekmektedir.

- 1) Her düzeyde eğitim kurumlarında şiddet karşıtı eğitim programları oluşturulmalıdır.
- 2) Çocukları ve gençleri silaha özendirici tutum ve girişimler önlenmelidir
- 3) Yazılı ve görsel basında şiddet içeren haber ve programlar öne çıkarılmamalıdır
- 4) Bireylerin ya da grupların silahlandırılmalarına karşı ciddi önlemler alınmalıdır.
- 5) Aile içinden sokağa, her düzeyde şiddeti önlemeye yönelik ciddi yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

**Türkiye Psikiyatri Derneği
Merkez Yönetim Kurulu**

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ URUMÇİ KATLIAMI İÇİN BİR BASIN AÇIKLAMASI YAPTI

Sincan Uygur Özerk Bölgesindeki Katliama Hayır !

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu, Çin'in Sincan Özerk Bölgesinde Çin güvenlik güçlerinin, protesto gösterisi yapan Uygurlara müdahalesiyle 200'ün üzerinde kişinin yaşamını yitirdiği olaylar nedeniyle bir basın açıklaması yaparak Çin Hükümetini kınadı. TPD MYK ayrıca Çin Psikiyatri Birliğine bir mektup göndererek Çinli meslektaşlarının dikkatini Sincan Özerk Uygur Bölgesinde olanlara çekti.

Çin'in Sincan Uygur Özerk Bölgesi'nde 5 Nisan 2009 tarihinde geçen ay iki Uygur işçisinin öldürülmesini protesto etmek için toplanan Uygur halkına karşı Çin güvenlik güçlerinin müdahalesi sonucu gelişen olaylarda ilk üç gün içinde 200 kişinin hayatını kaybettiği, 800'in üzerinde kişinin yaralandığı ve 1000'in üzerinde kişinin tutuklandığı öğrenilmiştir.

Haberleşme ve internetin engellenmesine karşın tüm dünyanın gözü önünde gerçekleştirilen bu olaylar Çin Yönetiminin bu özerk bölgede Uygur halkına karşı sistemli bir sindirme ve yok etme girişimi içinde olduğu anlamına gelmektedir.

Bir çok kişinin fizik şiddete uğraması, tutuklanması, yaralanması, ölmesi gerek bu olaylar sırasında orada bulunanlar gerekse yakınları yararlanan ve ölenler için ciddi travmatik sonuçlar yaratacağı açıktır. Özellikle Çin ordusunun da müdahaleye hazırlandığı şeklindeki haberlerin alınması, Ürumçi'nin dünya ile iletişiminin kesilmesi endişelerimizi daha da artırmaktadır.

Türkiye Psikiyatri Derneği olarak Çin hükümetinin Sincan Uygur Özerk Bölgesinde Uygur halkına yönelik bu sistemli girişimlerini kınıyor, uluslar arası kamuoyunu duyarlı olmaya çağırıyor, Birleşmiş Milletleri bu şiddete son vermek için zaman geçirmeden gerekeni yapmaya davet ediyoruz.

TPD Merkez Yönetim Kurulu

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİNDEN ÇİN PSİKİYATRİ BİRLİĞİNE MEKTUP

Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Başkanı Dr.Şeref Özer, Çin Psikiyatri Birliği Başkanına bir mektup göndererek Sincan özerk Uygur Bölgesindeki olaylar nedeniyle Türkiyedeki psikiyatristlerin endişe ve tepkilerini dile getirerek, olayların durdurulması için Çin Psikiyatri Birliğinin aktif desteğini istedi.

Çin Psikiyatri Birliği Başkanına,

Sayın Başkan,

Sincan Uygur Özerk Bölgesi'nde 5 Temmuzdan bu yana yaşanan olaylar ülkemizdeki çoğu kişi gibi biz psikiyatri profesyonellerini de derinden etkilemiştir. Özellikle polisin göstericiler üzerindeki yoğun baskısı ve güç kullanımını sonucu 200'ün üzerinde kişinin ölmesi ve 800'ün üzerinde kişinin yaralanması ve 1000'in üzerinde kişinin tutuklanması üyelerimiz arasında ciddi endişeye ve tepkiye yol açmıştır. Bütün bu olaylarda bölgedeki Çinlilerin yerli Uygur halkına karşı kışkırtılmasının, ayrıca güvenlik güçlerinin yerli Uygur halkına karşı ciddi fizik güç kullanımının olumsuz sonuçları daha da artıracacağı endişesini yaratmaktadır. Bir çok kişinin ölmesi, yaralanması gerek bu olaylar sırasında orada bulunan gerekse yakınları yararlanan ve ölenler için ciddi travmatik sonuçlar yaratacağı açıktır. Özellikle Çin ordusunun da müdahaleye hazırlandığı şeklindeki haberlerin alınması, Ürumçi'nin dünya ile iletişiminin kesilmesi endişelerimizi daha da artırmaktadır.

Türkiye Psikiyatri Derneği olarak Sincan Uygur Özerk Bölgesinde yaşanan ve devam etmekte olan bu olaylar nedeniyle üzüntü ve endişelerimizi; ayrıca bir an önce sonlandırılması konusunda birliğinizin aktif tavır göstereceği inancında olduğumuzu bildiririz.

Saygılarımızla.

Dr. Şeref Özer
TPD Genel Başkanı

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ BASIN AÇIKLAMASI

Türkiye Psikiyatri Derneği yaptığı basın açıklamasında Adana ilinde bir şahıs tarafından işlendiği iddia edilen cinayetlerle ilgili olarak basında yer alan "tedavisi düzenli yapılmayan akıl hastalarının katliamlardan sorumlu olduğu" şeklindeki haberin psikiyatrik hastalıkların ve hastaların olumsuz bir şekilde damgalanmasına yol açtığını belirtti.

Adana ilinde bir şahıs tarafından işlendiği iddia edilen cinayetlerle ilgili olarak, olay henüz soruşturma aşamasında ve cinayetleri kimin işlediği dahi kesin değilken, "tedavisi düzenli yapılmayan akıl hastalarının katliamlardan sorumlu olduğu" şeklinde uzman görüşlerin bazı yayın organlarında yer aldığı görülmüştür.

Her psikiyatri uzmanı sağlıklı insanlar kadar, ruhsal hastalığı olanlar arasında da suç isleyenlerin çıkabildiğini; düzenli tedavinin ruhsal sağlığı bozuk insanların toplumsallığını artırdığını ve uyumsuzluğu ve buna bağlı olarak suç oranlarını azalttığını bilir. Ancak tedavi edilmeyen ruhsal

hastalığı olan kişilerin "cani adayları" olduğuna ilişkin hiçbir bilimsel veri olmadığı da psikiyatri uzmanları tarafından bilinmektedir.

Hiç bir meslektaşımızın bu şekilde önyargılı ve bilimsel olmayan bir açıklama yapmayacağını düşünmekle birlikte basında yer aldığı şekli ile açıklamanın psikiyatrik hastalıkları ve hastaları olumsuz bir şekilde damgalama anlamına geldiğini üzülenek görmekteyiz.

Ruhsal hastalığı olan kişiler hem hastalıklarının, hem de toplumdaki olumsuz önyargıların etkisiyle toplum dışına itilmektedirler. Bu önyargıları kırmak için pek çok kurum çaba göstermekte, Türkiye Psikiyatri Derneği bu çabalara öncülük etmektedir.

Bir yayın organında, manşet olarak böyle bir haberin yer alması, ruhsal hastalığı olanlara karşı toplumdaki önyargıları pekiştirmekten başka bir sonuç doğurmayacaktır.

Basın-yayın organlarını ruhsal hastalığı olanlara karşı toplumdaki önyargıları artıran haberler konusunda daha duyarlı olmaya davet ediyoruz.

Türkiye Psikiyatri Derneği
Merkez Yönetim Kurulu

TÜRK PSİKIYATRİ DERNEĞİ
1 EKİM DÜNYA YAŞLILAR GÜNÜ BASIN BÜLTENİ

TÜRKİYE'DE YAŞLILARIN RUHSAL DURUMU: DEPRESYON ve DEMANS YAŞLILARIN KADERİ Mİ, YOKSA ÖNLENEBİLİR BİR DURUM MU?

Son yıllarda ortalama yaşam süresinin uzaması ile dünyada yaşlı nüfusun oranı artmaktadır. Ortalama yaşam süresi 20. yüzyılın başında 40 civarında iken, 1950-2000 yılları arasında özellikle hızlı bir artış göstererek 66 yıl olmuştur, 2050 yılında ise ortalama yaşam süresinin 76 yıl olması beklenmektedir. 1998 yılında yaşlı nüfus oranı tüm dünyada % 10'dur, 2025 yılında % 15 olacağı öngörülmekte, 2000 yılında dünyada 600 milyon olan 60 yaş üzeri nüfusun, 2050 yılında 2 milyara ulaşacağı beklenmektedir. Gelecek 50 yıl içinde yaşlı nüfusun artışının özellikle gelişmekte olan ülkelerde olması beklenmektedir.

Ülkemizde Devlet İstatistik Enstitüsünün nüfus sayımı sonuçlarına göre, 65 yaş üzeri nüfus 1985'de % 4.2 iken, 2000 yılında bu oran % 5.6 olarak saptanmıştır. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi verilerine göre 21.01.2008 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) tarafından bildirilen rakamlara

göre Türkiye nüfusunun %7.1'i 65 yaş ve üzerindedir. Türkiye genç bir nüfus yapısına sahiptir ancak dünya nüfusunun global olarak yaşlanması ile birlikte, ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. 2020 yılında yaşlı popülasyonun Türkiye nüfusunun yaklaşık % 7.7'sini oluşturacağı öngörülmektedir. Nüfusun yaşlanması ile birlikte, bu nüfusa özel sorunlar ortaya çıkmakta, bunlar da yeni tutum ve hizmet gereksinimlerini gündeme getirmektedir

Farklı toplumlarda yaşlı bireylere bakış ve yaşlılığa yüklenen anlamlar farklıdır. Bazı gelişmiş ve batılı toplumlarda, yaşlının üretime katılımının azalması ile birlikte "değerinin" ve "işlevinin" azaldığı, dolayısıyla toplum için bir yük oluşturduğu düşünülmektedir. Japonya gibi bazı toplumlarda ise yaşlıların statüsünün daha yüksek olduğu ve saygı duyulduğu görülmektedir. Genellikle yaşlılara ilişkin zıt görüşler bir arada bulunabilmektedir, yaşlılar ya "güçsüz, yetersiz, talepkar, işe



Fotoğraf: Suzan Orhan



Fotoğraf: Güzin Tezel

yaramayan” bireyler ya da “bilge, tecrübeli, sözü dinlenir kanaat önderleri” olarak görülebilmektedir.

Bizim ülkemizde de yaşının toplum içindeki saygınlığı ve statüsü günümüzde hızla değişmektedir. Kentleşme, geniş aileden çekirdek aileye geçiş, kadınların çalışma hayatına katılması, ekonomik zorluklar, büyük kentlere göç ve bunun getirdiği yükler sonucunda, eskiden ailenin temel bir parçası olan ve aile içinde söz sahibi olan yaşlılar, artık aileye yük olarak algılanmaya başlamıştır. Yaşlı bireyin hızla değişen dünyaya, teknolojik değişimlere ve yeni yaşamın gerektirdiği hızla adapte olamaması, yaşlı hakkındaki kaniyi olumsuzlaştırmaktadır. Bu süreçte yaşlılar giderek daha sıklıkla yalnız yaşamakta, ekonomik sorunlarla ve sağlık sorunlarıyla uğraşmakta, toplumdan yalıtılmakta ve özgüvende azalma ve kendilik algısında olumsuzluklar yaşamaktadırlar. Ne yazık ki kimi zaman toplumun çeşitli kesimlerinde, basında ve medyada bu olumsuz görüşler paylaşılabilir. Yaşlılık ve getirdiği tüm değişimler



Fotoğraf: Suzan Orhan

olumsuz olarak algılanmakta, bu olumsuz algılar sağlıkla ilgili kurum ve kişileri de olumsuz etkileyebilmektedir.

Yaşlı bireyler uygun yaşam koşullarına sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürme olanağına sahip olsalar bile kentleşme, çekirdek aileye geçiş, yaşlılara yönelik kamusal nitelikli barınma olanaklarını yeterli olmayışı gibi nedenlerle giderek daha fazla oranda yalnız yaşamak durumunda kalmaktadırlar. Yaşlıların önemli bir bölümü yoksulluk riski altındadır ve yaşlı bireylerde yoksulluk, genç nüfusa göre daha sık rastlanan, daha ağır yaşanan bir ekonomik ve toplumsal sorun durumuna gelmiştir. Yaşlı nüfusun önemli bir kısmının sosyal güvenceden yosun olması, güvencesi olanların da gelir düzeylerinin düşük olması nedeniyle yaşam koşullarını düzenlemekte zorluk çekmeleri yaşlıların döneminde yaşana zorlukları ikiye katlamaktadır. Ekonomik sorunlar yaşlıları ruhsal olarak olumsuz etkilemekte, hareket yeteneklerinin, günlük beceri ve işlevlerinin azalmasına yol açabilmektedir. Bunun yanı sıra yaşlılıkla birlikte gelen bazı kısıtlılıklar nedeniyle yaşlılar kendilerine özgü önemli bazı hizmetlere, eşlik eden akut veya kronik hastalıklar nedeniyle zaman zaman ya da sürekli bir destek ve bakıma gereksinim duyabilmektedirler. Bir çok ülkede yaşlılara uzun dönemde farklı düzeylerde bakım hizmeti sunan kurumlar oluşturulmuştur. Emeklilerin için kurulmuş yaşlı evlerinden, destekli yaşam ünitelerine, yarı yol hastanelerinden, gündüz bakım merkezleri ve huzurevlerine dek değişen düzeylerde, yaşlı bireylerin farklı gereksinim ve tercihlerine göre yararlanabildikleri kimi özel, kimi devlet destekli kurumlar hizmet sunmaktadır. Ülkemizde henüz bu kapsamda yaşlılara yönelik düzenlenmiş bir sistem bulunmamaktadır. Ancak artan yaşlı nüfus nedeniyle bu tür hizmetlerin planlanması, sunumu ve finansmanı konularında yeni projeler geliştirilmenin gerekliliği açıktır.

65 yaş üstündeki bireylerde major depresyon yaygınlığının %2-4, anlamlı düzeyde depresif belirtilerin görülme sıklığının ise %10-15 oranında olduğu bildirilmektedir. Tedavi ve bakım ortamlarında ise erişkin nüfusta olduğu gibi yaşlılarda da depresyon sık görülmekte, bakımevlerinde bu oran %40'lara dek çıkabilmektedir. Yaşlıda depresyon işlevsellikte azalma, intihar ve sağlık hizmetlerinin fazladan kullanımı gibi sonuçlara yol açabilmektedir. Alzheimer hastalığı gibi bilişsel işlevlerde kayba yol açan hastalığı olan bireylerde depresyon sıklıkla yineleyerek daha olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Ayrıca eşlik eden depresyon ve kaygı bozuklukları fiziksel hastalıkların gidişi üzerinde de olumsuz etkilerde bulunabilmektedir. Kadın olmak, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmak, yalnız yaşamak, sosyal destek azlığı, kronik fiziksel hastalık varlığı, günlük yaşam etkinliklerinde başkalarına bağımlı yaşama gibi etkenler depresyona yatkınlığı artırmaktadır. Yaşlılık-taki depresyonla ilgili en önemli yanlış, depresyonun normal ve olağan kabul edilmesidir. Toplumda yaşlılıkla gelen yeti yitimi ve kayıplara bağlı olarak yaşlı insanların çökkün, mutsuz olmaları gerektiği şeklinde birtakım yanlış kanılar bulunabilir. Oysa depresyon hangi yaşta olursa olsun ruhsal bir bozukluk olarak ele alınması gereken, tedavi edilmediğinde ciddi yitimlere neden olabilen bir durumdur. Hekimlerin tanı koyma ve tedavi uygulamada yaşadığı zorluklar, eğitim ve deneyim eksikliği ya da tedavinin gerekli/etkili/anlamlı olmadığı yönün-



Fotoğraf: Suzan Orhan

deki yanlış kanıları da yaşlılık depresyonlarının tedavisinde diğer önemli engellerdir.

Yaşlılarda kaygı bozuklukları da sıklıkla rastlanan psikiyatrik bozukluklardandır. Genellikle depresyona eşlik eder veya depresyona ikincil olarak ortaya çıkar. Yaygın kaygı bozukluğu olan bireyler sıklıkla doktora başvurmaz ve tedavisiz kalırlar. Kaygı bozuklukları da tedavi edilmediğinde işlev kayıplarına yol açar.

Yaşla bağlantılı önemli bir bozukluk demans (bunama) grubu hastalıklardır. 65 yaşından sonra demans görülme sıklığı her yıl 2 kat artar, 85 yaş ve üzeri bireylerde demans görülme sıklığı % 30- 50 arasında değişmektedir. Yaşlanan nüfusla birlikte demans önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya başlamıştır. Demans kişinin zaman içerisinde belleğinin bozulması ile birlikte karar verme, yargılama, konuşma, kendi bakımını sağlama ve günlük işlerini yürütme gibi temel işlevlerini etkileyerek bireyi bağımlı ve sürekli bakım gereksinir hale getiren önemli bir sendromdur. Erken tanındığında ve tedaviye başlandığında ilerlemesi önenebilir ve kişinin daha uzun süre bağımsız yaşaması sağlanabilir. Erken tanı ve tedavi için özellikle birinci basamak hekimlerinin bilgilendirilmesi ve eğitim verilmesi gereklidir. Tüm dünyada bunamanın oluş nedenleri, önlenmesi ve tedavisi ile ilgili yoğun araştırmalar sürmektedir. Ülkemizde henüz ileri teknoloji gerektiren bu çalışmalar yaygın olmamakla birlikte, hekimlerin ve toplumun demans konusunda bilgilendirilmesi ile ilgili çalışmalar giderek yaygınlaşmaktadır.

Demans sendromu, kişinin bağımsız yaşamasını engellediği için, ciddi ve sürekli bir bakım hizmetini de zorunlu kılmaktadır. Dünyada özel ve resmi bakım kurumları gelişmeye başlamış, son dönemlerde ise evden başka bir ortamda, uzun süreli bakımın olumsuz sonuçları görülerek evde bakım hizmeti modelleri geliştirilmeye başlanmıştır. Ülkemizde bu alanda gelişmeler henüz başlangıç aşamasındadır. Giderek daha fazla sayıda özel bakım kuruluşları açılmaya başlanmıştır. Ancak bu kurumlara ulaşım kişilerin ekonomik güçleri ile orantılıdır. Birçok yaşlı birey bu türde bakım hizmetine ulaşamamakta ve aile içinde bakılmaktadır. Ancak ailede özellikle kadınların yükü artmakta, annelik, eş olma, sürekli bir işte çalışma

ve ev işlerini yürütme yükümlülüğünün yanısıra yaşlı bakımını da üstlenen kadınlar, bakıcı tükenmişliği ve depresyonu yaşamaya başlamaktadırlar. Bu nedenlerle yaşlı bireyler için kurumsallaşmış evde bakım hizmeti modelleri oluşturulması kaçınılmaz olmuştur, bu hizmeti yalnızca ekonomik gücü olan değil gereksinimi olan tüm bireylerin alması gerekir. Yaşlılara yaşadıkları çevreden soyutlanmadan, aileleri ve tüm yaş grubundaki bireylerle iletişim kuracak ve sosyal etkileşim yaşayacak koşullar sağlamak yaşam kaliteleri ve sağlıkları için son derece önemlidir.

Türkiye’de yaşlı hizmetleri ilk kez 1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü’nün kurulması ile kamu hizmetleri içinde yer almıştır. Günümüzde ise yaşlılara dair hizmetler Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu bünyesinde yürütülmektedir. 2006 yılı verilerine göre ülkemizde toplam 201 kurumda 17394 yaşlıya kurum bakımı sunulmaktadır. Gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında bu rakamlar düşüktür.

Yaşlılarla ilgili politikaların oluşturulabilmesi, hizmetlerin planlanması, yönetimi, ve insan gücü yetiştirilmesi için bu alanda özelleşmiş eğitime gerek vardır. Avrupa ve Amerika Birleşik Devletlerinde geriatri/gerontoloji eğitimi uzunca bir süredir yürütülmektedir. ABDde geriatri uzmanlığı hem koruyucu hekimlik dalı hem de üst uzmanlık dalı olarak kabul edilmektedir. Ayrıca erişkin psikiyatrisi uzmanlığı sonrasında 1-2 yıl süre ile eğitim alınan bir geriatrik psikiyatri üst ihtisası da verilmektedir. Ülkemizde geriatri üst ihtisası yeni yeni tanınmaya başlanmıştır, bu alanda eğitim veren akademik bölümler kısıtlı sayıdadır, yetişmiş uzman sayısı gereksinimleri karşılayamayacak kadar az sayıdadır. Hızla artan yaşlı nüfus düşünüldüğünde, yaşlılık ve yaşlı sağlığı ile ilgili uzun vadeli politikalar oluşturma, bakım sağlamaya yönelik yatırımlar yapma ve kaynak bulma, ve bu konuda bilgili, donanımlı doktor, hemşire, fizyoterapist gibi sağlık personeli yetiştirme gereksiniminin acil olduğu görülmektedir.

Yrd. Doç. Dr. Özlem Erden Akı

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD Öğretim Üyesi

Türkiye Psikiyatri Derneği Geriatrik Psikiyatri Bilimsel Çalışma Birimi Üyesi

Dr. Şeref Özer

TPD Genel Başkanı

TPD MYK Adına

Yararlanılan Kaynaklar

Akdemir N ve ark. Yaşlılığın algılanması ve yaşlı ayrımcılığı. Turkish J Geriatr 2007; 10(4): 215-222.

Aksoydan E. Are developing countries ready for ageing populations? An examination on the socio-demographic, economic and health status of elderly in Turkey. Turkish J Geriatr 2009; 12(2): 102-109.

Aydın ZD. Yaşlanan dünya ve geriatri eğitimi. Turkish J Geriatr 1999; 2(4): 179-187.

Sadavoy J, Jarvik LF, Grossberg GT ve ark. Comprehensive Textbook of Geriatric Psychiatry. 3rd ed. New york, Norton and Company: 2004.

TÜRK PSİKİYATRİ DERNEĞİ

26 HAZİRAN UYUŞTURUCU KULLANIMI VE TRAFİĞİ İLE MÜCADELE GÜNÜ
BASIN BÜLTENİ

TÜRKİYE'DE MADDE KULLANIMI VE TEDAVİ POLİTİKALARI

Psikoaktif madde kullanımı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de tüm toplumu ilgilendiren en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Özellikle genç nüfusu tehdit etmektedir. En önemli risk grubunu ergenler oluşturur. İlk kullanım çoğunlukla ergenlik döneminde olmaktadır. Ülkemizde de özellikle gençler arasında madde kullanımının artma eğilimine olduğu gözlenmektedir.

Madde kullanımı halk sağlığı sorunudur, çünkü gizli kalma eğilimindedir. Madde kullanan kişiler kendi alt kültürleri içinde bulunur ve giderek kurumlardan uzaklaşırlar. Okulu bırakma, işe devam edememe görülür. Sağlık kurumlarına başvurma oranı düşüktür. Bunu sonucu olarak özellikle damar yolu ile madde kullanan kişilerde yaygın olarak görülebilen hepatit ve HIV gibi bulaşıcı hastalıklar toplumu tehdit edebilir. Bazı yasa dışı eylemlerde bulunma ise emniyet ve adalet kurumlarını fazlası ile meşgul edebilmektedir. Toplumun madde kullanan kişilere yönelik düşmanca tutumu bu kişilerin toplumsal kurumlarla bağlarının iyice kopmasına ve toplum dışı davranışların pekişmesine yol açar. Bu nedenle madde kullanımına ilişkin toplumun önyargıları, madde kullanımının olumsuz sonuçlarının şiddetini belirlemede etkili olmaktadır.

Ülkemizde madde kullanım yaygınlığına ilişkin çalışmalar çoğunlukla lise öğrencilerine yönelik yapılmaktadır. Madde kullanımının öncelikle genç nüfusu tehdit ettiği düşünülecek olursa ilköğretim ve ortaöğretimde okuyan öğrenciler ve okuldan ayrılmış gençlere yönelik çalışmaların yapılması ve bunların belli aralarla tekrar edilmesi madde kullanımına ilişkin özellikle önleme politikalarının geliştirilmesinde önem kazanacaktır.

Ortaöğretim öğrencilerine yönelik yaygınlık çalışmaları 1991'den beri yapılmaktadır. Özellikle 1994'ten itibaren yapılan çalışmalar benzer yöntemlerle yapıldığı için karşılaştırma olanağı vermektedir. Ancak 2003 yılından beri Milli Eğitim Bakanlığının madde kullanım yaygınlığına ilişkin çalışmalara izin vermemesi, bu tarihten sonra gençler arasında madde kullanım eğilimlerine ilişkin verilerden bizi mahrum etmiştir.

Bu tarihten önce yapılan çalışmalara bakıldığında zaman, 2003 yılında yapılmış olan Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisinin desteklediği ESPAD çalışması dikkate alındığında herhangi bir madde kullanımı %6, esrar kullanımı %5,1, uçuucu madde kullanımı %5,2, ekstazi kullanımı %3,2, eroin kullanımı %2,8 bulunmuştur.

Bir başka çalışmada 2001 ve 2003 yıllarında lise öğrencilerine yönelik yapılmış yaygınlık çalışmaları karşılaştırıldığında esrar kullanımının %75,7, uçuucu madde kullanımının %40,5, ekstazi kullanımının %287,5, eroin kullanımının %100 arttığı görülmüştür. Ancak 2003'ten sonra gençler arasında madde kullanım eğilimlerindeki değişimi takip etmek mümkün olmamıştır.

Madde kullanımına yaklaşım gerçekçi, insancıl ve faydacı olmalı, madde kullanan kişilerin tekrar sisteme dahil edilebilecekleri kurumlarla bağ kurma hedeflenmelidir. Böylece toplum dışı davranışların azaltılması ve kontrol edilmesi sağlanmış olur.

Madde kullanımı ile mücadelede birincil önleme, yani bir kişinin hiç madde kullanmamasını sağlama; ikincil önleme, yani madde kullanımı olan bir kişinin madde kullanmayı bırakmasını sağlayacak tedavi programlarını oluşturma; üçüncül önleme, yani madde kullanmayı bırakamayan bir kişinin çevresine ve kendisine verdiği zararı azaltma hedeflenmelidir.

Bunu sağlamak için arzın önlenmesi, talebin azaltılması ve zararın azaltılmasına yönelik politikalar geliştirilmeli, bu geliştirilen politikaların bilimsel verilerle geçerliliğinin denetlenmesi ve sürekliliğinin sağlanması önemlidir. Arzın önlenmesi kolluk kuvvetlerinin çalışmaları ile madde ticareti, dağıtımı ve satışının azaltılması ile mümkün olmaktadır. Talebin azaltılması risk gruplarına ve topluma yönelik önleme çalışmaları ve tedavi olanaklarının geliştirilmesi ile sağlanabilir. Zararın azaltılması madde kullanımından doğan zararların en aza inmesini hedefler. Bunun için enjektör paylaşımının önlenmesinden, yerine koyma tedavilerinin uygulanmasına kadar geniş bir alanda bir planlama ve uygulamayı içerir.

