

DOSYA HEKİMİN SERBEST ÇALIŞMA HAKKI

Bizim Güzel Kliniğimiz Ve/Veya Benim Güzel
Muayenehanem İçin Ağıt

Hekim Günde Kaç Saat Çalışabilir?

Tam Gün İle İlgili Kanun Hükmünde Kararname
Hakkında Bilgilendirme





Türkiye Psikiyatri Derneği adına
sahibi

Doğan Yeşilbursa

Yazı İşleri Müdürü

Burhanettin Kaya

Yayın Kurulu

Tunç Alkın, Çezar Atasoy,
Agah Aydın, Ayşe Devrim
Başterzi, Tolga Binbay, Neşe
Direk, Altan Eşsizoğlu, İnci
Özgür İlhan, Umut Karasu,
Onur Özalmete, Mustafa
Sercan, Halis Ulaş, Doğan
Yeşilbursa, Ejder Akgün
Yıldırım, İrem Yıldız,
Mehmet Yumru, Şahika
Yüksel

Yazışma ve iletişim 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,
e-posta: burha65@yahoo.com

Kapak ve İç Tasarım
Tolga Binbay

Kasım 2011

İçindekiler

1 Sunu

2 Dosya: Hekimin Serbest Çalışma Hakkı

Bizim Güzel Kliniğimiz Ve/Veya Benim Güzel Muayenehanem İçin Ağıt
Hekim Günde Kaç Saat Çalışabilir?
Tam Gün İle İlgili Kanun Hükmünde Kararname Hakkında Bilgilendirme
Türk Tabipleri Birliği Türkiye Hekim Meclisi G(ö)reve Çağırıyor

12 Psikiyatri Dünyasında Gelişmeler

Cep Telefonu Beyin Etkinliğini Değiştiriyor
Her Üç Kişiden Birisi En Az Bir Kez Psikiyatrik Hastalık Geçiriyor

14 Basın Açıklamaları

Kadına Yönelik Şiddet
Psikiyatri ve Basın Sorumluluğu
En İyi Yatırım Ruh Sağlığına Yatırım
Dünya Ruh Sağlığı Günü Türkiye Basın Bildirisi
Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı
Kadın Ruh Sağlığını Etkileyen En Temel Faktör: Şiddet ve Yoksulluk
Üniversite Hastanelerine Yönelik Yeni Düzenlemeler ve Akademik Özgürlük
Deprem Yaraları Ne Kadar Erken Sarılırsa Ruhsal Etkileri O Kadar Azalır

27 Basın Bülteni

Psikoterapinin Biyolojik Kökenli Ağır Bozukluklarda Etkili Olmadığı
Düşüncesi Yanlıştır
Dünya Alzheimer Günü ve Türkiye

30 Haberler

Dernekten

47. Ulusal Psikiyatri Kongresi Antalya'da Yapıldı: 21. Yüzyılda Psikoterapiler
Bilimsel Çalışma Birimlerine Üyeliklerin Yenilenmesi ve Koordinatör
Seçimleri Tamamlandı
TPD Genel Kurulu 26 Kasım Cumartesi Ankara'da
Van Depremi ve TPD
TPD Üyelerinin Deprem Bölgesi İzlenimleri ve Deprem Raporu
İntiharı Önleme Sempozyumu Rize'de Yapıldı
XII. Psikiyatri Güz Okulu Bolu'da Yapıldı
TPD Yeterlik Sınavı Yapıldı
TPD Psikoterapi Eğitici Eğitimleri
EMDR Kursları Ankara ve İstanbul'daydı

Şubelerden

İstanbul Şubesi 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü Basın Açıklaması
Şube yönetim kurulu ve genel kurul delege seçimleri

Hukuk Bürosundan

Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası

Kongrelerden

Dünya Psikiyatri Kongresi Buenos Aires'de Yapıldı

39 Yitirdiklerimiz

Recep Çalık

Değerli meslektaşlarımız,

Yayın kurumumuzun yine özverili ve yoğun çabası ile hazırlanmış olan bu sayıda Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamasının bir parçası olan, meslek alanımızın ve ülkemiz gündeminin son dönemde öne çıkan bir başka başlığı, “*Hekimin Serbest Çalışma Hakkı*” dosya konumuz olarak belirlenmiştir. Bu dosyada Haldun Soygür'ün “*Bizim Güzel Kliniğimiz ve/veya Benim Güzel Muayenehanem İçin Ağıt: 'Bir Delinin Günlüğü'ne Özen*”, Kaan Arslanoğlu'nun “*Hekim Günde Kaç Saat Çalışabilir?*”, Ziyet Özçelik'in “*Tam Günle İlgili Kanun Hükmünde Kararname Hakkında Bilgilendirme*” başlıklı yazılarını dikkatinize sunuyoruz.



Bu sayımızda ayrıca kamuoyunu ve meslek topluluğumuzu doğru bir şekilde bilgilendirmeyi ve konu ile ilgili farkındalığı sağlamayı hedefleyen son dönemde gündemi oluşturan başlıklardan “*Kadına Yönelik Şiddet*”, “*Dünya Ruh Sağlığı Günü*”, “*Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı*”, “*Akademik Özgürlük*”, “*Deprem*” başlıklı basın açıklamalarını ve derneğimiz etkinliklerine ilişkin haberleri bulabileceksiniz..

Bildiğiniz gibi, 47. Ulusal Kongremizin ana teması “*21. Yüzyılda psikoterapi*” olarak belirlenmiş ve konu ile ilgili olarak yaklaşık iki yıldır sürdürdüğümüz çalışmalar sizlerle paylaşılmıştır. TPD-MYK, uzmanlık eğitimi sırasında eğitim kurumları tarafından verilmesi gereken ve TPD Yeterlik Kurulu tarafından belirlenmiş olan *Çekirdek Kuramsal Eğitim Programı*'nda yer alan ve eksikliği hissedilen konuların başında gelen psikoterapi eğitimi verilebilmesi amacıyla bir dizi çalışma yürütmüştür. Bu çerçevede bölgelerindeki asistanların temel eğitimini sağlayabilecek düzeyde eğitimcilerin yetiştirilmesi amacıyla bir program yürütülmektedir. TPD, bu eğitici adaylarının eğitimleri için finansal ve organizasyonel desteği sağlamaktadır. Destekleyici psikoterapi için toplam 29 üyemiz, bilişsel davranışçı terapiler için 23 üyemiz eğitim çalışmalarına katılmaktadır. Nisan 2011'de Destekleyici Psikoterapi, Eylül 2012'de BDT konusunda, şubeler aracılığı ile belirlenmiş yedi bölgede üyelerimize yönelik temel psikoterapi eğitimlerine başlanması hedeflenmektedir.

Öte yandan aynı konuyla ilgili olarak, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin psikoterapi ile ilgili “*Psikiyatride Çekirdek Yetkinlikler*” serisinin dört kitabının telif hakları satın alınarak çevirileri yapılmış olup, bu kitaplar ve Psikanalitik psikoterapiler BÇB ürünü olan “*Psikanalitik Psikoterapiler-Temel Kavramlar, Kuramlar ve Yöntemler*” başlıklı yayınıma üyelerimize indirimli olarak ulaştırılacaktır.

Mezuniyet sonrası eğitime yönelik yılda dört sayı olarak yayınlanacak olan “*Psikiyatride Güncel*”in 2011 yılının dört sayısı da basılmış olup, üyelerimize indirimli olarak dağıtılmaktadır.

Katkı ve önerilerinizin sürmesini diliyoruz.

Saygılarımızla.

Doç. Dr. Doğan Yeşilbursa

TPD Genel Başkanı

Bizim Güzel Kliniğimiz Ve/Veya Benim Güzel Muayenehanem İçin Ağıt “Bir Delinin Günlüğü”ne Özen*

Haldun Soygür

Doç. Dr., Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

26 Ağustos 2011, Cuma

Sevgili günlük,

Bugün akşam haber internetten yayılmaya başladı. Hekimlerin serbest çalışma haklarını elinden almak isteyen ve hekim emeğini ucuzlaştırmaya çalışan AKP iktidarı, bayram tatilinin hemen öncesinde bir kanun çıkardı. Daha doğrusu kanun hükmünde kararname (KHK). Bu ara sürekli KHK çıkarıyorlar. Yani Türkiye Büyük Millet Meclisi'ni dışlayarak, kendi istediklerini, başlarına buyruk biçimde yapıyorlar. Padişahlık gibi! “Netekim” KHK'ler bu ülkeye cuntaların armağanıdır. 12 Eylül'e karşı olduklarını söyleyip halkı aldatanlar faşist cuntanın armağanını tepe tepe kullanıyorlar. Konuya dönelim.

Hekimlerin muayenehanelerine kafayı takmış olan Sağlık Bakanı, Anayasa Mahkemesi'nin ve Danıştay'ın açık bir biçimde onaylamadığını bildirdiği dayatmasını bu kez de bu yoldan deniyor. Bir gecede ya kamu hastanesi ya da muayenehaneden birini seçin diyor. Ne meslek örgütüne danışmış, ne uzmanlık derneklerine sormuş, ne muhalefetle tartışmış. Resmi Gazete'yi gazetelerin magazin eki zanneden bir anlayıştan, akşam yatıp sabah kanun çıkaran bir anlayıştan başka ne beklenir ki demeyin. Kabak tadı verdi. Bıçak kemiğe dayandı. Bakanın her “saldırı” dalgasında içimizden bir kaç kişi daha teslim oldu. Bakan bunu çok iyi bildiği için yıldırma operasyonuna devam ediyor. Biz kazandığımız her dava ile “kocaman kayayı tepenin üstüne çıkarılmışken”... Haydi bakalım in aşağı! Yeni baştan kayayı tepeye çıkarmaya başlıyoruz. Ömür törpüsü anlayacağın. Zaten bu süreç tamamlandığında ortalıkta ruh ve beden sağlığı yerinde doktor kalmayacak. Onun için mi ithal doktor diye tutturuyor bu adamlar?

*Bu yazı 663 sayılı KHK darbesinden önce yazılmıştır.

30 Ağustos 2011, Salı

Günlükçüğüm,

Bugün iki bayram bir arada. Hem Zafer Bayramı hem Şeker Bayramı. Galiba giderek bize her gün bayram olacak. Bu adamların Zafer Bayramı'nı neden kutladıklarını da anlamıyorum. İnsan yıkmaya çalıştığı bir cumhuriyeti yaratan zaferi kutlar mı? Zaten onlar da yavaş yavaş kutlar gibi yapıp kutlamamaya başladılar. Ülkenin durumu vahim. Ülke dedim de... Bir ülke düşün. Kamuya ait olan her şeyi satılmış, savılmış. Özel sektör hayatın her alanında cirit atıyor. Kapitalizm iliklerine işlemiş. Kamu yok edilmiş. Bir konuda (sağlık) ise ülkeyi yönetenlerin “toplumcu” olacağı tutuyor. Kim inanır buna? Peynir parçacıkları (performans) ile kafeste toplanmaya çalışılan fareler gibi muamele ediliyor hekimlere. Hepsini bir kafese toplayıp sonra satacaklar. Hoş geldin özel sektör. Hoş geldin uluslararası sermaye. Çocukluğumda Güven Park'ın orada vasıfsız işçi toplarlardı sabahları patronlar. Hala var mı bilmem? Okula gidip gelirken görür içim sızlardı. Bir kamyonetin üstünde genellikle şişman ve kırmızı yanaklı bir adam bağırırdı, sabahın ayazında beklesen, itişip kakışan yoksul işçi kalabalığına: “Sen uzun boylu olan gel bakalım, mavi gömlekle sen de gel. Tamam gidelim inşaata”... “Abi ben de gelsem, çocuk hasta...”. Yakında böyle olacak herhalde. Badem bıyıklı ve kırmızı yanaklı bir patron bağırarak: “Bana bugün bir ürolog, bir gözcü bir de KBB'ci lazım... İyi siz üçünüz gelin bakalım...”

5 Eylül 2011, Pazartesi

Günlüğüm,

Ortalıkta derin bir sessizlik var. Kafaya koyduk: muayenehanemize dokundurtmayacağız. En fazla ceza verirler.

Biz de o arada idari mahkeme yoluyla Anayasa Mahkemesi'ne ulaşip hakkımızı ararız. Kararlıyız. Muayenehanemi ancak insanca, hakça sosyalist bir düzen kurulursa, “*yarın yanağından gayrı her yerde her şeyde hep beraber hep beraber*” diyebildiğimiz gün kaparım.

9 Eylül 2011, Cuma

Sevgili günlük,

Bugün Kanun Hükümünde Kanunsuzluğu tebliğ ettiler. Daha doğrusu tehdit ettiler. Kanunda hile yoluna başarıyla gitmişler. Kanuna karşı gelme hakkınızı bile önleyecek tehditkar bir ifadeyle kaleme alınmış tebligat. Muayenehanede çalışmaya devam edersen izin belgeni iptal ederim, ya istifa veya emeklilik işlemlerine başlattığına dair belgeyi müdürlüğümüze gönder ya da kendin kapat muayenehaneyi. Sonra da al bir daha izin alabilirsen bakanlıktan. Ne güzel değil mi? Çok akıllıca çok. Ne de olsa F vitamini alıyor bunlar (yalnız F vitamini olması yetmiyor, C vitamininin “ester” formunun makbul olması gibi, bunun da “etullah” formu en kıymetlisi. Kırmızı yanak, bebeksi ama bazen badem bıyıklı bazen matruş, fakat her zaman “poker” bir surat ve ağızlarına sakız ettikleri demokrasi sözcüğü ile düzenin her türlü olanağından yararlanan şanslı çocuklar... İşin daha da acıklı yanı, bunlar hekim! Hekimlere bu ülkede gelmiş geçmiş en büyük eziyeti yapan, hukuk tanımayan bir hükümetin sağlık idaresinde söz sahibi olan bu hekimler *Kapolar*'ı hatırlattı bana. Kapolar kim mi? Anlatayım.

İkinci Dünya Savaşı sırasında Nazi Almanya'sında toplama kamplarının özel ayrıcalıkları olan ve vekil olarak hareket eden Yahudi tutukluları. Bunlar hiç bir zaman aç kalmıyor, zulüm görmüyor. Hatta Kapolar'dan birçoğu, toplama kamplarında yaşamlarının önceki dönemlerinde olduğundan daha iyi bir yaşam sürüyorlar. Çoğunlukla tutuklulara ve Yahudilere karşı gardiyanlardan daha katı davranıyorlar ve tutukluları SS görevlilerinden daha acımasız dövüyorlar. Bu Kapolar elbette kişiliği böyle bir işe uygun olan tutuklular arasından seçiliyor ve kendilerinden bekleneni yapmadıkları takdirde anında görevden alınıyorlar. Bu insanlar kapo yetkisini alır almaz SS görevlilerinden ve kamp muhafızlarından hiç bir farkları kalmıyor. Kapolar, yani aslında en anlaşılır ifadeyle işbirlikçiler... Savaştan önce de vardılar, savaşta ve savaş sonrasında da... Hiç bir değer dizgesi olmayan, salt çıkarları için yaşayan, güçlünün yanında yer alan yaratıklar...

Aferin size 21.yüzyıl Türkiye'si'nin hekim kapoları! Siz kapatmış görüldüğünüz muayenehanelerinizde, tercihen altın karşılığı gizli gizli hasta görün. Size dokunmazlar. Biz böyle şeyleri kendimize yakıştıramayız da, velev ki gördük adımız zaten dokuza çıkmış inmez sekize, nasıl mutlu olurlardı kimbilir, takip sonucu enselemekten.



11 Eylül 2011, Pazar

Azizim günlük,

Bugün tatil. Fakat canımız yanıyor. Her şey o kadar iğrenç ki midem bulanıyor, başım dönüyor. Daha da kötüsü hastalarım kendimi yeterince veremediğimi düşünüyorum. Ben hastalarımın adını hiç unutmam, unutmaya başladım. Tamam bu baskı altında doğal tepkiler bunlar ama ben böyle olsun istemiyorum. Kafam o kadar karışık ki, sürekli düşünüyorum. Mantıken ve hukuken haklı olduğumuz açık. Fakat adamlar herkesi ve her şeyi tasfiye ettiler. Anayasa Mahkemesi'nin daha önce vermiş olduğu gerekçeli karar yeterince açıkken, Danıştay kararları ortadayken, yeni atanan üyeler bu gerekçeli kararı nasıl çiğneyebilir? Biliyorum içinden “*tabii ki çiğner, AKP'nin sivil diktasında*” diyorsun. Ama ben buna dayanamıyorum. Nazım'ın dediği gibi:

“Tarihsel, sosyal, ekonomik şartların
zaruri neticesi bu!

Deme, bilirim!

O dediğin nesnenin önünde kafamla eğilirim.

Ama bu yürek

o, bu dilden anlamaz pek.

O, “Hey gidi kambur felek,

hey gidi kahpe devran hey,”

der.

Ve teker teker,

bir an içinde,

omuzlarında dilim dilim kırbaç izleri,

yüzleri kan içinde

geçer çıplak ayaklarıyla yüreğime basarak

geçer Aydın ellerinden Karaburun mağlupları.”

12 Eylül 2011, Pazartesi,

Sevgili günlük,

Ağır baskı ve zorbalık altında 50 yaşında emeklilik dilekçesini Sağlık Müdürlüğü'ne iletmiş olduk. Çav bella bizim güzel kliniğimiz. Sana bizim kliniği anlatayım mı? Biz bu güzelim “*therapeutic community*” ortamını dişimizle tırnağımızla kurduk. Recep Bey'in söylediği gibi çalmadık, çırpmadık. Tersine verdik, hep verdik. Yüreğimizi, beynimizi hatta

paramızı olanca cömertliğimizle açtık. Dış hattı olan telefon vermediler, parasını ödeyip açtırdık. İnternet olanağı sağlamadılar, parasını ödeyip açtırdık. Gün oldu cebinde yol parası olmayan hastanın yol parasını verdik. Araştırma yaptık. Çivi çaktık. Ders anlattık. Yer sildik. Yatak onardık. Eğitim verdik. Tuvalet tıkanı, biz açtık. Öyle başbakanın söylediği gibi hastalar için müstakil odalarımız filan yoktu, hala da yok. Fakat tedavi ekibinin ilgisi koğuştta yatmayı unutturabilirdi onlara. Onlarla aynı tuvaleti paylaştık. Asistanlarımıza ne biliyorsak öğrettik. Adında eğitim ve araştırma olan bir hastanenin adına yakışır olmasını biz sağladık. Araştırma yapmak için gerekli masrafları kendimiz karşıladık. Şikayet etmedik. Çalıştık. Saf saf hukuka da inandık. Çünkü bizim klinik Mahmut Esat Bozkurt Caddesi'ndedir. Ve biz bunun ne anlama geldiğini biliriz. Mahmut Esat Bozkurt, Mustafa Kemal Atatürk'ün devrimci Adalet Bakanındır, cumhuriyet hukuk devriminin mimarındır. O Mahmut Esat ki, *"Türk Hakimleri, sizler Türk inkılabının demir elleriyle kurulan yeni medeniyetin, kıskanç bekçileri olmak mecburiyetindedir. Vazife ve mecburiyetiniz mazinin dirilmesine, yeniliğin ızdırap çekmesine zaman ve imkan vermeyecektir"* diyen adamdır.

13 Eylül 2011, Salı

Günlüğüm,

Muayenehanede hastalarımı akşam 5'ten sonra görmeye devam ediyorum. Nasıl olsa buyurdukları dilekçeyi verdik. Çalışma iznime dokunmazlar. Fakat olanları içime bir türlü sindiremiyorum. Bizi zorbalıkla bir seçime zorluyorlar. *Sofi'nin Seçimi* filmi hatırlıyorsun değil mi? Faşist Nazilerin toplama kampında, gencecik bir anne olan Sofi'yi serbest bırakırken iki çocuğu arasında bir tercih yapmaya zorlarlar: Çocuklardan biri toplama kampında kalacak ve muhtemelen yakılacak diğeri annesi ile birlikte gidebilecektir. Sofi çaresizlik içinde birini seçmek zorunda kalır. Sonrası mı? Sonra Sofi ruhsal olarak

John Berger'in dediği gibi *"muayenehaneler bir gemi kaptanının kabinini andırırlar daha çok. Aynı sıcaklık, pek çok şeyi küçücük bir yere sığdıran aynı yaratıcılık, cihazlarla şahsi eşyaları normal ev eşyalarıyla bir araya getiren aynı pratik eski ustalık"*

yıprandıkça yıpranır ve intihara sürüklenir. Ne diyelim Sayın Bakana: *'Mağrur olma padişahım senden büyük Allah var!'* mi diyelim? *'Bu dünya Sultan Süleyman'a bile kalmamış'* mi diyelim? *'Alma mazlumun ahını çıkar aheste aheste'* mi diyelim? Bütün sıfatlarınızdan arınıp yaşlı ve emekli bir adam olduğunuzda meslektaşlarınızın yüzüne ne yüzle bakacaksınız mı diyelim? Ne diyelim?

16 Eylül 2011, Cuma

Bugün ana muhalefet partisine mektup yazdım. Sağlıkta yalanlarla gerçekleştirilen karşıdevrimi durdurmak için CHP'yi acil olarak göreve çağırdığımızı ve CHP'nin 650 sayılı *"kanun hükmünde kanunsuzluğun"* iptali için acil olarak Anayasa Mahkemesi'ne başvurmasının zorunluluğunu kendilerine ilettim. Mektubun en sonuna da *"cinayet işlenirken sessiz kalmak cinayete ortak olmak demektir"* ibaresini ekledim.

20 Eylül 2011, Salı

Bugün inanılmaz bir şey oldu. Muayenehanede hasta bakarken üç Sağlık Bakanlığı görevlisi selamsız sabahsız muayenehaneye daldılar. Geçip bekleme odasına oturmuşlar. Sekreter haber verdi. Muayene odasından çıktım ve onları antreye çağırarak bekleme odasına habersiz girmemeleri gerektiğini söyledim. Mahremiyet ilkesini anlattım. Üst kat komşusu içerde bekliyorsa onu/onları görmekten mutlu olmayacağını örnek verdim. Ayrıca içeride filanca tanınmış bir insanın da bulunabileceğini söyledim. Müdürlüğe verdiğim emeklilik dilekçesinin fotokopisini gösterdim, bunun zaten kendilerinin bilgisi dahilinde olması gerektiğini bildirdim. Ha bir de kimlik sormak gafletinde bulundum. Göstermediler ve söylene söylene gittiler. Bu taciz değilse başka nedir?

22 Eylül 2011, Perşembe

Sevgili Günlük,

Ankara Tabip Odası'nın yayımladığı *"Hekim Postası"* dergisinin temmuz sayısında yayımlanan bir yazımın şu sözleri sanki ben yazmamışım gibi yeniden içime oturdu: *"Muayenehane bir hastane kliniği değildir Sayın Bakan. Muayenehane orada çalışan hekimin ruhunun mekânın perdelerine sindiği, atmosferine o hekimin evcil kokusunun bulaştığı özel, çok özel bir yerdir. Aynı anda hem küçüğün güzelliğini hem boş ve geniş alanın rahatlığını yaratmak için harcadığımız içten çabayı metre kareler üstünden düşünen bir zihniyetin anlamasını zaten beklemiyoruz. John Berger'in dediği gibi "muayenehaneler bir gemi kaptanının kabinini andırırlar daha çok. Aynı sıcaklık, pek çok şeyi küçücük bir yere sığdıran aynı yaratıcılık, cihazlarla şahsi eşyaları normal ev eşyalarıyla bir araya getiren aynı pratik eski ustalık"*.

23 Eylül 2011, Cuma

Hep birlikte *"Cuma"* dan dönüyorlar. Kebapçılar, muhasebeciler, müteahhitler, taşeron firma sahipleri, doktorlar, avukatlar, mimarlar vs vs. Eskiden beri gidenlere sözüm yok da, bu yeni dadananlar komik olduklarının farkında değil mi? Akşama eski alışkanlıklarına göre bara ya da meyhaneye gidecekler. Aman iktidara yaransınlar. *"Cuma"* da görünsünler. Zorlayan da yok ha! Bunlar kraldan çok kralcı...

24 Eylül 2011 Cumartesi

Sevgili günlük,

Dün yazdıklarımın konuyla ne ilgisi var diye mi soruyorsun? Sana yanıt vermeyeceğim, huysuz günlük seni!

25 Eylül 2011 Pazar

"Bugün Pazar. Bugün beni ilk defa güneşe çıkardılar". Ben içerde değil miyim? Peki kim dışarıda.

26 Eylül 2011 Pazartesi

Dün dinlendim . Bugün zihnim açık. Sağlık Bakanlığı'na sormak istediğim şeyler var: Tıp eğitimi yalnızca öğrenci eğitimi ile sınırlı değildir. Tıp öğrencilerinin eğitimi Tıp Fakültelerinde yapılır. Tıpta uzmanlık eğitimi ise hem Tıp Fakülteleri hem de Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde gerçekleştirilir. Oysa 650 sayılı Kanun Hükmünde Kararname-de Sağlık Bakanlığı kendi bünyesinde hizmet veren Eğitim ve Araştırma Hastanelerini ayrı bir biçimde tanımlamayıp açıkça kendi Eğitim ve Araştırma Hastanelerini yok saymıştır. Üniversitelere bağlı Tıp Fakülteleri ve Türk Silahlı Kuvvetleri'ne bağlı Tıp Fakülteleri için eğitim ve araştırma bağlamında tanımlamalar getirilirken, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlar sadece hizmet hastanelerinden ibaretmiş gibi bir bütün olarak ele alınmıştır. Düzenlemelere göre, Tıp Fakülteleri için çok önemli bulunan eğitim ve araştırma kavramları, Sağlık Bakanlığı'nın böyle sorumlulukları ve bununla yükümlü hastaneleri yokmuş gibi, ayrı bir kategori altında ele alınmıştır. Oysa Sağlık Bakanlığı'nın Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin ayrı nitelikleri ve eğitim sorumlularının görevleri, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü ve Yönetmeliği'nde açık olarak tanımlanmıştır. Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nün 3. Maddesinde eğitim sorumlusunun tanımı için aşağıdaki ifadeye yer verilmiştir ve burada Tıp Fakültesi ya da Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ayrımı yapılmamaktadır: *"Uzmanlık eğitiminden, tıp veya dış hekimliği fakültelerinde 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu hükümlerine göre profesör ve doçent olanlar ile en az 3 yıllık uzman olan yardımcı doçentler, uzmanlık eğitimi vermeye yetkili kılınan diğer kurumlarda ise yönetmelikte belirtilen usul ve esaslara göre klinik veya laboratuvar şefi ya da şefyardımcısı olanlar sorumludur."*

Sağlık Bakanlığı Tıp Fakültelerinde eğitim ve araştırma ile "performans"ı kesin sınırlarla ayırırken, kendi hastanelerindeki eğitim ve araştırmayı hiç önemsemeden tümüyle "performans"a bağlı bir sistemi benimsemiştir. KHK'nin 40.maddesinin a fıkrasında yer alan (tıp fakültesi) *"öğretim üyeleri, yükseköğretim kurumlarında yalnızca eğitim ve araştırma faaliyetlerinde bulunmak ve döner sermaye faaliyetleri kapsamında gelir elde edilen hizmetlerde çalışmamak kaydıyla mesai saatleri dışında yükseköğretim kurumlarından başka yerlerde meslekî faaliyette bulunabilir ve meslek veya sanatlarını serbest olarak icra edebilir."* ibaresiyle, muayenehanesi olan öğretim üyelerine hastanede sadece eğitim ve araştırma faaliyetinde bulunma kaydıyla sunduğu "hakki" kendi bünyesindeki "öğretim üyeleri"nden esirgemştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde

çalışan eğitim sorumluları "öğretim üyesi" değil midir? Değillerse nasıl uzman yetiştirme hakkına sahip olmaktadır. Her yıl tıbbın pek çok uzmanlık dalında bu eğitim sorumluları sayesinde çok sayıda hekim uzmanlık hakkı kazanmaktadır. Bu sorumluların gerçekleştirdiği araştırmalar bir yana, uzmanlık eğitimi kapsamındaki tez çalışması başlı başına bir araştırmadır. KHK'nin 59 numaralı geçici maddesinde *"Yükseköğretim kurumları dışında mesleki faaliyette bulunmak ve meslek veya sanatlarını serbest olarak icra etmek isteyen öğretim üyelerine, bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren iki yıla kadar ücretsiz izin verilebilir."* denilmektedir. Sağlık Bakanlığı yine kendi Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde çalışan eğitim sorumlularını yok sayarak onlara bu hakkı da tanımamıştır. Bütün bu çelişki ve eşitsizlikleri Sağlık Bakanlığı yöneticileri nasıl açıklamaktadır?

**77 Eykim 2023 Salşamba**

Kendimi iyi hissetmiyorum. Sorularıma yanıt bulamıyorum. Sanırım deliriyorum. "Beni Siz Delirttiniz" diye bir şarkı mı vardı? Şen olasin Halep şehri. Bütün ülke mezbaha gibi. Kerhaneler yasaklanamaz. Kumarhanelere özgürlük. Günde dört doktor döven cennete gider. Muskulus latissimus dorsi. Listeyi hazırla. Unakıtan Kemal, Akdağ Recep... Sivri sivri sipsivri. Bütün ülke Silivri.

99 Teşrinievvel 1517, Cuma

Oh, bugün Cuma. Tatil. Halife efendimiz çok yaşa. Bizim eyalet başka canım. Ayda 10000 dolar yetiyor insana geçinmek için. Bazı kendini bilmezler sömürge olduğumuzu söylüyor. Oğlan bu akşam Sultanahmet Camii'nde "happy hours"a gidecek. Kız da Trabzon'a gidecek, işin yoksa git vize al. Hanım bikinisinin rengine uygun eşarp arıyor. İlimlyız maşallah. Kim tutar bizi.

Sebayidü AKaPe 2023, Yekşenbe

Bugün hafta başı. Herkes çalışıyor. Ben malulen emekli olmuştum yıllar önce. Akıldan zorum varmış. Oysa hatırladığım bir zorla emeklilik dilekçesi verdimişlerdi. Malul olduğum için çocuklar benim muayenehaneyi müze yapmışlar. Yaşlılık zor şey. Bütün hastaneler özelleştirilmiş. Çoğu Amerikalı şirketlere ait. Bir kısmı da Araplara. Onlar yabancı sayılmamış. Ağrılarım için hastaneye gittim. Para istediler, muayene olamadım. Bazı eyaletlerde biraz daha az para istiyorlarmış. Oralara mı gitsem? Adamın biri Silivri duruşmalarının 4658698934.'nin ertelendiğini söyledi. Devlet Başkanı Bilal Erdoyan'a dilekçe mi yazsam diyorum. Boğazdaki 45. Köprüden kendimi mi atsam?

.....

Hekim Günde Kaç Saat Çalışabilir?

Kaan Arslanoğlu

Uzm. Dr, Yazar, Düzce

“Hekimlerin serbest çalışma hakkı” ile ilgili soruna neden bir de bu açıdan bakmıyoruz?

Bilindiği üzere, “günde 8 saatten fazla çalışmama hakkı” emekçilerin çok uzun süren mücadeleleri sonucu binlerce ölü pahasına kazanılmıştı tüm dünyada. Ancak büyük bir kesim hâlâ 8 saatten fazla çalışıyor. Bir bölümü buna angaryayla zorlanırken, büyük bölüm “fazla mesai” adı altında ek ücret verilerek, aşırı çalışmaya parasal olarak “özendiriliyor”. Eğer iş kendisininse kişinin, mesai kavramı hiç bulunmuyor. Hepiniz şahit olmuşsunuzdur: Birçok serbest iş sahibi söz konusu garip durumdan biraz da övünerek bahseder. Kapitalizmin her alandaki abartılı iğrençliklerinden bir başkası: Bir yanda işsiz ordu, öte yanda daha fazla para kazanmak veya hayatta kalmak için aşırı çalışanlar.

Sovyetler Birliği'nde en azından “resmen” hekim mesaisinin 6 saat olduğunu okumuştum. Bence de böylesine hassas ve böylesine hata kaldırmayacak bir işte çalışma 6 saati geçmemelidir.

Öteki branşları çok iyi değerlendiremesem de psikiyatride bir hekimin günde 6 saat bile çalışamayacağını iddia ediyorum. Doğrudan hasta görüşmeleri, ister poliklinikte 20 şer dakika, ister muayenehanede veya klinikte 45-50 şer dakikadan hesaplınsın, günde 4 saati geçmemeli.

Günde en fazla 4 saat hasta görüşmesi. Eğer psikiyatrist, bir klinikte veya eğitim ya da üniversite hastanesinde çalışıyorsa; vizite katılma, toplantı, seminer, ders, asistan eğitimi... Molalar dahil buna da en çok iki saat zaman ayırabilir. Toplam 6 saat... Daha fazla çalışan yok mu? Var. Nedenini sorguladınız mı? Oysa 6 saatten sonra şişirme başlar, dalga geçme başlar, hata başlar, iletişim bozukluğu başlar...

Ama hekim bunu göze alıyorsa, çalıştığı her yerden de parasını eksiksiz (bazen fazlasıyla) alıyorsa, göz göre göre burada insani

ve tıbbi bir etik ihlali var demektir. Bugüne kadar bu etik ihlali devlet örgütlemesiyle yürüdü. Bundan sonra farklı kanalda yürüyeceğe benziyor.

Hekim serbest çalışabilmeli mi? Elbette çalışabilmeli. Özellikle devlet, üniversite kurumlarının Türkiye'de bir türlü mesleki yönden doyurucu, düzgün çalışma koşulları, ortamları sağlayamamış olması karşısında, en çok toplumsaldan, kamuculuktan yana hekimler bile, bir hekimin kendi yarattığı uygun, kafasına göre düzgün çalışma koşullarında iş görebilme hakkını tanımadan edemezler. Hastaların da ne yazık ki berbat kamu koşullarından kaynaklanan böyle bir hakları söz konusu.

Ama sorun bu kadar basit değil. O halde konuyu iki yönde, bir kendi içimizde ve iki, bakanlığa karşı nasıl tartışacağımız önemli.

Kişisel fikrim: Dileyen ve talep gösterilen hekim aynı anda 2 değil, 3 yerde de çalışabilmeli. Ama ayrı günlerde. Aynı gün değil. Ama ayrı hastalara bakarak. Aynı hastaya iki yerde birden bakarak değil...