Bütün bunlar belli günlerde yapılan kampanyalarla sağlanamaz, her alanda kurumlar arası işbirliğinin sağlandığı ve iyi organize olmuş, planlanmış çalışmalar ile mümkün olmaktadır. Ülkemizde önleme çalışmaları dağınık ve birçok elden yürütülmekte, kurumlar arası işbirliği yeterli düzeyde bulunmamaktadır. Madde kullananlara yönelik tedavi olanakları tüm ülkede yeterli ve aynı kalitede olamamakta, bu alanda çalışan uzmanlaşmış kişilerin sayısı bu hizmeti yürütmeye yetmemektedir. Zarar azaltmaya yönelik ise hiçbir politika geliştirilmemiştir.

Tüm bu sorunlara karşın, uzun süredir bağımlılık tedavisi alanında hizmet veren, bilimsel çalışmalar ile ciddi katkıları



bulunan, iyi organize olmuş ve önemli bir birikime sahip ve uzman bir kadroya sahip tedavi kurumlarımız da bulunmaktadır. Bunlardan biri 1983'ten beri madde bağımlılarına tedavi hizmeti veren İstanbul AMATEM, 1997 yılından beri hizmet veren İstanbul ÇEMATEM sayılabilir. Aynı zamanda Ankara AMATEM de uzun yılların deneyimi ile madde bağımlılarına yönelik tedavileri ve bilimsel çalışmalarla bu alana katkıları sürdürmektedir. Adana Ruh Sağlığı, Elazığ Ruh Sağlığı, Manisa Ruh Sağlığı, Samsun Ruh Sağlığı Hastanelerinde ve İzmir Atatürk Devlet Hastanesi bünyesinde kurulmuş olan AMATEM'ler önemli gelişmelere kaydetmektedirler. Çeşitli üniversitelerde alkol ve madde bağımlılığı tedavi hizmetleri

yürütülmektedir. Ankara Üniversitesi, Ege Üniversitesi, Gazi Üniversitesi ve Maltepe Üniversitesinde bağımlılık tedavi birimleri bulunmaktadır. Bunun dışında birçok üniversite hastanesinde genel psikiyatri kliniklerinde yatarak veya ayaktan tedavi olanakları bulunmaktadır. Bazı özel hastane ve sağlık kurumları da yatarak ve ayaktan bağımlılık tedavisi uygulamaktadır. Çeşitli illerde özellikle genç madde kullananlara yönelik tedavi birimleri açılmaktadır.

Sonuç olarak madde kullanımı ile mücadelede net hedeflerin konması, bu hedeflere ulaşmada ortaya çıkan sonuçların bilimsel çalışmalarla desteklenmesi önemlidir. Bunun için bir devlet politikası olmalı ve kurumlar arası işbirliği ve süreklilik sağlanmalıdır.

Genel topluma yönelik farkındalığı artırma, madde karşıtı duruşu sağlamanın amaçlandığı önleme çalışmaları önemlidir. Risk gruplarının tespiti ve bu grupların gereksinimlerine göre özel yaklaşımlar, madde kullanımının yayılmasını önlemede etkili olacaktır.

Tedavi seçeneklerinin tüm ülkeye yaygınlaşması, bu alanda uzmanlaşacak personelin yetiştirilmesi öncelikli konuların başında gelmektedir.

Dr. Defne Tamar Gürol

Türkiye Psikiyatri Derneği

Alkol Madde Kullanım Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi



Fotoğraf: Güzin Tezel

ÖSS (SINAV) STRESİ: ZARARLI MI, GEREKLİ Mİ?

Sınav stresi farklı anlamlarda kullanılabilen bir kavramdır. Bazen sınav öncesinde ve sınav sırasında yaşanan heyecan duygusunu, bazen de sınav öncesi başlayan ve yoğun biçimde yaşanan kazanamama endişesini tarif etmek için bu kavram kullanılmaktadır. Birbiriyle ilişkili olsa da, bu iki endişe/heyecan türünü ayrı ayrı ele almak gerekir.

Sınav öncesi yaşanan heyecan duygusu kişiyi bir süre sonra karşılaşacağı zorlu duruma hazırlayan dikkatin tamamen önündeki işe yoğunlaşmasını sağlayan aslında yararlı bir fizyolojik mekanizmadır. Tetikte olması ya da mücadele etmesi gereken durumlarla karşılaştığında, her insanda bu mekanizma uyarılır ve çoğu zaman işlevini yerine getirdikten sonra bu duygu kaybolur. Heyecan duygusunun işlevi kişinin tüm dikkatinin sınava yoğunlaşmasıdır. Eğer sınava giren genç heyecan duygusu ile mücadele etmek, ondan kaçınmaya çalışmak, dikkatini bedeninde heyecan duygusu ile birlikte ortaya çıkan kalp çarpıntısı gibi belirtilere vermek yerine tamamen önündeki soru kağıdına ve yapacağı işe odaklarsa bir süre sonra kendisi farkına bile varmadan heyecanı kaybolacaktır.

Başarısızlık kaygısından kaynaklanan daha uzun dönemli endişe hali ise farklı bir durumdur. Uzun dönemde ve çok şiddetli biçimde yaşandığında depresyon, okul reddi gibi ruhsal rahatsızlıklara, psikosomatik hastalıklara neden olabilir. Bazı gençler başarısızlık korkusunu kendileri için sınava hazırlanmayı sağlayan bir motivasyon aracına dönüştürmeyi başarırlar. Kaygı onların daha iyi, daha düzenli çalışmalarını sağlar, çünkü kaygının böyle bir işlevi de vardır. Uygun bir stres düzeyinin başarıyı arttırdığını gösteren bilimsel çalışmalar, sınavla ilgili hiç kaygılanmayanların ve aşırı kaygılananların başarı düzeyinin düştüğünü, buna karşılık uygun bir dozda kaygının başarıyı arttırdığını düşündürmektedir. İşte bu dozlarda, başa çıkılabilir ölçüdeki kaygının bir zararı yoktur. Kişinin zorlu bir işe hazırlandığını, enerji harcadığını, başarıya azmi içinde olduğunu gösterir. Gelişim sürecinde her zaman zorluklarla başa çıkmak kişinin bir aşama daha olgunlaşmasını ve kendine güven kazanmasını sağlar. Gençler enerjilerini verimli biçimde kullanırlarsa bu sınavdan ve sınava hazırlık sürecinden olgunlaşarak çıkarlar. Her toplumda gençlerin önüne bu tür sınavlar konduğunu unutmamak gerekir. Gençlikten erişkinliğe geçiş süreci her



toplumda kişinin erişkin tipi sorumluluk almaya hazır olup olmadığını sınavın bir dizi sınav içerdiği. İlkel toplumlarda, örneğin “gece ormanda yalnız kalmak” gibi ritüellerle gerçekleştirilen bu sınavlar günümüzde başka türlü sınavlara dönüşmüştür. Bu yüzden de üniversite sınavını yaşamda karşılaşacakları birçok sınavdan bir tanesi olarak görmek, yaşamın tek sınavı olmadığını da iyi anlamak gerekir.

"Dershane sektörü ailelerin ve gençlerin kaygısı üzerinden kazanan bağımsız bir ticari sektör haline gelmiştir. Gencin sınava hazırlık için ayırması gereken zaman dershane sisteminin de körüklemesi ile giderek artmakta, ailelerin bu işe harcadığı para da buna paralel olarak artmaktadır. Bu durum da ailenin ve gencin beklentisini ve dolayısıyla da stresini giderek arttırmaktadır."

Hem heyecan duygusu hem de sınav öncesi yaşanan uzun süreli stresin gencin başa çıkma becerilerini aştığı durumlar tabii ki vardır. Eğer gencin daha önceden gelen bunaltı bozukluklarına yatkınlığı varsa, akademik başarı ile ilgili sorunlar daha önceden beri süregeliyorsa ya da başka ruhsal sorunlar varsa o zaman stres düzeyleri gencin kapasitesini aşır ve daha ciddi ruhsal ve bedensel belirtiler ortaya çıkmasına neden olabilir. Buna ek olarak ailenin aşırı beklentileri, aile içi sorunlar, arkadaş ilişkilerinde sorunlar gibi süregiden sorunlar varsa sınavla ilgili kaygılar bazen bardağı taşıran damla olabilir ve ruhsal belirtiler ortaya çıkmasını tetikleyebilir. Bu tür altta yatan başka sorunlar olmadığı zamanlarda sınav stresinin ruhsal hastalık belirtilerine neden olması beklenen bir durum değildir.

Üniversite sınavı ile ilgili olarak asıl düşünülmesi, üzerinde konuşulması gereken konular ergenlik döneminin uygun gelişimini bozan ve bu yolla sınav stresine başa çıkmayı zorlaştıran ana etkenin eğitim sistemindeki sorunlar olduğudur. Ergenlik kişinin fiziksel, sosyal ve zihinsel açıdan çok hızlı gelişim

gösterdiği bir dönemdir. Bu gelişmenin de uygun çevresel koşullarla desteklenmesi gereklidir. Gençlerin kendilerini geliştirmek için daha çok spor yapmaya, arkadaş grupları ile vakit geçirmeye, kendilerini tanımaya, kendi dünya görüşlerini geliştirecek biçimde okumaya ve tartışmaya gereksinimi vardır. Ancak ülkemizde ergen gelişimi açısından çok önemli bir dönem olan 15-18 yaş döneminde gençler neredeyse bütün boş zamanlarını dershaneye giderek harcamaktadırlar. Dershane sektörü ailelerin ve gençlerin kaygısı üzerinden kazanan bağımsız bir ticari sektör haline gelmiştir. Gencin sınav hazırlık için ayırması gereken zaman dershane sisteminin de körüklemesi ile giderek artmakta, ailelerin bu işe harcadığı para da buna paralel olarak artmaktadır. Bu durum da ailenin ve gencin beklentisini ve dolayısıyla da stresini giderek arttırmaktadır.

Üniversitelerin kendilerine uygun öğrencileri seçmelerini sağlayan eleme sistemleri tüm dünyada vardır. Ancak bizde olduğu şekilde gençlerin tüm zamanını alan bir dershane sistemi dünyanın hiçbir yerinde yoktur. Bu yüzden ülkemizde liselerde gençlerin okul sistemi içinde sınava doğal olarak ha-



zırlandıkları, kendilerine uygun iş alanlarına yönlendirildikleri, motive edildikleri yeni bir eğitim sistemi öncelikle oluşturulmalıdır.

Prof. Dr. Emine Öztürk Kılıç

Türkiye Psikiyatri Derneği

*Gelişim Psikopatolojisi Bilimsel Çalışma Birimi
Koordinatörü*

TPD 10 Ekim Etkinlikleri ve Basın Çalışmaları

■ 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü nedeniyle Türkiye Psikiyatri Derneği 8-16 Ekim tarihleri arasında Ruh Sağlığı Haftası kapsamında bir dizi etkinlik ve basın kampanyası düzenledi. Bu hafta boyunca öncelikli olarak RUH SAĞLIĞI YASASI ile RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN YAYGINLAŞTIRILMASI ve BİRİNCİ BASAMAKTA RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN GELİŞTİRİLMESİNİ temel alan açıklamalar yazılı ve görsel basında yer aldı. Bu tarihler arasında tematik kanallar olan CNN TURK, HABERTÜRK ve NTV televizyon kanallarında TPD tarafından hazırlanan 20 sn. lik bir tanıtım filmi günde 8 kez dönüşümlü olarak gösterildi. Birçok ulusal ve yerel kanalda canlı yayınlara katılan ve demec veren TPD MYK üyeleri, Şube Başkanları ve yönetim kurulu üyeleri kamuoyunu ve toplumun bilgilendirilmesini sağlayacak önemli açıklamalar yaptılar.

10 ekim Dünya Ruh Sağlığı günü nedeniyle 9 ekim 2009 da Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi bahçesinde bir basın açıklaması yapıldı. Etkinliğe Mersin’de çalışan psikiyatri ve çocuk-ergen psikiyatrisi uzman ve asistanları, diğer branşlardan hekimler, hemşireler, yardımcı sağlık personelleri, Mersin Tabip Odası yönetim kurulu üyeleri katıldı. Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından hazırlanan basın açıklaması Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Aylin Ertekin Yazıcı tarafından okundu. Basın açıklamasının ardından, ruh ve beden sağlığı bir bütündür anlayışını vurgulamak üzere katılımcılara, hasta ve hasta yakınlarına “yarım elma” ikram edildi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Kemal Yazıcı “Mersin Haber” radyosunda canlı yayına katılarak dünya ruh sağlığı günü ile ilgili bilgi verdi.

Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi personeli ve hastalar, “Dünya Ruh Sağlığı Günü ve Ruh Sağlığı Haftası” nedeniyle yürüyüş ve çeşitli etkinlikler düzenledi. Adana Tren Garı önündeki Uğur Mumcu Meydanı’nda toplanan hekimler, hastane personeli, öğrenciler ve hastalar, Adana Büyükşehir Belediyesi Bandosu eşliğinde Atatürk Caddesi’nden Atatürk Parkı’na yürüdü.

TPD Denizli Şubesi Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü ile ilgili bir basın açıklaması yaptı. Dr. Ahmet Öz ile Yrd. Doç. Dr. Cem Şengül yerel Denizli Radyo Televizyon (DRT) kanalında 1,5 saat süren bir canlı yayına katılarak Dünya Ruh Sağlığı günü ile ilgili açıklamalarda bulundular.

TPD Bursa Şubesi Bursa Tabip Odası ile birlikte 7 Ekim 2009 tarihinde Tabip Odasında bir basın toplantısı düzenleyerek 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı günü ile ilgili bir basın açıklaması yaptı.

9 Ekim tarihinde Bursa Şube başkanı Dr. İbrahim Karakılıç ASTV de canlı yayına katılarak Dünya Ruh sağlığı günü, ruh sağlığı sorunlarının önlenmesinde gereken politikalar ve ruh sağlığı yasası ile ilgili açıklamalarda bulundu.

Türkiye Psikiyatri Derneği Samsun Şube Başkanı Doç. Dr. Ömer Böke yaptığı yazılı açıklamada Türkiye’nin ruh sağlığı yasasına, herkes için ulaşılabilir, yaygın ruh sağlığı hizmetine ihtiyaç olduğunu söyledi. ‘10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü’ nedeniyle Türkiye Psikiyatri Derneği Samsun Şube Başkanı Doç. Dr. Ömer Böke, Samsun Tabip Odası Başkanı Uzm. Dr. Cem Şahan, Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Seher Akbaş basın açıklaması yaptı. Türkiye Psikiyatri Derneği Samsun Şubesi adına Doç. Dr. Ömer, ülkemizin ve dünyanın önemli ruh sağlığı sorunlarını, ruh sağlığı politikalarını ve ilişkili konuları yeniden toplumun ve kamuoyunun gündemine taşımak amacıyla kampanya başlatıldığını söyledi. Ruh sağlığını ve ruh sağlığı hizmetlerini tüm dünyada, tüm ülkelerde toplumun her kesimlerinin öncelikli konusu yapmak, küresel bir öncelik haline getirmek için gereken çabaların sürdüğünü dile getiren Doç. Dr. Ömer Böke, Türkiye’de koruyucu ruh sağlığı ve ruh sağlığı tedavi hizmetlerinin yetersizliği göz önüne alındığında, ruh sağlığı hizmetinin birinci basamak sağlık kurumlarında bir kamusal hizmet olarak yaygınlaştırılması, ücretsiz ve ulaşılabilir bir niteliğe kavuşturulması gerektiğini kaydetti. Samsun Tabip Odası Başkanı Uzm. Dr. Cem Şahan, “Ruh sağlığı gününde Samsun ruh sağlığı konusunu tartışmalıdır” yorumu yaptı. “Samsun’da şiddetin, intiharın, depresyon olgularının arttığı bir süreci yaşıyoruz” diyen Şahan, “Toplumsal dinamiklerinin Samsun’da ruh sağlığını bozduğu sosyolojik bir krizin eşliğinde olan bir kentte, kamu yönetsel tercihlerin hala yanlış iktisadi modellerle yönlendirilmesi, sorgulanması gereken bir süreçtir” diye konuştu. OMÜ Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Seher Akbaş, Emniyet Genel Müdürlüğü verilerine göre, bu yılın başından itibaren 9 ayda 3336 kayıp bildirilmiş, bu kayıpların 18 yaş altında bildirileni 348 erkek ile 814 kız ile toplam bin 162 olduğuna dikkat çekti. Dünyada her yıl çok sayıda çocuk ihtiyacı olduğu halde ruhsal yönden destek alamamakta ve bu durum çocukların gelişimleri, eğitimlerini aksatmakta, yaşam kalitelerinin düşürmekte ve hayatlarını kaybetmelerine neden olmaktadır” şeklinde konuştu. Türkiye Psikiyatri Derneği Edirne Şube Başkanı Doç. Dr. Cengiz Tuğlu “10 Ekim Ruh Sağlığı Haftası” nedeniyle yaptığı yazılı açıklamada, ruh sağlığına ve ruh sağlığı hizmetlerine daha fazla önem verilmesi gerektiğini belirtti.

13. Bahar Sempozyumu Poster Bildiri Ödülleri

Değerlendirme Jürisi:

Dr. Timuçin Oral, Dr. Mine Özmen, Dr. Fisun Akdeniz, Dr. Nalan Kalkan Oğuzhanoğlu, Dr. Lut Tamam

2.lik Ödülü “İlaç Kullanmayan İlk Atak Major Depresif Bozukluk Hastalarında Serum BDNF Düzeylerinin Hippokampus Hacimleri ile İlişkisi”

Dr. Çağdaş Eker, Dr. Ömer Kitiş, Dr. Özlem Donat Eker, Dr. Erol Ozan, Dr. Ali Saffet Gönül

2.lik Ödülü “Şizofreni Hastalarında Glial Kökenli Nörotrofik (GDNF) mRNA Ekspresyonu”

Dr. Köksal Alptekin, Dr. Ceyhan Can, Dr. Simge Akyan, Dr. Neşe Cengizçetin, Dr. Halis Ulaş, Dr. Seda Mertol, Dr. Berna B. Akdede, Dr. Meral Oğuz, Dr. Ahmet Aktener, Dr. Serhat Taşlıca

3.lük Ödülü “TPD İki Uçlu Bozukluklar Sağaltım Kılavuzuna İki Uçlu Depresyon Tedavisinde Ne Kadar Uyumlanmaktadır?”

Dr. Kürşat Altınbaş, Dr. Nesrin Koçal, Dr. Erhan Kurt, Dr. Evrim Erten, Dr. Aytül Hariri, Dr. Füsün Aran

1998'den Bugüne Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni

■ Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni 1998 yılında basılan ilk sayısıyla yayın hayatına girdi. Yayın amacı, Derneğimizin kurumsallaşma sürecinin kalıcı bir belgesi olması, üyelerimize etkinlikleri ve politikaları etkin bir biçimde iletecek bir yayın organı olması idi. Yayın Yönetmenliğini 1998- 2001 yılları arasında Dr. Sezai Berber, 2002-2007 yılları arasında ise Dr. Berna Uluğ yürütmüştür. 2008 yılından beri Dr. Burhanettin Kaya yayın yönetmenliğini başarı ile yürütmekte; kapsamı ve niteliği bakımından giderek gelişen Bültenimiz üyelerimize düzenli olarak ulaştırılmaktadır.

2002 yılında, beşinci ciltten itibaren Bülten'in yılda 3 sayı yayınlanması kararlaştırıldı. Her sayıda Derneğimizin yıllık toplantısı olan Bahar Sempozyumlarına ve Ulusal Psikiyatri Kongrelerine ilişkin duyurulara ve haberlere yer veriliyordu. Bu toplantılarda verilen Türkiye Psikiyatri Derneği Ödüllerini kazanan araştırmacılar ve çalışmalar ilan ediliyor; özellikle proje teşvik ödülü kazanan çalışmaların özetleri sunuluyor, araştırmacıları tanıtılıyordu. Bu sunumlarla nitelikli bilimsel araştırmaların ve genç araştırmacıların teşvik edilmesi amaçlanıyordu.

Yayın Kurulu belirli başlıkların ve biçimlerin her sayıda düzenli bir biçimde yer almasını kararlaştırmıştı. Topluluğumuzda dikkat çeken bazı konular "Bir Konu İki Görüş" başlığı altında tartışılıyordu. Örneğin "Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Eğitimi" ya da "Psikiyatri Eğitiminde Psikoterapi Eğitiminin Yeri" gibi konular... Ruh sağlığı politikası, etik, bir sivil toplum ve meslek kuruluşu olarak sosyal sorumluluk alanları ile ilgili konular hemen her sayıda işleniyordu. Psikiyatri uzmanlık eğitimi ile ilgili sorunları, asistanların Psikiyatri Asistanı Olmak" başlığı altında dile getirmelerini istiyorduk. Her sayıda yer alan "Psikiyatri Notları" başlığı altında ise psikiyatrinin bilimsel gelişimi ile ilgili ya da ilginç bilimsel araştırmaları sunan kısa ve kolay okunan yazılar yer alıyordu. Bilimsel Çalışma Birimleri'nin etkinliklerinin üyeler Bülten aracılığı ile duyurulması da çok önemseniyordu. Bu yolla üyelerimizin Bilimsel Çalışma Birimlerinin (BÇB) etkinliklerine katılımlarının artırılması amaçlanıyordu.

Tıpta Uzmanlık Tüzüğü ya da Türk Ceza Kanunu gibi tüzel metinler üzerinde Merkez Yönetim Kurulu ya da Görev Gruplarının çalışması ile oluşturulan öneriler ve düzenlemeler de Bülten'de düzenli yer alan yazıları oluşturuyordu. Yeterlik Kurulu, Uzmanlık Eğitim ve Müfredat Komisyonu gibi kurulların çalışmaları ve Dünya Psikiyatri Birliği gibi kurumlarla yürütülen ve geliştirilen

uluslararası ilişkiler düzenli biçimde Bülten aracılığı ile üyelerimize duyuruluyordu.

2005 yılında yayınlanan Bahar Sayısı (8. Cilt 1. Sayı) "Bilim, etik ve dayanışma ile nice on yıllara..." başlığı ile 10. Yıl Özel Sayısı olarak yayınlandı. Bu sayıda yer alan 10. Yıl yazılarını o gün yayın yönetmeni olarak heyecanla okuduğumu hatırlıyorum. Sunuş yazısında şu cümlelere yer vermişim: "... Tüm dernek çalışmalarında olduğu gibi Bülten'imizi çıkarmak ta, toplu bir çalışmanın verimli bir ürünü olarak keyif veriyor bize. Herkes kendine düşeni özveri ile yapıyor. Hız çağına ayak uydurmuş meslektaşlarımız bu defa da acil isteğimizi anlayışla karşılayıp, 10. Yıl yazılarını –hepsi de zevkle okunan- hızla gönderdiler ve bu sayının oluşmasını sağladılar. Toplu iş üretmedeki verimlilik, iletişim hızı, anılar, dostluklar ve paylaşılan ülküler, hepsi "birlik" hissimizi pekiştiriyor."

Bu sayıyı izleyen sayılarda yer alan, Dünya Psikiyatri Birliği (WPA) Toplantılarına Türkiye'den katılım ve katkılarla ilgili, 2006 yılında İstanbul'da düzenlenen uluslararası "Üç Deniz: Duygudurum Bozuklukları Toplantısı" etkinlikleri ve yine aynı yıl İstanbul'da yapılan WPA Uluslararası Toplantısı ile ilgili yazılar Derneğimizin hızla gelişen uluslararası ilişkilerini ve etkinliklerini belgeleyordu.

2006 yılı sayılarında MDRI (Mental Disability Rights International) raporuna ilişkin değerlendirme yazılarının ve yazışmaların, "Ruh sağlığı yasası, hemen şimdi" kampanyası ve Ulusal Ruh Sağlığı Platformu ile ilgili yazıların ve Afet Psikiyatrisi çalışmaları ile ilgili yazıların ön plana çıktığı görülüyor. 2007 yılında yayınlanan 10. Cilt sayılarında ise yine ruh sağlığı politikası ve hizmetlerinin vurgulandığı "Sağlıkta Dönüşümün Ruh Sağlığı Politikası", "Ruh Sağlığı Hastaneleri Buluşuyor" ve "Orda Bir Uzman Var Uzakta" başlıklı yazıların yer aldığı görülüyor. Onuncu Cildin son sayısı Türkiye Psikiyatri Derneğinin Tüzel Metinleri, Yönetmelikleri ve Yönergelerini toplu olarak veren bir sayı olarak, adeta Bülten'in çıkış amaçlarından birisi olan "kurumsallaşmanın bir belgesi olmak" işlevini en açık biçimde yerine getiriyor.

Dr. Berna Uluğ

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

18. Anadolu Psikiyatri Günleri En İyi Poster Ödülü

Seçici Kurul:

Dr. Orhan Doğan, Dr. Nalan Kalkan Oğuzhanoglu, Dr. Mehmet Murat Demet, Dr. Şeref Özer, Dr. Ömer Geçici

1.lik Ödülü "Şizofrenide Yaşam Kalitesini Yordayan Faktörler Zaman İçinde Değişir mi? Bir İzlem Çalışması"

Dr. Verda Tüzer, Dr. Cebrail Kısa, Dr. Çiğdem Aydemir, Dr. Erol Göka

2.lik Ödülü "Şizofreni Hastalarında Silik Nörolojik İşaretler ve İstemsiz Hareketler: Karşılaştırmalı Bir Çalışma"

Dr. Erol Göka, Dr. Aydın Kurt, Dr. Çiğdem Aydemir, Dr. Sema Göka, Dr. Esmâ Süer Yalçın, Dr. Cebrail Kısa

3.lük Ödülü "Psikojenik Prematur Ejakülasyonu Tanısı Alan Hastalarda Metakognisyon"

Dr. Hacı Murat Emül, Dr. Bülent Altunoluk, Erman Bağcıoğlu, Dr. Haluk Söylemez, Dr. Ahmet Hakkı Aşık, Dr. Yasin Bez

TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ TOPLUMSAL SORUMLULUK PROJESİ

“Krizle Ruhsal Destek” Projesinin İlki 11-12 Haziran 2009 Tarihlerinde Bursa’da Gerçekleştirildi



■ Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından kamuoyunu bilgilendirmek, Eylül 2008’den bu yana etkisi giderek artan ve ülkemizi de derinden etkileyen küresel finans krizinin sonuçlarına, özellikle ruh sağlığı üzerindeki yansımalarına dikkat çekmek, bu konuda farkındalık yaratmak, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere ilgili tüm kurumları göreve çağırmak ve krizle ruhsal etkilerini en aza indirmek için; başlattığı Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa Tabip Odası ve Bursa Nilüfer Belediyesinin katkılarıyla hazırladığı “krizle ruhsal destek” projesinin ilki 11-12 Haziran da Bursa’da gerçekleştirildi. Özellikle bu çalışmanın Bursa’da başlamış olması nedeniyle Bursa basınının büyük ilgisi söz konusuydu. Yaygın pankart ve afiş çalışması yapıldı. 10 Haziran tarihli Hürriyet Bursa ekine gazete ilanı verildi. Bursa’da ki işçi ve memur sendikalarına, Bursa sağlık platformuna çağrıda bulunuldu. 10 Haziran 2009 günü yerel tv’lerde proje ile ilgili ayrıntılı bilgi verildi ve Bursa halkına çağrıda bulunuldu. 10 Haziran günü TPD Bursa şubesi Başkanı İbrahim Karakılıç Bursa Olay TV’de sabah haberlerine konuk olarak projenin ayrıntıları ve amaçları konusunda bilgi verdi. Aynı gün saat 12.00 da TPD Bursa şubesi başkanı İbrahim Karakılıç, Bursa Tabip Odası Başkanı Dr. Bülent Aslanhan ve Nilüfer Belediyesi Sağlık İşleri Müdürü Şeref Tuzcu’nun katıldığı bir basın toplantısı gerçekleştirildi. Akşam saat 200 de ise Dr. Şeref Özer, Dr. İbrahim Karakılıç ve Dr. Burhanettin Kaya Bursa AS TV’de yayınlanan “Marjinal Fayda” adlı programa konuk olarak, ekonomik krizle ruhsal etkileri ve gerçekleştirilen proje ile ilgili bilgi verdiler. Saat 23.00 da ise Bursa Line TV gece haberlerine katılan Dr. Burhanettin Kaya özellikle son yaşanan şiddet olayları, sağlık-



ta dönüşüm programı bağlamında küresel krizle ruhsal etkileri ve bunu önlemeye yönelik yapılacaklar konusunda bilgi vererek projeyi tanıttı.