Sen bir yerde hoca veya şef görüneceksin, birkaç saat oralarda görüneceksin, görüldüğün zamana ait rantı fazlasıyla hak bileceksin, bunu artırmanın yollarını bileceksin, haftada bir iki ders, toplantı, bir iki müdahale, vizi; sonra kalan tüm zamanını ve enerjini muayenehanede kullanacaksın. Bizler ne yazık ki haftada bir iki kez görebildiğimizde müteşekkir kaldığımız, ama gece yarılara dek muayenehanede çalıştığını bildiğimiz birçok hoca, meslektaş, yaşıt, kardeş tanıdık. Onlara da yazık. Devlette hakıyla çalıştıktan sonra 4-5 saat de dışarıda çalışan dürüst hekimlere daha da yazık. Bu gelenek bir şekilde son bulmalı. Bu hekimler, günde 8 saatin üstünde 10-11-12 saat çalışan hekimler insan değil mi?

Şaka değil Bakanlık bu konuda iyi niyetli olsa, keyfi, saçma muayenehane yasakları, muayenehane talimatları yayınlamayı

birakır, soruna hasta yararı açısından bakar biraz. Büyük özel hastanelerde bir hekim günde elli hasta görecekse, keza üniversitede daha çok hasta göreceğim diye hekimler birbiriyle yarıştıracaksa, bunun sonu hasta kıyımına varmaz mı? Bakanlık neden muayenehane kapısıyla uğraşacağına bir hekimin günde kaç saat çalıştığıyla ilgilenmez?

Bakanlığın derdi açık. Sağlık büyük bir sektör. Dünya çapında en fazla para akışının döndüğü ilk birkaç sektörden biri olan devasa bir sektör. Bakanlık buralardaki rantı hem daha da büyültmek, hem de tekelde toplamak istiyor. Büyük sağlık yatırımcılarından yana gaddarca bir politika izliyor. İktidardakilerin bir bölümü zaten bizzat yatırımcı. Ama propagandayı çok iyi bilen tüm güçlü gerici iktidarlar gibi, sağlıkta büyük sermaye ve büyük vurgundan yana tekelci, faşizan uygulamalarını halk yarınaymış gibi göstermeyi, kabullendirmeyi beceriyor. Bu gaddarca uygulamaları halktan yana düzenlemelermiş gibi (şimdilik) başarıyla sunabiliyor. İşin kokusu çıktığında atı alan Üsküdar'ı geçmiş, eski kamucu kalıntılı kötü sistem bir daha onarılamaz biçimde yok edilmiş olacak. İktidarın derdi üzüm yedirmek değil, bağcıyı zengin etmek.

Buna karşın hekimlerimizdeki ve TTB'deki tutumsa asla sonuç alınmayacak, bizi daha iyi bir noktaya taşımayacak bireycilik güzellmeleri. Hekimlerimizin büyük çoğunluğu bağcıya göz kırparak, önüne birkaç hediye atarak her bağdan bol bol üzüm yemek istiyor. Yerken yarısını yerlere döküyorlar. O bağı o hale getiren işçiler ne durumda, onlarla nasıl birlikte yeriz bu mahsulü, hiç düşünmüyorlar.

Sonuçta direnç çok zayıf ve bu direnç temelsiz ve büyük ölçüde dar çıkarıcı. Bakanlığın istediklerinin yüzde sekseni gerçekleşmişse, kalan yirminin gerçekleşeceğini öngörmek kehanet sayılmamalı. Hekimlerin küçük çıkarıcılıkları temelinde

bir örgütlenme ve mücadele kısmi kazanımlar sağlayabilir. Örneğin mahkemelerin esnetmesi yoluyla devlet hastanesini hekimlerini satışa getirerek üniversite hekimleri bir miktar ayrıcalık elde edebilir. Ama bu, sistemde büyük dönüşümü asla engellemeyecektir. Nitekim hükümet diyor ki: Üniversitelerde ayrıcalık mı sağladınız. Alın size üniversite. Kendi elindeki üniversite hastanelerini bile çökertmekten geri kalmıyorlar. Çok kararlılar.

O halde biz yine kendimize, kendi çizgimize bakalım.

TTB ve tüm hekimler bugünden tezi yok günde 6 saatten fazla çalışmak istemediklerini, bakanlığın ve büyük sağlık sermayedarlarınınsa hekimleri buna zorladığını ilan etmelidirler. Daha fazla çalışmanın bedelini daha çok yoksullar olmak üzere, zenginler dahil bütün hastaların ödeyeceğini kamuoyuna her gün, en etkili yöntemlerle bildirmeliler.

Ama bu noktada samimi olmalıyız. Samimiyet taşımayan (bugünkü gibi) herhangi bir mücadelenin kazanım elde ettiğini tarih yazmadı.

Evet, serbest çalışma hakkı bir insani hak. Anayasal hak. Ama aynı hastayı hem devlette hem muayenehanede görerek değil.

Gerekirse bir üçüncü özel kurumda görerek. Ve aynı gün 8 saatten fazla çalışarak, iki ve hatta üç kurum arasında gezerek değil.

Pek çoğumuz bunu zorunlu olarak yaptık. Alışkanlıktan, normal kabul edildiğinden, maddi zorunluluktan, şundan bundan... Ama bunun savunulacak hiçbir tarafı yok. Kendimize ayıp değilse, 8 saatlik işgünü mücadelesinde yaşamlarını veren binlerce emek şehidine ayıp. İnsanlık kültürüne yazık. Bu çizgide devam edersek geriye onurlu bir tarih bile bırakamayacağız.

**Tüm hekimler
bugünden tezi yok
günde 6 saatten fazla
çalışmak
istemediklerini,
bakanlığın ve büyük
sağlık
sermayedarlarının ise
hekimleri buna
zorladığını ilan
etmelidirler.**



Tam Günle İlgili Kanun Hükmünde Kararname Hakkında Bilgilendirme

Ziynet Özçelik

Avukat, TTB ve TPD Hukuk Danışmanı

Hükümet 26 Ağustos 2011 tarihli Resmi Gazete'de yayımladığı 650 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile değişik kurumlarda çalışan hekimlere çalışma yasakları getirdi. KHK esas olarak "Adalet Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında" idi. Ancak yürürlük ve yürütme hariç 42 maddelik KHK'nin 6 maddesi hekimlere yöneliktir.

Anayasa Mahkemesi 4 Aralık 2010 günü yayımlanan gerekçeli kararıyla, 5947 Sayılı "tam gün" çalışma yasası ile getirilen, çalışma yasaklarının yanı sıra performansa dayalı ek ödemeyi düzenleyen hükmünü de iptal etmişti.

Anayasa Mahkemesi 5947 sayılı yasa ile getirilen performansa dayalı ek ödeme sisteminin personelin alacakları döner sermaye katkı paylarında asgari bir garanti içermediğini, bu nedenle devletin tüm işlem ve eylemlerine bireylerin güven duymasını zedeleyici nitelik taşıdığını, hukuk devletinin gereği olan hukukî güvenlik ilkesine aykırılık oluşturduğunu, Anayasa'nın 2. maddesine aykırı olduğunu belirterek oy birliği ile iptal etmiştir. Anayasa Mahkemesi'nin tespit ettiği bu hukuka aykırılık halen giderilmemiş, hekimlere, dış hekimlerine, sağlık çalışanlarına güvence içeren, emeklerinin karşılığı olan bir ücretlendirme yöntemi düzenlenmemiştir. Ancak Anayasa Mahkemesi'nin iptal ettiği çalışma yasakları KHK ile yeniden getirilmiştir.

Kararnamede hekimlere yönelik hükümler ve olası sonuçları

1219 Sayılı Yasanın 12. maddesine yapılan ekle, 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununda 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanununda, GATA Kanununda ve TSK Personel Kanununda 650 sayılı KHK ile getirilen yasaklayıcı hükümlere atf yapılarak bu yasaklar çerçevesinde hekimlerin, mesleklerini icra edebilecekleri belirtilmiştir.

Bu hükümlerin etkileri, hekimlerin çalıştıkları kurumlar ve statülerine göre oluşturulan gruplarda açıklanacaktır.

1. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler:

657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 28. maddesine bir ek yapılarak kamu sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin mesai dışında muayenehane açarak ya da herhangi bir kuruluştaki çalışarak meslek icra etmeleri yasaklanmıştır. Yasak geçiş dönemi hükmü olmadığından 26 Ağustos 2011 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Esasen Anayasanın 2. maddesi uyarınca Sağlık Bakanlığı'nın bir genel yazı ile bu konuda gerekli geçiş süresini hekimlere tanınması zorunludur. Yasağa ilişkin KHK hükmü Anayasa Mahkemesinin "tam gün" yasasında verdiği iptal kararına ve bu kararda yer verdiği Anayasanın 17 ve 56. maddelerine aykırıdır. Bu yasağın bir sonucu olarak üniversite dışındaki kamu kuruluşlarında çalışan hekimlerin muayenehaneleri il sağlık müdürlükleri tarafından kapatılabilecektir. Yapılan bildirim karşın hekimlerin çalışmalarına devam etmeleri halinde 657 sayılı Kanunun 125. maddesi uyarınca kademe ilerlemesinin durdurulması cezası verilebilir.

KHK'nin bu hükümlerine karşı doğrudan TTB'nin, uzmanlık derneklerinin ya da hekimlerin iptal davası açma hakları yoktur. Bu hükümlere karşı Cumhuriyet Halk Partisi 26 Ağustos 2011 tarihinde 60 gün içinde Anayasa Mahkemesi'nde iptal davası açabilir. Memur hekimler muayenehanelerinin kapatılması ya da ceza verilmesi işlemlerine maruz kalmaları halinde bu işlemlere karşı idari yargıda iptal davası açabilir. Bu davada yasağa ilişkin kanun hükmünün anayasaya aykırılığını ileri sürüp, itirazın görüşülmek üzere Anayasa Mahkemesine gönderilmesini isteyebilirler.

2. Kurum Hekimleri ve Mahalli İdarelerde çalışan hekimler:

Kurum tabiplikleri ile mahalli idarelerde çalışan hekimler de üst maddede belirtilen hükümler nedeniyle muayenehane açamayacak ya da özel sağlık kuruluşlarında mesai sonrası çalışamayacaktır. Ancak 1219 Sayılı Yasanın 12. Maddesindeki özel düzenleme nedeniyle işyeri hekimliği yapmaya devam edebileceklerdir.

3. Tıp Fakültesi öğretim elemanları ve öğretim üyeleri:

2547 sayılı Yükseköğretim Yasasınının 36. maddesine eklenen bir fıkra ile Öğretim elemanlarının 657 sayılı Yasanın 28. maddesinde belirtilen yasaklara tabi olduğu belirtilmiştir. 2547 sayılı Yasada öğretim elemanı tanımı sorunlu olmakla birlikte yardımcı doçent, doçent ve profesör dışında kalan tıp fakültesinde çalışan hekimler ve tıp uzmanlarının bu kapsamda sayıldığı anlaşılmaktadır. Üniversitelerin mediko sosyal merkezlerinde çalışan hekimler bu kapsama girmemekle birlikte öğretim üyesi de olmadıklarından durumlarına ilişkin sorunlar devam etmektedir.

KHK'ye göre öğretim üyeleri ise yalnızca eğitim ve araştırma faaliyetlerinde bulunmak, döner sermaye faaliyetleri kapsamında gelir elde edilen faaliyetlerde bulunmamak yani hastalara tanı ve tedavi hizmeti vermemek ve hiçbir biçimde ek ödeme almamak kaydı ile mesai sonrası sağlık kuruluşlarında ya da muayenehanelerinde çalışabilecektir. İsterlerse 26 Ağustos 2011 tarihinden itibaren iki yıla kadar ücretsiz izin verilebilecektir. Ancak mesai sonrası çalışan öğretim üyelerinin; rektör, dekan, enstitü, yükseköğretim kurumu ve konservatuar müdürü, bölüm başkanı, anabilim ve bilim dalı başkanı, başhekim ve bunların yardımcısı olmaları yasaklanmıştır.

Öğretim üyelerine yönelik düzenlemeyi Anayasa Mahkemesi'nin 5947 sayılı Yasa ile getirilen çalışma yasağını iptal ettiği kararına uygun olduğu ileri sürülecektir. Oysa bütünüyle Yüksek Mahkeme kararına aykırıdır. Kararın arkasından dolanılarak Anayasaya aykırı düzenleme yeniden hayata geçirilmiştir.

2547 sayılı Kanun uyarınca Tıp Fakültesi Hastaneleri 'Uygulama ve Araştırma Merkezi' statüsündedir. Merkezler Kanunda "Yükseköğretim kurumlarında eğitim öğretimin desteklenmesi amacıyla çeşitli alanların uygulama ihtiyacı ve bazı meslek dallarının hazırlık ve destek faaliyetleri için eğitim-öğretim, uygulama ve araştırmaların sürdürüldüğü yükseköğretim kurumu" olarak tanımlanmıştır. Öğretim üyelerinin tıp fakültesi hastanelerinde sağlık hizmeti vermeleri uygulamalı eğitim öğretim faaliyetidir.

Tıp fakültesi öğretim üyelerinin yapacakları eğitim faaliyetlerinin pek çoğu teorik ders anlatma değil, tıp, tıpta uzmanlık ve yan dal uzmanlık eğitimi gören asistanların uygulamalı olarak yetiştirilmesidir. Tıpta uzmanlık eğitimine ilişkin mevzuatta da

tıpta uzmanlık ve yan dal uzmanlık eğitiminin eğitim sorumluları tarafından verileceği, eğitim sorumlularının profesör, doçent ve en az üç yıllık uzman olan yardımcı doçentler olduğu, uzmanlık öğrencisinin, eğitim sorumlusunun gözetim ve denetiminde araştırma ve eğitim çalışmalarında ve sağlık hizmeti sunumunda görev alacağı belirtilmektedir.

Oysa laboratuvar işlemleri, poliklinik hizmetleri, her türlü girişimsel işlemler döner sermaye geliri elde edilen işlemlerdir. Bu hizmetlerin bütünü ile üçüncü basamak sağlık hizmeti verilmektedir. KHK ile getirilen düzenlemeye göre mesai sonrası çalışan öğretim üyelerinin ileri sağlık hizmeti sunarak eğitim öğretim faaliyetlerini sürdürmesi yasaklanmak istenmektedir. Bu durum Anayasa Mahkemesinin 5947 sayılı yasaya ilişkin kararını gerekçesinde "Üniversitelerde ders verme öğretim elemanı olarak çalışmanın doğal bir sonucudur. Yükseköğretim kurumlarında 2547 sayılı Yasa'da belirtilen amaç ve ilkelere uygun biçimde önlisans, lisans ve lisansüstü düzeylerde eğitim - öğretim uygulamalı çalışmalar yapmak ve yaptırmak, proje hazırlıklarını ve seminerleri yönetmek öğretim elemanlarının öncelikli görevleri arasındadır."

tespiti yapılmıştır. Devamında ise "...getirilen bu sınırlamalar, üniversitelerdeki bilim özgürlüğü ve bilimsel özerkliğin gereği olan her türlü bilimsel faaliyeti engelleyici nitelikte olamaz. İptali istenen düzenleme ile üniversitelerin bilim verilerini yaymak, ulusal alanda gelişime ve kalkınmaya destek olmak, ülkeye ve insanlığa hizmet etmek gibi görevlerini yerine getirmesinin engellendiği... Bu durumun Anayasa'nın 130. maddesi ile bağdaşmadığı" sonucuna varılmıştır. KHK ile öğretim üyelerin tıp fakültesinde Anayasanın 130. maddesinden kaynaklanan işlevlerinin ortadan kaldırılmaya çalışılması Anayasaya aykırı bir girişimdir.

Tıp Fakültelerinde mesai sonrası serbest çalışan öğretim üyeleri, Anayasanın 130. maddesi uyarınca öğretim üyesi işlevini yerine getirmeye, uygulamalı olarak ileri sağlık hizmeti vererek tıp, tıpta uzmanlık ve yan dal uzmanlık eğitimi vermeye devam etme hakkına sahiptir. Ancak KHK ile getirilen yasak sonucunu temel işlevlerini yerine getirdikleri için muayenehanelerinin kapatılması, özel sağlık kuruluşlarında çalışma ruhsatlarının iptal edilmesi gibi yaptırımlarla yüzyüze gelebilirler. Bu işlemlere karşı dayanak KHK hükmünün anayasaya aykırılığını ileri sürerek idari yargıda yürütmenin durdurulması istemi ile iptal davası açabilirler.

4. GATA VE TSK'nde çalışan hekimler ve öğretim üyeleri

KHK ile 2955 sayılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kanununun 32. maddesine eklenen fıkra ile GATA öğretim üyelerinin de diğer öğretim üyeleri gibi hasta muayenesi ve tedavisi yapmamak ve ilgili yasalar uyarınca ödenen tazminat ve ek ödemelerden yararlanmamak kaydı ve Genelkurmay Başkanlığı'nın izni ile mesai sonrası meslek icra edebilecekleri düzenlenmiştir. Ancak GATA öğretim üyelerinin askeri öğrenciler, yükümlü erbaş ve

KHK ile getirilen düzenlemeye göre mesai sonrası çalışan öğretim üyelerinin ileri sağlık hizmeti sunarak eğitim öğretim faaliyetlerini sürdürmesi yasaklanmak istenmektedir.

erler ile kimi özel gruplar kapsamında değerlendirilen hastalara yönelik sağlık hizmeti verebilecekleri düzenlenmiştir.

1632 Sayılı Askeri Ceza Kanununun Ek 3. maddesinde yer alan asker hekimlerin çalışma saatleri dışında hekimlik yapabileceklerine ilişkin hüküm kaldırılmıştır. 926 Sayılı TSK Personel Kanuna çalışma yasağına ilişkin Ek 27. Madde eklenmiştir. Bunların sonucunda GATA dışında çalışan TSK personeli hekimler mesai sonrası mesleklerini serbest olarak icra etmeleri yasaklanmıştır. Bu hekimler yönünden de bireysel işlemlere karşı anayasaya aykırılık itirazı ile idari yargıda iptal davası açılması olanaklıdır.

5. Özel Sağlık Kuruluşlarında, vakıf üniversitelerinde ve muayenehanelerinde çalışan hekimler:

650 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede bu grupta yer alan hekimlerin çalışma koşullarında değişiklik yapan hükümler yoktur. Sağlık Bakanlığının muayenehanesi olan hekimlerin özel sağlık kuruluşlarında çalışamayacağı veya SGK'lı hasta bakamayacağı veya kadrolu olarak bir özel sağlık kuruluşunda çalışmadan kısmi zamanlı bir özel sağlık kuruluşunda çalışamayacağına ilişkin hukuka aykırı uygulamalarına ilişkin Danıştay ve idare mahkemeleri tarafından verilen yürütmeyi durdurma kararları bulunmaktadır. Bu kararlara TTB web sayfasından hukuk haberleri bölümünden ulaşmak mümkündür.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ'NİN ÇAĞRISIYLA KURULAN TÜRKİYE HEKİM MECLİSİ G(Ö)REVE HAZIRLANIYOR

AKP Hükümeti'nce TBMM by-pass edilerek çıkarılan "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK", Ankara'da toplanan Türkiye Hekim Meclisi'nde oybirliğiyle reddedildi.

Türkiye Hekim Meclisi, Türk Tabipleri Birliği'nin çağrısıyla, Türkiye'nin her yerinden gelen hekimler, tabip odaları ve uzmanlık dernekleri temsilcilerinin katılımıyla bugün (12 Kasım 2011) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Abdülkadir Noyan Salonu'nda toplandı. Toplantıya, milletvekilleri, siyasi partiler, sağlık meslek örgütleri ve sağlık sendikalarının temsilcileri de destek verdi.

Sağlık alanının yapısını temelinden değiştiren, sağlık alanını bütünüyle piyasaya teslim eden KHK'nin ilgili tarafların hiçbirinin görüşü alınmadan, kamuoyunda tartışılmadan, TBMM'yi de by-pass ederek, AKP Hükümeti'nin "ben yaptım oldu" anlayışıyla çıkarılması karşısında olağanüstü toplanan Türkiye Hekim Meclisi, Türkiye'de bir ilk olma özelliğini taşıyor.

KHK gündemiyle toplanan Türkiye Hekim Meclisi, TTB Merkez Konseyi Başkanı Dr. Eriş Bilaloğlu'nun konuşmasıyla başladı. Eriş Bilaloğlu, bu olağanüstü tablo içinde olağanüstü bir toplantıya ihtiyaç duyulduğunu ve Türkiye Hekim Meclisi toplantısının bir hafta içinde organize edildiğini söyledi.

Toplantının genel sağlık politikalarını konuşmak ya da ülke ve sağlık ortamına ilişkin siyasi değerlendirmeler yapmak amacıyla düzenlenmediğini belirten Bilaloğlu, bugünkü toplantıda Mayıs ayının başından bu yana AKP Hükümeti tarafından çıkarılan KHK'lerin, ama özellikle bir tanesinin konuşulacağını söyledi.

Bilaloğlu, 2 Kasım tarihinde yayımlanan KHK ile TTB yasasının birinci maddesinden "tabipliğin kamu ve kişi yararına yapılması" ifadelerinin çıkartıldığını belirterek, bu kavramın tedavülden kaldırıldığını, hekimlerden de bundan

böyle kamu yararına hizmet vermesinin beklenmediğini aktardı. Bunun bugün başlamış bir durum olmadığını belirten Bilaloğlu, Türkiye'deki hekimlerin hep birlikte mücadeleye devam edeceğini kaydetti.

Dr. Osman Öztürk, Dr. Bayazıt İlhan, Dr. Güzin Elitez'in katılımıyla Divan'ın oluşturulmasının ardından, TTB Merkez Konseyi üyesi Prof. Dr. Mehmet Zencir, söz konusu KHK'nin sağlık alanında nelere yol açtığını anlatan bir sunum yaptı. KHK'yi "Kanunsuz, Hukuksuz, Keyfi" olarak niteleyen Zencir, "Bu KHK'yi Türkiye'deki tüm sağlık emekçileri reddeder. Bu KHK'yi Türkiye'nin tüm emekçileri reddeder. Genişletilmiş meclislerde bu KHK'lerin değerlendirilerek, sağlık hizmetinin tekrar kamu yararına yapılar haline getirilmesi gerekir" diye konuştu.

KHK ile ilgili sunumun ardından, TBMM'de temsilcileri bulunan siyasi partilerin, sağlık meslek örgütleri ve sağlık sendikaları temsilcilerinin konuşmalarına geçildi.

CHP Mersin Milletvekili Dr. Aytağ Atıcı, MHP Genel Başkan Yardımcısı Dr. Reşat Doğru, Türk Eczacıları Birliği'nden Mukaddes Harmanlı, Türk Dişhekimleri Birliği adına Süha Alpay, Türk Sağlık Sen Başkanı Önder Kahveci, SES Başkanı Dr. Çetin Erdolu ve

Dev-Sağlık İş Başkanı Dr. Arzu Çerkezoğlu'nun konuştuğu ilk bölümde, KHK'ye karşı sağlık alanının tüm bileşenlerinin birlikte mücadele etme kararlılığında olduğu vurgulandı.

Konuşmaların ardından, Divan TBMM'de görüşülemeyen ve lehte konuşanın bulunmadığı KHK, oybirliğiyle reddedildi. Geniş bir katılımı gerçekleştirilen toplantısının ikinci bölümünde ise tabip odalarının, uzmanlık derneklerinin temsilcileri, salonda bulunan hekimler, asistanlar, tıp fakültesi öğrencileri söz aldı. AKP Hükümeti'nin hukuksuz, hiç kimseyi, hiçbir kurumu tanımayan bu antidemokratik saldırısı karşısında, sağlık alanında top yekün mücadele edilmesi gerektiğinin vurgulandığı konuşmalarda, grev talebi de ağırlıklı olarak dile getirildi.

2 Kasım'da yayınlanan KHK ile TTB yasasının birinci maddesinden "tabipliğin kamu ve kişi yararına yapılması" ifadesi çıkarıldı

psikiyatride güncel update in psychiatry

Türkiye Psikiyatri Derneği
Sürekli Eğitim /
Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi
Journal of Psychiatric Association of Turkey
for Continuing Education/ Continuing
Professional Development



Türkiye Psikiyatri Derneği ağırlıklı olarak uzmanlık sonrası sürekli mesleki eğitim ve sürekli mesleki gelişimi hedefleyen bir süreli yayını başlatmıştır. İçeriği ile yalnızca uzmanlar değil uzmanlık eğitimi alanlar için de yararlı olacağına inandığımız bir dergi hedefledik. **Psikiyatride Güncel** adını verdiğimiz bu dergi TPD'nin bilimsel içerikli ilk süreli yayınıdır.

Amacımızı; önemli ve gereksinim duyulan konularda, güncel ve bilimsel bilgi ve gelişmeleri derlemek, araştırma ve kanıtların yeterli olmadığı alanlarda da uzman deneyimlerini aktarmak olarak belirledik. Güncel bilgi ve gelişmelerin psikiyatri çalışanlarına hızla ulaşmasının, meslektaşlarımızın yetkinliğine ve hizmet alan hastalarımıza yönelik uygulamaların kalitesinin yükselmesine katkısı olacağına inanıyoruz.



İlk dört sayı
TPD standında...
incelemek üzere
sizleri TPD standına
bekliyoruz...

- Sayı 1 **Adli Psikiyatri** (Konuk Yayın Yönetmeni Hüseyin Soysal)
Sayı 2 **Psikiyatride Ektani** (Konuk Yayın Yönetmeni Tunç Alkın)
Sayı 3 **Tedaviye Dirençli Depresyon** (Konuk Yayın Yönetmenleri Olcay Yazıcı ve E. Timuçin Oral)
Sayı 4 **Psikotrop İlaçların Kardiyak ve Metabolik Yan Etkileri** (Konuk Yayın Yönetmenleri Zeliha Tunca ve M. Murat Demet)

TPD adına sahibi ve sorumlu müdürü **Doğan Yeşilbursa**,
Yayın Yönetmeni **Simavi Vahip**,
Yardımcı Yayın Yönetmenleri **Ömer Aydemir, E. Timuçin Oral, Mustafa Sercan**,
Danışma Kurulu: **Türkiye'de psikiyatri uzmanlık eğitimi veren kurumların yöneticilerinden oluşan ve her yıl yinelenen isimlerden oluşmaktadır.**

Psikiyatride Güncel dergisinin TPD'nin çok yönlü ve işlevsel bir sürekli mesleki eğitim ve sürekli mesleki gelişim (STE/SMG) aracı ve ortamı olması yönünde çalışmalarımız sürmektedir. Her yıl iki sayının Yıllık Toplantı-Bahar Sempozyumunda, diğer iki sayının ise Ulusal Psikiyatri Kongresinde etkileşimli sunumlarına da bu yıl başladık. Bir sonraki adımda ekibimizi daha da genişleterek derginin çevrim içi ulaşılabilir olması ve çevrim içi mini ara değerlendirmelerle kredilendirme gibi olanaklara kavuşturulmasına çalışıyoruz. Birlikte ve önerilerinizle geliştireceğiz.

Yılda dört sayı

Her sayıda bütünlüklü bir konu

TPD üyelerine ve UPK katılımcılarına indirim

Önerileriniz ve geribildirimleriniz için lütfen bize yazın
simavi.vahip@ege.edu.tr

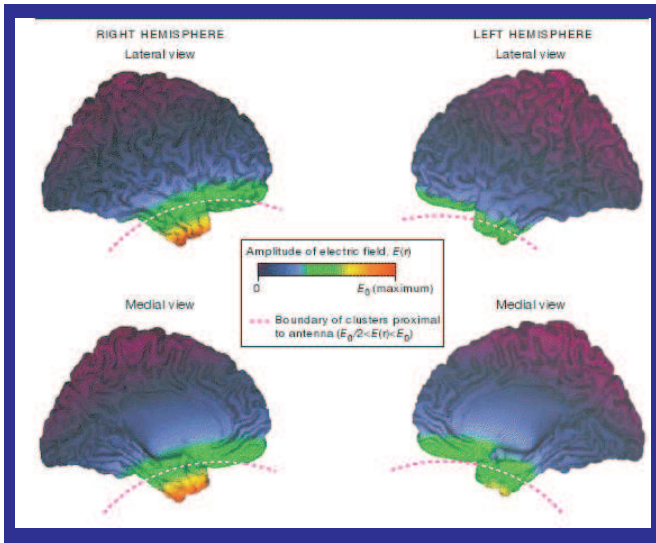
Cep Telefonu İle Uzun Süre Konuşmak Beyin Metabolizmasını Etkiliyor

M. Çağdaş Eker

Doç. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Beyin tümörlerine yol açtığı şüphesi ile cep telefonu kullanımı üzerinde yürütülen çalışmalar tutarsız sonuçlar vermekle birlikte bu yıl içinde yayınlanan bir çalışma cep telefonları ile uzun süre konuşmanın beyin metabolizmasında geçici değişikliklere yol açtığını gösterdi. Cep telefonu kullanımının kansere yol açtığına ilişkin görüşlerin en önemli zayıf noktası bu ilişkiye dair bir düzeneğin gösterilememiş olmasıydı. A.B.D.'deki Brookhaven Ulusal Laboratuvarı'ndan Dr. Nora Volkow ve arkadaşları (2011), yaptıkları çalışma ile beyin metabolizmasında değişiklik olduğunu göstermiş olmalarına karşın, verilerinin bu ilişkiyi doğrudan kanıtlamaktan uzak olduğu görüşündeler.

Cep telefonları ile konuşurken cep telefonlarından gelen sinyaller radyofrekans ile düzenlenmiş elektromanyetik alan (RF-EMF) olarak tanımlanıyor. RF-EMF'nin düşük yoğunlukta enerji içermesine karşın nöronal sinyallere benzer frekansta olmaları nedeniyle nöronların işleyişini bozabilecekleri daha önceden de dile getirilmiş bir görüştü (Hyland 2000). Nöronların RF-EMF'ye maruz kalmalarının hücre zarı geçirgenliği, kalsiyum akışı, hücrelerin uyarılabilirliği, nörotransmitter salınımı ve kan-beyin bariyerinde değişikliklere yol açarak nöronların işleyişini değiştirebileceği öne sürülmekteydi.



Volkow ve arkadaşlarının (2011) çalışması nöronal işleyişin RF-EMF'ye maruz kalmakla değiştiğine dair kesin bir kanıt sunmakla birlikte bu değişikliğin kesintisiz 50 dk boyunca açık duran bir cep telefonunun antenine denk gelen beyin bölgesi (frontal ve temporal kortekslerin lateral ve inferior bölgeleri) ve %7'lik artış ile sınırlı kalması sonuçları yorumlarken çok aceleci

davranılmaması gerektiğini ortaya koymaktadır. Nitekim, çalışmacılar da verilerini yorumlarken aşırılığa kaçmamış ve metabolizma değişikliğinin kansere yol açtığı hükmüne varmamıştır. Farklı PET yöntemi kullanan başka çalışmalarda farklı yönde bulgular elde edildiğinden Volkow ve arkadaşlarının çalışmasındaki verilere güvenebilmek için çalışmadan elde edilen verilerin başka çalışmacılar tarafından da tekrar edilmesi gerekli görülmektedir. Dahası Londra Üniversite Koleji'nden sinirbilimci Patrick Haggard, çalışmadaki deneklerin kontrol durumundan (cep telefonunun kapalı konumda olması) etkin durumu ayırt edebiliyor olmalarının da PET'te etkinlik artışı görüntüsüne yol açabileceğini öne sürmüştür.

Cep telefonu kullanımının aşırı olması durumunda ortaya çıkabilecek tıbbi ve sosyal sorunlara yönelik kanıtlar artmaktadır ve bu konudaki tartışmalar uzun süre devam edecek gibi görünmektedir.

Kaynaklar:

1. Volkow ND, Tomasi D, Wang GJ, Vaska P, Fowler JS, Telang F, Alexoff D, Logan J, Wong C. *Effects of cell phone radiofrequency signal exposure on brain glucose metabolism*. JAMA. 2011;305:808-13.
2. Hyland GJ. Physics and biology of mobile telephony. Lancet 2000;356:1833-6.
3. [Http://blogs.nature.com/news/2011/02/cell_phones_brain_cancer.html](http://blogs.nature.com/news/2011/02/cell_phones_brain_cancer.html)

Psikiyatrik Hastalıklar Avrupa'da Yetiyitiminin En Önemli Nedeni

Neşe Direk

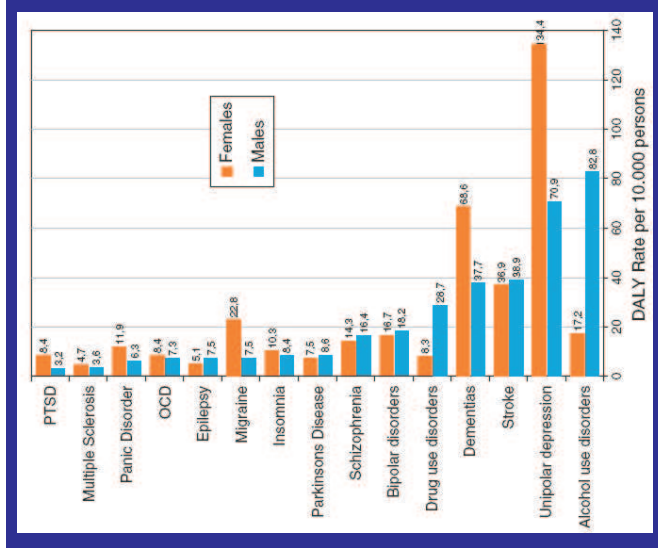
Uzm. Dr., Erasmus Epidemiyoloji Departmanı Psikiyatrik Epidemiyoloji Bölümü

Avrupa Beyin Konseyi (European Brain Council-EBC) ve Avrupa Psikofarmakoloji Derneğinin (European College of Neuropsychopharmacology-ECNP) 2005 yılı raporuna göre Avrupa'da her yıl psikiyatrik hastalıklardan etkilenen erişkin nüfus 83 milyon civarındadır (% 27). Psikiyatrik hastalıklara bağlı yeti yitiminin yüksek, tedavi oranlarının ise oldukça düşük olduğunun da gösterdiği bu raporda, nörolojik bozukluklar da dahil edilince beyinle ilgili tüm hastalıkların 2005 yılında Avrupa'ya maliyetinin 386 milyar euro olduğu da belirtilmiştir.

Bu yılın eylül ayında 2005 yılındaki raporda yer alan ülkeler dışında 3 Avrupa ülkesinin daha katılımıyla ve sadece erişkinlik dönemi değil, çocukluk ve yaşlılık dönemi psikiyatrik ve nörolojik hastalıkları da dahil edilerek yeni bir rapor yayınlandı. Bu son rapora göre Avrupa'da her yıl nüfusun % 38.2'sinin psikiyatrik hastalıklardan etkilendiği, yaklaşık 165 milyon insana gelen bu oranın % 14'ünü anksiyete bozuklukları, % 7'sini ayrı ayrı uyku bozuklukları ve depresif bozukluklar;

%6'sını somatoform bozukluklar, % 4'ten fazlasını alkol ve madde kullanım bozuklukları, % 5'inin çocukluk çağı DEHB'u oluşturmaktadır. Yaşa göre değişmekle beraber demans görülme oranı % 1-30 arasındayken, kişilik bozuklukları % 0.7 olarak bulunmuştur.