11 Haziran 2009 günü saat 10. da halka yönelik eğitim etkinlikleri yapıldı. Etkinliğin başlangıcında Bursa Nilüfer Belediyesi Başkanı Mustafa Bozbey krizle Bursa’daki yansımaları konusunda ayrıntılı bilgi verdi. Ardında konuşan Türk İş temsilci hem çalışanların hem de işsiz kalanları yaşadıkları sorunları, içinde buldukları durumu anlatan duygulanıcı bir konuşma yaptı. Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı AD başkanı’nın yaptığı konuşmanın sonrasında ise TPD adına Dr. Şeref Özer projenin nasıl bir düşünceden yola çıktığını, amacının ne olduğunu ve nasıl sürdürüleceği konusunda bilgi verdi.

Halka yönelik Eğitim Kapsamında Dr. Kayıhan Pala ekonomik krizle halk sağlığı üzerindeki etkilerini, Dr. İbrahim Karakılıç yarattığı ise ruhsal etkileri, ruhsal belirti ve bozuklukları anlattı. Dr. Burhanettin Kaya ise yapısal çözüm önerilerinin altını bir kez daha çizerek bireysel olarak yapılabilecekler konusunda bilgi verdi.

Saat 14.30 – 15.30 arasında da Uludağ. Ü. Halk Sağlığı AD’nin Fethiye Sağlık Birimi’nde sağlık çalışanlarına yönelik bir eğitim programı gerçekleştirildi. Kriz mağdurlarında ortaya çıkan ruhsal sorunların neler olduğu ve nasıl değerlendirileceği konusunda Dr. Engin Demiriz bilgi verirken, Dr. Ali Algın Koşdere krizle sorunları ile başa çıkmak, krizle müdahale konusunda bir sunum gerçekleştirdi.

11 Haziran günü Saat 13.30 17.00 arasında Nilüfer Belediyesinin sağlık ünitesinde bireysel danışma ve ruhsal destek çalışmaları başladı. Bu çalışma 12 Haziran günü 09.00-17.00 arasında da sürdürüldü. Ruhsal danışma ve destek ünitelerinde hergün 3 ayrı poliklinikte başvuran kişilerle görüşme yapıldı. Görüşmeler sonucunda psikiyatrik tedaviyi gerektirecek düzeyde rahatsızlık saptanacak kişilerin Devlet hastanesi, Uludağ Üniversitesi Psikiyatri AD polikliniğinde takip edilmek üzere randevularının alınması kararlaştırıldı.

TPD Merkez Yönetim Kurulu

TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ “KRİZE RUHSAL DESTEK” PROJESİNİN İKİNCİSİ İSTANBUL’DA İKİTELLİ’DE GERÇEKLEŞTİRİLDİ

■ Türkiye Psikiyatri Derneğinin, toplumsal sorumluluk çalışmaları kapsamında “Kriz Karşı Ruhsal Destek” sloganıyla başlattığı projenin ikincisi 23-24 Temmuz 2009’da İstanbul İkitelli’de yapıldı. İlki Haziran ayında Bursa’da gerçekleştirilmiş olan bu proje ile Türkiye Psikiyatri Derneği, ekonomik kriz mağduru olan işsizlere, işini kaybetme riski altında bulunan veya güvencesiz çalışma koşullarında çalışan bireylere ruhsal danışma ve destek sağlamayı, bir meslek örgütü ve sivil toplum kuruluşu olmanın bilinciyle bu konuya dikkat çekmeyi, kamuoyu oluşturmayı, özellikle krizden en çok etkilenmiş olan bölgelerde bunu görünür kılmayı ve bu konuda bir örnek model oluşturmayı amaçlamıştır.

Türkiye Psikiyatri Derneği, toplumsal sorumluluk çalışmaları kapsamında “Kriz Karşı Ruhsal Destek” sloganıyla bir proje başlatmış ve ilkinin Haziran ayında Bursa’da gerçekleştirmiştir. Ekonomik kriz mağduru olan işsizlere, işini kaybetme riski altında bulunan veya güvencesiz çalışma koşullarında çalışan bireylere ruhsal danışma ve destek sağlamak, bir meslek örgütü ve sivil toplum kuruluşu olmanın bilinciyle bu konuya dikkat çekmek, özellikle krizden en çok etkilenmiş olan bölgelerde bunu görünür kılmak, ruhsal destek vermek, bu konuda bir örnek model oluşturmak amacıyla bu projeyi Bursa’dan sonra 23-24 Temmuz 2009 tarihlerinde İstanbul’da da yaşama geçirmiştir.

İşsizliğin ve ekonomik krizin yoğun olarak yaşandığı bilinen İkitelli’de gerçekleştirilen proje kapsamında önce 23 Temmuz 2009 Perşembe günü İkitelli’de Mehmet Akif Mahallesi’nde halk konferansları verilmiştir. Halk konferanslarında konuşmacı olarak yer alan Hüseyin Soysal, Doğan Yeşilbursa ve Doğan Şahin konuşmalarında ekonomik krizin genel sağlık sistemi ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini, TPD’nin çözüm önerilerini ve bireysel başatma yollarını anlatmışlardır.

Bu çalışmanın ikinci ayağı olarak 23 Temmuz 2009 günü saat 13.30’da aynı konuşmacılar Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Mazhar Osman Salonunda sağlık çalışanlarına ve hekimlere yönelik eğitim gerçekleştirilmiştir.

Projenin üçüncü ayağı olarak 23 Temmuz günü saat 13.30’dan itibaren İkitelli Mehmet Akif Sağlık Ocağında gönüllü psikiyatristlerin oluşturduğu “TPD Ruh Sağlığı Destek İstasyonları”nda başlayan kriz mağdurlarının ruhsal durumları ücretsiz olarak değerlendirilmiş ve tedavi gerektiren durumları olanlar Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde ayakta tedavi programına alınmıştır. Mehmet Akif Sağlık Ocağındaki Bu poliklinik çalışması 24 Temmuz 2009 tarihinde de gün boyu sürdürülmüştür.

Bu proje Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün onayı, İstanbul Sağlık Müdürlüğü’nün, İstanbul Tabip Odasının, Küçükçekmece Belediyesinin ve Mehmet Akif Mahalle Muhtarlığının yakın destekleri ile gerçekleştirilmiştir.

TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ BASIN TOPLANTISI DÜZENLEDİ

■ Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu 17-18 Nisan 2009 tarihlerinde Antalya’da Maritime Pine Beach Otelinde 13. Yıllık Toplantı sırasında bir basın toplantısı düzenledi. Basın toplantısında Ekonomik krizin ruhsal etkileri, “Kriz Karşı Ruhsal Destek” temalı sosyal sorumluluk projesi, ve artan ilaç kullanımı ile ilgili kapsamlı basın açıklamaları yapıldı. Basın’ın soruları yanıtlandı. Bunun dışında TPD nin tarihi ve gerçekleştirdiği bilimsel etkinlikler ile ilgili ayrıntılı bilgiler verildi.

TEMEL ASİSTAN EĞİTİMİNİN YENİ MODÜLÜ 30 EKİM-1 KASIM TARİHLERİ ARASINDA İSTANBUL’DA YAPILACAK

■ Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından birinci yıl asistanlarına yönelik olarak geçen yıl başlatılan ve bu yıl TPD Yıllık Toplantı-Bahar Sempozyumunda ikincisi gerçekleştirilen “Temel Asistan Eğitimi”nin üçüncüsü ile 4. yıl asistanlarına yönelik olarak planlanan ve uzmanlık öncesindeki asistanlarımızı uzmanlık yaşamına hazırlamayı amaçlayan “Oryantasyon” eğitiminin ilki 30 Ekim-1 Kasım 2009 tarihleri arasında İstanbul’da Durusu Park Otel’de gerçekleştirilecektir. Konaklama ve ulaşım giderleri TPD Merkezi tarafından karşılanacak olan bu eğitim programına katılacak asistanları belirlemek amacıyla tüm Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlıklarına ve Klinik Şefliklerine **asistanlıkta 18 ayını doldurmamış ve dördüncü yılı içinde bulunan asistanlarının** isim ve uzmanlık eğitimine başlama tarihleri ile iletişim bilgilerini derneğimiz merkezine bildirmelerini isteyen yazımız gönderilmiştir. Bu eğitime katılmak isteyen ve belirlenen koşulları karşılayan asistan arkadaşların Ana Bilim Dalları ve Klinik Şefliklerine başvurmaları gerekmektedir.

Dr. Burhanettin Kaya
TPD MYK adına

TPD BASIN HİZMET PLAKETİ VERİLDİ

■ TRT 2 de yayınlanan REÇETE-SAĞLIK OLSUN adlı programın yapımcısı ve sunucusu Figen Balcı’ya TPD Basın Hizmet Plaketi verildi.

TPD 13. Yıllık Toplantısı-Bahar Sempozyumunun kapanış oturumunda 9 yıldır TRT 2 de REÇETE-SAĞLIK olsun adlı programı başarıyla yürüten ve son 4 yıldır pazartesi günleri yalnızca psikiyatriyle ilişkili konulara yer veren program yapımcısı ve sunucusu Figen Balcı’ya TPD Genel Başkanı Dr. Şeref Özer tarafından TPD Basın Hizmet Plaketi verildi. Figen Balcı bu plaketi almaktan büyük onur duyduğunu belirtti.

2009 TPD RUH SAĞLIĞI BASIN ÖDÜLÜ: SONUÇLAR AÇIKLANDI

■ 2009 TPD Ruh Sağlığı Basın Ödülü Cumhuriyet Gazetesinden Sibel Bahçetepe ve Anadolu Ajansından Yeşim Sert Karaaslan arasında paylaşıldı.

TPD Ruh Sağlığı Basın Ödülü Değerlendirme Kurulu 13. Yıllık Toplantı-Bahar Sempozyumu sırasında yaptığı değerlendirme sonucunda Sibel Bahçetepe 31.10.2008 tarihli Cumhuriyet Gazetesindeki “Psikiyatr olmadan rapor” başlıklı haberi ile ve Yeşim Sert Karaaslan 10.10.2008, 15.12.2008, 05.01.2009 tarihlerinde Anadolu Ajansı’nda yayımlanan haberlerinde psikiyatri alanının güncel konularını öne çıkaran izleyici tutumu nedeniyle TPD Ruh Sağlığı Basın Ödülü’ne layık görülmüştür.

Psikiyatride Uzmanlık Eğitimi Yeterlik ve Eğitimin Akreditasyonu: TPD Psikiyatri Yeterlik Kurulu Çalışmaları

Türkiye Psikiyatri Derneği, Psikiyatri Yeterlik Kurulu'nun kuruluşundan bu yana yaptığı çalışmalarını kitaplaştırarak üyelerine sundu. Raşit Tükel, Tunç Alkın, Aylın Uluşahin tarafından yayına hazırlanan kitapta kurulun çalışmaları uzmanlık eğitimi programı, akreditasyon, yeterlik sınavları ve yeniden belgelendirme çerçevesinde ele alınıyor.

Kitabın ilk bölümünde 2004 yılında çalışmaya başlayan Psikiyatri Yeterlik Kurulu çalışmaları genel olarak ele alınıyor. Ulusal Yeterlik Kurulu ve Psikiyatri Yeterlik Kurulu'nun kuruluş süreçleri, amaçları ve yapıları tanıtılıyor.

İkinci Bölümde, Psikiyatri Yeterlik Kurulu'nun öncelik verdiği çalışmalar sonucu geliştirilen psikiyatri uzmanlık eğitimi programı ile uzmanlık eğitiminde amaç ve hedefler yer alıyor. Yayına hazırlayanlar kitabın önsözünde bu çalışmaların, psikiyatri uzmanlık eğitimi veren kurumlar için yol gösterici olmasını amaçladıklarını belirtiyor; bu programın kurumlarda uygulanmasıyla elde edilecek deneyimler ışığında programın güncelleneceğini umduklarını vurguluyorlar. Bu bölümde ayrıca uzmanlık eğitiminde yardımcı olması amacıyla öğrenim yöntemleri ve değerlendirme yöntemleri gibi erişkin öğrenme ve ölçme değerlendirmesine ilişkin konular kuramsal açıdan ele alınıyor.

Yeterlik Kurulu çalışmalarının ikinci ayağı olan akreditasyon çalışmaları, ön hazırlıkları tamamlanan eğitim veren kurumla-

rın standardını değerlendirmeye yönelik kurum ziyaret programları temelinde aktarılıyor. Bu bölüm gönüllü olan eğitim kurumlarındaki eğitim etkinliklerini değerlendirerek iyileştirilmesine katkıda bulunma ve nitelik güvencesini sağlamaya amaçlayan ziyaret programlarının tanınması ve anlaşılması açısından özel bir önem taşıyor.

Kitabın dördüncü bölümünde 2006 yılından beri her yıl yapılan psikiyatri yeterlik sınavları konusunda bilgi veriliyor. Yeterlik sınavlarında başarılı olan uzmanlara verilen yeterlik belgelerinin yenilenmesi "Yeniden Bilgilendirme Süreci" başlığı altında Beşinci bölümde ele alınıyor.

Kitapta ayrıca Yeterlik Kurulu tarafından hazırlanan psikiyatri uzmanlık eğitim programı, öğrenim amaç ve hedefleri, kurum akreditasyon belgelendirmesi için geliştirilen formlar, uzmanlık eğitimi kayıt belgesi (asistan karnesi) ve TPD Psikiyatri Yeterlik Kurulu Yönergesi ile TTB-Sürekli Tıp Eğitimi/Sürekli Mesleki Gelişim Kredilendirme Kurulu Yönergesi gibi belgeler yer alıyor. Kitabın sonundaki "Ekler" bölümü ise Amerikan Tıp Mezunları Birliği Akreditasyon Konseyi (Accreditation Council on Graduate Medical Association/ACGME) tarafından hazırlanan "Ortak Program Gereklilikleri: Genel Yetkinlikler" ve Genel Tıp Konseyi (General Medical Council) tarafından hazırlanan "İyi tıbbi Uygulamalar" belgelerinin çevirilerini içeriyor.

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ 2009 YILI YETERLİK SINAVLARI TAMAMLANDI

İlki 2006 yılında yapılan ve bu yıl 11 Eylül 2009 tarihinde dördüncüsü gerçekleşen yazılı yeterlik sınavında başarılı olan adaylar, 25 Eylül 2009 tarihinde sınavın uygulamalı olan ikinci aşamasına katıldılar. Bu sınavda da başarılı olarak sınavlı yeterlik belgesini almaya hak kazanan psikiyatri uzmanlarının listesi aşağıdadır:

Dr. Özlem Erden Aki
Dr. Ömer Böke
Dr. E. Timuçin Oral
Dr. Mustafa Sercan
Dr. Özen Önen Sertöz

Yeterlik Belgeleri kendilerine 45. Ulusal Psikiyatri Kongresinde verilecektir.

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu olarak, sınavda başarılı olan meslektaşlarımızı kutlar, özenli ve özverili çalışmalarından ötürü Yeterlik Kurulu üyelerine ve sınav jürisinde görev yapan üyelerimize teşekkür ederiz

Türkiye Psikiyatri Derneği Mesleki Roller Tanımlaması Görev Grubu Nihai Raporu

Dr. Selçuk CANDANSAYAR

Dr. Mehmet AK

Dr. Volkan BALCI

Dr. Cengiz ERDEN

Dr. Serap ERDOĞAN

Dr. Sedat İRGİL

Dr. Burhanettin KAYA

Dr. Murat Eren ÖZEN

Dr. Bülent UYGUR

Dr. Mehmet YUMRU

Bu rapor TPD Merkez Yönetim Kurulu'nun 13.01.2008 tarihinde aldığı kararla oluşturulan görev grubu tarafından hazırlanmıştır.

I. Giriş

Türkiye Psikiyatri Derneği'nin 13.01.2008 tarihindeki kararıyla oluşturulan **Sınır İhlalleri Görev Grubu** 10. 04. 2008 tarihinde ilk raporunu hazırlayarak TPD'ne iletmış ve rapor 12. Bahar Sempozyumu'nda düzenlenen forumda 25. 04. 2008 tarihinde tartışmaya açılmıştı.

Bu arada Dr. Volkan Balcı gönüllü olduğu bildirmiş ve görev grubuna katılmıştır.

Görev grubunun raporunu tartışarak kabul eden TPD görev grubunun adının "**Mesleki Roller Tanımlaması**" olarak değiştirilmesine ve görev grubu üyelerinin çalışmalarını bir yıl daha sürdürmelerini kararlaştırmıştır.

II. Görev grubu çalışma süreci

Görev grubu başlangıçtan itibaren çalışmalarını ağırlıklı olarak oluşturulan e-grup üzerinden yürütmüştür. Bir kez de ortak bir toplantıda çalışılmıştır.

30 Kasım 2008 tarihinde TPD Genel Merkezi'nde 7 üyesi ile bir toplantı gerçekleştirmiştir.

Toplantıda;

- İlk olarak klinik psikolog, psikolog tanımları ve yetki karmaşası ve tartışıldı. TPD Bülteninde yer alan ara raporumuza karşı Türkiye Psikologlar Derneği'nin vermiş olduğu rapor okundu. Bu raporda psikologların Türkiye'de çok sayıda ruhsal sorunu olan kişi olduğu buna karşın az sayıda psikiyatri uzmanı olduğuna değinip, bu kişilerin tanı ve tedavi süreçlerin-

de psikologların yer alması gerektiği görüşünü dile getirdikleri anlaşıldı. Bu görüş ruhsal hastalıkların tanı ve tedavisindeki pratisyen hekimlerin ve aile hekimlerinin rolünün psikologlara atfedildiği şeklinde yorumlandı.

- Ruh sağlığı hizmetinin bileşenleri ve çalışanların rol dağılımları tartışıldı ve raporda bunun net olarak ifade edilmesi gerektiğine karar verildi. Ruh sağlığı ekibinin liderinin psikiyatrist olduğu, hasta ile ilgili bir adli sorun olduğunda yasal olarak ekip içerisinde psikiyatristin sorumlu tutulduğu, bu durumun da ekip liderinin psikiyatrist olduğu fikrini desteklediği belirtildi. Avrupa Tıp Uzmanları Birliği'nin konu ile ilgili tanımları tartışıldı ve bu tanımlardan yararlanılmasına karar verildi.
- Yüksek Öğrenim Kurulu'nun üniversitelere göndermiş olduğu psikologlar ve psikolojik danışmanların tek başlarına tanı ve tedavi süreçlerinde yer alamayacağı yönündeki metin tartışıldı. Bu metin ve 1219 sayılı yasa doğrultusunda bu şekilde çalışan daha önceden saptadığımız birimlerin listesinin Sağlık Bakanlığı'na iletilmesi ve haklarında yasal sürecin başlatılması isteminin TPD'ye iletilmesine karar verildi.
- Hastaları bilgilendirme amacıyla psikiyatriyi kısaca tanımlayan ve bulunduğu birimdeki kişinin hekim olduğunu vurgulayan, TPD logolu afişlerin hazırlanmasına ve psikiyatrist bulunan tüm kurumlara

bu afişlerin asılmasına karar verildi. Afişlerin kötüye kullanılmasını önlemek için, Bahar Sempozyumunda hekimlere imza karşılığı verme önerisi getirildi. Psikiyatrik kavramlarla ilgili yazı ve konuşmalarda dile dikkat edilmesi gerektiğine değinildi (psikolojik rahatsızlık yerine psikiyatrik rahatsızlık gibi).

- e) Bu konu ile ilgili olarak basın başta olmak üzere her kurumun uyarılabileceğine karar verildi. Basın çalışmalarını ile psikiyatri ve psikiyatrik hizmetlerin sık vurgulanmasına karar verildi. TPD basın çalışmasının 2009 Ocak ayı konusunun kavramların tanıtılması olduğu ve bu çalışmada görev grubunca belirlenecek olan tanımların yer alabileceği konuşuldu.
- f) 2009 Dünya Ruh Sağlığı Gününde psikiyatrik bilgilendirmeler içeren duyuruların gazete içlerine konulacak broşürlerle dağıtılabilmesi önerisi getirildi.
- g) TPD internet sitesindeki halka yönelik kısmının genişletilmesi ve buraya hastalıklar ve psikiyatri ile ilgili bilgilendirici metinlerin konulması gerektiğine karar verildi. Ayrıca bu sitede bilimselliği kabul edilmeyen psikiyatri dışı uygulamalar başlığı altında sık uygulanan uygulamalara (Reiki vs.) değinilmesine karar verildi.
- h) TPD'nin kurs, sertifikasyon gibi uygulamalarda bir onay merci olması gerektiği vurgulandı. Bu bağlamda gündeme gelen yeterlilik sınavı ile ilgili uygulamaların daha cazip hale getirilmesi konusunda yeterlilik kuruluna öneride bulunulabileceği konuşuldu.
- i) Tüm bu konularla ilgili bilgilendirme ve uyarı mesajı içeren metinlerle tüketici dernekleri, hasta hakları dernekleri, adalet bakanlığı, basın, radyo televizyon üst kurulu ve sağlık bakanlığı ile iletişime geçilmesine karar verildi. Bu konularla ilgili olarak aşağıda şekilde görev dağılımına gidildi. Bu metinlerin nihai olarak yıl sonunda rapora dönüştürülmesi kararlaştırıldı.

1. Adalet Bakanlığı'na yazılacak yazı: Dr. Cengiz Erden-Dr. Sedat İrgil
2. Ruh sağlığı çalışanlarının rol dağılımı ve görev tanımları: Dr. Volkan Balcı
3. Hasta hakları ve tüketici derneklerine yazılacak yazı: Dr. Mehmet Yumru
4. Kurumlara ve basına iletilecek bilgilendirme afişinin hazırlanması: Dr. Murat Eren Özen
5. Adalet Bakanlığı'na gönderilecek metinle paralel olacak şekilde RTÜK'e gönderilecek yazı: Dr. Selçuk Candansayar
6. Sağlık Bakanlığı ile iletişim: Dr. Selçuk Candansayar

Son olarak Bahar sempozyumunda konu ile ilgili olarak bir panel gerçekleştirilmiştir. Panel'de görev grubu çalışmaları ilgi ile karşılanmış hazırlanan metinlerin kısa sürede hayata geçirilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

III. Görev Grubu önerileri

TPD BAŞKANLIĞINA

1. Ruh Sağlığı ve hastalıkları uzmanlık alanının tanımı: İnsan Ruh sağlığının korunması, ruhsal hastalıkların tanı ve tedavisi ile uğraşan, Bu amaçla tıp, biyoloji, psikoloji ve sosyal bilimlerden yararlanan ve bu yetkiye sahip tıp doktorları tarafından uygulanan bir uzmanlık dalıdır.

2. Görev grubunun yaptığı inceleme sonucu psikiyatri uzmanlık alanının başka meslek mensupları tarafından yoğun bir şekilde ihlal edildiği sonucuna varılmıştır. Bu sınır ihlalleri kısaca;

- a. Psikolojik danışmanlık adı altında psikiyatrik hasta muayene ve tedavilerinin yapılması (Yaygın bir ihlal şekli olduğu ve gün geçtikçe arttığı gözlenmektedir. Yasalarla açıkça yasak olmasına karşın devlet tarafından herhangi bir önlem alınmamaktadır. Bu konuda derneğimizin yapacağı girişimlerin etkili olacağı değerlendirilmektedir.)
- b. Yeni sağlık uygulamalarının da etkisi ile özellikle nöroloji uzmanlarının kendi uzmanlık alanlarından daha çok psikiyatrik hasta muayene ve tedavisi ile uğraştıkları saptanmıştır. Özel hastanelerde bu durum kaygı verici boyuttadır.
- c. Yasa ve yönetmeliklerle uzmanlık yetkisi açıkça belirlenmiş olmasına karşın pek çok hekim, psikolog, sosyolog, kişisel gelişimci vb. meslek sahipleri tarafından Vaginismus uzmanı, cinsel terapist, bilişsel terapist, hipnotizma uzmanı, panik uzmanı gibi gerçekte olmayan özel uzmanlık alanlarının ortaya çıkarıldığı saptanmıştır. Bu konu halk sağlığını tehdit eder boyutlara ulaşmadan Sağlık bakanlığınca denetim altına alınmasına gereksinim bulunmaktadır.

3. TPD tarafından mesleki sınır ihlalleri konusunda uygulanması uygun görülen faaliyetler:

- a. Psikiyatride Sınır İhlalleri konusunda öncelikli Sağlık Bakanlığına bir yazı gönderilerek bakanlığın konuya sahip çıkması sağlanmalıdır.
- b. Açıkça sınır ihlali yapan kişi ve kurumların listesi ekte sunulmuştur. Sağlık bakanlığına bir yazı ile gönderilmesi uygun olacaktır.
- c. Daha sonraki aşamalarda psikiyatri ve psikiyatri uzmanını tanıttıcı halk sağlığı üzerine katkılarını anlatan afiş broşür ve gerekirse TV filmleri hazırlanmasının uygun olacağı değerlendirilmektedir.

Saygılarımızla.

TPD Merkez Yönetim Kurulu Başkanlığı'na

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu'nun 28.04.2009 tarihli ve 89 sayılı yazısı ile koordinatörlük değişikliği yapılmış olan görev grubumuzdan 3 aylık zaman dilimi içerisinde yapılması istenen görevler aşağıda belirtilmiştir.

1. Özel hastanelerle ilgili hukuki durum
2. Psikiyatrist istihdamının önündeki engeller
 - Poliklinikte staff olarak çalışma
 - Konsültan hekimlik
1. Yataklı servis olmadığı için poliklinik ruhsatının verilmesinin önündeki engeller ve ne yapılabilir?
2. Psikiyatri tedavi hizmetleri ulaşma hakkı çerçevesinde
 - Psikiyatrist sayısındaki azlık
 - Kamu kurumlarının yeterli hizmet verememesi
 - Özel dal merkezlerinin açılmasındaki engeller

Yukarıdaki başlıkları kapsayan ve psikiyatrye pozitif ayrımcılığı destekleyecek bir metin oluşturulması ve gereğinde dava açılabilceği belirtilmiştir.

Görev grubu e posta grubuna 28.04.2009 tarihinden sonra ilk özel hastaneler görev grubu üyelerinden olan Prof. Dr. Hamdi Tutkun davet edilmiştir. 2 yeni katılımı birlikte görev grubu 14 kişi ile çalışmalarına başlamıştır.

Bu hedefler doğrultusunda hazırlanan rapor metni aşağıdadır.

TPD Özel Hastaneler Görev Grubu

Uzm. Dr. Mehmet Yumru (Koordinatör)

Asistan Dr. Erhan Akıncı

Uzm. Dr. Emrem Beştepe

Yard. Doç. Dr. Sultan Doğan

Uzm. Dr. İbrahim Duvarcı

Uzm. Dr. Evrim Erbek

Doç. Dr. Cengiz Erden

Asistan Dr. Serkan Eröz

Uzm. Dr. Süleyman Korkmaz

Uzm. Murat Eren Özen

Uzm. Dr. Ava Tav

Uzm. Dr. Önder Tuğal

Prof. Dr. Hamdi Tutkun

Uzm. Dr. İlkşen Umman

Özel Hastaneler Görev Grubu Raporu

Sağlık hizmetlerinde özel hastane ve tıp merkezlerinin payı %30'lara varırken, özel sektörde psikiyatri uzmanı istihdam oranı yok denilecek düzeyde kalmıştır. Bu durum bir yandan kamu hastanelerinin yükünü arttırmış, diğer yandan psikiyatrik hasta muayene ve tedavilerinin özel hastanelerde başka branş uzmanları tarafından yerine getirilmesine yol açmıştır.

Özel hastanelerdeki önemli sayıdaki psikiyatrik hasta popülasyonunun nöroloji, iç hastalıkları ve diğer tıp uzmanları tarafından muayene ve tedavi edilmek zorunda bırakılmasının uzun vadede ciddi sakıncalar ortaya çıkaracağı, hastaların tanı ve tedavilerinde aksamalar yanında tedavi maliyetlerini de önemli ölçüde arttıracığı değerlendirilmektedir. Psikiyatrik muayene ve tedavilerin yüksek kar getirmemesi nedeniyle özel sağlık kuruluşu sahiplerinin psikiyatri uzmanı çalıştırmama eğiliminde oldukları gözlenmektedir. Özel hastanelerin çalışma esaslarını düzenleyen yönetmelik ve genelgelerdeki kadro kısıtlamaları ve psikiyatri uzmanı çalıştırılmasını zorlaştıran mevzuatta yapılacak değişikliklerle söz konusu sorunun çözülebileceği değerlendirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde psikiyatrik muayene ve tedavi hizmetlerinin yeri ve psikiyatri uzmanlarının rolü hakkındaki rapor aşağıda sunulmuştur. Sağlık Bakanlığınca özel hastane ve tıp merkezlerinde psikiyatri uzmanı istihdamını kolaylaştırıcı düzenlemelerin yapılmasını talep etmekteyiz. Konu ile ilgili önerilerimiz özet olarak aşağıda sunulmuştur.

Öneriler

1. Yeni açılacak ve mevcut özel hastaneler ve tıp merkezlerinde psikiyatri uzmanı bulundurulmasının zorunlu hale getirilmesi.
2. 14.02.2008 tarihinde yayınlanan genelge ile kadro dondurulmasına gidilen özel hastane ve tıp merkezlerinde psikiyatri uzmanlık alanı için bir istisna sağlanarak en kısa sürede kadro kısıtlamasının kaldırılması.
3. Yataklı psikiyatri servisi açmak isteyen özel hastaneler için ÖHY'de Ek 1'de belirtilen şekilde düzenlemeye gidilmesi.
4. Özel hastanelerde çalışacak ruh sağlığı çalışanları ile ilgili

ÖHY’de Ek 1’de belirtilen şekilde yeniden düzenlemeye gidilmesi.

- Psikiyatri hizmetlerinin ücretlendirilmesi ile ilgili görev grubu raporunun özel hastaneler ve tıp merkezleri içinde en kısa sürede uygulanabilir hale getirilmelidir.

I. Psikiyatrik Tedavi Maliyetleri ve Psikiyatristlerin Genel Tıptaki Önemi

Erişkin popülasyonun %20-30’unun psikiyatrik bozukluklardan dolayı sorunlar yaşadığı araştırmalarla bildirilmektedir. Ancak psikiyatrik bozukluğu olanların ise sadece %10 kadarını psikiyatristler tarafından değerlendirilebilmektedir. Geriye kalanı ise bir şekilde başta nörologlar olmak üzere, genel pratisyenler ve diğer tıp branşları tarafından tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Bununla birlikte, tıp merkezleri veya hastanelere tedavi için başvuran hasta popülasyonunun birçoğunun, içinde buldukları fiziksel hastalığa ek olarak, aynı zamanda en az bir psikiyatrik bozukluk nedeniyle sorunlar yaşadıkları da yadsınamaz bir gerçektir. Bu kadar yoğun psikiyatrik rahatsızlık yaşayan hastaya rağmen, bazı merkezlerde bu hasta gurubunun üçte biri, hatta bazı araştırmalara göre yarısı, gözden kaçmakta ve hasta üzerindeki psikiyatrik yük/psikiyatrik rahatsızlık kaldırılamamaktadır.

Major depresyon fiziksel hastalıklara en çok eşlik eden psikiyatrik bozukluk olarak öne çıkmaktadır. Depresyon bilinen/akla gelebilecek tüm fiziksel hastalıkların seyrini olumsuz yönde değiştirerek sağlık merkezlerinin kullanımını artırır, kişinin günlük yaşam kalitesini düşürür. Tedavi edilmeyen depresyonun, özellikle kalp krizi geçirmiş kişilerde kalp krizinin tekrarlama riskini artırdığı yayınlanmış bilimsel makaleler göstermektedir. Dünya sağlık örgütünün 2004 yılında yayınlamış olduğu hastalık yükü adlı yayında tekuçlu major depresyonun hastalık yükü açısından üçüncü sırada yer aldığı gözlenmektedir. Aynı yayının 2030 öngörüsünde tekuçlu major depresyon birinci sıraya yükselmektedir.

Aynı şekilde panik bozukluk nedeniyle kardiyoloji servislerini, anjiyografi gibi girişimsel ve maliyeti yüksek bir tanı yönteminin, ayrıca efor testi, ekokardiyografi gibi tanı yöntemlerinin oldukça fazla oranda kullanılması bu hasta grubunun ne kadar yüksek maliyetli olduğu ortaya çıkmaktadır. Tansiyon yüksekliği veya esansiyel hipertansiyon olarak kabul edilen tansiyon değişikliklerinin bu hasta gurubunda daha fazla olduğu ve acil tansiyon yükselmeleri nedeniyle acil servisleri meşgul ederek maliyeti artırdıklarının yanısıra, tansiyon düzenlenmesi için verilen ilaçları da gereksiz yere kullanmak suretiyle ayrıca ek mali yüke neden olmaktadır.

Hastalar tarafından sıklıkla dile getirilen “ağrı” şikayetinin genel olarak fiziksel veya basitçe romatizmal olarak adlandırıldığı gözlenmektedir. Oysa ki, son çalışmalar iyileşmeyen veya tedavilere yetersiz cevap veren ağrı şikayetinin bir psikiyatrik bozukluğun belirtisi veya depresyon gibi belli bir psikiyatrik bozukluğun kendisi olabileceğini göstermektedir. Sıklıkla panik bozukluğu gibi kaygı (anksiyete) bozukluklarının temel belirtilerinden olabileceğini de unutmamak gerekmektedir.

Günlük pratiğimizde gördüğümüz hasta takiplerinde, iyileştirilemeyen herhangi bir fiziksel-tıbbi hastalığın “psikolojik” olduğu ileri sürülerek, yeterince bilgilendirilmeden ve hastalar da bilincinde olmadan herhangi bir tıp branşı tarafından “herhangi bir antidepresanla” tedavi edilmektedir. Bu tedavinin ne kadar süreceğini hasta bilmemekle birlikte antidepresanı yazan hekimin de hastayı psikiyatriye yönlendirmemesi sonucunda gereksiz yere ilaç kullanım süreci başlamaktadır. Psikiyatri uzmanına yönlendirilen bir hastanın ilacını hangi amaçla kullanacağı, tedavisinin ne kadar süreceği ve tedavisinin ne zaman sonlandırılacağı konusunda bilgi ve bilinci tam olacaktır. Ayrıca, hasta içinde bulunduğu psikiyatrik hastalığın belirti-bulgularını daha iyi öğreneceğinden sağlık sistemini daha bilinçli kullanacak ve maliyetler dolaylı olarak düşecektir.

Dünya sağlık örgütü tarafından sağlık harcamalarının artışına en çok neden olan tüm tıbbi hastalıklar sıralamasında psikiyatrik hastalıklar tüm kardiyolojik sorunların ardından “2.sırada” yer almaktadır. Tüm harcamaların içine; iş-güç kaybı, hastane başvuruları ve hastanede yatış süreleri, tedavi giderleri dahil edilmiştir. Maliyet sıralamasında psikiyatrik bozuklukların 2.sırada yer almasının yanında, giderek artan fiziksel hastalıklar ile psikiyatrik bozuklukların da artacağı da ortadadır.

Ülkemizde psikiyatrik hizmetler ile ilgili verileri Avrupa ülkelerinin verileri ile kıyasladığımızda ruhsal bozuklukların benzer sıklıkta olmasına karşın psikiyatrik hastane yatağı sayısının son derece düşük olduğu gözlenmektedir (Tablo 1).

	Ruhsal bozukluklar, Prevalans (%) (Yıl)	Psikiyatrik hastane yatağı (100.000’de) (Yıl)
Türkiye	2.01 (1998)	9.84 (2006)
Hırvatistan	-	93.09 (2006)
Rusya	2.69 (2006)	112.29 (2006)
Arnavutluk	-	25.26 (2006)
Çek Cumhuriyeti	3.02 (1999)	110.61 (2006)
Bulgaristan	2.29 (2006)	58.11 (2006)
Estonya	8.67 (2006)	55.3 (2006)
Finlandiya	1.76 (2006)	86.36 (2006)
Macaristan	1.97 (2006)	38.29 (2006)
Slovenya	-	71.2 (2006)
Slovakya	4.59 (2006)	83.58 (2006)
Ukrayna	4.59 (2006)	93.9 (2006)

Tablo 1. Doğu Avrupa ülkelerindeki psikiyatrik hizmetler.

Bu veriler genel hastaneler içerisinde psikiyatri kliniklerinin ve psikiyatri dal hastanelerinin sayısının bir an önce artırılmasının ve bu merkezlerin kurulmasının önündeki yasal engellerin kaldırılmasının ne kadar gerekli olduğuna işaret etmektedir. Son yıllarda özel hastanelerin sayısındaki artış göz önüne alındığında psikiyatrik hastane yatağı ihtiyacının bir kısmı bu alandan karşılanmalıdır.

Sınırlı oranda belli bazı merkezlerde psikiyatrist bulunmasının kişilerin ruhsal hastalıkların tedavileri açısından sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını sınırlamaktadır. Ayrıca, belli merkezlerde psikiyatrist olmamasının ise başka merkezlere veya sadece belli merkezlere olan yığılmayı artırmak yoluyla psikiyatrik uygulamanın kalitesini de düşürmektedir. Kişilerin

kendi buldukları merkezlerden uzak yerlere tedavi amacıyla yer değiştirmeleri de genel maliyetleri (günlük işgücü kaybı da dahil) artırmaktadır.

Sağlık merkezlerinde psikiyatristlerin bulunması, başka branşlar tarafından yönlendirilen ve fiziksel hastalık olarak boşuna tedavi edilmekte olan hastaların tedavilerinin daha iyi ve kaliteli düzenlenmesi fırsatını yaratacaktır. Başka branşlar veya pratisyenler tarafından yapılan tedavilerin psikiyatrik kayıtları da düzenli biçimde tutulamayacağından tedavinin sürekliliği de sağlanamayacaktır. Her alanda olduğu gibi, psikiyatri de üzerine ihtisaslaşmış veya yetkilendirilmiş kişiler tarafından daha iyi yönetilir ve takip edilebilir. Ruhsal hastalıklar üzerine kaliteli, sürekli bir eğitim almamış olan diğer alanlarda çalışan hekimler tarafından psikiyatrik tedavilerin başlanması, sürdürülmesi, sonlandırılması oldukça düşündürücü sonuçlar doğuracaktır.

Daha önceki Özel Hastaneler Yönetmeliğinde bulundurulması zorunlu sağlık personeli adı altında geçen psikologlar psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde tek başlarına yer alamazlar. Sadece eğitim almış klinik psikologlar bir psikiyatrist denetiminde tedavi sürecinde yer alabilir. Herhangi bir tıbbi eğitimi olmayan psikologların psikiyatristin olmadığı özel sağlık kuruluşlarında istihdam edilmeleri yukarıda anlatılan nedenler dolayısıyla psikiyatrik hastaların tedavisiz kalmalarına neden olmaktadır.

Genel sağlık merkezlerinde (ister hastane ister tıp merkezleri bazında olsun) psikiyatrist bulunmasının hastalar açısından genel maliyeti düşürmekle birlikte sağlık merkezlerine ayrıca yük veya maliyeti yüksek teçhizat gerektirmemektedir.

Tüm dünyada önemi çok daha önceden farkedilmiş olan psikiyatri uzmanlık dalının günümüzde hala genel hastane ve sağlık merkezleri kadrolarına zorunlu olarak dahil edilmemesi ülkemiz açısından oldukça sıkıntı vericidir.

II. Mevcut Yasal Durum

27.03.2002 tarihinde yayınlanan ve 11.03.2009 tarihinde yapılan değişiklikle son şeklini alan Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde (ÖHY) ruh sağlığı ile ilgili maddeler aşağıda sıralanmıştır.

1. EK-3: Özel Hastanelerde Klinik ve Laboratuvarlarında Bulundurulacak Araç ve Gereçlerin Türleri ve Asgari Miktarları başlığı altında psikiyatri alt başlığında psikiyatri servisi için; EKT-Elektroşok cihazı 1adet, Anestezi cihazı (özel dal hastaneleri için/ Genel hastanelerde ameliyathane olması nedeniyle gerek yoktur) 1adet, Faradi Cihazı (isteğe bağlı) 1 adet bulundurulması gerektiği belirtilmektedir.
2. Ek-11: Özel Dal Hastanelerinin Alt Yapı Standartları ve Bazı Uzmanlık Dallarında Bulunması Gereken Asgari Standartlar başlığı altında;

a-) Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi alt başlığı 7-b bendinde;

“Kadın sağlığı polikliniği, jinekoloji polikliniği , menopoz

polikliniği, gebe izlem odası, diyet polikliniği, aile planlaması ve uygulama odası, seminer odası ve **psikolog odasından** oluşan aile planlaması ve uygulama ünitesi, jinekoloji müdahale odası ve NST odası olarak ayrı ayrı düzenlenir veya bu hizmetlerin verilmesine uygun olarak düzenlenen en az iki adet olmak üzere yeterli sayıda poliklinik odası bulunmalıdır.” ifadesi yer almaktadır.

g-) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi alt başlığı 5. madde de;

“Muayene hazırlık ve tartı odası, psikolog odası, diyetisyen odası, eğitim materyallerinin bulunduğu ishal ve rehidrasyon odası ayrıca düzenlenebilir.” ifadesi yer almaktadır.

ı-) Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi alt başlığı 1. madde de;

“Dahiliye, çocuk, diş, KBB, göz, üroloji, ortopedi, nöroloji, nöroşürürji, kardiyoloji, genel cerrahi, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, göğüs cerrahisi, kalp ve damar cerrahisi, fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniği ile psikiyatri polikliniği bulunmalı.” ifadesi yer almaktadır.

3. Ek 11’in c maddesinde ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi ile ilgili olması gerekenler ifade edilmiştir. Bu madde de hem dal hastaneleri hem de genel hastaneler içerisinde yer alacak psikiyatri kliniklerinde olması gerekenler birlikte ele alınmıştır. Bu madde ile genel hastaneler içerisinde 2 özel dizayn edilmiş oda ile psikiyatri kliniğinin açılacağı belirtilmektedir.

Ek 11 c maddesi: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi:

“Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde ve ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık dalında hasta kabul ve tedavi edecek genel hastanelerde bu Yönetmelik ile öngörülen asgari standartlara ilave olarak aşağıdaki şart ve nitelikleri taşımaları gerekir.

Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesi olarak ve genel hastane içinde Ruh sağlığı ve hastalıkları kliniği şeklinde kurulabilir.

- 1) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Dal hastanesinde veya genel hastane içinde açılacak Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniklerinde güvenlik esastır. Bina duvar, pencere ve kapıları ile iç dizaynı hastaların kaçmalarına, kazaya ve zarara uğramalarına engel olacak şekilde yapılmalı. Genel hastane içinde açılacak kliniklerin hastanenin diğer birimleri ile güvenlik açısından giriş çıkışlarda izolasyonu sağlanmış ve klinik giriş kapısı denetim altında olmalı. Genel bir hastanede hastaların intihar olasılığı da göz önüne alınarak alt katlarda olması tercih edilmelidir.
- 2) Güvenlik açısından pencere çerçeveleri sağlam malzemelerden ağır darbelerle dayanıklı olmalıdır. Pencere camları kırılmaz olmalı ve pencere kolları çıkarılabilir olmalıdır. Hastaların personelden bağımsız olarak kullanabildiği pencerelerde güvenliği sağlayacak şekilde özel çelik kafesler olabilir ancak bu kafesler kliniğin dışarıdan görünümünü estetik açıdan olumsuz olarak etkilememelidir.

- 3) Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde hasta odaları ve hastaların genel kullanımına açık odalar dışındaki tüm bölümler kilit altında olmalı ve bunların anahtar ve yedek anahtarlarına personelin ulaşılmasını sağlayacak sistem bulunmalıdır. Personelin kullanacağı tek tip anahtarların tüm kapıları açabilir özellikte olması tercih edilmelidir.

Hasta oda kapıları dışarıdan müdahale ile açılabilir kilit sistemine sahip olmalıdır. Hasta odalarında intihar riskine karşı banyoda ki askılıklar bel hizası altında tutulmalı veya otuz kilo üstünde ağırlığı taşıyamaz özelliği olmalıdır. Banyoda kırılmaz özellikli ayna duvara gömülü olmalıdır. Hasta banyo ve tuvaletlerin de kapılar dışarıdan müdahale ile açılabilir kilit sistemine sahip olmalıdır.

Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde hasta odalarında elektrik prizleri ve düğmeleri oda dışında olmalı veya sistem 12 volt özelliğinde olmalıdır. Aydınlatma ampulleri hasta tarafından ulaşılamaz ve müdahale edilemez şekilde olmalıdır.

Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık dalında hizmet verecek genel hastanelerde bu uzmanlık dalı için ayrılmış klinikte aynı özellikler bulunur.

- 4) Kalorifer tesisatı ve radyatörler dayanıklı malzeme ile örtülmelidir.
- 5) Katlardan yangın merdivenlerine geçişlerde gerekli teknik ve güvenlik önlemleri alınmalıdır.
- 6) Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde, hasta katlarında muayene ve tedavi odası bulunmalıdır. Tedavi odası müdahale odası olarak ta düzenlenebilir.
- 7) Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde bir EKT odası ve bağlantılı olarak bir tedavi sonrası izlem odası düzenlenmelidir. EKT odası, genel anestezi uygulamasına uygun donanıma sahip olmalıdır.
- 8) Hemşire ve sağlık personelinin serviste ki görev yeri, servisin her alanını sürekli denetleyecek şekilde düzenlenmeli ve hemşire odası bulunmalıdır.
- 9) Özel durum arzeden hastalar için özel donanımlı odaların duvarları yumuşatılmış olmalı. Bu tür hasta oda kapılarında 'gözlem pencereleri' bulunmalı. Bu pencerelerin boyutları mahremiyeti bozmayacak ve hastanın gözlemlenmesi için yeterli genişlikte kırılmaz camdan olmalıdır.
- 10) Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde hastaların toplu olarak vakit geçirebilecekleri ve toplu olarak yemek yemeye uygun, televizyon, radyo, müzik yayını gibi teknik donanımlara sahip geniş bir gündüz odası ve yeterli genişlikte uğraş odası/atelyesi düzenlenmelidir.
- 11) Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde poliklinikte muayene odaları dışında görüşme odası, bekleme salonu ve bir sekreteryası bulunmalıdır.
- 12) Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde acil ünitesinde; güvenlik birimi, muayene odası, duvarları hastaların kendilerine zarar vermelerini önleyecek şekilde yumuşatılmış

müdahale odası ve müşahade odası ile personel odası bulunmalıdır.

- 13) Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık dalında hizmet verecek genel hastanelerde hasta genel dosyasına ek olarak ayrı bir hasta dosyası tutulmalı ve bu dosyalar genel arşivden farklı yerde şifre ile korunmalıdır.

Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde ise tüm hasta kayıtlarının bu şekilde korunmalıdır.

- 14) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık dalında hizmet verecek genel hastanelerde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık dalında özellik arzeden hastalar için yukardaki özellikleri taşıyan ve gerekli önlemleri alınmış en az iki hasta odası bulunmalıdır." şeklindedir.

III. ÖHY'de yapılan ruh sağlığı ile ilgili değişiklikler

2003 yılında yayınlanan ÖHY'de özel hastanelerde psikiyatri servisi açılabilmesi için ayrı bir bina ve bina özellikleri ile gerekirken idi. 2006 yılında yapılan yönetmelik değişikliği ile psikiyatri servisinin özel hastanelerde ayrı binada olma koşulu kaldırılmıştır. Ayrıca 2006 öncesinde özel hastanelerde psikiyatri uzmanı bulundurulma zorunluluğu yok iken psikolog bulundurulması zorunlu idi. 11.03.2009 tarihinde yapılan son değişiklikle psikolog, bulundurulması zorunlu personel sınıflamasından çıkarılmıştır. 11.03.2009 tarihinden yapılan değişikliklerle özel hastanelerde asgari bulundurulacak sağlık personeli sayısında azalmaya gidilmiştir. Ruh sağlığı ile ilgili değişiklikler şunlardır.

1. Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı (part time), ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde ve dahili uzmanlık dallarını içeren dal hastanelerinde EKT ünitesi için 1 adet bulundurulması gerekirken 11.03.2009 değişikliği ile bu zorunluluk kaldırılmıştır.
2. Hemşire veya sağlık memuru, ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde her üç poliklinik için 1 adet bulundurulması gerekirken 11.03.2009 değişikliği ile bu zorunluluk kaldırılmıştır.
3. Sosyal hizmet uzmanı Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde her 30 yatak için 1 adet ve ilave her 30 yatak için 1 adet bulundurulması gerekirken 11.03.2009 değişikliği ile bu zorunluluk kaldırılmıştır.
4. Hastane hizmetli personeli, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde her 5 hasta yatağı için (en az iki hafta süre ile hizmet içi hasta bakıcılığı eğitimi almış) 1 adet bulundurulması gerekirken 11.03.2009 değişikliği ile bu zorunluluk kaldırılmıştır.
5. Güvenlik görevlisi, ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde hasta katı için 1 adet ve ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde acil ünitesi için 2 adet bulundurulması gerekirken 11.03.2009 değişikliği ile bu zorunluluk kaldırılmıştır.

IV. Düşünce ve öneriler

ÖHY'deki son durum yukarıda özetlenmiştir. Özel hastanelerle ilgili mevcut yasal durumda en önemli sorunlardan birisi de 14.02.2008 tarihinde yayınlanan genelge ile özel hastaneler ve tıp merkezlerinde kadro dondurulmasına gidilmesidir. ÖHY'de yapılan 11.03.2009 tarihli değişiklik öncesi daha önceden kadrosu alınmış branşlarda ancak mevcut hekim görevden ayrılırsa onun yerine yeni hekim göreve başlayabiliyor idi. Son değişiklikle bu sınırlama biraz yumuşatılmış olup daha önceden tıp merkezi ya da özel hastanede kadrolu çalışan hekimlere yeni bir özel hastane ya da tıp merkezinde yarı zamanlı ya da konsultan olarak yeni ruhsat alabilme şansı tanınmıştır. Psikiyatri uzmanlık alanında önceki ÖHY'lerindeki kısıtlılıklar nedeniyle (servis koşulları, psikolog bulundurma zorunluluğu vb.) bu değişiklikler öncesi psikiyatri hizmeti başka branşlar tarafından verilmekte (nöroloji, dahiliye, psikolog vb.) ve psikiyatri ruhsatı özel hastaneler tarafından alın(a)mamakta idi. Bu nedenlerden dolayı psikiyatri uzmanları ruhsatsız olarak konsultan hekim statüsünde psikiyatri hizmetlerini yerine getirmeye çalışmakta idi. Halen bir çok hastanede bu yöntemle hasta bakılmaktadır. 2006 yılında yapılan kısmi değişiklikle az sayıda özel hastanede psikiyatri ruhsatı alınabilmiştir. Psikiyatri ruhsatlı özel hastane sayısındaki azlığın üzerine 2008 yılında yapılan kadro dondurulması da eklenince hastaların psikiyatri hizmetlerini almadaki sıkıntıları daha da artmıştır. Özel hastanelere başvuran psikiyatri hastaların sayısındaki fazlalık nedeniyle artık özel hastaneler, poliklinik hizmetleri içerisinde psikiyatri uzmanlık dalının da acil olarak yer alması gerektiğini belirtmektedirler. Günümüzde sağlık hizmetlerinin yaklaşık %30'unun özel sağlık kuruluşları tarafından verildiği düşünülürse sorunun boyutu daha iyi anlaşılabilir. Özel hastanelerde ruhsatlı olarak çalışan psikiyatri uzmanı sayısının henüz çift haneli sayılara ulaşmadığı ve kamuya bağlı hastanelerde aşırı hasta yığılımı olduğu iyi bilinmektedir. Psikiyatrik hasta sayısının fazla olması ve hastaların psikiyatri hizmetlerine ulaşmada yaşadığı sorunlar nedeniyle özel hastanelerde psikiyatri hizmetlerinin verilebilmesini ve mevcut kadro kısıtlamasının en azından psikiyatri için kısa sürede kaldırılmasının uygun olduğunu düşünmekteyiz.

Ruh sağlığı alanında en önemli sorunlardan birisi de mesleki tanımların yeterince bilinmiyor olmasıdır. İç hukukumuzda yer alan 1219 Sayılı Yasa, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde yer alan hükümler ruh sağlığı hizmeti veren meslek dallarının pek çoğunun görev, yetki ve sorumluluklarını tanımlamıştır. Psikiyatri uzmanı dışındaki ruh sağlığı çalışanları psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavi (psikoterapi ve/veya ilaç tedavisi) sürecinde tek başlarına yer alamazlar. Yüksek Öğrenim Kurulunun 16.9.08 gün ve B.30.0.E.Ö.B. 0.00.00.01- 3584 sayılı yazısında psikologların tek başlarına muayenehane açıp psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde yer alamayacakları açıkça belirtilmektedir. Bu yasal nedenler dolayısıyla ÖHY'de geçen ve diğer tıp branşlarına ait dal hastanelerinde bulundurulması zorunlu olarak belirtilen "psikolog odası" ibarelerinin düzeltilmesi gerekmektedir. Ayrıca ÖHY'de 2006 yılında yapılan değişiklik öncesi mevcut olan psikolog bulundurulma zorunluluğunun

yukarıda anlatılan nedenler doğrultusunda psikiyatri uzmanı bulundurulma zorunluluğuna çevrilmesinin uygun olacağını düşünmekteyiz.