Hastalığa bağlı yeti yitiminin önemli bir ölçüsü olan DALY (Disability Adjusted Life Years), psikiyatrik hastalıklarda genellikle hastalıktan dolayı kaybedilen yaşam süresini gösterir. ECNP ve EBC'nin son raporuna göre nörolojik hastalıklar da



dahil edilince kadınlarda prematür mortaliteye bağlı kaybedilen yaşam süresinin 1/3'ü, erkeklerdeyse ¼'ünün nöropsikiyatrik hastalıklara bağlı olduğu saptanmıştır. Kadınlarda bu durumun en önemli nedeninin depresyon, erkeklerdeyse alkol kullanım bozukluğu olması dikkat çekici ve önemli bir veri olarak bu raporda göze çarpıyor.

Yayınlanan bu son raporun birkaç açıdan önemi büyük. 12 aylık hastalık prevalanslarını göstermesinin yanısıra, 2005 yılı ile 2011 yılı verilerini de karşılaştırmaya olanak sağlamaktadır. Aynı tanı grupları dikkate alındığında (2011 yılında eklenen tanı kategorileri dışarda bırakılınca), 2005 yılında göre psikiyatrik hastalık prevalanslarında değişiklik yok denecek kadar azdır (2005 yılında % 27.4, 2011 yılında % 27.1). 2011 yılı raporunda yeni tanı kategorilerinin de eklenmesi sonucunda saptanan yüksek prevalans ve 6 yıl boyunca hastalık prevalanslarında herhangi bir gerileme görülmemiş olması, Avrupa ülkelerinde koruyucu psikiyatrik hizmetler ve tedavi hizmetlerindeki problemlere işaret ediyor. Hollanda örneğinde olduğu gibi, birçok Avrupa ülkesinde sağlık harcamalarındaki kesintilerden ilk ve en çok ruh sağlığı hizmetlerinin-özellikle de koruyucu hizmetler ve sağlık eşitsizlikleri en çok yaşayan gruplara yönelik hizmetler- etkileniyor olması, bundan birkaç yıl sonra tekrarlanacak bir başka çalışmada bu oranların daha da yükselebileceğinin sinyalini veriyor olabilir.

Çalışmanın sunduğu resim, en az hastalık oranları kadar önemli olan hastalığa bağlı yeti yitimi oranlarının da etkisiyle biraz daha karamsar bir hale geliyor.

Nedensel veya reaktif, pekçok ortak mekanizmaya sahip olan nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar dahil edilince, 'beynin hastalıkları', tüm hastalıklar içinde en çok yeti yitimine yol açan

hastalıklar olarak, listenin başında yer alıyor. Tek tek hastalıklar ele alındığında, majör depresyonun, toplam hastalığa bağlı yeti yitiminin en önemli nedeni olduğu (diğer tüm hastalıklar içinde) da ortaya konmuştur.

2008 yılı Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 'beynin hastalıkları' na bağlı yeti yitiminin, tüm hastalıklara bağlı yeti yitiminin toplam %13'ü olduğu düşünülürse, ECNP ve EBC'nin 2011 raporunda sunulan veriler, Avrupa birliği ülkelerinde bugüne dek psikiyatrik hastalıklara bağlı yeti yitimi oranlarının oldukça düşük oranlarda tahmin edildiğini ortaya koyuyor. Bu son verilerden yola çıkarak, psikiyatrik hastalıkların tıpkı kanser ve kardiyovasküler hastalıklar gibi önleme programları ve tedavi hizmetleri açısından hem ulusal hem de uluslar arası kurumlarca desteklenmesi gerektiğini söylemek çok da yanlış olmayacaktır.

16-20 Eylül tarihleri arasında Türkiye'nin de katılımıyla, Birleşmiş Milletler'in bulaşıcı olmayan hastalıklar için önleme stratejilerinin tartışıldığı (ki ilk toplantı sonrası pekçok ülkede bu stratejiler birer birer hayata geçirilmeye başlandı. Ör. Türkiye'de sigara yasağı, obeziteyle mücadele için yapılan çalışmalar) toplantı gerçekleştirildi (<http://www.who.int/nmh/en/>). Dünya Sağlık Örgütü'nün yol açtığı mortalite oranları ve sosyo-ekonomik etkilerini göz önüne alarak belirlediği 4 temel sağlık sorununun yanı sıra (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik akciğer hastalıkları ve diyabet); sıklık ve yol açtığı yeti yitimi açısından birçok kronik hastalıktan önde olan psikiyatrik hastalıkların 'önlenebilirliği' nin sağlık politikalarını şekillendiren kurum ve kuruluşlara daha yüksek sesle aktarılması, acilen hayata geçirilmesi gereken bir eylem gibi görünüyor.

Kaynaklar:

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Sep; 21(9): 655-79.

TPD Bülteni'nde yer almasını
istediğiniz yazılarınızı,
görüşlerinizi ve haberleri bize
iletebilirsiniz.

İletişim için

Burha65@yahoo.com

BASIN AÇIKLAMASI

KADINA YÖNELİK ŞİDDET

Kadın cinayetleri yıllardır artarak devam etmektedir. 2011 yılında kadın cinayetleri her geçen gün daha da artmış, son 10 günde 8 kadın öldürülmüştür. 2011 yılının ilk gününden bu yana basına yansıyan olaylara da bakıldığında bir kadının öldürülmediği gün yok gibidir. Kadına yönelik şiddet ve kadın cinayetleri münferit olarak kabul edilemez, sistematiktir. Dehşet verici bir gerçek olarak bu kadınlar en yakınları; eşleri, kardeşleri, babaları, amcaları, ağabeyleri tarafından öldürülmektedir. Son günlerde gündeme gelen, şiddete uğrayan kadınların devlet tarafından daha etkili şekilde korunmasını sağlayacak elektronik kelepçe ve benzeri uygulamalarla kadınların güvenliğini sağlayacak yasal düzenlemelerin yapılması sevindirici olsa da yeterli değildir. Kadın cinayetlerinin önlenmesi için devletin tüm kurumları ile birlikte üniversiteler, eğitim kurumları ve sivil toplum örgütlerinin işbirliği içinde etkin politikalar geliştirmesi gerekmektedir. Türkiye Psikiyatri Derneği olarak bu konudaki duyarlılığımızı hatırlatmak, önerilerimizi bir kez daha yinelemek istiyoruz:

1. Kadınlara yönelik şiddet görünür kılınmalıdır. Resmi kurumlarca aylık ve yıllık olarak kadına yönelik şiddet ve kadın cinayetleri ile ilgili veriler düzenli olarak yayınlanmalıdır.
2. Öldürülen kadınların katillerinin çoğunlukla aile üyelerinin olması aile yapısını, ailenin içinde bulunduğu şiddet üreten ekonomik, toplumsal, kültürel ve siyasal koşulları, aile içinde egemen olan ve kadına yönelik şiddeti meşrulaştıran zihinsel altyapıyı dikkatli bir biçimde irdelemeyi zorunlu kılmaktadır.
3. Kadına yönelik şiddetle ilgili veriler düzenli olarak yorumlanarak hem risk grupları hem de şiddeti kışkırtan toplumsal etkenler tespit edilerek önleyici çalışmalar etkin kılınmalıdır.
4. Kadına yönelik şiddetin önemli bir parçası olan ekonomik şiddet kadınların şiddete uğramasını arttırmakta ve şiddet kısır döngüsünün oluşmasına, şiddet sarmalının giderek büyümesine yol açmaktadır. Bu süreci durdurabilmek için kadınların eğitim almasını ve çalışma hayatına etkin biçimde katılmasını arttıran, özendirici politik müdahaleler çoğaltılmalıdır.
5. Kadına yönelik şiddeti doğuran temel unsurun cinsiyet ayrımcılığı olduğu göz önünde tutularak eğitimin ilk evrelerinden başlayarak her düzeyde toplumsal cinsiyet ayrımcılığını ortadan kaldırmaya yönelik eğitim

programları düzenlenmeli, medyanın bu konudaki farkındalığı artırılmalı, bilinç düzeyi daha da geliştirilmelidir. Anaokulu ve ilköğretim okullarının anasınıflarından başlayarak toplumsal cinsiyet ve kadın sorunlarına duyarlı eğitim programları desteklenmeli, ders araçları buna uygun hazırlanmalıdır. Televizyon dizileri ve gazete haberleri başta olmak üzere medyada da cinsiyet ayrımcılığı ve şiddetin her türlüşünün, özellikle kadına yönelik şiddetin özendirilmesine karşı mücadele edilmeli, müdahalelerde bulunulmalıdır. Ülkemizde sigara kullanımına karşı medyada etkin olarak yürütülen kampanyalar kadına yönelik şiddet içinde geçerli kılınmalı, şiddetin olağan bir insanlık hali olarak gösterilmesinin önüne geçilmelidir.

Son 10 günde 8 kadın öldürüldü, kadına yönelik her türlü şiddet için acil, çok boyutlu önlemler alınmalı ve önleme çalışmaları yapılmalıdır

6. Kadına yönelik şiddet davalarında uygulanan 'haksız tahrik indirimleri' derhal kaldırılmalı, 5237 sayılı TCK'nın 29. Maddesi uygulanmamalıdır. Namus cinayetleri, uluslararası hukuk açısından yargısız infaz olarak kabul edilmektedir. Bu cinayetleri engellemek için farklı düzeylerde stratejiler geliştirilmelidir.

7. Kadın sorunları aile sorunları olarak kabul edilemez. Yeni Zelanda'dan Nepal'a, Kanada'dan Malezya'ya, Norveç'ten Afganistan'a kadar dünyanın birçok ülkesinde Kadın Bakanlığı vardır. Toplumsal cinsiyet eşitliği göstergelerinde tüm dünya ülkeleri içinde en gerilerde yer alan ülkemizde Kadından Sorumlu Devlet

Bakanlığı'nın kapatılarak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı olarak yeniden adlandırılması son derece üzücü bir gelişmedir. Bu anlayış kadının erişkin bağımsız bir kişi olduğu gerçeğini yok saymakta, kadını ikincilleştirmekte, sorunu yalnızca bir aile sorunu olarak görülmesine neden olmakta, şiddetin kaynağındaki toplumsal ve siyasal etkenleri göz ardı etmekte, kadının şiddet sorununun yalnızca aile ile ilgili bir sorunmuş gibi algılanmasına yola açmakta, çözüm yollarının gerçekçi ve bilimsel bir çerçevede tartışılmasını engellemekte, olanaksız kılmaktadır.

8. Kadına yönelik şiddetle mücadelede önemli bir yer tutan sığınma evlerinin sayıları halen çok yetersizdir. Birçok uluslararası sözleşmeyi imzalayarak bu konuya ilişkin düzenlemeleri yapacağını vaat eden devlet kurumları ve yerel yönetimler de bu konuda etkin ve hızlı çalışmalıdır. UNICEF ve İçişleri Bakanlığı tarafından geliştirilen "Çocuk Dostu Şehirler" projesi gibi kadına yönelik şiddetle

mücadelenin etkili şekilde yürütüldüğü, toplumsal cinsiyet ayrımcılığına karşı etkili genel ve yerel politikaların geliştirilmeli, "Kadın Dostu Şehirler" yaşama geçirilmeli ve desteklenmelidir.

Sonuç olarak, Türkiye Psikiyatri Derneği olarak biz kadına yönelik şiddetin önlenmesi, kadınların yaşam haklarının bir an önce güvence altına alınmasının bir kamu görevi olduğu gerçeğinden hareketle, başta devletin ilgili kurumları olmak üzere tüm üniversite ve eğitim kurumları, basın yayın organları ve sivil toplum örgütlerinin işbirliği içinde ciddi ve kapsamlı bir

eylem planı hazırlanması, gerekli tüm adımların hızla atılması ve fiili olarak yaşama geçirilmesini istiyoruz. Derneğimiz ve meslektaşlarımız bu konuda işbirliği içinde çalışmaya gönüllüdür.

Basına ve kamuoyuna duyurulur.

28.07.2011

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu adına
Doç. Dr. Ayşe Devrim Başterzi

TPD BASIN AÇIKLAMASI PSİKİYATRİ VE BASIN SORUMLULUĞU

Son günlerde Milliyet Gazetesi yazarlarından Metin Münir'in psikiyatrik hastalıklar ve tedavileri konusunda sürdürdüğü yazı dizisinde kaleme aldığı ifadeler hem hasta ve yakınları hem de psikiyatri uzmanları tarafından üzüntü ve şaşkınlıkla karşılanmış, psikiyatri meslek topluluğunda büyük tepki yaratmıştır. Sayın Metin Münir'in bilgi ve beceri sahibi olmadığı konularda kulaktan dolma ve kaynağı bilim dışı olan bilgilerle, düşüncelerini ifade etmenin ötesinde, bilimsel çarpıtmalarla dolu, önyargılarla bezeli, hem hekim hem de hasta düşmanı bir tutumla kaleme aldığı yazılar son derece üzücüdür. Metin Münir psikiyatri bilim dalını sığ bir şekilde ve çarpıtarak tanımlamış, "*olmayan hastalıkların iyi geldiği tartışmalı ilaçlarla tedavi etme mesleğidir*" biçiminde ifadeler kullanarak çağın gelişmeleri ile ilgili cahilliğini sergilemiştir. Ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasına ilişkin çağın en ileri bilimsel gelişmelerinden sayılan sinir dokusunun kimyasal mekanizmaları için yanlış bilgi verilerek "*kanıtlanmamıştır*" denmektedir. İlaçla tedaviler konusunda genelleme yaparak "*ağır yan etkileri olduğu*" ve "*etkili olup olmadıkları tartışmalı*" şeklinde bilim karşıtı iddialarda bulunmaktadır. "*Ruhsal hastalıkların büyük bölümü uydurmadır*" diyerek yüzlerce yıllık tarihe ve bilimsel çalışma birikimi olan bir bilim dünyasına, meslek grubuna ve yardım arayışında olan milyonlarca insanın sağlığına ve sağlıklı yaşama umuduna saygısızlık etmiştir. Adını açıkça anarak doğrudan meslek grubumuza bilimsel temeleri olmayan bir takım iddialarla ithamda bulunmak ve kendisine gelen bilginin doğruluğunu, bilimselliğini ve geçerliğini tartışmadan, araştırmadan yazı yazmak gazetecilik sorumluluğu ile bağdaşmamaktadır.

Yazıda içeriğini, kapsamını ve tarihsel gelişimini bilmeden sınıflama sistemleri sorgulanmakta, yargılanmakta ve bir gazeteci üslubuna yakışmayan bir alaycılıkla yorum yapılmaktadır.

Sayın Münir tüm ruhsal hastalıkları uydurma ilan etmekte 200 yıllık psikiyatri tarihini eliyle itmekte, psikiyatrinin

gelişimine katkı veren tüm bilim insanlarının emeklerini yok saymakta, ruhsal hastalıklardan dolayı büyük acı çeken ve tedavi gören insanların acılarını küçümsemektedir. Gazetecilik, tarihe tanıklık etmek ve gerçekleri kamuoyu ile nesnellik düzleminde paylaşmak demektir. Bu mesleğin en temel ve vazgeçilmez özelliklerinden biri haber kaynağının güvenilirliğidir. Bir gazeteci eline aldığı dosyayı nesnel biçimde incelemeli, doğruluğunu araştırmalı, farklı görüş ve değerlendirmelerle sağlamasını yapmalı ve geçerli kanıtlar ile bulunduğu kamuoyuyla paylaşmalıdır. Bu haber etiğinin en vazgeçilmez öğelerinden biridir. Oysa Metin Münir'in dört gün boyunca köşesinde yer verdiği açıklamalar hiçbir zihinsel işleme, akıl yürütmeye, araştırmaya ve nesnel değerlendirmeye tabi tutulmadan olduğu gibi sunulmuş, daha açıklayıcı bir ifade ile adeta çıkartılmış izlenimi vermektedir.

Yazı kapsamında yer alan ifadeler ruhsal sorunları nedeniyle tedavi görmekte olan tüm bireyleri yanıltarak, korku yaratarak, hekimlerine ve sağlık sistemine olan güvenlerini sarsarak fiziksel ve ruhsal açıdan zarar vermekte ve örselemektedir. Bağımlılık potansiyeli bulunan ve hekimlerin belirli ilkeler ve kurallar çerçevesinde, hastalarını bilgilendirerek ve düzenli izleyerek kullandıkları ilaçlardan söz ederken "*kokain benzeri ilaçlar veriliyor*" ya da "*çocuklara verilen tedavilerle onları zehirliyorlar*" biçimindeki ifadeleriyle bilim ve etik dışı bir yaklaşım sergilemekte, yanıltıcı ve korkutucu nitelikteki bu ifadelerle hastalara zarar vermektedir. Bu kamuoyu ve meslek grubumuz nezdinde kabul edilebilir değildir.

Bununla yetinilmeyerek Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nu (DEHB) tek nedeninin anne babanın çocuk yetiştirme hataları olduğunu öne süren Metin Münir tedavinin ana okul öğretmenleriyle sağlanacağını iddia etmekte ve ana babalara tavsiyelerde bulunmaktadır. Ek olarak DEHB'si olan çocukların deneyimlerini kendisiyle paylaşmalarını ve danışmalarını tavsiye ederek DEHB hastalarının tedavisine soyunacağını düşündüren bir tutum



olmamasına rağmen hastalıkların temelleri ve tedavileri konusunda yönlendirmede bulunması ciddi bir sınır ihlalidir.