Özel hastaneler ve tıp merkezlerinde psikiyatri uzmanı istihdamındaki en büyük engellerden ikisi de psikiyatrik hizmetlerin ücretlendirilmesi ve psikiyatri ilaçların reçetlendirilmesindeki karmaşadır. Bu amaç doğrultusunda hazırlanmış psikiyatrik hizmetlerin ücretlendirilmesi görev grubu raporunun en kısa sürede özel hastaneler ve tıp merkezleri içinde hayata geçirilmesi gerekmektedir. Sosyal güvenlik kurulu (SGK) hastalarında bu raporda yer verilen Ek 8 maddelerinin psikiyatri paket ücretlendirilmesi haricinde girilebilmesi sağlanmalıdır.

EK-1. ÖHY'de önerilen değişiklikler*

*Eklenmesi önerilen değişiklikler kalın ve italik olarak belirtilmiştir.

Ek 1'de belirtilen "Özel hastanelerde asgari bulundurulacak sağlık personeli" başlığı altına;

VIII. PSİKİYATRİ UZMANI

Yataklı psikiyatri servisi olan veya olmayan her genel hastane için en az 1 adet psikiyatri uzmanı bulunması gerekmektedir.

IV. ANESTEZİ VE REANİMASYON UZMANI

Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde EKT ünitesi için 1 adet

X. PSİKOLOG/KLİNİK PSİKOLOG

Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde en az 1 adet

XIX. DİĞER PERSONEL

a) Sosyal hizmet uzmanı

- Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde her 30 yatak için 1 adet

- İlave her 30 yatak için 1 adet

b) Hastane hizmetli personeli

- Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde her 5 hasta yatağı için (en az iki hafta süre ile hizmet içi hasta bakıcılığı eğitimi almış) 1 adet

c) Güvenlik görevlisi

- Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde hasta katı için 1 adet

- Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde acil ünitesi için 2 adet

2. EK-3: Özel Hastanelerde Klinik ve Laboratuvarlarında Bulundurulacak Araç ve Gereçlerin Türleri ve Asgari Miktarları başlığı altında psikiyatri alt başlığında psikiyatri servisi için; EKT-Elektroşok cihazı (isteğe bağlı) 1adet

3. EK-11 Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi başlığı altındaki 7b maddesinde psikolog odası yerine *psikiyatri muayene odası*

4. EK-11 Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi başlığı altındaki 5. maddesinde psikolog odası yerine *psikiyatri muayene odası*

5. EK-11 Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi başlığı altında yer alan metinde aşağıda belirtilen şekilde değişikliği gidilmesi uygun görülmüştür.

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde ve ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık dalında hasta kabul ve tedavi edecek genel hastanelerde bu Yönetmelik ile öngörülen asgarî standartlara ilave olarak aşağıdaki şart ve nitelikleri taşımaları gerekir.

A. Genel hastane içerisindeki psikiyatri servisi özellikleri

- 1) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları kliniklerinde güvenlik esastır. Bina duvar, pencere ve kapıları ile iç dizaynı hastaların kaçmalarına, kazaya ve zarara uğramalarına engel olacak şekilde yapılmalı. Genel hastane içinde açılacak kliniklerin hastanenin diğer birimleri ile güvenlik açısından giriş çıkışlarda izolasyonu sağlanmış ve klinik giriş kapısı denetim altında olmalı. Genel bir hastanede hastaların intihar olasılığı da göz önüne alınarak alt katlarda olması tercih edilmelidir.
2. Güvenlik açısından pencere çerçeveleri sağlam malzemelerden ağır darbelere dayanıklı olmalıdır. Pencere camları kırılmaz olmalı ve pencere kolları çıkarılabilir olmalıdır. Hastaların personelden bağımsız olarak kullanabildiği pencerelerde güvenliği sağlayacak şekilde özel çelik kafesler olabilir ancak bu kafesler kliniğin dışarıdan görünümünü estetik açıdan olumsuz olarak etkilememelidir.
3. Hasta oda kapıları dışarıdan müdahale ile açılabilir kilit sistemine sahip olmalıdır. Hasta odalarında intihar riskine karşı banyoda ki askılıklar bel hizası altında tutulmalı veya otuz kilo üstünde ağırlığı taşıyamaz özelliği olmalıdır. Banyoda kırılmaz özellikli ayna duvara gömülü olmalıdır. Hasta banyo ve tuvaletlerin de kapılar dışarıdan müdahale ile açılabilir kilit sistemine sahip olmalıdır. Hasta odalarında elektrik prizleri ve düğmeleri oda dışında olmalı veya sistem 12 volt özelliğinde olmalıdır. Aydınlatma ampulleri hasta tarafından ulaşılamaz ve müdahale edilemez şekilde olmalıdır.
4. Kalorifer tesisatı ve radyatörler dayanıklı malzeme ile örtülmelidir.
5. Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık dalında hizmet verecek genel hastanelerde hasta genel dosyasına ek olarak ayrı bir hasta dosyası tutulmalı ve bu dosyalar genel arşivden farklı yerde şifre ile korunmalıdır.
6. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık dalında hizmet verecek genel hastanelerde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık dalında özellik arz eden hastalar için yukarıdaki özellikleri taşıyan ve gerekli önlemleri alınmış en az iki hasta odası bulunmalıdır.

B. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Dal Hastanesi özellikleri

Genel hastaneler içerisinde kurulacak psikiyatri servisi özellikleri için yukarıda sayılan ilk 5 maddeye ek olarak,

1. Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde hasta odaları ve hastaların genel kullanımına açık odalar dışındaki tüm

bölmeler kilit altında olmalı ve bunların anahtar ve yedek anahtarlarına personelin ulaşılmasını sağlayacak sistem bulunmalıdır. Personelin kullanacağı tek tip anahtarların tüm kapıları açabilir özellikte olması tercih edilmelidir.

2. Katlardan yangın merdivenlerine geçişlerde gerekli teknik ve güvenlik önlemleri alınmalıdır.
3. Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde, hasta katlarında muayene ve tedavi odası bulunmalıdır. Tedavi odası müdahale odası olarak ta düzenlenebilir.
4. Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde bir EKT odası ve bağlantılı olarak bir tedavi sonrası izlem odası düzenlenmelidir. EKT odası, genel anestezi uygulamasına uygun donanıma sahip olmalıdır.
5. Hemşire ve sağlık personelinin serviste ki görev yeri, servisin her alanını sürekli denetleyecek şekilde düzenlenmeli ve hemşire odası bulunmalıdır.
6. Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde hastaların toplu olarak vakit geçirebilecekleri ve toplu olarak yemek yemeye uygun, televizyon, radyo, müzik yayını gibi teknik donanımlara sahip geniş bir gündüz odası ve yeterli genişlikte uğraş odası/atelyesi düzenlenmelidir.
7. Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde poliklinikte muayene odaları dışında görüşme odası, bekleme salonu ve bir sekreteryaya bulunmalıdır.
8. Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde acil ünitesinde; güvenlik birimi, muayene odası, duvarları hastaların kendilerine zarar vermelerini önleyecek şekilde yumuşatılmış müdahale odası ve müşahade odası ile personel odası bulunmalıdır.

Kaynaklar

- National Institute of Mental Health (NIMH). "...the burden of psychiatric conditions has been heavily underestimated" The impact of mental illness on society. NIH Publication No. 01-4586. January 2001
- Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD), Özel Hastaneler Yönetmeliği Değişiklikleri konulu toplantı raporu 07.01.2009.
- Richmann VV, Richmann ME, Richmann A. Patterns of hospital costs for depression in general hospital wards and specialized psychiatric settings. *Psychiatry Service* 2000; 51: 179-181.
- World Health Organization/Europe, Mental health, Basic statistics from the health for all (HFA) database. <http://euro.who.int/mentalhealth/ctryinfo/HFAExtracts?Country> Erişim tarihi:05.10.2008
- World Health Organization. Mental Health in Europe. Country reports from the WHO European Network on Mental Health. Geneva. 2001.
- World Health Organization. Global burden of disease: DALYs. 2007 Part 4, s. 40-49.
- Ulaş H. Batı Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'de psikiyatrik hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* 2008; 11: 35-38.
- Yumru M. Doğu Avrupa ülkelerinde psikiyatrik hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* 2008; 11: 39-45.
- Zahid MA, Razik MA, Motaal MMA. Psychiatric morbidity among the general hospital medical patients in Kuwait. *Characteristic of psychiatric patients. Med Principles Pract* 1999; 8: 301-308.

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu Başkanlığı'na

İlgi: 25.06.2009 tarih ve 157/2009 sayılı yazınız

İlgi yazınızla gönderilen Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu İlaç ve Teknoloji Çalışma Grubu'nun istediği SUT uygulamaları ile ilgili görev grubumuzun görüşü ve bu alanda somut olarak yaşadığımız beş öncelikli sorun aşağıda belirtilmiştir.

Bilgilerinize sunulur. Saygılarımla.

Dr. Fatih Öncü

TPD Psikiyatrik Hizmetleri Ücretlendirme Görev Grubu Koordinatörü

Eki:

1. SUT ile ilgili öncelikli sorunlar
2. SUT ile ilgili inceleme ve değerlendirme raporu (05.11.2008 tarihli rapor gözden geçirilmiştir)

EK-1

SUT ile ilgili öncelikli sorunlar

1. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşma yapan veya yapmayan muayenehanelerin Özel Sağlık Kurumu olarak sayılıp, bu haliyle tamamen dışlamaktansa, hizmetlerinden yararlanılması amacıyla "Muayenehane" olarak eklenmelidir. Böylece, muayenehanelerin sistem dışına itilmesinin önüne geçilecektir. Bu dışlanan muayenehane hekiminin kendisi isterse sisteme entegrasyonunu sağlayacak ve hastanın da hekim seçme özgürlüğüne katkı sağlayacaktır.
2. Ek 10/B'de Ayaktan tedavi ödeme listesindeki ücretlendirmenin hangi kıstaslara göre yapıldığı net değildir. Örneğin Üniversite Hastanesi'nde, Eğitim Hastanesi'nde ve Tıp Merkezi ile Özel Dal Merkezleri'nde branşlar arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Özellikle Psikiyatri ve Çocuk Psikiyatrisi ücretlendirilmesi Üniversite Hastanelerinde 36, Eğitim Hastaneleri'nde 29, Özel Dal Merkezleri'nde 20 YTL olarak en düşük düzeyde belirlenmişken, diğer branşlarda fiyatlar daha yüksek tutulmuştur. Oysa psikiyatrik muayene süreleri daha uzun ve gün içinde değerlendirilen hasta sayısı diğerlerine göre daha az sayıdadır.
3. Diğer uzmanlık alanlarında daha ayrıntılı değerlendirmelere yer verilmişken psikiyatride ayrıntılı hekim değerlendirmeleri sınırlı kalmış, psikometrik veya nöropsikolojik testler ağırlık kazanmıştır. Oysa ayrıntılı bilişsel işlev değerlendirmesi, Ekstrapiramidal sistem muayenesi bazı olgularda hekimin ayrıca yaptığı uygulamalardır. Bu değerlendirmeler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile Nöroloji uygulamalarında olmasına rağmen Psikiyatrik uygulamalarda bulunmamaktadır. Yine Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile Nöroloji uygulamalarında (bazıları ortak olarak) rehabilitasyona ayrıntılı bir şekilde yer verilirken çağdaş psikiyatri uygulamalarında psikiyatrik rehabilitasyona yer verilmemiştir. Oysa gerek üniversite gerekse eğitim hastanelerinde başlayıp giderek yaygınlaşan rehabilitasyon uygulamaları **Türkiye Psikiyatri Derneği ve Sağlık Bakanlığı'nın sık sık vurguladığı "toplum temelli ruh sağlığı" yapılandırmasının gereklerindedir.** Ayrıca, **ülkemizdeki yasalar ve yönetmelikler gereği** psikiyatrik rehabilitasyon uygulamalarının Psikiyatri uzmanı ya da Çocuk Psikiyatrisi uzmanı tarafından yapılacağı belirtildiğinden **bu uzmanlar**

sorumluluğunda ve gözetiminde klinik psikolog, psikolog, sosyal çalışmacı, iş-uğraş terapisti ve psikiyatri hemşiresi tarafından yapılabileceği belirtilmelidir. Bireysel ya da grup terapilerinin puan değeri birçok başka uzmanlık alanında ki uygulamaların çok gerisinde kalmıştır. Harcanan emek ve süre göz önüne alındığında bu açıkça görülecektir. Yine ülkemizdeki yasalar ve yönetmelikler gereği **psikoterapi uygulamalarının Psikiyatri uzmanı ya da Çocuk Psikiyatrisi uzmanı tarafından yapılacağı** ya da **bu uzmanlar sorumluluğunda ve gözetiminde** klinik psikolog ve psikolog tarafından yapılabileceği belirtilmelidir.

4. Adli psikiyatri uygulamalarının yoğun olduğu uzmanlık alanımızla ilgili SUT'de hiçbir maddeye rastlanmamıştır. Sadece faturalandırmada adı genel olarak geçmektedir. Oysa gerek bilirkişilik gerekse koruma ve tedavi alanlarında özellikle bölge hastaneleri yoğun mesai harcamakta ve emek vermektedir. Ceza mahkemeleri ve hukuk mahkemelerinin bilirkişilik hizmetleri derecelendirilerek SUT'e konmalıdır. Mahkeme dosyalarının incelenmeleri dikkate alınmalıdır. Ayrıca mahkemelerce bazen sadece dosya üzerinden rapor istenmesi nedeniyle SUT'de dosya üzerinden sağlık kurulu raporu şeklinde de yer almalıdır. Özellikle riskli çalışma alanları olan Adli Psikiyatri ve AMATEM Kliniği hizmetleri ayrıca değerlendirilmelidir. Bunun dışında üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri ile dal hastanelerinde özelleşmiş kliniklerde (Psikoz, Duygudurum, Cinsel İşlev Bozuklukları, OKB vb.) hastaya ayrılan süreler ve hasta sayısındaki sınırlamalar göz önüne alınarak ayrı şekilde değerlendirilmelidir.
5. Madde-12.7.2'de belirtilen ilaç kullanım ilkeleri ve ilaç raporu düzenlemeleri psikiyatrik uygulamalarda bugüne kadar psikiyatri hekimlerinin ve hastalarının aleyhine birçok soruna neden olmuştur. Özellikle antidepressanların ve antipsikotiklerin hem psikiyatri hem de nöroloji uzmanlarınca yazılması ve ilaç raporu düzenlenmesi pratikte sorunlar yaratmaktadır. Demans gibi her iki uzmanlık alanı ile ortak değerlendirilebilen olgular dışında psikiyatrik endikasyonlarda (Depresyon, anksiyete bozukluğu, şizofreni vb) nöroloji uzmanlarınca düzenlenen ilaç raporları ve sonraki gerek hastanın hastalığının seyirindeki kötüleşme gerekse adli olgulardaki sorunlar sık sık meslektaşlarımızın önüne gelmiştir. Her ne kadar uzmanlık eğitimi esnasında

9 ay süren rotasyonlar olsa da Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ile Nöroloji uzun yıllar önce birbirinden ayrılmış iki farklı tıp disiplindir. Birbirlerinin yerine ikame edilemezler. SUT eklerinde de olan hastalık endikasyonlarında sadece ortak hastalıklarla (Demans, psikiyatrik ilaç yan etkileri nedeniyle ekstrapiramidal sistem hastalıkları gibi) ilgili her iki uzman da rapor düzenleyebilmeli ancak uzmanlık alanlarındaki hastalıklarda (örneğin şizofrenide antipsikotik, depresyonda antidepresan gibi) sadece ilgili uzmanlık (psikiyatri) ilaç raporu düzenleyebilmelidir. Ülkemizde artık çoğu ilde psikiyatri uzmanı bulunmaktadır. Böylece hem hastanın hastalığı ile ilgili uzmana ulaşması dolayısıyla tedavi hakkı korunmuş olacaktır hem de başka bir uzmanlık alanının tedavisiyle gerçekleşecek olumsuz sonuçların önüne geçilmiş olacaktır. **SSRI, SNRI, SSRE, RIMA, NASSA grubu antidepresanları** psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzmanı, nöroloji (erişkin ve çocuk) uzmanı ve aile hekimi yazılabilir **ancak sadece psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzmanı tarafından ilaç raporu düzenlenebilir. Sadece yerleşim yerinde psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzmanlarından birisi bulunmadığı takdirde nöroloji (erişkin ve çocuk) uzmanı tarafından rapor düzenlenmelidir. Nöroloji uzmanının düzenlediği ilaç raporu 6 (altı) aydan daha uzun olmamalı daha sonraki değerlendirmelerin psikiyatri uzmanı tarafından yapılması şart koşulmalıdır. Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin oral formlarının psikiyatrik endikasyonlarda psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzmanı tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından da reçete edilmesi yerinde olacaktır. Sadece yerleşim yerinde bu uzmanlardan birisi bulunmadığı takdirde nöroloji (erişkin ve çocuk) uzmanı tarafından reçete edilebileceği daha sonraki değerlendirmenin psikiyatri uzmanı tarafından yapılması şart koşulmalıdır**

EK-2

05.11.2008

İNCELEME VE ÖNERİ RAPORU

1. SUT'nin genelinin değerlendirilmesinde,

Sağlık sisteminin büyük oranda mali açıdan değerlendirildiği, sağlık çalışanlarının hizmetlerinin niteliklerinin göz ardı edildiği saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının emeklerinin karşılığının yetersiz olduğu ya da adaletsiz dağıtıldığı gözlenmiştir. Riskli tıbbi uygulamalar yeterince değerlendirilememiştir.

SUT'un 2.3/ç bendinde muayenehaneler, basamaklandırılmayan gruplar içinde yer almaktadırlar. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşma yapan veya yapmayan muayenehanelerin Özel Sağlık Kurumu olarak sayılıp, bu haliyle tamamen dışlanmaktansa, hizmetlerinden yararlanması amacıyla "Muayenehane" olarak eklenmelidir. Böylece, muayenehanelerin sistem dışına itilmesinin önüne geçilecektir. Bu dışlanan muayenehane hekiminin kendisi isterse sisteme entegrasyonunu sağlayacak ve hastanın da hekim seçme özgürlüğüne katkı sağlayacaktır.

Gerek Üniversite Hastanelerinde gerekse Eğitim Hastanelerinde sağlık hizmetine ek olarak eğitim masrafları da fazladan

olacağından SUT'de belirlenmiş olan katkı payları araştırma ve eğitim kalitesinin düşmemesi bağlamında Üniversitelerde ve Eğitim Hastanelerinde daha da yüksek (%20-30) olmalıdır.

Ek 10/B'de Ayaktan tedavi ödeme listesindeki ücretlendirmenin hangi kıstaslara göre yapıldığı net değildir. Örneğin Üniversite Hastanesi'nde, Eğitim Hastanesi'nde ve Tıp Merkezi ile Özel Dal Merkezleri'nde branşlar arasında anlamlı farklılıklar bulunmaktadır. Özellikle Psikiyatri ve Çocuk Psikiyatrisi ücretlendirilmesi Üniversite Hastanelerinde 36, Eğitim Hastaneleri'nde 29, Özel Dal Merkezleri'nde 20 YTL olarak en düşük düzeyde belirlenmişken, diğer branşlarda fiyatlar daha yüksek tutulmuştur. Oysa psikiyatrik muayene süreleri daha uzun ve gün içinde değerlendirilen hasta sayısı diğerlerine göre daha az sayıda olmaktadır. Ayrıca bazı olgularda ek olarak aile görüşmeleri de yapılmaktadır. Başka uzmanlık alanlarının da benzer sorunlar yaşadığı düşünülmektedir.

Uzman hekim raporları ve Sağlık kurulu raporları nitelikleri ve mesleki riskleri göz önüne alındığında önemsizleştirilmiştir. Harcanan emeğe karşılık gelecek bir düzeye çıkarılmalıdır.

2. SUT'nin psikiyatri uzmanlık alanında değerlendirilmesinde;

SUT'de psikiyatrik uygulamalarla ilgili bazı yerinde olmayan ve haksız değerlendirmeler yapılmıştır.

Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası'nda (Sağlık Bakanlığı 2006) "Acil müdahale ve psikiyatrik yoğun bakım hizmetinin özel olarak ücretlendirilmesi ve bu birimde çalışanların döner sermaye katkı paylarının artırılması gerektiği" belirtildiği halde "acil psikiyatrik girişim" ve "psikiyatrik yoğun bakım"ın SUT'de yer almadığı görülmüştür. Bu alanlarda Bakanlıkça bile öngörülmüş düzenlemelerin olmaması şaşkınlık yaratmıştır.

Ayrıca bu hizmetler başka uzmanlık alanlarından farklı olarak psikiyatride özgü uygulamalardır. Ajitasyon ya da suisid düşüncesi nedeniyle yakın gözlenmesi gereken ya da kendisine ya da başkasına zarar vermemesi için psikiyatrik yoğun bakım gerektiren tıbbi durumlarda sağlık mensuplarının çalışmaları yeterince yer almamıştır.

Psikiyatri olguları içerisinde kendi bakımını yapamayacak düzeyde olanların (kronik hastaların bir kısmı, zeka geriliği olanlar, demans olguları gibi) vücut bakımları ve kişisel hijyeni sağlık ekibince yapılmaktadır. Başka alanlarda hasta refakatçisi bu bakımlarda rol alırken psikiyatri kliniklerinde çoğunlukla bu mümkün değildir.

Diğer uzmanlık alanlarında daha ayrıntılı değerlendirmelere yer verilmişken psikiyatride ayrıntılı hekim değerlendirmeleri sınırlı kalmış, psikometrik veya nöropsikolojik testler ağırlık kazanmıştır. Oysa ayrıntılı bilişsel işlev değerlendirmesi, Ekstrapiramidal sistem muayenesi bazı olgularda hekimin ayrıca yaptığı uygulamalardır. Bu değerlendirmeler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile Nöroloji uygulamalarında olmasına rağmen Psikiyatrik uygulamalarda bulunmamaktadır.

Yine Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon ile Nöroloji uygulamalarında (bazıları ortak olarak) rehabilitasyona ayrıntılı bir şekilde

de yer verilirken çağdaş psikiyatri uygulamalarında psikiyatrik rehabilitasyona yer verilmemiştir. Oysa gerek üniversite gerekse eğitim hastanelerinde başlayıp giderek yaygınlaşan rehabilitasyon uygulamaları **Türkiye Psikiyatri Derneği ve Sağlık Bakanlığı'nın sık sık vurguladığı "toplum temelli ruh sağlığı" yapılandırmasının gereklerindedir.** Ayrıca, **ülkemizdeki yasalar ve yönetmelikler gereği** psikiyatrik rehabilitasyon uygulamalarının Psikiyatri uzmanı ya da Çocuk Psikiyatrisi uzmanı tarafından yapılacağı belirtildiğinden **bu uzmanlar sorumluluğunda ve gözetiminde** klinik psikolog, psikolog, sosyal çalışmacı, iş- uğraş terapisti ve psikiyatri hemşiresi tarafından yapılabileceği belirtilmelidir. Nitekim diğer alanlarda Rehabilitasyon uygulamaları Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı veya Spor Hekimi gözetiminde fizyoterapistler tarafından uygulanabileceği SUT'de belirtilmiştir.

Bireysel ya da grup terapilerinin puan değeri birçok başka uzmanlık alanında ki uygulamaların çok gerisinde kalmıştır. Harcanan emek ve süre göz önüne alındığında bu açıkça görülecektir. Yine ülkemizdeki yasalar ve yönetmelikler gereği **psikoterapi uygulamalarının Psikiyatri uzmanı ya da Çocuk Psikiyatrisi uzmanı tarafından yapılacağı** ya da **bu uzmanlar sorumluluğunda ve gözetiminde** klinik psikolog ve psikolog tarafından yapılabileceği belirtilmelidir.

Adli psikiyatri uygulamalarının yoğun olduğu uzmanlık alanımızla ilgili SUT'de hiçbir maddeye rastlanmamıştır. Sadece faturalandırmada adı genel olarak geçmektedir. Oysa gerek bilirkişilik gerekse koruma ve tedavi alanlarında özellikle bölge hastaneleri yoğun mesai harcamakta ve emek vermektedir. Ceza mahkemeleri ve hukuk mahkemelerinin bilirkişilik hizmetleri derecelendirilerek SUT'e konmalıdır. Mahkeme dosyalarının incelenmeleri dikkate alınmalıdır. Ayrıca mahkemelerde bazen sadece dosya üzerinden rapor istenmesi nedeniyle SUT'de dosya üzerinden sağlık kurulu raporu şeklinde de yer almalıdır. Özellikle riskli çalışma alanları olan Adli Psikiyatri ve AMATEM Kliniği hizmetleri ayrıca değerlendirilmelidir.

Bunun dışında üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri ile dal hastanelerinde özelleşmiş kliniklerde (Psikoz, Duygudurum, Cinsel İşlev Bozuklukları, OKB vb.) hastaya ayrılan süreler ve hasta sayısındaki sınırlamalar göz önüne alınarak ayrı şekilde değerlendirilmelidir.

Madde-12.7.2'de belirtilen ilaç kullanım ilkeleri ve ilaç raporu düzenlemeleri psikiyatrik uygulamalarda bugüne kadar psikiyatri hekimlerinin ve hastalarının aleyhine bir çok soruna neden olmuştur. Özellikle antidepresanların ve antipsikotiklerin hem psikiyatri hem de nöroloji uzmanlarınca yazılması ve ilaç raporu düzenlenmesi pratikte sorunlar yaratmaktadır.

Demans gibi her iki uzmanlık alanı ile ortak değerlendirilebilen olgular dışında psikiyatrik endikasyonlarda (Depresyon, anksiyete bozukluğu, şizofreni vb) nöroloji uzmanlarınca düzenlenen ilaç raporları ve sonraki gerek hastanın hastalığının seyrindeki kötüleşme gerekse adli olgulardaki sorunlar sık sık meslektaşlarımızın önüne gelmiştir. Her ne kadar uzmanlık eğitimi esnasında 9 ay süren rotasyonlar olsa da Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ile Nöroloji uzun yıllar önce birbirinden ayrılmış iki farklı tıp disiplindir. Birbirlerinin yerine ikame edile-

mezler. SUT eklerinde de olan hastalık endikasyonlarında sadece ortak hastalıklarla (Demans, psikiyatrik ilaç yan etkileri nedeniyle ekstrapiramidal sistem hastalıkları gibi) ilgili her iki uzman da rapor düzenleyebilmeli ancak uzmanlık alanlarındaki hastalıklarda (örneğin şizofrenide antipsikotik, depresyonda antidepresan gibi) sadece ilgili uzmanlık (psikiyatri) ilaç raporu düzenleyebilmelidir. Ülkemizde artık çoğu ilde psikiyatri uzmanı bulunmaktadır. Böylece hem hastanın hastalığı ile ilgili uzmana ulaşması dolayısıyla tedavi hakkı korunmuş olacaktır hem de başka bir uzmanlık alanının tedavisiyle gerçekleşecek olumsuz sonuçların önüne geçilmiş olacaktır.