Tüm bunlar, yazı dizisi çerçevesinde savunulan tüm bu görüşler bilimsel olarak geçerliliği olmayan, duygusal bir itki ile yazılmış, kamuoyu, basın, medya ve bilimsel çevrelerce ciddiye alınmaması gereken talihsizce açıklamalardır. Bununla birlikte kamuoyuna yaygın ve kontrolsüz biçimde ulaşan bu çarpık bilgilerin kamuoyunu yanıltan, hastalara ve yakınlarına zarar veren, hasta hekim ilişkisini bozan, tedavi sürecini zedeleyen ve hastaları örseleyen niteliği göz önüne alındığında sessiz kalınmaması gerektiği, kalamayacağımız açıktır.

Tüm bu açıklamaları bir eleştirel psikiyatri çabası olarak ele almak eleştirel psikiyatride büyük haksızlık olacaktır. Psikiyatri kendini 100 yıldır eleştirmektedir. Bunun bilimsel etik sosyal, kültürel ve siyasal kavramlarla birlikte düzeyli bir biçimde bütüncül bir bakış açısı ile yapmaktadır. Her türlü indirgemecilikten uzak kalarak sürdürülen bu çabanın

indirgenmeciliğin en kaba ve niteliksiz bir biçimiyle yaşama geçirilen yeni bir indirgemecilikle kirletilmesine izin vermemiz olanaklı değildir.

Bu yazılanların vicdani, etik ve hukuksal sorumluluğu yazarı kadar yazarın yer aldığı Milliyet Gazetesine de aittir. Ülkemizdeki özverili ve onurlu biçimde çalışan psikiyatri mesleğinin temsilcisi olan Türkiye Psikiyatri Derneği olarak Metin Münir'i ve Milliyet Gazetesini kınıyor; bu yanlışı onurlu ve çağdaş gazetecilik sorumluluğu ile en kısa zamanda düzeltmeye çağırıyoruz. Her koşulda konu ile ilgili gerekli hukuksal girişimlerde bulunacağımızı bildiririz

Basına ve kamuoyuna duyurulur.

18.09.2011

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu adına
Doç. Dr. Burhanettin Kaya

10 EKİM DÜNYA RUH SAĞLIĞI GÜNÜ BASIN AÇIKLAMASI EN İYİ YATIRIM RUH SAĞLIĞINA YATIRIM

Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu tarafından 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı gününün bu yıl ki teması *"En iyi yatırım ruh sağlığına yatırım"* olarak belirlenmiştir. Tüm dünyada birçok insan ruhsal hastalıklardan muzdariptir. Öyle ki hastalıklar nedeniyle oluşan tüm kayıpların %14'ü nöropsikiyatrik hastalıklara bağlıdır. Depresyon, şizofreni, alkol ve madde kullanım bozuklukları gibi ruhsal hastalıklar kalp hastalıkları, kanser ve inme gibi diğer tıbbi hastalıklardan çok daha fazla yeti yitimine yol açarlar. Diğer taraftan bedensel hastalıkların oluşumu ve seyri üzerine olan etkileri göz önüne alındığında ruhsal hastalıklara bağlı kayıpların dünya ekonomisindeki payının daha yüksek olduğu düşünülebilir. Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu daha önceki yıllarda da belirlemiş olduğu benzer temalara *"Ruh sağlığı olmadan sağlık olmaz"*, *"Ruh sağlığı ve beden sağlığı bir bütündür"* gibi sloganlarla ruhsal hastalıkların insan yaşamına ve dünya ekonomisine getirdiği yük ve tehditlere dikkat çekmiştir.

Her yıl dünyadaki insanların %30'una yakını ruhsal bir bozukluk geçirmektedir. Bu insanların özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşayan üçte ikisi sağlık hizmetlerindeki eksikler nedeniyle hiçbir yardım kurumuna ulaşamamakta ya da yetersiz tedavi almaktadırlar. Ruhsal hastalıkların oluşturduğu kayıplar bilinmesine rağmen dünyadaki hemen hemen bütün ülkelerde ruh sağlığı alanında çalışanların sayısı, ayaktan ve yataklı ruh sağlığı hizmetleri sunan merkezlerin sayısı, yapısı ve ruh sağlığını geliştirmek, korumak ve ruhsal hastalıkları tedavi etmek için sunulan hizmetin niteliği hala olması gerekenin çok altındadır. Ülkemizde de bu alanda kısıtlılık söz konusudur. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı 2011 verilerine göre halen aktif olarak çalışan 1625 psikiyatrist bulunmaktadır. Ülkemizde 100 bin kişiye düşen psikiyatrist sayısı 2,20'dir. Avrupa Birliği'nin 15 ülkesinde 100 bin kişiye ortalama 12,9 psikiyatrist düşmektedir. DSÖ Avrupa bölge ülkeleri arasında en az

psikiyatrist oranına sahip olan ülke Türkiye'dir. Psikiyatri yatak sayısı da benzer şekilde yetersizdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, WHO) 2008 verilerine göre Avrupa bölgesinde her 100 bin kişiye 8 psikiyatri yatağı düşen İtalya'dan sonra 100 bin kişiye 10 psikiyatri yatağı ile (adli ve uzun süreli bakım ve bağımlılık tedavisi için kullanılan yataklar dahil) Türkiye ikinci en az yatak sayısına sahip ülkedir. Ancak İtalya'da tüm dünya ülkeleri için örnek olabilecek yeni ve farklı yöntemler uygulanmaktadır. Ayaktan tedavi merkezlerinin çokluğu ve evde bakım hizmetlerinin yeterliliği düşünüldüğünde yatak sayısının azlığı İtalya'daki ruh sağlığı hizmetlerinin değerlendirilmesinde yanıltıcı olacaktır. Bu açıdan bakıldığında Türkiye Avrupa bölgesinde, ruh sağlığı hizmetleri ve koruyucu hekimlik açısından en kötü koşullara sahip ülkedir.

Dünya üzerinde ruhsal hastalığı olan birçok kişi hala tedaviye ulaşamamaktadır. Ruh sağlığını bozduğu bilinen yoksulluktan işsizliğe, şiddetin yaygınlaşmasından dezavantajlı grupların hak kayıplarına kadar birçok konuda devletlerin, hükümetlerin yeterince çaba harcamamaları nedeniyle etkili önlemler alınamamaktadır. Öte yandan hâlihazırda yürütülen politikalar mevcut sorunların çözümüne yetmediği gibi birçok devlet uluslararası sözleşmelerin ihlaline göz yummakta ya da hayata geçirilebilmesi için gerekli çabayı göstermemektedir. Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu (WFMH) bu nedenle ruh sağlığı alanına yatırımların artırılmasını amaç edinmiş bir kampanya başlatarak dört temel nokta üzerinde durmuştur; **Birlik, Görünürlük, Yasal Haklar, İyileşme.**

Birlik: Dünyada ruh sağlığı alanında birçok farklı örgütlenme mevcuttur; psikiyatrist, psikolog, psikolojik danışman ve sosyal çalışmacıların meslek dernekleri, hasta dernekleri, hasta yakınları dernekleri vb. Tüm bu yapıların hükümetlerin sağlık konusundaki politik gündemlerine ruh sağlığı alanında

yapılacak çalışmalarını eklemesi için işbirliği içinde çalışması gerekmektedir. Hükümetler ruhsal hastalıkların oluşturduğu yeti yitiminin, insanların ruhsal iyilik halini sürdürmemelerinin, çalışma günü kayıplarının ve bu hastalıkların toplam ekonomik sonuçlarının farkına varmalıdır. Ruhsal hastalıkları önlemek ve tedavi etmek için etkili sağlık politikalarının hayata geçirilmesi teşvik edilmelidir. 2011 yılında ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından birçok dernek, kurum ve kişinin işbirliği ve çabası ile hazırlanan *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı* (2011 - 2023) umut vericidir. Türkiye Psikiyatri Derneği olarak eylem planındaki desteklediğimiz konularda tüm üyelerimizle birlikte gerekli kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde çalışmaya hazır olduğumuzu iletmek isteriz.

Görünürlük; Ruhsal hastalıklar ve ruhsal hastalığı olanlara dair damgalamayla (stigma) mücadele edilmelidir. Ruhsal hastalığı olan kişiler yersiz olarak toplum tarafından kendisine ve topluma zarar verebilecek, tehlikeli, korkutucu kişiler olarak algılanıp düşmanca ve ayrımcı tutumlara maruz kalabilmektedirler. Birçok insan, etiketlenme korkusu nedeniyle ruhsal hastalıklarını saklamakta, bu nedenle tedavi kurumlarına başvurmamaktadır. Damgalama (Stigma) karşıtı mücadelede ruh sağlığı alanında çalışan kurumlar, dernekler ruh sağlığı alanında çalışanları, akademisyenler, hastalar ve hasta yakınları, sağlık çalışanları ve hatta tıp öğrencileri ile tüm gönüllülerin yer alması sağlanmalı, basın yayın kurumları aracılığıyla damgalama (stigma) karşıtı mücadele etkinleştirilmeli ve tüm topluma ulaşması sağlanmalıdır. Damgalamaya karşı mücadele sonucunda ruhsal hastalığı olan daha fazla kişi tedavi olanağı bulacaktır.

Haklar; Giderek azalsa da, dünyada ve ülkemizde ruhsal hastalığı olan bazı kişiler ruh sağlığı alanında çalışan bazı kişi ve kurumlarca mevcut bilimsel bilgi ile uyumsuz, bilim dışı, çağ dışı bazı tedavi ve müdahale yöntemlerine maruz kalmaktadırlar. Tüm dünyada ruh sağlığı çalışanları hasta haklarına duyarlıdır. Ülkemizde halen bir ruh sağlığı yasası yoktur. Derneğimiz uzun yıllardır Ruh Sağlığı Yasası'nın bir an önce çıkarılması konusunda çaba harcamaktadır. Bu yıl geliştirilen Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda Ruh Sağlığı Yasası'nın çıkarılma tarihi olarak 2015 belirlenmiştir. Bu sürecin hızlandırılması derneğimizin öncelikli taleplerindedir. Ruh sağlığı hizmeti veren kurum ve kuruluşların, tedavi koşullarının ve müdahale yöntemlerinin denetlenmesi, düzenlenmesi ve geliştirilmesinde yetkili kurumların oluşturulması ve bu kurumların etkin şekilde çalışması hedeflenmelidir.

Hükümetler ruhsal hastalıkların oluşturduğu yeti yitiminin, insanların ruhsal iyilik halini sürdürmemelerinin, çalışma günü kayıplarının ve bu hastalıkların toplam ekonomik sonuçlarının farkına varmalıdır.

İyileşme; Ruhsal hastalıkların iyileşmesini en zorlaştıran etken ruhsal hastalığı olan milyonlarca insanın tedavi için sağlık kurumlarına başvuramamasıdır. Tüm dünyada başta psikiyatri ve klinik psikologlar olmak üzere ruh sağlığı hizmeti veren sağlık çalışanlarının sayısı kısıtlıdır. Son zamanlarda geliştirilen bilgisayar teknolojilerinin etkili kullanımı ile dünyada Avustralya, Hindistan ve bazı Avrupa ülkelerinde yardımcı sağlık personeli aracılığıyla ruhsal hastalıklar için tarama, tanı koyma ve tedavi uygulamalarının yapılması yaygınlaşmaya başlamıştır. Ülkemizde psikiyatrist sayısı Avrupa Birliği ülkelerinin onda biri kadardır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'na göre ülkemizde psikiyatri yetiştiren kurumlarda eğitim kontenjanları %100 arttırılsa bile 2050 yılında nüfus başına düşen psikiyatrist sayısı Avrupa Birliği ortalamasına ulaşamamaktadır (100.000 kişiye 12,9 psikiyatri). Ayrıca Psikiyatrist yetiştiren eğitim kurumlarındaki eğitim kalitesi de bir diğer sorundur. Yeni açılan üniversitelerin tıp fakültelerinde ve eğitim araştırma hastanelerinde eğitici konumundaki az sayıda öğretim üyesi ve özerk psikiyatri kliniği olmayan bir ortamda eğitim alarak yetişen psikiyatristlerin mesleki yetkinliklerinin sağlanmasında güçlük çekileceği açıktır. Tüm bunlarla birlikte son günlerde hekimlere karşı adeta düşmanca sayılabilecek bir tutum sergilenmesi, anayasa mahkemesi kararları hiçe sayılarak çıkartılan kanun hükmünde kararname ile hekimlerin hasta bakma alanlarının giderek daraltılması, kamu üniversitelerinde çalışan öğretim üyelerinin bu kurumlardan göçe zorlanması, eğitim ve araştırma hastanelerinde yıllardır eğitici konumunda çalışan nitelikli donanıma sahip meslektaşlarımızın birçoğunun son kararnameyi takip eden ay içinde istifa etmesi ya da emekliye ayrılması endişe vericidir. Zaten son derece az olan psikiyatrist sayısının yanında yeni psikiyatristleri yetiştirecek nitelikli eğitici kadroları da eğitim kurumlarından uzaklaştırılmaktadır.



Ülkemizde sağlık hizmetleri kamusal bir hizmet olmaktan çıkarılmıştır ve özel sektörün sağlık hizmetlerindeki payı % 30'lara ulaşmıştır. Tedavi hizmetlerine ulaşmak için hem muayene hem ilaç tedavisi aşamalarında katkı payları tahsil edilmektedir. Sağlık ocakları kapatılmış, koruyucu sağlık

endişe verecek şekilde düzensizleşmiş ve azalmaya başlamıştır. Özel hastanelerde daha düşük ücretlere hekim çalıştırılması için Sağlık Bakanlığı ile özel hastane sahipleri arasında protokol imzalanmıştır. Performansa dayalı ödeme sisteminin yerleşmesi ile hekimlerin yüksek nitelikte hasta bakım ve tedavi hizmeti vermesi değersizleştirilmiş, az zamanda çok sayıda hasta bakım teşvik edilir hale gelmiştir. Gerek özel sağlık kuruluşlarında, gerek kamuda gerekse üniversitede çalışan hekimler bir sonraki ay ekonomik durumlarının ne olacağını öngöremez hale gelmişlerdir. Ciddi bir hastalığa bağlı olarak çalışmadıkları dönemde ya da yıllık izin dönemlerinde aylık kazançları yarıdan fazla azalmaya başlamış, hasta hekimler istirahat raporu alamaz, yıllık izinlerini kullanamaz hale gelmişlerdir. Performans sisteminin uygulandığı dünya ülkelerinde çok önceden beri bilinen geciken tanı, artan tedavi maliyetleri giderek bizim ülkemizde de sorun oluşturmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin niteliği, kalitesi oluşturmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinin niteliği, kalitesi düşürülmüş, hekimler ve sağlık çalışanları seri üretim yapan fabrikalardaki çalışma koşullarına mahkûm edilmiş, hekimlerin mesleki doyumları azalmıştır.

Umutlarımızı canlı tutmak istediğimiz bu tablo içinde 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü'nün temasını bir kez daha hatırlatıyoruz:

“Ruh ve Beden Sağlığı Bir Bütündür”

“Ruh Sağlığı Olmadan Sağlık Olamaz!”

“En iyi yatırım sağlığa, ruh sağlığına yatırımdır!”

10.09.2011

Doç. Dr. Doğan Yeşilbursa

Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Başkanı

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu adına

KAYNAKLAR;

1. Patel V., Garrison P, de Jesus Mari J. ve ark. The Lancet's Series on Global Mental Health: 1 year on. Lancet 2008; 11: 372(9646); 13541357.

2. <http://www.wfmh.org/00GreatPush.htm> adresinden 8 Ekim 2011 tarihinde yararlanılmıştır.

3. <http://www.wfmh.org/03GreatPush.htm> adresinden 8 Ekim.2011 tarihinde yararlanılmıştır.

4. Alataş G., Kahiloğulları A., Yanık M. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı(2011-2023), Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2011

ORTAK BASIN AÇIKLAMASI

RUH SAĞLIĞI PLATFORMU DÜNYA RUH SAĞLIĞI GÜNÜ TÜRKİYE BASIN BİLDİRİSİ

Dünya Ruh Sağlığı Federeasyonu (WFMH) Dünya Ruh Sağlığı Günü'nü 1992'de başlattı; bu ruh sağlığının ve ruhsal hastalıkların özgül yönlerine dikkat çekilmesi için yürütülen tek küresel kampanya olup, halen 135'ten fazla ülkede 10 Ekim'de yerel, bölgesel ve ulusal Dünya Ruh Sağlığı Günü anma etkinlikleri ve programları yoluyla kutlanmaktadır.

2011 Dünya Ruh Sağlığı Günü kampanyası “En İyi Yatırım Ruh Sağlığına Yatırımdır” cümlesiyle açılıyor. Bu yılın teması “ruh sağlığı alanına yatırım yapılmadığı takdirde, ruh sağlığı bozuk bireylerden oluşan ve ruh sağlığı bozuk bir toplumda diğer yatırımların verimli olmayacağı hatta bir anlamı olmayacağı” vurgulanmaktadır. Ruhsal hastalıklar seçici davranmaz; herkese, her kültürde ve yaşamın her evresinde olabilir. Gerek bireylerin yaşadığı ruhsal hastalıkların tanı, tedavi ve rehabilitasyonunun en iyi koşullarda yapılabilmesi için ciddi yatırımların gerekli olması, gerekse toplum genelinde şiddet, zorlama, diyabet eksikliği ve hoşgörüsüzlükle mücadele için yine insana yatırım yapılması gündemimizde en önde.

2011 yılında ruh sağlığıyla doğrudan bağlantılı olarak ön plana çıkan konular:

1. Adeta bir soykırım haline gelmekte olan kadına yönelik şiddet, kadın cinayetleri. Bu şiddet ve cinayetlerin artışı toplumun şiddet katsayısının ne denli yüksek olduğunun bir işareti olduğu kadar şiddetin özellikle bazı bireylere-kadınlara- cinsiyeti nedeniyle yöneldiği gerçeğini de ortaya koyuyor. Bu sarmalın durdurulması için

devlet ve toplumun tüm kesimlerinin ortak çalışması yakın zamanda yayınlanmış olan Ruh Sağlığı Eylem Planı gibi bir Kadına Şiddetin Çözümü Eylem Planının yapılmasını gerekli görüyoruz.

2. Ruh sağlığı hizmetlerinin nicelik ve nitelik açısından geliştirilmesi. Ruh Sağlığı Eylem Planında ortaya koyulan hedeflerin gerçekleştirilmesi için kaynakların adil kullanılması.

3. Ruh Sağlığı Savunuculuğu (Avukatlığı)'nın toplum içinde tüm katmanlara yayılması için özellikle hastaların damgalanması, kaynakların artırılması, insan gücünün desteklenmesi konularında farkındalığın artırılması.

4. Ruh Sağlığı Yasasının 2015 yılından önce çıkarılması için çalışmaların hızlandırılması.

Toplumda en acil meselenin bölgesel, toplumsal ve bireysel düzeylerde barış ikliminin yerleştirilmesi ve bu konuda söylenenleri dinleme ve hareket etme zamanı olduğunu söylüyoruz. Bu konuda basınımızın da duyarlılıkla Ruh Sağlığı Savunucuları olarak bizlerle işbirliği içinde çalışmasını talep ediyoruz. Kamuoyunu oluşturan bireyler sağlığın önemli bir parçası olan ruh sağlığının korunması için harekete geçmeli, çünkü “ruh sağlığı herkese gerekli”.

Ruh Sağlığı Platformu Yürütme Kurulu Adına

Prof. Dr. Peykan G. Gökalp

TPD BASIN AÇIKLAMASI

ULUSAL RUH SAĞLIĞI EYLEM PLANI

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı hazırlanırken Sağlık Bakanlığının 2006 yılında yayınladığı Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni esas alınmıştır. Eylem Planı'nın amacının; merkeze bireylerin ihtiyacını alan ruh sağlığı hizmetlerinin, uygun yöntemle yeterli bir biçimde verilmesini sağlayan bir hizmet ağına kurulması olduğu belirtilmektedir. Bu amaç doğrultusunda hazırlanan Plan ile ruhsal hastalığı olan kişilerin tedavi ve bakımlarında hasta merkezli yaklaşımın temel alınması, toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin ülkemizde yerleşmesi hedeflenmiştir.

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, şimdiki sağlık stratejilerinin 2023 yılı itibarıyla Türkiye'deki yansımalarına göre 2011-2023 dönemini üç aşamalı olarak kapsamaktadır.

Kısa vadeli aktiviteler: 2011-2012

Orta vadeli aktiviteler: 2013-2016

Uzun vadeli aktiviteler: 2017-2023

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planının 2011-2016 Yılları İçin Hedef ve Stratejileri

Amaç 1. Ruh Sağlığı Hizmetleri Veren Kurumlar Arasında Eşgüdümü Sağlamak

Hedef 1.1.

Ruh sağlığı koordinasyon kurulu kurmak

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı metinlerde ruh sağlığı hizmetlerinin koordinasyonunun önemini vurgulamakta ve bir yürütme veya yönlendirme kurulunun gerekliliğinin altı çizilmektedir. Ülkemizdeki ruh sağlığı hizmeti veren kurumların teşkilatlanması göz önüne alındığında hem verimliliği hem de etkinliği artıracak kurumlar arası eşgüdümü sağlayacak bir yapılanmanın oluşturulması gerekmektedir. Bu amaçla ruh sağlığı koordinasyon kurulunun oluşturulması hedeflenmiştir.

RUH SAĞLIĞI KOORDİNASYON KURULU

- Sağlık Bakanlığı
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
- Adalet Bakanlığı
- İç İşleri Bakanlığı
- Milli Eğitim Bakanlığı
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- Yükseköğretim Kurulu
- Diyanet İşleri Başkanlığı
- Radyo Televizyon Üst Kurulu
- Meslek Örgütleri ve Sivil Toplum Kuruluşlarından oluşacaktır.

Stratejiler

1.1.1. Koordinasyon kurulu kurulması için çalışmalar yapılması

1.1.2. Koordinasyon kurulunun ruh sağlığı hizmetlerinde eşgüdümü sağlaması

Amaç 2. Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Tüm İhtiyaçlarını Karşılıyan Bütüncül Bir Ruh Sağlığı Sistemi Kurmak

Hedef 2.1.

Toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçmek.

Dünya'da ruh sağlığı alanında üç farklı hizmet modeli bulunmaktadır.

a. Hastane temelli model

b. Toplum temelli model

c. Toplum- hastane denge modeli

Psikiyatri hastanelerini tamamen kapatmayı ve yataklı hizmetleri ülke sathına yaymayı hedefleyen toplum temelli modelin özellikle insan kaynakları açılarından maliyeti oldukça yüksek olmaktadır. Ülkemizin sağlık sistemi, sosyo-ekonomik koşulları göz önüne alındığında ve insan kaynakları açısından eksikliklerini gidermesinin onlarca yıl alacağı hesaplandığında en ideal modelin toplum-hastane denge modeli olduğu görülmektedir.

Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri (TRSM): Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında hazırlanan ulusal ruh sağlığı politika metninde toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiş ve ruh sağlığı politikasında hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı alınmıştır. Bu modelin ilk basamağı olarak da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri açma kararı Sağlık Bakanlığı tarafından Nisan 2009'da alınmış ve pilot çalışmaların sonuçları değerlendirilerek ilgili yönerge Şubat 2011'de yayınlanmış ve uygulaması başlamıştır.

Bu projeye göre RSHH'nin olduğu 7 il ve Ankara ile İzmir'de toplam 9 TRSM birinci halka olarak açılacaktır. İkinci aşamada bu illerle afileye edilen 26 ilden ekipler bu merkezlerde eğitileceklerdir. Üçüncü aşamada kalan 47 ilde TRSM'ler açılacaktır. Son olarak da merkez nüfusu 100 bin ve üstü olan her yerleşim alanında bir merkez olarak toplam 236 TRSM açılması hedeflenmektedir. TRSM'lerin fonksiyon kazanmasından hemen sonra yarı-yol evleri, korumalı evler ve korumalı işyerlerinin uygulamaya sokulmaları planlanmaktadır.

Stratejiler

2.1.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin açılması

2.1.2. Rehabilitasyon üniteleri veya gündüz hastanelerinin toplum temelli modele entegre edilmesi

2.1.3. Eğitim faaliyetlerinin yapılması

Hedef 2.2.

Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için bakım sistemi kurmak

Stratejiler

2.2.1. Ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların ailelerine destek verilmesi

2.2.2. Aile yanında kalamayan ve kurumda kalması gereken ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için sistem kurulması

Hedef 2.3.

Ruh sağlığı hastalarının istihdam edilmesini sağlamak

Stratejiler

2.3.1. Ruh sağlığı hastalarının istihdamını sağlamak için korumalı işyerleri uygulaması çalışmalarının yapılması ve yaygınlaştırılması

Amaç 3. Ruh Sağlığını Teşvik Etmek ve Geliştirmek

Hedef 3.1.

Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı damgalama ve ayrımcılığı ortadan kaldırılmak

Stratejiler

3.1.1. Damgalama ve ayrımcılığın ortadan kaldırılmasına yönelik savunuculuk faaliyetleri yürütülmesi

Hedef 3.2.

Kadına yönelik şiddeti azaltmak ve sağlıkla ilgili etkilerini önlemek

Stratejiler

3.2.1. Kadına yönelik aile içi şiddet konusunda sağlık personelinin farkındalığının ve müdahale kapasitesinin artırılması

3.2.2. Sağlık kurumlarına başvuran şiddete uğramış kadınlara verilen hizmetin yaygınlığının ve kalitesinin artırılması

Hedef 3.3.

Çocuk istismarını önlemek

Stratejiler

3.3.1. Çocukluk çağı travmatik yaşantılarını önlemeye yönelik çalışmalar yapılması

Hedef 3.4.

İntihar azaltmak

Stratejiler

3.4.1. İntihar önleme konusunda farkındalık yaratılması

3.4.2. Geride kalanlara yönelik girişimlerde bulunulması

3.4.3. Medyanın intihar konusunda haber yapma tutumu ile ilgili çalışmalar yapılması

3.4.4. İntihar girişiminde kullanılan araçlara ulaşımın azaltılması

Hedef 3.5. Afetlere müdahale anlamında organizasyon ve

Amaç 4. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Entegrasyonunu Sağlamak

Hedef 4.1.

Birinci basamak ve aile hekimlerinin psikiyatrik bozuklukların tanı, tedavi ve takipleri konusunda bilgilerini artırmak

Stratejiler

4.1.1. Ruh sağlığı alanında hastalıklar konusunda birinci basamak hekimlerine ve psikiyatri dışı uzman hekimlere hizmet içi eğitim düzenlenmesi

Hedef 4.2.

Birinci basamak ve aile hekimlerini toplum temelli ruh sağlığı uygulamalarına entegre etmek

Stratejiler

4.2.1. Birinci basamak ve aile hekimleri ile TRSM'ler arasında eşgüdümün sağlanması

Hedef 4.3.

Riskli gruplara yönelik koruyucu hizmet ve erken tanılama ile ilgili yürütülmekte olan ruh sağlığı programlarının aile hekimliği sistemine entegrasyonunu sağlamak

Stratejiler

4.3.1. Riskli gruplara yönelik koruyucu hizmet ve erken tanılama ile ilgili yürütülmekte olan ruh sağlığı programları ile ilgili eğitimlerin yaygınlaştırılması

Amaç 5. Psikiyatri Yatak Sayısını Düzenlemek

Hedef 5.1.

Genel psikiyatri yataklarının ülke geneline yayılacak şekilde sayısını artırmak ve 100 bin kişiye düşen yatak sayısını 8'den 13'e çıkarmak

Stratejiler

5.1.1. Ülke genelinde psikiyatri yatak sayılarının düzenlenmesi

Hedef 5.2.

Yüksek güvenlikli psikiyatri ve tutuklu psikiyatri yataklarının ülke geneline yayılacak şekilde sayısını artırmak ve 100 bin kişiye düşen adli psikiyatri yatak sayısını 0,9'dan 3'e çıkarmak

Stratejiler

5.2.1. Yüksek güvenlikli psikiyatri hastaneleri açılması

5.2.2. Tutuklu psikiyatri hastaneleri açılması

Amaç 6. Ruh Sağlığı Alanında Çalışanların Sayı ve Niteliğini Artırmak

Hedef 6.1.

Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi kontenjanını yılda ortalama 170'den 350'ye çıkarmak

Stratejiler

6.1.1. Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi verebilecek

eğitim kliniklerinin açılması

Hedef 6.2.

Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencisi kontenjanını yılda ortalama 34'den 70'e çıkarmak

Stratejiler

6.2.1. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi verebilecek eğitim kliniklerinin açılması

Hedef 6.3.

Ruh sağlığı alanında çalışan hekim dışı sağlık personelinin sayısını artırmak

Stratejiler

6.3.1. Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan psikolog sayısının artırılması

6.3.2. Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan sosyal çalışmacı sayısının artırılması

6.3.3. Psikiyatri hemşireliği yüksek lisans ve doktora programlarını tamamlayan kişi sayısının artırılması

6.3.4. Klinik psikoloji yüksek lisans ve doktora programlarını tamamlayan kişi sayısının artırılması

6.3.5. Rehberlik ve psikolojik danışmanlık hizmetlerinin ruh sağlığı hizmetlerine entegre edilmesi

6.3.6. Psikiyatrik rehabilitasyon alanında iş ve uğraşı teknikeri ve ergoterapist çalışmasının sağlanması

Hedef 6.4.

Ruh sağlığı alanında çalışanların niteliğini artırmak

Stratejiler

6.4.1. Ruh sağlığı alanında çalışan meslek elemanlarının lisans eğitimleri müfredatına psikiyatri modülünün eklenmesinin sağlanması

6.4.2. Klinik psikiyatri alanında çalışan psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire ve psikolojik danışmanlar için hizmet içi eğitim programları ve sertifikasyon standartları oluşturulması

Amaç 7. Çocukluk ve Ergenlik Dönemine Yönelik Ruh Sağlığı Hizmetlerini İyileştirmek ve Geliştirmek

Hedef 7.1.

Sağlıklı çocuk takip programlarına psikososyal gelişim programlarını da entegre etmek

Stratejiler

7.1.1. Çocuk ve ergenlerde psikososyal gelişimi destekleme programlarının sağlıklı çocuk takip ve destek programlarına entegre edilmesi

Hedef 7.2.

Gelişme geriliği veya zihinsel-ruhsal bozukluğu olan çocukların tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini iyileştirmek

Stratejiler

7.2.1. Gelişme geriliği veya zihinsel-ruhsal bozukluğu olan çocukların eğitim ve rehabilitasyon süreçlerinin iyileştiril-

mesi için sektörler arası işbirliğinin artırılması

Amaç 8. Ruhsal Özürlülere Verilen Hizmetlerin Kalitesini Artırmak

Hedef 8.1.

Ruh sağlığı alanında verilen hizmetleri denetlemek

Stratejiler

8.1.1. Ruh sağlığı alanında hizmet veren kurumların hizmet kalitelerinin standardize edilmesi

8.1.2. Sivil toplum kuruluşlarının ruh sağlığı hizmetlerinde aktif rol almasının sağlanması

Amaç 9. Ruh Sağlığı Alanında Yasal Düzenlemeler Yapmak

Hedef 9.1.

Ruh sağlığı alanında hasta hakları, uygulama usul ve esasları, çalışanların sorumluluk ve yetkileri konularında eksik olan yasal mevzuatı tamamlamak

Stratejiler

9.1.1. Ruh sağlığı alanında hasta haklarının düzenlenmesi

9.1.2. Ruh sağlığı yasasının çıkartılması (Ruh Sağlığı yasasının 2015 yılında yasallaşması planlanmıştır.

TPD Değerlendirmesi

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı üzerinde oldukça emek verilmiş ve kapsayıcı bir metin olmasına karşın yaşama geçirilmesi ile ilgili önemli zorlukların olduğunu düşünmekteyiz. En önemli engel sağlığın özelleştirilme sürecidir. Ruh sağlığı hizmetlerinin kâr getirme ihtimalinin düşük olması göz önüne alındığında bu eylem planının yaşama geçmesinin güç olabileceği düşünülebilir.

Eylem planının 2011-2016 yılları arasındaki tahmini bütçesinin 1.673.835.800 TL olacağı belirtilmektedir. Diğer bir konu ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanıdır. Eylem planında "Ülkemizde ruh sağlığına harcanan paranın toplam miktarını tespit etmenin oldukça zor olduğu belirtilmektedir." Ayrıca, "2003 yılına ait 28 Avrupa ülkesinin sağlık hizmetlerine ayırdığı bütçeler incelendiğinde, 4 tanesinin genel sağlık bütçesinin %10'dan fazlasını ruh sağlığına ayırdığı, 16 ülkenin %5-10 arasında pay ayırdığı, 7 ülkenin %2-5 arasında pay ayırdığı ve sadece 1 ülkenin %2'den az pay ayırdığı görülmektedir. Hastane temelli model tamamen sağlık sistemi tarafından finanse edilirken toplum temelli model daha çok sosyal hizmetler ve yerel yönetimler tarafından finanse edilir. Sosyal hizmetlerin mali yapılanması sağlık sistemine göre çok daha esnekler. Bu esneklik kamu maliyesine önemli faydalar sağlamaktadır. Finansmanda dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta da model değişikliği sırasında kaynakların aktarımının yapılmasıdır. Yataklı kurumlara aktarılan paranın toplum temelli modelde sosyal servislere kaydırılması gerekir." şeklinde belirtilmektedir. Ancak ruh sağlığı hizmetlerinin sürdürülebilir finansmanı için bir öngörülede bulunulmamıştır.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri ile toplum ruh sağlığı hizmetlerinin entegre edilmesinde de sorunlarla

karşılaşılabilmek ihtimali söz konusudur. Çünkü şu anda ülkemizde uygulanan aile hekimliği sistemi bölge tabanlı hizmet vermemektedir.

Diğer bir sorun alanı da ruh sağlığı profesyonellerinin sayısının artırılmasıdır. Örneğin her yıl psikiyatri uzmanı sayısı şu anki sayının 2 katına çıkarılsa bile 2050 yılında Avrupa ortalamasına erişilememektedir. Psikiyatri uzmanı yetiştiren kurumların altyapı ve eğitici kadrosu da göz önüne

Alındığında bu artış niceliksel olarak sağlanabilse bile niteliksel açıdan önemli sorunlar ortaya çıkabilecektir.