Yüksek dozda alındığında suisid riski olan hastalar için tehlikeli olabilecek **trisiklik ve tetrasiklik antidepresanlar psikiyatri ya da çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından yazılmalıdır. Uzman raporuyla diğer hekimlerde yazılabilmelidir.**

SSRI, SNRI, SSRE, RIMA, NASSA grubu antidepresanları psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzmanı, nöroloji (erişkin ve çocuk) uzmanı ve aile hekimi yazılabilmeli **ancak sadece psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzmanı tarafından ilaç raporu düzenlenebilir.** Sadece yerleşim yerinde psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzmanlarından birisi bulunmadığı takdirde nöroloji (erişkin ve çocuk) uzmanı tarafından rapor düzenlenmelidir. Nöroloji uzmanının düzenlediği ilaç raporu 6 (altı) aydan daha uzun olmamalı daha sonraki değerlendirmelerin psikiyatri uzmanı tarafından yapılması şart koşulmalıdır.

Yeni nesil (atipik) antipsikotiklerin oral formlarının psikiyatrik endikasyonlarda psikiyatri (erişkin ve çocuk) uzmanı tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimler tarafından da reçete edilmesi yerinde olacaktır. **Sadece yerleşim yerinde bu uzmanlardan birisi bulunmadığı takdirde nöroloji (erişkin ve çocuk) uzmanı tarafından reçete edilebileceği daha sonraki değerlendirmenin psikiyatri uzmanı tarafından yapılması şart koşulmalıdır.**

Antidepresanlar ve antipsikotikler için düzenlenecek uzman hekim raporunda ilacın kullanılacağı süre belirtilmeli ve **gerekirse kontrol aralıkları** da eklenmelidir.

Psikiyatrik hastalıklarda kullanılan bazı ilaçların (antipsikotik) yan etkilerinden dolayı psikiyatri uzmanlarının da kullanıldığı ilaçlar sadece Biperiden'den oluşmadığından Ek-2 10.3'deki **Ekstrapiramidal sistem hastalıklarında kullanılan diğer ilaçların da (Bornaprin HCL, Difenhidramin gibi) psikiyatri uzmanlarınca (erişkin ve çocuk) reçete edilebilmesi ve ilaç raporu düzenlemesi sağlanmalıdır.**

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda ülkemizde yeni kullanıma giren **Atomoksetin'in** psikiyatri uzmanları (erişkin ve çocuk) tarafından reçete edilebilmesi ve ilaç raporu düzenlenebilmesi sağlanmalıdır.

Ayrıca psikiyatrik uygulamalarda ayırıcı tanıda organik kaynaklı bazı hastalıkları ayırt etmede kullanılan görüntüleme ya da laboratuvar tetkiklerinin faturalandırmasında geri ödemede güçlüklerle karşılaşılması da meslektaşlarımızca belirtildiğinden gözden geçirilmelidir.

Ek-8 ile ilgili değişiklik önerileri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

EK-8'de önerilen değişiklikler

(koyu yazılanlar)

KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	PUAN	BİRİM FİYAT (YTL)
	2. HEKİM MUAYENELERİ VE RAPORLAR			
520.020	Acil poliklinik muayenesi		40	25,00
	Acil psikiyatri polikliniği muayenesi		50	30,00
520.030	Normal poliklinik muayenesi		26	15,50
	Özelleşmiş Alanlarda Psikiyatri Poliklinik Muayenesi	Üniversitelerde, Eğitim Araştırma Hastanelerinde, dal hastanelerinde Adli Psikiyatri, AMATEM, Duygudurum, Psikoz, Nevroz, CİB vb.	50	30,00
520.050*	Sağlık kurulu raporu	Hastalık, istirahat, Malullük, Özürlü raporlarında Bir rapor ve bir muayene ücreti ödenir	100	60,00
	Sağlık kurulu raporu	Görev yapma (Emniyet, Öğretmen, güvenlik vb.), silah ruhsatı. Bir rapor ve bir muayene ücreti ödenir	150	90,00
	Sağlık kurulu raporu	Ceza sorumluluğu tespiti	250	150,00
	Sağlık kurulu raporu	Uyuşturucu madde bağımlılığı tespiti	200	120,00
	Sağlık kurulu raporu	Hukuki ehliyet tespiti, TMK'nun 432. maddesi uyarınca değerlendirilme, Denetimli serbestlik raporu, Mağdur durumu	150	90,00
	Sağlık kurulu raporu	Farik-mümevizlik tespiti	250	150,00
	Sağlık kurulu raporu	Adli dosya incelemesi	60	40,00
	Sağlık kurulu raporu	Dosya üzerinden rapor düzenlenmesi (ceza mahkemeleri)	150	90,00
	Sağlık kurulu raporu	Dosya üzerinden rapor düzenlenmesi (hukuk mahkemeleri)	100	60,00
	Sağlık kurulu raporu	TCK'nun 57/2,3, 6 ve 7. maddesi uyarınca hastaneden çıkarılma konusunda	150	90,00
	Sağlık kurulu raporu	TCK'nun 57/4. maddesi uyarınca tıbbi kontrol	150	90,00
	Sağlık kurulu raporu	Diğer	100	60,00
520.051	Uzman hekim raporu		50	30,00
520.052	Meslek hastalıklarının tespiti için hekim görüş raporu	Sadece meslek hastalıkları hastaneleri tarafından fatura edilir.	84	50,00
	7.7.SİNİR SİSTEMİ			
	PSİKİYATRİK ÇALIŞMALAR	702.660-702.810 arası çalışmalar Psikiyatri kliniklerince yapıldığında faturalanabilir.özel dal psikiyatri hastanelerinde ücretlere %30 ilave edilir.		
702.660	Aile görüşme- değerlendirme	Psikoz ve Zeka geriliği tanısı alanlarda her görüşme için, çocuk psikiyatrisi hariç diğer tanılarda yılda en fazla üç kere ödenir. Acil serviste intihar girişimlerine hastanelerin acil servislerinde de fatura edilebilir.	60	40,00
702.670	Aile tedavisi	her ay için en fazla üç kez ödenir.Acil serviste intihar girişimlerine fatura edilebilir.	60	40,00
702.680	Aile, iş yeri ya da okul ziyareti	yılda en fazla bir kez ödenir	100	60,00
702.690	Anestezili EKT protokolü, EKT+EEG		100	60,00
702.700	Bireysel psikoterapi (her saati)	Psikiyatri uzmanı ya da çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından yapılır ya da bu uzmanlar gözetiminde Klinik Psikolog, psikolog tarafından yapılabilir	40	25,00
702.710	Elektrokonvülsiv tedavi, EKT		40	23,80
702.711	EKT sonrası bilinç ve oryantasyon takibi	Her EKT seansı sonrası bir adet faturalandırılır.	25	15,00
702.720	Gelişim testler (her biri)	702.760 ile birlikte fatura edilemez.	20	11,90
702.730	Grup Psikoterapisi (kişi başına herbiri)	Psikiyatri uzmanı ya da çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından yapılır ya da bu uzmanlar gözetiminde Klinik Psikolog, psikolog tarafından yapılabilir.	30	20,00

702.740	Kişilik testleri (her biri)	Bir adetten fazla faturalandırılmaz.	20	11,90
702.750	Klinik değerlendirme ölçekleri (her biri)		10	6,00
702.760	Nöropsikolojik test bataryası	Nöropsikolojik test bataryası ile faturalanmaz	50	29,70
702.770	Nöropsikolojik testler (her biri)		15	8,90
702.780	Projektif testler (her biri)		20	11,90
702.790	Psikiyatrik değerlendirme	520.030 ile birlikte faturalanamaz.	30	20,00
702.800	Psikiyatrik tanı koydurucu ölçekler	Bir adetten fazla faturalandırılmaz.	15	8,90
702.810	Zeka testleri (her biri)	702.760 ile birlikte fatura edilemez. Bir adetten fazla faturalandırılmaz.	20	11,90
	Psikiyatrik Yoğun bakım	Tespit, yemek, yatak, hasta vizit hizmetlerini kapsar.	150	90,00
	Psikiyatrik Yakın Gözlem	Yemek, yatak, hasta vizit hizmetlerini kapsar.	130	70,00
	Ajite hasta muayenesi		50	30,00
	Ekstrapramidal sistem muayenesi		25	15,00
	Bilişsel işlevlerin değerlendirilmesi		25	15,00
	Psikiyatri hastası vücut bakımı	Kendi bakımını yapamayan hastalarda uygulanır	50	30,00
	Sosyal anket	Sosyal çalışmacı vb. tarafından yapılan	50	30,00
	Psikiyatrik rehabilitasyon (her biri)	Psikiyatri ya da çocuk psikiyatristi tarafından ya da gözetiminde Klinik Psikolog, Psikolog, Sosyal çalışmacı, iş-üçraş terapisti, psikiyatri hemşiresi vb. tarafından yapılan Psikoeğitim, özbakım eğitimi, sosyal beceri eğitimi, spor terapisi, iş-üçraş terapisi	50	30,00
	Solunum havasında alkol tespiti	Alkolmetre ile	15	10,00
	Gevşeme egzersizi	Psikiyatri ya da çocuk psikiyatristi tarafından ya da gözetiminde Klinik Psikolog, Psikolog, psikiyatri hemşiresi vb. tarafından yapılan	25	15,00

*Sağlık kurulu raporları Üniversite veya Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde düzenlenmişse %20 oranında eğitim katkı payı eklenmelidir.

KAMU HASTANELERİNDEN İSTİFA EDEN HEKİMLERİN ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÇALIŞMALARINA İLİŞKİN TTB HUKUK BÜROSU TARAFINDAN YAPILAN AÇIKLAMA

TTB Hukuk Bürosu, kamu hastanelerinden istifa eden hekimlerin özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarına ilişkin bir açıklama yaptı. TPD Üyelerini de yakından ilgilendiren konuyla ilgili hukuk bürosunun değerlendirmesi aşağıdadır.

Çeşitli haber sitelerinde hekimlerin kamu hastanelerinden istifa ederek özel sağlık kuruluşlarına geçişinin mümkün olamayacağı şeklinde haberler yayımlanmıştır. Mevcut düzenlemeler içerisinde kamudan istifa eden hekimin özel sağlık kuruluşunda istihdamını yasaklayan bir kural bulunmamaktadır.

Bilindiği üzere 15 Şubat 2008 günlü düzenleme ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik (ATT) yeni baştan düzenlenmiş, aynı tarihte Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde (ÖHY) de değişikliğe gidilmiştir.

Her iki Yönetmelikte;

Sağlık kurum ve kuruluşlarının kamu ve özel sektörü kapsayacak şekilde tek elden planlanacağı,

Özel sağlık kuruluşlarının faaliyet izin belgesinde yer alan uzmanlık dalları ile sınırlı olmak üzere yine bu belgede belirtilen sayıda hekim istihdam edilebileceği, ilave istihdamlara izin verilmeyeceği ve planlama hükümlerinin uygulanacağı belirtilmiştir.

Bu nedenle kamuda çalışan hekimlerin istifa ettikten sonra özel bir sağlık kuruluşunda çalışabilmesi için kuruluşun faaliyet izin belgesinde bu dalın yer alması ve bu dalda izin verilen hekim sayısında eksilme olması, bir diğer deyimle boş kadronun bulunması gerekmektedir. Bu koşul yalnızca kamuda çalışan hekimler açısından değil, serbest veya bir başka özel sağlık kuruluşunda çalışan hekimin istifa ederek yeni bir özel sağlık kuruluşunda çalışabilmesi açısından da geçerlidir.

11 Mart 2009 günü yürürlüğe konulan düzenlemeler ile her iki Yönetmelikte de yeniden çok sayıda değişiklik yapılmıştır. Değişikliklerde planlamaya ilişkin pek çok maddede istisnalar öngörülmüştür.

Bu değişikliklerle ruhsatlı sağlık kuruluşlarında boş kadro olup olmamasına bakılmaksızın hekim çalıştırılmasına izin verilen haller özetle şunlardır;

Ücretli veya ücretsiz izinli sayılarak yurtdışına gönderilen kamu görevlisi tabipler ile yurtdışında mesleğini en az 2 yıl olmak üzere halen icra etmekte olan tabipler (ilgili mevzuattan kaynaklanan yükümlülükleri bulunan tabipler hariç) gerektiğinde uzmanlık dalları faaliyet izin belgesine eklenerek çalıştırılabilecektir.

Yaş haddinden veya kadrosuzluk nedeniyle zorunlu emekli olan uzman tabipler de faaliyet izin belgesine uzmanlık dalı ilavesi yapılarak çalıştırılabilecektir.

Ruhsatında yazılı olan dallarda asgarî sayının üzerinde eskiden beri hekim çalıştıran sağlık kuruluşları asgari sayının üzerindeki tabiplerin ayrılışında, bir yıl içinde aynı uzmanlık dalında tabip istihdam edilebilecektir. Bu halde örneğin kamudan istifa eden hekimler de boşalan kadroda çalışabilecektir.

Ancak 11 Mart 2009 tarihinde yapılan değişiklikler ile kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlerin özel hastanelerde kısmi zamanlı olarak çalışmasının önüne geçilmiş, kamu sağlık kurumunda yarı zamanlı çalışan bir hekimin aynı zamanda bir özel hastanede veya tıp/dal merkezlerinde istihdamına izin verilmemiştir. Fakat bu düzenlemelerin kamudan istifa eden hekimin özel sağlık kuruluşlarında çalışmasını engellemek için uygulanması ya da bu yönde yorumlanması hukuka aykırıdır. Yasakların yorum yolu ile genişletilmesi mümkün değildir.

Yönetmeliklerin uygulanmasını göstermek için yayımlanan 06.05.2009 günlü Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ait Genelge'de de "11/03/2009 tarihinden önce kamu kurum/kuruluşu personeli olarak özel hastane/tıp merkezinde kısmi zamanlı çalışan tabip/uzman tabibin özel hastane/tıp merkezinden ayrılması halinde yerine, özel hastane veya tıp merkezinde kadrolu olan veyahut kamu sağlık kurum/kuruluşunda mesleğini ilgili mevzuata göre serbest icra etmek hakkı bulunan tabip/uzman tabip çalıştırılabilir." denilmiştir. Özetle kamuda çalışan hekimlerin belirli şartlarla özel sağlık kuruluşlarında da istihdam edilebileceği düzenlenmiştir.

Diğer yandan 657 Sayılı Devlet Memurluğu Kanunu'nda devlet memurunun bağlı olduğu kuruma yazılı olarak başvurmak koşulu ile memurluktan çekilebileceği, bu irade bildiriminden ardından atanan kimsenin gelmesine veya çekilme isteğinin kabulüne kadar kişinin görevine devam edeceği düzenlenmiş, bu süre ise 1 ay ile sınırlandırılmıştır. Görüldüğü üzere istifa edenin başvurusunu kabul etmeme konusunda idareye tanınmış bir yetki bulunmamaktadır. Yasa normunun çizdiği çerçeve göz önünde bulundurulduğunda hekimlerin kamudan istifa etmesine izin verilmemesi bu kuralın ihlali anlamına gelecektir.

Sonuç olarak hekimlerin kamudan istifa ederek boş kadrosu olan, izin verilen kadro sayısının altında hekim istihdam eden özel sağlık kuruluşlarına başvurma ve anlaştığı takdirde çalışma hakkını ortadan kaldıran bir yasal düzenleme mevcut değildir. Üst hukuk kurallarında yer alan çalışma hakkı ve özgürlüğüne ilişkin normlara rağmen kamu hastanelerinden ayrılan hekimlerin özel sağlık kuruluşlarında çalışmasını yasaklayan işlemler yetkisiz ve keyfi olacaktır.

Birliğimiz Yönetmelik değişikliklerinde yer alan ve çalışma hakkını hukuka aykırı olarak sınırlayan, uygulamada tereddüt yaratan hükümlerin iptali için yargı yoluna başvurmuştur. Yürütmeyi durdurma isteği henüz görüşülmemiştir. Hukukun genel ilkelemesine aykırı kanunda yer almayan, çalışma özgürlüğünü ortadan kaldıran ve hak kaybına neden olan uygulamaların ortadan kaldırılması için gereken her türlü girişim yapılacaktır.

TTB HUKUK BÜROSU

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ - UZMANLIK DERNEKLERİ EŞGÜDÜM KURULU'NUN TAM GÜN YASA TASARISI ÜZERİNE GÖRÜŞLERİ

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Tam Gün Yasası" 27 Mayıs 2009 tarihinde yasalasmak üzere TBMM'ye sunulan "Tam Gün" çalışmaya dair yasa tasarısı üzerine, aşağıda yer alan görüşlerimizi bir kez daha kamuoyu ile paylaşmayı gerekli gördük.

Tam gün çalışma, bundan 31 yıl önce, 1978'de çıkartılan "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun" ile uygulanmaya konmuş ve hekimlere başta tam gün ve eğitici tazminatı olmak üzere çeşitli kazanımlar getirmişti. Ancak, yasa çıktığından itibaren çeşitli engellemelerle karşılaşmış; yasanın öngördüğü ekonomik ve sosyal güvenceler uygulamaya yeterince yansıtılmamış; giderek de yanlış uygulamalarla yasayla elde edilen kazanımlar kısa sürede ortadan kaldırılmıştır. Sonunda da, 1980'de Tam Süre Yasası yürürlükten kaldırılarak, yarı zamanlı çalışmaya yeniden izin verilmiştir.

Bugün, yeni bir düzenlemeye gidilerek, güvencesiz ve kaynağının ne olacağı belirsiz bir ücretlendirme ve esnek çalışma sistemiyle tam gün çalışma zorunluluğu getirilmek istenmektedir. Günümüz koşullarında, tam günü, Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında yapılan düzenlemelerden bağımsız olarak değerlendirmek bizi yanıltıcı sonuçlara götürecektir.

Tam günün getirilmek istendiği koşullara baktığımızda şunları görüyoruz: Sağlıkta Dönüşüm Programının temel dayanaklarından birini oluşturan Genel Sağlık Sigortası sisteminde, sadece prim ödeyebilenlere sınırlı bir sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bu sistemde, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) finanse ettiği hizmet, temel teminat paketinin kapsamıyla sınırlıdır.

Çıkarılmakta olan yeni yasalarla, kamu ile özel sağlık kurumu ayrımı ortadan kaldırılmak istenmektedir. Bunun daha açık ifadesi, kamunun, özel sağlık kuruluşu anlayışına uygun olarak yapılandırılmakta olduğudur.

Yeni düzenlemeler arasında, Tam Gün ve Kamu Hastane Birlikleri yasa tasarıları önemli bir yer tutmaktadır. Kamu Hastane Birlikleri yasası ile kamu hastaneleri 'özerk' hale getirilerek işletme anlayışına göre yönetilecek ve bu kurumlara yapılan genel bütçe katkısı ortadan kaldırılacaktır. Tam Gün yasasıyla ise, özelde büyük hastane zincirlerine, kamuda özelleştirilme yolundaki üniversite ve devlet hastanelerine ucuz iş gücü sağlanmasının planlandığını görüyoruz..

Tam gün uygulaması, SGK'nın anlaşma yapmadığı, başta muayenehaneler olmak üzere, büyük hastane zincirlerinin dışındaki sağlık kuruluşlarını kapanma durumuna getirecek; hekimleri, düşük ücretle ve güvencesiz olarak, özel hastaneler ile "özerkleştirilmiş" kamu kurumlarından birini tercih etmeye zorlayacaktır. Bu yasayla, hekimlerin çalışma koşullarının, ister kamuda ister özel sağlık kuruluşlarında olsun, giderek ağırlaşaacağını öngörmek yanlış olmaz..

Tam gün yasasıyla, üniversite ve eğitim hastanelerinin önüne konulmak istenen temel hedef, nitelikli sağlık hizmeti sunulması, eğitim ve araştırmaların niteliğinin yükseltilmesi değil, bir işletme anlayışıyla yönetilecek olan sağlık kurumlarına daha fazla kazanç sağlanması, daha fazla işlem yapılarak döner sermaye gelirlerinin artırılmasıdır. Bunun yolu da, "performans" olarak adlandırılan ve çalışanlara güvencesiz, özlük haklarından yoksun "sözleşmeli" konumda bir çalışma vaat eden bir sistemden geçmektedir. Bir tür "hizmet başı ödeme" sistemi olan performans uygulamasının, tıp fakültelerinde oluşturacağı hasarı tah-



min etmek zor değildir. Ayrıca, tam gün uygulamasıyla, üniversite döner sermaye gelirlerindeki azalmanın, bütçeden giderek daha az kaynak aktarılan üniversite hastanelerinin çöküşünü daha da hızlandıracığı unutulmamalıdır.

Bu değerlendirmeler, üniversitelerde tam gün uygulamasına geçişle birlikte öğretim üyelerini bekleyen açmazı ortaya koyuyor: Ya asgari yaşam koşullarını sağlamak adına daha fazla işlem, daha fazla kazanç anlayışının hakim olduğu "performans" uygulamalarının bir parçası olmak, ya da eğitim, araştırma, nitelikli sağlık hizmeti sunumu gibi iyi hekimlik değerlerini sürdürmeye çalışarak düşük bir temel ücret ile yoksulluğa mahkum edilmek. Öte yandan, büyük özel hastanelerde düşük ücretle çalışmaya zorunda kalmanın, hekimler için daha iyi koşullar sağlamaya yönelik bir seçenek olmadığı da açık olarak görülüyor.

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu olarak, bir kez daha, getirilmek istenen tam gün çalışma düzeninin bu şekilde ülkemizin yararına olmayacağını ifade ediyor; yukarıda belirttiğimiz görüşlerimizi doğrultusunda hükümeti bir an önce bu Yasa Tasarısı'ndan vazgeçmeye çağırıyor; bunun yerine hekimler ve diğer sağlık çalışanları için; emekliliğe yansıyan, kalıcı özlük hakları ve insani yaşam koşulları yaratan, özelde çalışanlara da diledikleri kurumda çalışma olanağı sağlayan, emeğe saygının gösterildiği bir düzenlemeden yana olduğumuzu bildiriyoruz.

Sayın Başkan,

Tam gün yasa tasarısını, yukarıda da belirttiğimiz gibi, ülkemizde uygulanmakta olan sağlık politikalarının bir parçası olarak görüyor, tam gün konusunda bu bağlamın dışında yapılan değerlendirmelerin ve bu doğrultuda hazırlanan duyuru ve ilanların halkımıza yönelik doğru bir mesaj içermediğini düşünüyoruz..

Derneğiniz üyelerini, ekte duyurusuna yer verdiğimiz, 12 Haziran 2009 tarihinde, Ankara'da düzenlenecek olan ve ana başlıkları arasında tam gün yasa tasarısı, rotasyon uygulaması, performans dayalı ödeme uygulaması gibi konuların yer aldığı "Hükümet, YÖK ve Tıp Fakülteleri: Güncel Gelişmeler ve Ne Yapmalıyız?" başlıklı toplantıya davet ediyoruz. Katılımınız haklı taleplerimizi ortaya koymada bizi daha güçlü kılacaktır.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Raşit Tükel
TTB-UDEK Başkanı

QEEG ve TMU kullanımı ile ilgili İstanbul Tabip Odasının Onur Kurulu Kararı

Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından TTB Merkez Konseyi'ne 29.12.2006 tarihinde yapılan başvuru ile ilgili İstanbul Tabip Odasının Onur Kurulu Kararı ekte sunulmuştur

05.08.2009

Türkiye Psikiyatri Derneği Başkanlığı

İlgi: TTB Merkez Konseyi'ne yaptığınız 29.12.2006 tarih ve 265/2006 sayılı başvurunuz.

Odamıza yaptığınız ilgi başvuru üzerine,

- Bilimselliği ispatlanmamış yöntemlerle tedavi uygulamak,
- Özel ... Hastanesi'nde QEEG yöntemini psikiyatri hastalarının tedavi takibinde kullanarak yanıltıcı ümit vermek ve fuzuli masraf yaptırmak.
- Henüz yararlılığı araştırma aşamasında olan TMU ve TMS yöntemlerini psikiyatri hastalarında tedavi amaçlı kullanarak ve ücret karşılığı uygulayarak tıbbi etik ihlalinde bulunmak.
- Kullanılan yöntemlerin etki ve yan etkileri hakkında hasta ve yakınlarını bilgilendirmeyerek hasta haklarını ihlal etmek ve tıbbi etik ihlalinde bulunmak.
- Bu yöntemlerle kendi reklamını yaparak tanıtım kurallarını ihlal etmek.

İddialarıyla Dr. ... ve Dr. ... hakkında oluşturulan HUB-852-(G-1353) sayılı soruşturma dosyası Yönetim Kurulumuzun 02.10.2007 tarihli toplantısında görüşülmüş ve dosyanın Onur Kurulu'na sevk edilmesine karar verilmiştir.

Onur Kurulu'nun 28.07.2009 tarihli toplantısında değerlendirilen dosya ile ilgili alınan karar örneği yazımız ekinde sunulmuştur.

6023 sayılı Türk Tabipler Yasası'nın 40. maddesi gereğince; karara itirazınız olduğu takdirde yazımızın elinize ulaştığı tarihten itibaren 15 (onbeş) gün içerisinde Odamıza iletmeniz gerekmektedir. Bu süre zarfında itiraz olmadığı takdirde karar kesinleşecektir.

Saygılarımızla

Dr. Hüseyin Demirdizen
Genel Sekreter
Yönetim Kurulu Adına

Hekimler Uyarıyor:

TBMM gündeminde olan, kamuoyunda "Tam Gün" ve "Kamu Hastane Birlikleri" olarak bilinen yasa tasarıları, ne halkımıza ne de hekimlere olumlu bir kazanım getirmektedir. Aksine, bu tasarıların yasallaşması durumunda, Bakanlığa bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Tıp Fakülteleri Hastaneleri başta olmak üzere, sağlık ortamında telafisi mümkün olmayan sakıncalar doğacaktır:

- Hastane gelirlerinin artırılması temel hedef olurken, nitelikli hasta bakımı, eğitim ve araştırma bugünkünden daha da geri plana itilecek;
- Zor ve zaman harcanması gereken hastalardan uzak durularak, sadece "bakılan" hasta sayısının artırılmasına çalışılacak;
- Öğretim üyesinden sağlık ocağı hekimine tüm sağlık çalışanları, emekliliğe yansımayan düşük bir temel ücrete mahkum edilerek, daha fazla hasta bakıp daha fazla kazanç elde etmeye yönlendirilecektir.

Sonuç olarak da, verilen sağlık hizmeti her alanda giderek kötüleşecektir.

Aşağıda imzası olan tabip odaları ve uzmanlık dernekleri olarak, Hükümetten;

- halkımızın sağlığına zararı olacak bu yasa tasarılarının geri çekilmesini;
- hekimlerden taşeron işçilere, kamu-özel ayrımı olmaksızın bütün sağlık çalışanlarının, iş güvencesi başta olmak üzere, özlük haklarının kalıcı bir şekilde düzeltilmesini;
- hekimlerimizin ve sağlık çalışanlarının, iyi ve nitelikli hizmet üretecekleri, işsizlik kaygısı duymayacakları ve emekliliklerinde geçinebilecekleri düzenlemelerin acilen yapılmasını talep ediyoruz.

Bu konuda yapılacaklar, hükümetin halkın sağlığına verdiği önemin de bir göstergesi olacaktır.

Kamuoyuna saygı ile sunulur.

- Adli Tıp Uzmanları Derneği
- Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği
- Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği
- Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği
- Enfeksiyon Hastalıkları Derneği
- Geriatri ve Gerontoloji Derneği
- Göğüs Kalp Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
- Havacılık Tıbbi Derneği
- Hemaferesis Derneği
- Klinik Biyokimya Uzmanları Derneği
- Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Derneği
- Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu
- Patoloji Dernekleri Federasyonu
- Pratisyen Hekimlik Derneği
- Rejyonel Anestezi Derneği
- Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği
- Sualtı ve Hiperbarik Tıp Derneği
- Tıbbi Onkoloji Derneği
- Tıbbi Ultrasonografi Derneği
- Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Derneği
- Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği
- Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği
- Türk Ağrı (Algoloji) Derneği
- Türk Androloji Derneği
- Türk Biyokimya Derneği

- Türk Cerrahi Derneği
- Türk Dermatoloji Derneği
- Türk Farmakoloji Derneği
- Türk Fizyolojik Bilimler Derneği
- Türk Gastroenteroloji Derneği
- Türk Geriatri Derneği
- Türk Göğüs Cerrahisi Derneği
- Türk Histoloji ve Embriyoloji Derneği
- Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği
- Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
- Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği
- Türk Kaplıca Tıbbi ve Balneoloji Derneği
- Türk Klinik Biyokimya Derneği
- Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği
- Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Derneği
- Türk Manyetik Rezonans Derneği
- Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti
- Türk Nefroloji Derneği
- Türk Nöroloji Derneği
- Türk Nöroradyoloji Derneği
- Türk Oftalmoloji Derneği
- Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği
- Türk Pediatri Kurumu Derneği
- Türk Pediatrik Hematoloji Derneği
- Türk Pediatrik Onkoloji Grubu
- Türk Pedyatrik Kardiyoloji Derneği

- Türk Perinatoloji Derneği
- Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği
- Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği
- Türk Radyoloji Derneği
- Türk Rinoloji Derneği
- Türk Tıbbi Rehabilitasyon Kurumu Derneği
- Türk Toraks Derneği
- Türk Üroloji Derneği
- Türk Yoğun Bakım Derneği
- Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
- Türkiye Biyoetik Derneği
- Türkiye Çocuk Cerrahisi Derneği
- Türkiye Çocuk Nörolojisi Derneği
- Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği
- Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği
- Türkiye Klinik Nörofizyoloji EEG-EMG Derneği
- Türkiye Millî Pediatri Derneği
- Türkiye Nükleer Tıp Derneği
- Türkiye Psikiyatri Derneği
- Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği
- Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği
- Türkiye Spor Hekimleri Derneği
- Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği

- Adana Tabip Odası
- Adıyaman Tabip Odası
- Afyonkarahisar Tabip Odası
- Ağrı Tabip Odası
- Aksaray Tabip Odası
- Amasya Tabip Odası
- Ankara Tabip Odası
- Antalya Tabip Odası
- Aydın Tabip Odası
- Balıkesir Tabip Odası
- Bartın Tabip Odası
- Batman Tabip Odası
- Bilecik Tabip Odası
- Bitlis Tabip Odası
- Bolu Tabip Odası
- Bursa Tabip Odası
- Çanakkale Tabip Odası
- Çorum Tabip Odası
- Denizli Tabip Odası
- Diyarbakır Tabip Odası
- Edirne Tabip Odası
- Elazığ Tabip Odası

- Erzurum Tabip Odası
- Eskişehir Tabip Odası
- Gaziantep Tabip Odası
- Giresun Tabip Odası
- Hatay Tabip Odası
- Isparta Tabip Odası
- İstanbul Tabip Odası
- İzmir Tabip Odası
- Kahramanmaraş Tabip Odası
- Karabük Tabip Odası
- Karaman Tabip Odası
- Kastamonu Tabip Odası
- Kayseri Tabip Odası
- Kırkkale Tabip Odası
- Kırklareli Tabip Odası
- Kırşehir Tabip Odası
- Kocaeli Tabip Odası
- Konya Tabip Odası
- Kütahya Tabip Odası
- Malatya Tabip Odası
- Manisa Tabip Odası
- Mardin Tabip Odası

- Mersin Tabip Odası
- Muğla Tabip Odası
- Muş Tabip Odası
- Nevşehir Tabip Odası
- Niğde Tabip Odası
- Ordu Tabip Odası
- Rize Tabip Odası
- Sakarya Tabip Odası
- Samsun Tabip Odası
- Siirt Tabip Odası
- Sinop Tabip Odası
- Şanlıurfa Tabip Odası
- Şırnak Tabip Odası
- Tekirdağ Tabip Odası
- Tokat Tabip Odası
- Trabzon Tabip Odası
- Uşak Tabip Odası
- Van Tabip Odası
- Yozgat Tabip Odası
- Zonguldak Tabip Odası

T Ü R K T A B İ P L E R İ B İ R L İ Ğ İ

TPD MERKEZ YÖNETİM KURULUNUN ISRARLI UĞRAŞILARI SONUCUNDA SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN ENDİKASYON DIŞI İLAÇ KULLANIMI KILAVUZU YAYINLANDI

Endikasyon dışı ilaç kullanımı görev grubunun titiz çalışmaları ve TPD MYK'nın ısrarlı çabaları sonuç verdi. Sağlık Bakanlığı'nın Psikiyatri alanında kullanılan ve izin gerektirmeyen ilaçlarla ilgili endikasyon dışı ilaç kullanımı klavuzunu yayınladı.

www.iegm.gov.tr/Default.aspx?sayfa=iegm_mevzuat&lang=tr-TR&thelawtype=6&thelawid=142

ENDİKASYON DIŞI İLAÇ KULLANIMI KILAVUZU

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam ve Dayanak

Amaç

Madde 1. Bu kılavuz, endikasyon dışı (off label use) kullanılan veya şahsi tedavi amacıyla yurt dışından getirilen ilaçların tıbbi, etik, hukuki, farmakoeconomik ve akılcı kullanımı temin etmek amacıyla hazırlanmıştır.

Tanım

Madde 2. Ülkemizde onaylanmış endikasyonların dışında ve/veya standart dozların üstünde ilaç kullanımı ile ülkemizde henüz ruhsatlandırılmamış ilaçların şahsi tedavi amacıyla yurt dışından getirilerek kullanımı hususları "endikasyon dışı ilaç kullanımı" olarak adlandırılmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL ESASLAR

Genel esaslar

Madde 3. Endikasyon Dışı ilaç kullanımı için belirlenmiş genel esaslar şunlardır:

- 1- Onaylı endikasyon ve standart doz dahilinde ilaç tedavisi seçeneği bulunan hastalıklarda endikasyon dışı ilaç kullanımına izin verilmeyecektir. Ancak belirgin olarak farmakoeconomik avantaj tanıyan tedavi seçeneklerine hasta ve hekimin talebi ile izin verilebilir.
- 2- Başvurular, hastayı takip eden hekimin imza ve kaşesini taşıyacaktır. Hasta, hasta yakını, eczacı veya başka şahıslarca başvuru formları düzenlenemez. Ülkemizde mevcut standart tedavi seçeneklerinin tümü tüketilmiş ise endikasyon dışı ilaç kullanımı için öncelikle ilgili ilacın istenilen endikasyonda kullanımının bilimsel yönden uygun olup olmadığının Bakanlıkça değerlendirilmesi, bu değerlendirmeye müteakip uygun bulunanlar için reçetelendirmenin yapılması gerekmektedir.
- 3- Bakanlıktan izin alınmadan endikasyon dışı ilaç kullanımına başlanılmış ise, geriye dönük bu gibi durumlar için yapılacak başvurular değerlendirilmeye alınmayacaktır.
- 4- Yukarıdaki şartlara uyan başvurular için gerekli belgeler:
 - a) Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü internet sayfasından (www.iegm.gov.tr) sağlanabilecek olan "Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı Talep Formu" (Ek-1)
 - b) Sağlık Kurulu Raporu veya İlaç Kullanım Raporu örneği
 - c) Hasta tarafından okunarak imzalanmış "Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu" (Ek-2)

ç) Literatür: Endikasyon dışı ilaç kullanımı başvuruları Bakanlıkça çıkarılacak kılavuzlarda yer alan ilaçlar için tanımlanmış alanlarda yapılması gerekir. Tedavi süreleri de yine bu kılavuzlarla düzenlenecektir. Bu kılavuzlarda tanımlanan alanlar haricinde kullanılmak istenen ilacın ilgili endikasyonda kullanımına dair literatür eklenmelidir. Bu literatürler çok sayıda hastada olumlu sonuçların (sağ kalım avantajı, morbiditeye yol açan klinik bulguların gerilemesi, vb.) kesin olarak gösterildiği, spesifik ve bilimsel hakemli dergi veya kitaplardan alınmış olmalıdır. Kısıtlı sayıda hasta içeren veya vaka takdimi (case report) şeklinde olan literatür örnekleri kabul edilmeyecektir.

d) Epikriz (veya hastane çıkış özeti) örneği.

- 5- Başvuru "Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Çankırı Cad. No:57, 06060 Dışkapı-Ulus/ANKARA" adresine veya internette www.iegm.gov.tr adresi aracılığıyla yapılacaktır.
- 6- Uygulanan tedavi sonrası etkililik ve yan etki bakımından olumlu cevap alınan hastalarda tedaviye devam etmek istenir ise iznin son bir ayı içinde başvuru yapılabilecektir. Başvuruda hekim tarafından yeniden "Endikasyon Dışı İlaç Kullanım Talep Formu" (Ek-1) doldurulmayacak; "Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu (Ek-2)" ve "Etkililik ve Yan Etki Geri Bildirim Formu (Ek-3)" doldurulması yeterli olacaktır.
- 7- Bakanlık, talep edilen ilacın özelliğine göre ek form veya belge isteyebilir; gerektiğinde hastalıkla ilgili olarak yapılmış özel laboratuvar tetkiklerinin sonuçlarını da talep edebilir (kemik iliği biyopsisi, histopatoloji değerlendirme sonuçları gibi).
- 8- Hastalığın ilerlemesi, hastanın hayatını kaybetmesi ve ciddi advers etkiler gibi tedavinin sonlandırılmasını gerektiren hallerde en geç 5(beş) işgünü içinde Bakanlığa gerekçesiyle birlikte bildirimde bulunacaktır.
- 9- Hastalığın ilerlemesi, hastanın hayatını kaybetmesi, ilaç alerjisi gibi olumsuz bir durum gelişmesine bağlı olarak tedavinin planlanan süreden daha erken kesilmesi halinde; bedeli Sosyal Güvenlik Kurumlarınınca ödenmiş olan ilaçlar, tutanak karşılığı bir kamu hastanesi eczanesine hasta yakını tarafından teslim edilecek ve ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumu ile İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne sorumlu eczacı tarafından yazılı bilgi verilecektir.
- 10- Olumsuz sonuçlanan talepler için yapılacak itirazlar üç ay geçmeden değerlendirmeye alınmayacaktır. Ancak yeni literatür eklenmesi ve/veya hastanın klinik verileriyle ilgili ek bilgi sunulması durumunda itiraz değerlendirilebilir.
- 11- Yeni ruhsat veya endikasyon ilavesi almış olduğu halde henüz geri ödemeye alınmamış müstahzarlar geri ödeme listesine alınıcaya kadar şahsi tedavi bazında Bakanlığımızca verilen kullanım izni yazıyla ödenir.
- 12- Endikasyon dışı ilaç kullanım izni şahsi (hasta bazında) olup, hastanın içinde bulunduğu özel klinik durum için verilir. Herhangi bir hasta için verilen izin; benzer teşhis konulmuş fakat farklı klinik seyre sahip diğer hastalara emsal teşkil etmeyeceği gibi, Bakanlığın ilaçla ilgili genel bir sağlık stratejisini de yansıtmaz.
- 13- Bakanlık, hastanın ilerleyen veya değişen klinik durumundan dolayı söz konusu izni iptal edebilir, doz ve uygulama süresinde değişiklikler yapabilir.

14- Bu kılavuz kapsamına girmeyen müteaddit başvurular ve izinsiz endikasyon dışı ilaç kullanımının tespiti halinde Bakanlıkça 5237 Sayılı Türk Ceza Kanununun 90. maddesi gereğince işlem yapılacaktır.

Yasaklar

Madde 4. Bakanlıkça verilmiş izinler doğrultusunda yapılan tedaviler ve bunlardan elde edilecek sonuçlar bilimsel yayın amacıyla (vaka takdimi hariç) ve ilaç ruhsatlandırma çalışmalarına esas veri olarak kullanılamaz

BEŞİNCİ BÖLÜM

İzin Gerektirmeyen Psikiyatri Alanında Kullanılan İlaçlar

Madde 9. Güncel tedavi kılavuzlarına girmiş ve standart tedaviler haline gelmiş, Bakanlığımızdan herhangi bir izin alınması gerekmeyen ve Sosyal Güvenlik Kurumu, Maliye Bakanlığı tarafından geri ödemesinin yapılabileceği uygulamalar aşağıdaki çizelgede gösterilmiştir.

	ETKİN MADDE	ENDİKASYON
1.	AMİSÜLPİRİD	* Diğer psikozlar (şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk, akut psikotik bozukluk * Genel Tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk,) * Dirençli veya psikotik özellikli depresyon * Dirençli bipolar bozukluk (Mani)
2.	AMİTRİPTİLİN	* Ağrı bozukluğu * Yaygın anksiyete bozukluğu * Panik bozukluğu * Travma sonrası stres bozukluğu * Somatizasyon bozukluğu * Psikosomatik bozukluklar
3.	ARİPIPRAZOL	* Diğer psikozlar (şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk, akut psikotik bozukluk * Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozuk,)
4.	KARBAMAZEPİN	* Dürtü kontrol bozukluğu * Zeka geriliğine bağlı saldırgan davranışlarda * Travma sonrası stres bozukluğu * Davranım bozuklukları (yaygın gelişimsel bozukluklar)
5.	KETİAPİN	* Diğer psikozlar (şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk, akut psikotik bozukluk * Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk, demansa bağlı psikoz) * Dirençli veya psikotik özellikli depresyon * Zeka geriliğine bağlı saldırgan davranışlarda
6.	KLOZAPİN	* Tedaviye dirençli diğer bazı psikozlar (şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk) * Tedaviye dirençli bipolar bozukluk
7.	LAMOTRİJİN	* Dirençli unipolar rekürren depresyon
8.	LİTYUM	* Dirençli depresyon
9.	OKSKARBAZEPİN	* Bipolar bozukluk

10.	OLANZAPİN	* Diğer psikozlar (şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk, akut psikotik bozukluk)
		* Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk)
		* Dirençli veya psikotik özellikli depresyon
		* Anoreksiya Nervosa
		* Zeka geriliğine bağlı saldırgan davranışlarda
11.	PİMOZİD	* Tik bozukluğu
		* Dirençli obsesif-kompulsif bozukluk
12.	RİSPERİDON Oral	* Dirençli veya psikotik özellikli depresyon
		* Dirençli obsesif-kompulsif bozukluk
		* Dirençli tik bozuklukları
13.	RİSPERİDON Parenteral depo	* Dirençli veya psikotik özellikli depresyon
14.	SSRI'lar	* Travma sonrası stres bozukluğu
		* Panik bozukluğu
		* Obsesif kompulsif bozukluk
		* Sosyal fobi ve diğer fobiler
		* Yaygın anksiyete bozukluğu
		* Anoreksiya Nevroza
		* Bulimia Nevroza
* Dürtü kontrol bozukluğu		
15.	SÜLPİRİD	* Dirençli veya psikotik özellikli depresyon
16.	VALPROİK ASİT	* Bipolar bozukluk
		* Dürtü kontrol bozukluğu
		* Zeka geriliğine bağlı saldırgan davranışlarda
		* Travma sonrası stres bozukluğu
		* Yaygın gelişimsel bozukluklar, davranım bozukluğu
17.	ZİPRASİDON	* Diğer psikozlar (şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk, akut psikotik bozukluk)
		* Genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk)

DANIŞTAY, YÖK'ÜN ÖĞRETİM ÜYELERİNE "ROTASYON" UYGULAMASININ YÜRÜTMESİNİ DURDURDU

YÖK'ÜN ROTASYON UYGULAMASINA YÖNELİK DANIŞTAYIN YÜRÜTMİYİ DURDURMA KARARI İLE İLGİLİ TTB AÇIKLAMASI VE KARAR METNİ

Türk Tabipleri Birliği tarafından Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı'nın (YÖK) 26.02.2009 gün ve 2009/7 sayılı "öğretim üyelerinin rotasyona gönderilmesi" kararının yürütmesinin durdurulması ve iptali için Yargıya başvurulmuştu. YÖK'ün bu kararında; 13 üniversiteye bağlı tıp fakültesinin, 261 anabilim dalı/ bilim dalındaki öğretim üyesi ihtiyacının 2009-2010 yılı sonuna kadar önce en az bir yıl süre ile daha sonra kısaltılarak 27 üniversiteye bağlı tıp fakültesinden 2547 sayılı Kanununun 41. maddesi uyarınca karşılanması öngörülmüştü.

Danıştay'ın verdiği karar çerçevesinde rotasyon uygulaması işleminin yürütmesi durdurulmuştur.

Türk Tabipleri Birliği tarafından açılan davada;

- Kararın Yükseköğretim Genel Kurulu tarafından değil Yürütme Kurulu tarafından alınmış olması nedeniyle işlemin yetki unsuru yönünden hukuka aykırı olduğu,
- Kararın yükseköğretimin planlanması ve düzenlenmesine yönelik ilkelere aykırı olduğu,
- Kararın yükseköğretimden çok sağlık hizmeti ihtiyacına yönelik alanlarda görevlendirmeyi içermesi nedeniyle de hukuka aykırı olduğu,
- Karar uyarınca öğretim üyesi gönderecek tıp fakültelerinde eğitim, sağlık hizmeti ve bilimsel araştırmaların aksayacağı,
- Kararın geçici görevlendirme ile ilgili düzenlemelere ve içtihatlarla aykırılık taşıdığı,
- Kararla geçici görevlendirilecek öğretim üyelerinin temel haklarının zedelendiği ve bu kapsamda;
 - Geçici görevlendirme işleminin zorunlu çalışma niteliğinde olduğu ancak bunun için hukuken gerekli koşulların bulunmadığı,
 - Aile birliğinin korunması hakkını ihlal ettiği,
 - Öğretim üyelerinin çalışma hakkı ve mali haklarını hukuka aykırı olarak zedelediği savunulmuştur.

Türk Tabipleri Birliği, Türkiye'de nitelikli tıp eğitiminden yanadır. Nitelikli tıp eğitimi, toplumun ihtiyaçlarını önceleyen, bilgi ve beceri açısından yeterli donanıma sahip hekimlerin yetiştirilmesini hedefler. Açık ki, böyle bir eğitim yeterli tıp fakültelerini, uygun koşul ve olanaklara sahip bir ortamda hizmet sunacak,

özlük hakları açısından güvence altında olan öğretim üyelerini ön koşul olarak ister.

Hükümet ve özel olarak YÖK ile Sağlık Bakanlığı uyguladıkları Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir gereği olarak, nitelikli tıp eğitimi, nitelikli sağlık hizmetini göz ardı etmekte, bütünüyle piyasa için, piyasa koşullarında, piyasacı bir anlayışla ve tüccar mantığıyla politika yapmaktadırlar. Bu anlayış, rotasyon uygulaması gibi kararlardan "paracı doktorlar gürültü yapıyor" a ulaşan bir tarzla desteklenmektedir. Bunun güncel adımları ise "tam gün" ve Kamu Hastane Birlikleri yasa tasarılarında somutlanmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği, dün olduğu gibi bugün de Türkiye'de yaşayanların/halkın eşit, ücretsiz, nitelikli bir sağlık hizmeti alabilmesi, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının güvenceli özlük hakları ortamında çalışması için çaba harcamaktadır. Rotasyon uygulamasının çıkmasından çok kısa bir süre sonra yapılan hukuki girişim ve bugün itibarıyla alınan hukuksal sonuç bunun en somut göstergesidir.

Ancak bu yetmez.

Şimdi, nitelikli tıp eğitiminin sahipleri, rektörler, dekanlar, öğretim üyeleri başta olmak üzere hep birlikte sorumluluklarımızın gereğini yerine getirmek durumundayız:

Altyapısı tamamlanmamış tıp fakültelerinin açılmasına engel olmalı, yeterli ve nitelikli tıp eğitimi verme koşullarını sağlamayan tıp fakültelerinin öğrenci alması durdurulmalı, rotasyon uygulaması için isim bildirmemeli, varsa bildirimlerin iptali sağlanmalı, mutlaka kontenjan artışlarına/tıp fakültelerinde ikili tedrisata hayır denmelidir.

Tıp fakültelerinin hepimizce bilinen olumsuzluklarının düzeltilmesi, tıp eğitiminin öncelenmesi, bilimsel ortamın tesis edilmesi, tıp fakültelerine piyasacı yaklaşımın durdurulması, çalışanların, öğretim üyelerinin Türkiye'deki bütün hekimlerle birlikte özlük haklarının iyileştirilmesi için adım atma, öne çıkma zamanıdır.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
MERKEZ KONSEYİ



BASIN AÇIKLAMASI

Biz Mersin'de hizmet veren psikiyatristler olarak 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Gününde ruh sağlığını ve ruh sağlığı hizmetlerini tüm dünyada, toplumun tüm kesimlerinin öncelikli konusu yapmak ve küresel bir öncelik haline getirmek için çaba harcanmasını talep ediyoruz.

2009 yılında tüm dünyada milyarlarca insan şiddetin, savaşın, açlığın, yoksulluğun, pençesindedir. Küresel nitelikteki krizlerle perçinlenen işsizliğin, iş stresinin, aşırı çalışmanın mağdurdurlar. Ayrımcılık, damgalanma, sağlık hizmetlerine de yansıyan toplumsal eşitsizlikler, sağlık ve sosyal güvenceye sahip olamama, sağlık hizmetlerine ulaşamama ve eğitimsizlik ruh sağlığını sürdürmeyi tehdit etmektedir. Ruh sağlığını geliştirmek, yaygınlaştırmak, ücretsiz ve kolay ulaşılabilir bir kamu hizmeti niteliğine kavuşturmak öncelikli bir hedef olarak kabul edilmelidir.

Günümüzde her dört kişiden biri yaşamlarının bir döneminde ruhsal hastalıklardan etkilenmektedir. Ülkemizin 15-55 yaş arasındaki nüfusunda depresyon ve anksiyete bozuklukları en yaygın hastalıklar içinde ilk beşte yer almaktadır. Ama ne yazık ki ruh sağlığı sorunu olan kişiler tedaviye başvurmaktan kaçınmakta ve başvurularının bir çoğu çeşitli engeller nedeniyle tedaviden yeterince yararlanamamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ülkemizdeki ruh sağlığı yatağı olması gerekenin onda biridir. Ülkemizde yüz bin kişiye düşen ruh sağlığı uzmanı sayısı 1.6'dır. Bu Avrupa ortalamasının altıda biridir.

10 Ekim'in bu yılki ana teması "ruh sağlığını geliştirmek, birinci basamakta ruh sağlığı hizmetlerini yaygınlaştırmak ve ruhsal tedavi olanaklarını artırmak" olarak belirlenmiştir. Ülkemizdeki koruyucu ruh sağlığı ve tedavi hizmetlerinin yetersizliği göz önüne alındığında, ruh sağlığı hizmetleri birinci basamak sağlık kurumlarında bir kamusal hizmet olarak yaygınlaştırılmalı, ücretsiz ve ulaşılabilir bir niteliğe kavuşturulmalıdır. Bunun yanında "ruh sağlığının geliştirilmesini" sağlayan toplumsal sağlık projelerinin de yaşama geçirilmesi gerekmektedir.

Türkiye Psikiyatri Derneği üyeleri olarak derneğimizin taleplerini tekrarlıyoruz:

- Ruh Sağlığı Yasası'nın en kısa zamanda çıkarılması için TBMM'ni göreve ve sorumluluk almaya çağırıyoruz.
- Temel ruh sağlığı sorunlarının çözülmesi ve bir insan hakkı olarak ruh sağlığının geliştirilmesi için ruh sağlığına ayrılan kaynağın artırılmasını talep ediyoruz.
- Ruh sağlığı alanında var olan personel eksikliğini giderilmesini, psikiyatrist, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diğer yardımcı sağlık çalışanı sayısının ve niteliğinin artırılmasını istiyoruz.
- Genel hastanelerde psikiyatri yatak sayısının artırılmasını, gündüz hastaneleri ve ayaktan tedavi birimlerinin sayısının ve niteliğinin artırılmasını istiyoruz
- Ruhsal hastalıklar henüz ortaya çıkmadan önleyen, risk etkenlerini ortadan kaldıran ya da bu etkenlerle karşılaşmayı engelleyen, koruyucu ve önleyici çalışmalarını destekleyen bir yaklaşımın yaygınlaştırılmasını talep ediyoruz.

Tüm bu düzenlemelerin devletin asli sorumluluğu olarak kabul edilmesi, hükümetlerin öncelikli konusu olması gerektiğini düşünüyor, kamusal bir sağlık sistemi anlayışı içinde çözülebileceğine inandığımızı vurgulamak istiyoruz.

Ülkemizin bir "Ruh Sağlığı Yasası"na ve herkes için, ulaşılabilir, yaygın ruh sağlığı hizmetine ihtiyacı var.

Ruh sağlığı ve beden sağlığı bir bütündür. Ruh sağlığını içermeyen bir sağlık anlayışının yarım kalacağını vurgulamak üzere sizlere yarım elmalarımızı dağıtıyoruz. Katılımınız için teşekkürler...

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Çalışanları



Avrupa Psikiyatri Asistanları Birliği Toplantısı 2009

Avrupa Psikiyatri Asistanları Birliği (EFPT) yıllık toplantısı 8-11 Temmuz 2009 tarihleri arasında İngiltere Cambridge’de yapıldı. Türkiye Psikiyatri Derneğini Dr. Özge Kılıç, Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneğini Dr. Ayşe Zeki temsil etti. Toplantıya 31 Avrupa ülkesinin psikiyatri asistan örgütlerini temsilen toplam 87 delege katıldı.

Her yıl olduğu gibi ilk gün EFPT’nin geçmişi, mevcut yapısı, işleyişi ve geçen yıl alınan kararlar ile ilgili sunumlar ile açıldı. Sonrasında her ülkenin delegesi, ülkelerindeki uzmanlık eğitimini ve geçen bir yılda uzmanlık eğitiminde gerçekleşen değişiklikleri ülke raporu olarak sundu. Mevcut çalışma grupları yeterliliğe dayalı eğitim sistemi (CBT), internet sitesi tasarımı (IT), araştırma, çocuk ve ergen psikiyatrisi, dernekleşme ve tüzük yapılandırılması, asistan değişim programı çalışma grupları yıllık raporlarını sundu.

İkinci gün “akademik gün” olarak Prof. Dr. Peter Jones’un “Yenilikçi Araştırma Yapmak”, Prof. Dr. Robin Murray’in “Psikozun Nedenleri” konulu konuşmaları ile başladı ve sırasıyla Prof. Dr. Femi Oyebode’nin “21.yy ‘da Klinik Sorumluluk”, Prof. Dr. Dinesh Bhugra’nın “21.yy ‘da Profesyonellik “ isimli sunumları ile devam etti ve Dr. Joan Marsh’ın “Nasıl Yayınlatılır? “ sunumu ile sonlandı.

Üçüncü gün çalışma grupları toplandı, yoğun görüş paylaşımının ardından gelecek yıl yürütülecek konular üzerine görüşler ve tavsiyeler bildirildi. Dahil olduğumuz araştırma çalışma grubu, gelecek yıl için öznesi Avrupa’daki psikiyatri asistanları olan ilgi çekici bir araştırma planı yaptı. Günümüz şartlarında oldukça önemli olan “Psikiyatrist-İlaç Endüstrisi İlişkileri” konusunu değerlendirmek amacıyla anket çalışması yapılabilmesi için grup kuruldu ve sürecin şekillendirilerek gelecek yıl içinde araştırmanın sonlandırılması planlandı. EFPT’nin tanınırlığını da artırmak amacıyla “Annual EFPT Surveys” adı altında her yıl en az bir araştırma hazırlama ve yayınlama kararı alındı. Oldukça verimli çalışan bu grup, geçen yıl “Psikiyatri Asistanlarının Reçetelendirme Alışkanlıkları” başlıklı konu altında yapılan çalışmanın öncül sonuçlarını çeşitli dergilerde yayınladı ve bu yıl içinde de çalışmanın tüm sonuçlarının yayınlanması için plan yaptı.

Bu yılın poster başlığı “Recruitment in Psychiatry” idi. Dr. Özge Kılıç, Dr. Ayşe Zeki ve Dr. Sinan Gülöksüz tarafından hazırlanan poster tüm posterler içinden birincilikle ödüllendirildi.

Dördüncü ve son gün EFPT’nin seçim günü idi. Çek Cumhuriyeti’nden Alexander Nawka’nın tek aday olarak oybirliği ile gelecek başkan olarak seçilmesinden sonra diğer yönetim kurulu üyeleri de yapılan oylamalarla seçildi. Gelecek yıl onsekizincisi 2010 yazında Hırvatistan Dubrovnik’te düzenlenecek olan EFPT toplantısının tanıtımı ile bu yılki EFPT toplantısı sona erdi.

Cambridge’de son derece iyi yapılandırılmış ve sıcak bir ortamda gerçekleşen buluşmaya daha önce EFPT toplantısına katılmamış iki yeni asistan olmamıza rağmen bizden öncekilerin bıraktıkları miras ve biraz da sıcakkanlılığımızla ortama hızlıca uyum sağlayarak ülkemizi daha öncelerde olduğu gibi en iyi şekilde temsil ettik, yakın arkadaşlıklar kurduk. Toplantının oldukça yüklü programı ile oldukça yorulmamıza rağmen İngiltere ekibinin düzenlediği keyifli sosyal program ile bir miktar rahatlayabildik. Gelecekte bizi bekleyen süreç ile ilgili bilgi toplayıp önümüzdeki yıl için hazırlık yaparak seneye yeniden buluşmak üzere ülkemize ve hastanelerimize geri döndük. Türkiye Psikiyatri Derneği’nin verdiği destek için teşekkür ederken EFPT toplantılarına katılımdaki devamlılığın önümüzdeki yıllarda da devam edeceğini umut ediyoruz.

Saygılarımızla,

Dr. Özge Kılıç
Dr. Sinan Gülöksüz

TÜRKİYE'DE PSİKIYATRİ ALANINDA BİR İLK:

TIP EĞİTİMİNDE PSİKIYATRİNİN YERİ VE ÖĞRENCİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALARI ÖĞRENCİ KONGRESİ DENİZLİ'DE YAPILDI

Bu yıl Türkiye'de psikiyatri alanında bir ilk olarak öğrenciler tarafından organize edilen 'Tıp eğitiminde Psikiyatrinin yeri ve öğrenci bilimsel araştırmaları' adlı öğrenci kongresi 10-12 Nisan 2009 tarihlerinde Pamukkale Üniversitesi Kongre ve Kültür Merkezi'nde gerçekleştirildi. Üç gün boyunca tıp eğitimi ve özellikle bu eğitim sırasında psikiyatrinin yeri konusunda bilimsel yönden zengin ve sosyal içerikle desteklenmiş bir kongre gerçekleştirildi.

Kongre boyunca, öğrenci derleme ve araştırma sunumları, öğrenci posterleri, öğretim üyelerinin sertifikalı eğitimleri, ünlü konuk konuşmacılarla söyleşiler ve değişik öğrenci sosyal aktivitelerin gösterimleriyle tam bir kongre heyecanı katılımcılara iletildi. İlk gün açılış konuşmaları ve açılış töreni ile başlayan kongrede tıp eğitimi ve bu eğitimin temelinde yer alan insanın daha iyi anlaşılabilmesi, yardım edilebilmesi için psikiyatrinin önemine dikkat çekilerek öğrenci merkezli yapılan çalışmalara vurgu yapıldı. Sonrasında genel anlamda psikiyatri temalı öğrenci sunumları ve paneller düzenlendi. Eş zamanlı Doç. Dr. Osman Özdel tarafından 'Hasta hekim ilişkilerine psikodrama yöntemiyle bakış' sertifikalı kurs düzenlendi. Günün akşamında PAÜ Kongre ve Kültür Merkezinde kokteyl verildikten sonra PAÜ Tıp fakültesi Tiyatro ekibi İstanbul Müzikali adlı oyunu sergiledi.

İkinci gün "bir bilimsel araştırmanın hikayesi" adlı öğrencilere bilimsel araştırmalar nasıl yapılır konusunda yetkin öğretim üyelerince yol gösteren sunumdan sonra tekrar öğrenci bilimsel araştırmaları sunumlarına devam edildi. Psikiyatrist Prof. Dr. Yankı Yazgan'ın söyleşisi günün önemli etkinliği idi. Günün sonunda kapanış oturumu yapılarak öğrencilerin kongre hakkındaki geri bildirimleri alındı. Gecenin akşamında yapılan Gala yemeğinde;iki gün boyunca bilimsel araştırma, sunum ve posterleriyle dereceye giren katılımcılara hediyeleri verildi.

Pamukkale Üniversitesi Tıp fakültesi'nce 10-12 Nisan tarihleri arasında düzenlenen "Tıp eğitiminde Psikiyatrinin yeri ve Öğrenci bilimsel araştırmaları Kongresi"ne 22 farklı tıp fakültesinden 296 öğrenci katılmıştır (202 si misafir öğrenci olmak üzere). Kongrede 25 sözlü, 22 poster olmak üzere toplam 47 bildiri sunumu olmuştur. Ayrıca paneller ve sertifikalı eğitimler verilmiştir.

Denizli ve Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi için bir ilk olan bu kongre gelecek yıllarda öğrenci bilimsel araştırmalarının da değer kazanacağı kararı ve bu güzel organizasyonun mutlak şekilde tekrarlanması gerektiği önerisi ile sonlandırıldı.

Kongre sonuç bildirgesinde, kongre süresince belirlenen ve tıp eğitiminde sorunlar ve çözüm önerileri panelinde de paylaşılan temel mesajlar özet olarak aşağıda sıralanmıştır:

- Tıp eğitimi denilince birçok eğitim modeli anlaşılmalıdır. Tüm modellerin bazı olumlu ve olumsuz yönlerinin bulunduğu görülmekte ve öğrenci merkezli eğitim modellerinin günümüzde biraz daha yakından izlenmesi gerekmektedir.
- Tıp eğitiminin İngilizce verilmesinin çok olumlu yanlarının olması yanında öğrenme sırasında güçlük yaratabileceği ileri sürülmektedir.
- Pamukkale Üniversitesi'nin de uygulamakta olduğu PDÖ modeli gelecek için büyük umut vermekte ve diğer Tıp fakültesi öğrencilerinin de oldukça dikkatini çekmektedir.
- Tıp eğitimi boyunca üzerinde durulan insan kavramının WHO normlarında biyopsikososyal bir canlı olduğu gerçeği ve ek-



sik kalan psikososyal yönüne de dikkat edilmesi gerekliliği anlaşılmıştır.

- Sadece birkaç dersten ibaret görülen psikiyatrinin aslında birçok tıp alanını içine alan oldukça kapsamlı ve üzerinde durulması gereken bir alan olduğu görülmüştür.
- Psikiyatri eğitiminin sıradan sıkıcı ders programı içinde verilmesi yerine daha esnek ve daha interaktif olarak işlenmesi durumunda daha fazla verim alınabileceği ifade edilmiştir.
- Öğrencilere imkan verildiği takdirde etkin ve bilimsel araştırmalara oldukça hevesli ve yaratıcı oldukları görülmektedir.
- Türkiye'nin farklı yerlerinden gelen tıp fakülteleri öğrencileri, sahip oldukları sorunları birbirleriyle paylaşmaları sayesinde tıp eğitimindeki sorunlara daha farklı bir bakış açısı kazandırmışlardır.
- Ülkemizdeki tüm tıp fakültelerinde öğrenciler için Bilimsel Araştırma Topluluklarının oluşturulması desteklenmeli, bu toplulukların ülke çapında web ortamında birbirleriyle iletişim içinde olmaları sağlanmalıdır.
- Tıp öğrenci kongreleri ve öğrencilerin kongrelere katılımı desteklenmelidir.
- Mesleki tercihini araştırmacı olmak yönünde kullanmayacak olsa bile, her hekim araştırma yöntemlerini ve planlamasını bilmeli; bu eğitim gönüllülük aranmaksızın tüm öğrencileri kapsayacak şekilde eğitim müfredatında yer almalıdır.
- Tıp fakülteleri öğrencilerine sosyal yönden de gerekli imkan ve zaman verilerek öğrencilerin kendilerini geliştirmelerine fırsat verilmelidir.



Hazırlayan:

Prof. Dr. Kemalettin ACAR*



SOLDAN SAĞA

- Aşağıda fotoğrafı görülen Bakırköy Akıl ve Ruh Sağlığı Hastanesi'nin kurucusu psikiyatrist ... Kimse, kişi.
- Kurnaz, açığöz... Kısaltması Tm olan element... Patates, elma gibi bitkilerin ezilmiş ya da süzgeçten geçirilmiş hali.
- Boyu bir metreyi bulabilen, lezzetli bir balık... Kemandan biraz daha büyük yaylı çalgı.
- Hastalık derecesinde yalan söyleme eğilimi... Tahıl ve diğer iri taneli maddeleri elemek için kullanılan büyük delikli veya seyrek telli elek...
- Bir kimsenin davranışlarına temel olan ahlak ilkelerinin tümü... Havacılıkta iniş alanı kısaltması (landing zone)... Kadın şair.
- Bir yeri bayındır duruma getirmek için yapılanların tümü, bayındırlık işleri... Antalya'nın turistik bir ilçesi.
- Eski Mısır düşüncesine göre bireyin varlığını oluşturan ilkelerden biri... -- -- olan belaya rastlar, iş peşinde olan hazineye rastlar, Azeri atasözü (iki kelime).
- İlk romancılarımızdan olup, tanzimatta halk yığınlarının okuma alışkanlığını sağlamış yazar... Eski dilde ok.
- Eski Yugoslavya'nın plaka işareti... Bazı dillerde numaranın kısa yazılışı... İsraili kadın şarkıcı.
- Saf yünden ya da pamuk sentetik ve yapay elyafın karışımından elde edilen sert tutumlu kumaş... (Ters) Aşırı sevgi ve bağlılık duygusu, sevi.
- Danimarka'da bir kent... Doğal ve tarihsel özelliklerinden dolayı koruma altına alınan.
- Bir parçanın sevimli ve canayakın, okşayıcı biçimde çalınacağını anlatan müzik terimi.
- Ahşap bir teknede açılan delikleri geçici olarak tıkamada kullanılan, koni biçiminde ağaç takoz... Dama, go gibi oyunlarda kullanılan yuvarlak taşların her biri.
- Tavlada üç sayısı... İçine kömür doldurularak açık havada ısınmaya yarar ayaklı, delikli madeni kap.
- Trabzon'un ilk beden eğitimi öğretmeni olan, Beden Terbiyesi Bölge Asbaşkanlığı yapmış spor adamı.

YUKARIDAN AŞAĞI

- Los Angeles başkonsolosu iken yasadışı Ermeni örgütü Asala tarafından 27 Ocak 1973'de ABD'nin Santa Barbara şehrinde öldürülen diplomat... Nazi hücum kıtası.
- Dinin öğrenilmesi gereken inançlarının tümü... Ağrı dağı eteklerinde bulunan ören yeri... Üzüm kütüğü ve üzüm yaprağı anlamında yöresel sözcük.
- Barışın simgesi olan ağaç ve bunun yağ elde edilen meyvesi... Güzel sanat.
- Kısa ökçeli ve başsız ayakkabı... Ateşli silahların içini temizlemeye yarayan çubuk şeklinde uzun araç.
- Maddenin kimyasal tepkimeye girebilen en küçük parçası... Bir tür şapka... Amirler.
- Kalabalık ve gürültülü büyük kentlerden kaçarak sessiz, durgun kırsal kesimlerde yaşama eğilimi ve eylemi... Tufeyli.
- Üçüncü nesil bir antipsikotik ilaç... Kısa boylu ve uzun kulaklı bir köpek türü.
- Suriye'nin internet alemindeki alan adı kısaltması... Formülü C₂H₅O olan bir değerli organik kök... Rütbesiz asker.
- Askerlikte muvazzaf sözcüğünün kısaltması... Hasan Sabah liderliğinde Alamut Kalesinde kurulmuş, suikastlarıyla ünlü gizli tarikat.
- Hatay ilinde bir ova... --- Vissi, Yunan şarkıcı (Anna Vissi'nin kızkardeşidir)... Arter intimasının altında lipit birikimiyle başlayan patolojik değişiklik.
- Yaşanılardan, görülenlerden, duyulanlardan, edinilenlerden sonra kişide kalan şey.
- Sendromu: göğüs kafesi ve memenin nadir görülen tek taraflı ve doğumsal bir anomalisi, pectoralis major kasının yokluğu.
- Bal veya pekmez üzerine eritilmiş tereyağı dökülerek hazırlanan Artvin'e özgü bir yiyecek.
- Büyük Okyanus'un güneyindeki Cook Adaları'ndan Aitutaki'nin geleneksel adı.
- Bir tür cetvel... Bir nota... Karakter, seciye.

*Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı, Denizli

Dr. Faruk BAYÜLKEM (1912 – 2009)

7 Eylül 1912'de İstanbul'da doğdu. Babası Op. Dr. Hasan Necip Bey, annesi Hayriye Hanımefendidir. Prof. Dr. Mazhar Osman'ın asistanlarından olan Dr. Faruk Bayülkem Ankara Erkek Lisesi'ni bitirdikten sonra 1933'de İstanbul Tıp Fakültesi'ne girdi ve 1938-1939 yılında en başarılı öğrenci olarak mezun oldu. Bu başarıyı dolayısıyla, Sağlık Bakanlığı, kendisini dört yıllık mecburi hizmete göndermek yerine doğrudan Dr. Mazhar Osman'ın asistanı olarak Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ne atadı. Burada Ruh ve Sinir Hastalıkları dalında uzman oldu. Bu süreçte hastanede klinik şefi, başhekim yardımcısı ve 1960 yılında da hastanenin başhekimisi oldu. Emekli olduğu 1977 yılına kadar 17 yıl Başhekimlik görevini sürdürdü. Bu zaman zarfında Ruh ve Sinir Hastalarının tedavisinde yeni tedavi ve rehabilitasyon yöntemlerinin uygulanması üzerinde çalıştı. Emekliliğe ayrılmadan önce Yüksek Sağlık Şurası Üyeliğine atanmak suretiyle onurlandırıldı. Dr. Faruk Bayülkem, başhekimliği döneminde ilk olarak Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde "Açık Kapı Sistemi"ni başlattı. Ruh hastalarının "Meşguliyet Tedavileri", "Psikiyatrik Rehabilitasyon" ve "Mesleki ve Sosyal Readaptasyon" çalışmalarına önem verdi. Viyana ve Zürih Üniversite Kliniklerinde mesleğiyle ilgili çalışmalar yaptı. Dünya Sağlık Örgütü Toplantılarında ülkemizi temsil etti. 1962 yılında Ruh Hastalarını Readaptasyon Derneği kurucuları arasında yer alan Dr. Faruk Bayülkem, bu derneğin başkanı olarak yeni hizmetler üretme gayreti içerisinde bulundu.

47 yıllık geçmişi olan derneğin birçok hizmetleri içinde önemli olanlardan biride Edirne Sultan II. Bayezid Külliyesi'ni restore ederek, Trakya Üniversitesine devretmesidir. Bu ünlü Darüşşifa, 2004 yılında Avrupa Konseyi Avrupa Müze Ödülü'nü kazanmıştır. Bu ödül dünyanın en prestijli müzecilik ödülleri arasındadır. 2005 yılında ise Hırvatistan'ın Dubrovnik kentinde yapılan "Dünya Ödüllü Müzeler Buluşması"nda en iyi 2. sunumu gerçekleştiren kültürümüzün tanıtımına büyük bir katkı daha sağlamıştır. Müze Avrupa Kültür Mirası Birliği tarafından "Mükemmellik Kulübü'ne" kabul edilmiştir. Değerli Nöropsikiyatr Dr. Faruk Bayülkem bu derneğin hizmetleri arasına "BAKIRKÖY'DE 40 YIL ve BAKIRKÖY'DE 50 YIL" yayınlarını da koymuştur. "Türkiye'de Psikiyatri, Nöroloji ve Nöroşürüjü'nün Tarihi Gelişimi" adlı kitapları yayımlanmıştır. Bu kitap 4 baskı yapmıştır.

Osmanlıca, Almanca ve Fransızca bilen Dr. Faruk Bayülkem'in yazarlığı bu kitaplarla bitmiş olmuyor. "Uyuşturucu ve Zehirli Maddelerden Korunma ve Tedavi Çareleri", "Milli Ruh Sağlığı Politikamız Hakkında Görüşler" kitapları da bu değerli hekimin kitapları arasında bulunmaktadır. Dr. Faruk Bayülkem Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde doktor ve Başhekim olarak çalışırken hastalıkla ilgili bir takım kavramların değişmesi bağlamında da çalışmıştır. Örneğin, Deli değil, "RUH HASTASI", Tımarhane değil, "AKIL HASTANESİ" deyişlerini toplama mal etmiştir. 1960'larda basının desteğini alan Başhekim Faruk Bayülkem, hastaneye giden yollar üzerindeki ağaçlara "deli değil ruh hastası, tımarhane değil akıl hastanesi" levhalarını astırmıştır. Onu en çok destekleyen bir gazeteci "Artık bundan sonra deli sözcüğünü hiç kullanmayacağım, başında ibrik, boynunda çalar saat, ayağında zincirlerle ruh hastasını anlatmaya çalışan karikatürlere gazetem ve diğer gazetelerde yer verdirermeye çalışacağım" demiş (Burhan Felek). Hastanede hastalar ve hizmetler için daha çağdaş ifadeler getirilmesinde önemli rol oynamıştır.

Ve Dr. Faruk BAYÜLKEM'i 10 Haziran 2009 günü kaybettik.



CEBİROĞLU'nu uğurlarken...

Hocamız Prof. Dr. Rıdvan Cebiroğlu'nu geçtiğimiz Ramazan Bayramının ilk günü, 20 Eylül 2009'da kaybettik. 96 yaşında olmasına rağmen, 7 ay öncesine kadar, kurduğu kliniğin seminer ve törenleri dahil olmak üzere birçok aktiviteye katılıyor, bilimsel makaleler okuyor, hatıratı üzerinde çalışıyor ve yabancı yazarların araştırmalarından tercüme yapıyordu. Ancak bu enerji ve beyin dinçliğine karşılık uzun süreden beri kalbinden rahatsızdı. 7 Şubat 2009'da geçirdiği kalp krizi nedeniyle Çapa'da acil tedaviye alındı; kalbi düzeldi fakat ortaya bir hemipleji çıktı. Tedavisi bütün güçlüklerle karşı devam ederken, hayat arkadaşı Rızan Hanım da kalp krizi geçirdi ve onu da maalesef 6 Nisan 2009'da kaybettik. Hocanın 7 ay süren hastalığında, kızları Işıl ve Sevinç Hanım başta olmak üzere bütün aile olağanüstü bir gayret gösterdiler. Kendilerine tekrar başsağlığı dilerim, ateş düştüğü yeri yakar.

Çocuk psikiyatrisi ailesinin duayeni olan Cebiroğlu 1913 yılında İstanbul'da doğmuştur. Babası avukat Halil Rüştü Bey ve annesi Kevser Hanım'dır. Lise öğrenimini Darüşşafaka Lisesi'nde yapmıştır. 1940'da İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirerek tıp doktoru olmuş, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yaptığı nöropsikiyatri uzmanlığını 1945'de tamamlayarak uzman olmuştur. 1945-1950 arasında Elazığ Akıl Hastanesi başhekimliği ve ayrıca gene Elazığ'daki Cüzam Hastanesi doktorluğunu da yapmıştır. 1950-1955 yılları arasında İstanbul'da Adli Tıp Kurumu Müşaeadehane Müdürlüğü'nü deruhte etmiştir. Bu arada psikiyatri doçentliği olarak Çapa Psikiyatri Kliniği'ne girmiştir. Cebiroğlu Çapa Psikiyatri Kliniği'nde çalışırken kürsü başkanı Ord. Prof. Dr. İhsan Şükür Aksel'in girişimi ile 1956'da başlayan "Çocuk Psikiyatrisi Hareketi"nde kurucu olarak yer almıştır. Böylece Cebiroğlu 1956'da Çapa'da başlayan bu hareket ile İstanbul Üniversitesi bünyesinde kurulan Çocuk Psikiyatrisi Enstitüsü yönetim kuruluna girmiştir. Enstitü müdürü ve aynı zamanda Psikiyatri Kürsüsü Başkanı olan Aksel Hoca Cebiroğlu'nu çocuk psikiyatrisi konusunda eğitim ve bilimsel çalışmalar yapmak üzere 2 yıllığına Amerika'ya göndermiştir. Bu arada Enstitü paralelinde çocuk psikiyatrisi poliklinik faaliyeti de Çapa Psikiyatri Kliniği'nin bodrum katında 2 odada başlamış bulunmaktadı. Cebiroğlu Amerika'dan döndükten sonra, Çocuk Psikiyatrisi birimi sorumluluğunu üstlenmiş ve çocuk psikiyatrisi faaliyetlerinin gelişmesi için gerekli düzenleme ve girişimlerde bulunmuştur. Üniversite Yasası'nın 1961 değişikliği ile çocuk psikiyatrisi, psikiyatri kürsüsü içerisinde resmi bir seksiyon kimliği kazanmış; 1968 yılında ise bağımsız kürsü statüsünü almıştır. 1982 YÖK Yasasına kadar çocuk psikiyatrisi Çapa'da bağımsız kürsü faaliyeti olarak devam etmiş, daha sonra psikiyatri anabilim dalı bünyesinde bilim dalı şekline dönüşmüştür.

1956'dan 1982 yılına kadar Çapa'daki çocuk psikiyatrisi faaliyetinin başında Cebiroğlu bulunmaktadı. Kendisi büyük bir gayret ile çocuk psikiyatrisi hareketinin gelişmesi ve müstakil bir kürsü olarak varlığını kabul ettirmesi, uzmanlık alanında önce yan dal daha sonra da ana dal olarak yer alması için büyük gayretler sarf etmiştir. 1982'de emekli olduktan sonra da, Çocuk Psikiyatrisi Kliniğinin faaliyetlerini katıldı ve gelişmesi için her türlü fikri ve fiili katkılarda bulundu. Esasen bir taraftan Rıdvan Bey'in hayatı çocuk psikiyatrisinin Türkiye'deki tarihçesi, diğer taraftan ise bu tarihçe Rıdvan Bey'in hayatı idi diyebiliriz. Bu meyanda çocuk psikiyatrisinin Çapa'daki faaliyetlerinin gelişmesi için Çocuk Akıl Sağlığı ve Rehberliği Derneği, Çocuk Nöropsikiyatrisi Derneği Cebiroğlu tarafından kuruldu. Bu dernek faaliyetlerinin maddi ve manevi katkıları, Fakülte ile Devlet Planlama Kurumu alanında Cebiroğlu önderliğinde ailesinin ve bizlerin tükenmez uğraş ve gayretleri ile Çapa'daki büyük Çocuk Psikiyatrisi Kliniği binası 1972 yılında yapıldı. Bu binanın yapımından önce etrafındaki birkaç çalışma arkadaşı ile bu ideali sürdürürken gittikçe artan bir hızla gerek Çapa'da, gerekse bütün yurtta çocuk psikiyatrisi elemanlarının ve uzmanlarının yetişmesi için büyük gayretler sarf etti. Ektiği bu tohumlar ile çok da başarılı olduğu bugün apaçık görülmektedir.

Kendisinin mesleki alanda yazılmış kitapları, pek çok makaleleri ve bilimsel araştırma-çalışmaları mevcuttur. Cebiroğlu bu alanda hemen hepimize önderlik yapmış bir büyüğümüz idi. Kendisinin talebesi ve mesai arkadaşı olarak, Hocamızı rahmetle ve şükranla anarız.



TOPLANTI VE DUYURULAR

- **20-24 Ekim 2009**, 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi, "Geçmişten Geleceğe Teşhisten Tedaviye..." Sheraton Hotel & Convention Center, Ankara.
www.psikiyatri2009.org
- **06-08 Kasım 2009**, Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği II. Ulusal Kongresi, Askeri Müze ve Kültür Sitesi Komutanlığı, Harbiye, İstanbul.
www.kdtd2009.org
- **19-22 Kasım 2009**, 1st International Congress on Neurobiology and Clinical Psychopharmacology (1st ICNCP), and European Psychiatric Association Conference on Treatment Guidance (EPACTG), Macedonia Palace Hotel, Thessaloiki, Yunanistan.
Başvuru: Dr. Kostas N. Faountoulakis. kostasfountoulakis@hotmail.com
www.psychiatry.gr
- **25-28 Kasım 2009**, The Annual Congress of the German Association for Psychiatry and Psychotherapy (DGPPN), The Congress Centre ICC Berlin, Almanya.
www.dgppn-congress.de
- **08-12 Aralık 2009**, 10. Ulusal Uyku Tıbbı Kongresi, Maritim Pine Beach Otel, Belek, Antalya.
www.uykukongresi.org
- **11-13 Aralık 2009**, Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları VI, "Gündelik Hayatın Travmaları", Armada Otel, İstanbul.
www.ruhsaltravma2009.org
- **01-04 Şubat 2010**, The 2nd International Conference on Drug Discovery and Therapy (2nd ICDDT 2010), Dubai, Birleşik Arap Emirlikleri.
www.icddt-grprco.com
- **11-14 Mart 2010**, Psikofarmakoloji Tedavi Güncellemesi 2010, Susesi Hotel, Belek, Antalya.
www.psikofarmakoloji2010.org
- **14-17 Nisan 2010**, Türkiye Psikiyatri Derneği Yıllık Toplantısı, 14. Bahar Sempozyumu, Kervansaray Lara Otel, Antalya.
www.baharsempozyumu2010.org
- **06-10 Haziran 2010**, CINP XXVIIth Biennial International Congress, Hong Kong, Çin.
www.cinp2010.com
- **16-19 Haziran 2010**, 20th International Federation for Psychotherapy World Congress of Psychotherapy, Lucerne, İsviçre.
www.ifp.name
- **25-26 Haziran 2010**, Fourth Symposium of Transcultural Psychiatry, Barselona, İspanya.
Başvuru: Dr. Miguel Casas
mcasas@vhebron.net