31.10.2011

Uzm. Dr. Halis Ulaş

Türkiye Psikiyatri Derneği Dış İlişkiler Sekreteri

KADIN RUH SAĞLIĞINI ETKİLEYEN EN TEMEL FAKTÖR: ŞİDDET VE YOKSULLUK

Kadın ruh sağlığını etkileyen en temel iki sosyal faktör şiddete maruz kalma ve yoksulluktur. Günümüzde bütün kadınlar geleneksel kavramların da etkisiyle fiziksel, cinsel, ekonomik, psikolojik şiddete maruz kalmaktadır. Kadınların ne yapması, nasıl davranması, ne kadar eğitim alacağı, parasını nasıl harcayacağı, nasıl giyineceği hatta kimle evleneceği gibi temel seçimleri kural koyucu, yasa koyucu erkekler tarafından belirlenmektedir. Kadınların eğitilmemeleri, emekleri karşılığında ücret almamaları ve erkeklerden daha düşük ücret almaları, daha düşük sosyal konumda yer almaları şiddete uğramalarını arttırmaktadır. Ülkemizde kadınlar, işyerinde, evinde, cezaevlerinde, hastanede, okulda kısacası yaşamın her alanında şiddete maruz kalmaktadır. Ama kadınlar hala en çok, en yakınlarındaki en sevdikleri kişilerce; eşleri ya da sevgilileri tarafından ev içi şiddete maruz bırakılmaktadırlar. Kadın cinayetleri her geçen sene artmaktadır, resmi olmayan rakamlara göre bu yıl sadece Haziran ayında 20 ilde 24 kadın öldürülmüştür. Kadın cinayetlerinin sayısına ilişkin resmi rakamlar yayınlanmalı ve sivil toplum örgütleriyle paylaşılmalıdır.

Türkiye'de 2007 yılında Ayşe Gül Altınay ve Yeşim Arat tarafından yapılan "*Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet*" başlıklı geniş ölçekli araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- Her üç kadından birinin fiziksel şiddet görmektedir.
- “Hayatı boyunca” eşinden en az bir kez fiziksel şiddet görmüş kadınların oranı Türkiye genelinde % 39'dur.
- Boşanmış ve ayrılmış kadınların %78'i fiziksel şiddete maruz kalmaktadır.
- Eğitim düzeyi arttıkça fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların oranı azalmaktadır. Okuma yazma bilmeyen kadınlar arasında en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığını söyleyenlerin oranı %43 iken, yüksek öğrenim görmüş kadınlar arasında bu oran % 12'dir.
- Gelir düzeyi arttıkça fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların oranı düşmektedir.
- Kadınların % 14'ü en az bir kez "*istemediği zamanlarda cinsel ilişkiye zorlandığı*"nı belirtmiştir. Cinsel şiddete uğradığını söyleyenlerin % 67'si aynı zamanda fiziksel şiddete de maruz kaldığını ifade etmektedir.

Kadın cinayetlerini önceden kestirmek mümkündür. Kurbanların öldürülmeden önceki yıl eşleri tarafından yoğun şekilde

şiddete maruz bırakıldıkları görülmektedir. Ayşe Paşalı davasında olduğu gibi kadının aylar önceden başlayan şiddetli fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalmasına rağmen, boşanmış olması nedeniyle etkili yasal koruma önlemlerinin alınmaması sonucu kadın cinayetleri endişe verici rakamlara ulaşmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün "*Kadın Sağlığı ve Ev İçi Şiddet*" konusunda düzenli yaptığı araştırmalar dünyada kadına yönelik şiddetin arttığını göstermektedir. 2008 yılında eş veya sevgilisinin şiddetine maruz kalan kadınların sayısı 2005 yılına göre 4 kat artmıştır. Bu yılki Dünya Sağlık Örgütü'nün "*Kadın Sağlığı ve Ev İçi Şiddet*" konusunda yaptığı çok-ülkeli çalışma sonuçlarına göre;

- Hem kadının hem de eşinin eğitim düzeyi azaldıkça aile içi şiddetin artmaktadır. Eşlerin ilköğretimden çok ortaöğretimi tamamlamaları ev içi şiddeti azaltmaktadır.
- Ailede kadın ve erkek çalışıyorsa ev içi şiddet oranı bir miktar azalmaktadır. Ailenin sosyoekonomik düzeyi yükseldikçe ev içi şiddet azalmaktadır.
- Problemlili alkol kullanımı ile ev içi şiddet artmaktadır.
- Kadının 15 yaşın üstünde annesi de dâhil olmak üzere eşi dışındaki kişiler tarafından fiziksel ya da cinsel şiddete uğraması da ev içi şiddeti arttırmaktadır.
- Hem kadının hem eşinin çocukluk döneminde şiddete uğraması da aile içi şiddeti arttırmaktadır.
- Genç kadınlar, resmi olarak evli olmayan kadınlar, görücü usulü evlenen kadınlar aile içi şiddete daha çok maruz kalmaktadırlar.
- Erkeğin birden çok cinsel eşinin olması, kadının davranışlarını kontrol etmesi, diğer erkeklerle kavga etmesi gibi geleneksel erkeklik rolünün benimsenmesi ev içi şiddeti arttırmaktadır.

Kadına yönelik şiddetin artmasının nedenleri üzerine düşünüldüğünde erkekler ve kadınlar arasındaki eşit olmayan güç ilişkilerinin bir göstergesi olarak şiddetin bir başka boyutu kadınları zorla bağımlı bir konuma sokmanın toplumsal mekanizmalarından biri olarak kadını ekonomik ihtiyaçlarından, sosyal haklarından yoksun bırakmaktadır. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından Şubat-2011'de yayınlanan "*Türkiye'de Kadının Durumu*" raporuna göre Türkiye'de kadın istihdamı

sorunu son 20 yıldır giderek artarak varlığını sürdürmektedir. Raporda, kadınların işgücüne katılma oranının 1990'da yüzde 34,1, 2002 yılında yüzde 26,9, 2004 yılında yüzde 25,4, 2009 yılı için yüzde 26 olarak gerçekleştiği kaydedilmiştir. Halen ülkemizde dört milyona yakın kadın okuma yazma bilmemektedir. Kadınların ve erkeklerin eğitim düzeylerinin yükseltilmesi, kadın istihdamının artırılması ve yaptıkları işler karşısında tatminkar ücret almalarının sağlanması şiddetin artışı önlemede alınacak temel önlemlerdendir. Ülkemizde eğitim sisteminin her aşamasında oyunlar, cinsiyetlere yönelik hazırlanan oyuncaklar ve özellikle de eğitim araçları en yalın örneğiyle ders kitapları cinsiyet ayrımcılığını ve erkek egemen toplumu genç zihinlere yaşamlarının başında yerleştirmektedir. Eğitim sistemi, ders kitapları ve basılan çocuk kitaplarının birçoğu incelendiğinde; açık veya örtük olarak dayatılan müfredatın cinsiyete dayalı bir şiddeti normalleştirdiği görülmektedir.

Şu ana kadar devlet tarafından son yıllarda şiddete karşı yapılan ya da yapılacağı açıklanan eylem planlarının temelinde şiddete maruz kalan kadını korumaya yönelik tedbirlerin elektronik kelepçe gibi polisiye düzenlemelere odaklandığı görülmektedir. Oysa ki kadına yönelik şiddet döngüsünü kırmamanın temel yolu toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasıdır. Kadınların her ortamda görünür kılınmaları, ilkökul kitaplarından başlayarak muhafazakâr yapının dayattığı ve kadına yönelik şiddeti artıran “geleneksel kadınlık rolleri”ne karşı çıkan, erkeklerle eşit ve benzer haklara ve özgürlüklere sahip kadın modelinin görünür kılınması, tüm basın yayın organları özellikle de televizyon aracılığı ile kadına yönelik şiddetin hiçbir haklı nedeninin olmayacağı mesajının net olarak verilmesine şiddete uğrayan kadınları koruyucu önlemler kadar öncelik verilmelidir.

Türkiye'de halen olması gereken sayının otuz da biri kadar yani 40 civarında sığınma evi vardır. Şiddet mağduru kadınlar için yeterli sayıda sığınma evi yapılmayışını, gerçek bir korumanın sağlanmamasını; sistemin, kadına yönelik şiddetin devam etmesine, yaygınlaşmasına ve olağanlaşmasına zemin hazırladığının açık bir kanıtı olarak görmekteyiz.

Kısacası, şiddetin yaygınlaşması eğitimin, yargının, kolluk kuvvetlerinin, medyanın kısacası tüm toplumun yapılışında

etkisi olan 'ataerkil' sistemin, meşruiyet kazandırdığı 'erkek üstünlüğü inanışına dayanan cinsiyetler arası eşitsizlik' anlayışından kaynaklanmaktadır.

Şiddete karşı açıklanan eylem planlarının polisiye düzenlemelere odaklandığı görülmemektedir. Oysaki kadına yönelik şiddet döngüsünü kırmamanın temel yolu toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasıdır.

Türkiye Psikiyatri Derneği olarak tüm bu olumsuzlukların giderilmesi için öneri ve taleplerimizi bir kez daha tekrarlıyoruz;

***İmzalanmış olan uluslararası sözleşmelerin yaşama geçirilmesi:** 2006/17 sayılı Başbakanlık Genelgesi gibi olumlu yöndeki tüm hukuksal düzenlemeler köklü yapısal çözümler üretilmesi beklemeden uygulamaya konmalıdır. Türkiye'nin kabul ettiği Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW)'ne göre; Türkiye, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini gidermekle ve kadına yönelik şiddeti önlemekle mükelleftir.

***Kadınların yaşam haklarını garanti altına almak üzere ciddi ve kapsamlı bir eylem planı hazırlanmalı, gerekli tüm adımlar atılmalı ve fiili olarak yaşama geçirilmelidir.** Türkiye Büyük Millet Meclisi Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu 23. Dönem 4. Yasama yılı faaliyet raporu ve Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü'nün hazırladığı eylem planları hızla uygulanmaya geçirilmelidir.

***Kadına yönelik şiddetle mücadele bir halk sağlığı sorunu olduğu için bununla mücadele etmek için, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına ilişkin politikalar üretilmeli ve kadına yönelik sosyal destek artırılmalıdır.** Toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlayacak yasal düzenlemeler hızla yapılmalı, kadınların toplumun her alanında daha çok görev almaları sağlanmalı,

kadına yönelik fırsat eşitsizlikleri hızla giderilmeli, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ile ilgili tutumları değiştirmek için etkili her düzeyde eğitim programları ilköğretimden başlayarak toplumun her kesimine ulaştırılmalıdır.

***Kadına yönelik şiddet davalarında uygulanan “haksız tahrik indirimleri” kaldırılmalı, 5237 sayılı TCK'nın 29. Maddesi uygulanmamalıdır.** Namus cinayetleri, uluslararası hukuk açısından yargısız infaz olarak kabul edilmektedir. Bu cinayetleri engellemek için farklı düzeylerde stratejiler geliştirilmelidir.

***Şiddet gören, ölümle tehdit edilen kadınlar tüm yasal haklarını kullanmaları sağlanmalıdır.** Kadının şiddete uğraması durumunda önündeki alternatifler gösterilmeli, kadının eşiyile barışması yönünde vb. Yönlendirmeler yapılmamalı, kadının özgür iradesiyle



seçim yapmasına olanak tanınmalıdır. Gerekli durumlarda özel önlemler alınarak koruma altına alınmalıdır. 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 14. maddesinin (a) bendine göre Büyükşehir Belediyeleri ile nüfusu 50.000 aşan belediyelerin yasal sorumluluklarını yerine getirerek, 2006/17 sayılı Başbakanlık Genelgesinde tanımlandığı şekliyle kadın ve çocuklar için acilen sığınma evleri açılmalıdır.

***Sağlık çalışanları ve kolluk kuvvetlerine yönelik kadına yönelik şiddet konusunda meslek içi eğitim programları düzenlenmeli ve bunlara katılım teşvik edilmelidir.** Kadınların uğradıkları şiddeti rahatça söyleyebilmeleri ve saklamamaları için sağlık kuruluşu çalışanları, emniyet çalışanları, sosyal hizmet çalışanları ve konuyla ilgili diğer kişilerin, mağdur kadına yaklaşım tekniklerini öğrenmeleri gerekmektedir. Ev içi şiddete maruz kalan bir kadında; evde ateşli silah bulunması, eşin alkol-madde bağımlılığı, ailenin ağır stresli durumlara maruz kalması, yoksulluk ve parasal sıkıntılar, ailenin parçalanması ve boşanma dönemleri, katı ve çatışmalı aile kurallarına kadınların uymasının beklenmesi, yaşamda önemli değişiklik dönemleri, hamileliği de içermek üzere fiziksel engellilik ve sosyal yaşamdan dışlanma ev içi şiddetin devam edeceğini ya da artacağını gösterebilir ve tedbir alınmalıdır.

***Kadın ve erkeklerde cinsiyet rollerinin ruhsal hastalıkların sıklığı ve oluşturduğu sorunlar üzerine etkilerine dair geniş çaplı epidemiyolojik çalışmalarla desteklenmelidir.** Kadının ruh sağlığı üzerinde koruyucu ve iyileştirici etkisi olan faktörler belirlenmelidir. Kadın, erkek ve çocuk tüm vatandaşların sosyal güvenceleri olmalı, sağlık hizmetlerine engelsiz ulaşmalı ve ücretsiz, herhangi bir katkı payı ödemeksizin bu hizmetlerden yararlanabilmelidir.

***Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde yazılı ve görsel ba-**

sına büyük görev düşmektedir. Medya, kadına yönelik şiddet ve tecavüz haberlerini kamuoyuna aktarırken, haber dilini doğru kullanmalı, etik değerlere uymalı, tecavüzün içerdiği şiddeti arka plana itmeli ve tecavüzü erotize edici tutumlardan uzak durmalıdır. Medyada toplumsal cinsiyet rollerinin gelişmesine izin verici, geleneksel kadın rolü yerine modern, bağımsız, çalışan, aktif kadın rol modellerine öncelik verilmelidir.

***Yazılı, görsel basın, film ve müziklerin erkek egemen ve kadını aşağılayıcı ifadeler içermemesine dikkat edilmelidir.** Okul öncesi eğitim de dahil olmak üzere tüm eğitim birimlerinde uygulanan müfredat cinsiyete yönelik ayrımcılığı pekiştirecek ifade ve imalardan arındırılmalıdır.

***Kadınlara yönelik her tür düzenleme kadınların ve kadın örgütlerinin görüşleri alınarak yapılmalıdır.** Sivil Toplum Kuruluşlarının talepleri karşılanmalı, çalışmalarına destek verilmelidir.

Sonuç olarak; toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ile mücadele için geliştirilecek etkili politikalar hızla yaşama geçirilmelidir. Kadına yönelik şiddetin ortadan kaldırılması, kadın cinayetlerinin sonlandırılması, öncelikle devletin ve siyasal iktidarların ilgili tüm kurumlarıyla sorumluluk üstlenip ilgili tüm sivil ve resmi kuruluşlarla işbirliği yaparak gerekli sosyal politikaları yaşama hızla geçirmesi ile mümkün olacaktır.

Basına ve kamuoyuna saygı ile duyurulur.

31.10.2011

Doç. Dr. Ayşe Devrim Başterzi

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu üyesi

ÜNİVERSİTE HASTANELERİNE YÖNELİK YENİ DÜZENLEMELER VE AKADEMİK ÖZGÜRLÜK

26 Ağustos 2011 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan 650 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile, yardımcı doçent, doçent ve profesörden oluşan öğretim üyelerinin tıp fakültelerinde "yalnızca eğitim ve araştırma faaliyetlerinde bulunmak ve döner sermaye faaliyetleri kapsamında gelir elde edilen hizmetlerde çalışmamak kaydıyla" mesai sonrası sağlık kuruluşlarında ya da muayenehanelerinde çalışabilecekleri hükmü getirilmiştir. Bu hüküm, mesai sonrasında gelir getirici faaliyet içinde bulunan öğretim üyelerinin hasta bakmalarının, uygulamalı eğitim yapmalarının yasaklanması anlamına gelmektedir. Bu düzenleme, KHK'yi hazırlayanların tıp eğitiminden sadece amfilerde verilen eğitimi anladıklarını gösteriyor. Tıp fakültelerinde hasta olmadan uygulamalı eğitim verilmesi mümkün değildir. Söz konusu KHK ile eğitim hakkının; öğrencinin eğitim alması, öğretim üyesinin eğitim vermesinin engellendiğini görüyoruz.

Oldukça zor durumda olan üniversite hastanelerinin, yeni çıkartılan KHK ile maddi olanakları daha da daralmıştır. Birçok klinik, öğretim üyelerinin görevlerini yapmaları engellendiği için eski verimliliğinde oldukça uzak bir noktadadır. Bu gelişmeler, halkın/hastaların sağlık hizmetine ulaşmasında

Yapılan düzenlemelerle, üniversitelerin Sağlık Bakanlığı'na başvurarak birleşmeyi talep etmekten başka çarelerinin kalmamasının koşulları oluşturuluyor.

aksamalara neden olurken, bir yandan da maddi olarak kendini zorlukla idame ettiren üniversite hastanelerinde ciddi gelir kayıplarına neden oluyor. Yapılan düzenlemelerle, üniversitelerin Sağlık Bakanlığı'na başvurarak birleşmeyi

talep etmekten başka çarelerinin kalmamasının koşulları oluşturuluyor. Yeni dönemde, tıp fakültelerinin eğitim fakültesi, üniversite hastanelerinin ise hizmet hastanesi gibi tasarlandığını görüyoruz.

Yakında yürürlüğe girmesi beklenen Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK taslağında ise, üniversite hastanelerinin, personeli, her türlü hak ve yükümlülükleri, taşınır, taşınmaz mallarıyla birlikte, yeni oluşturulacak olan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna devredilmesi hükmü yer almaktadır. Bu düzenlemeyle, eğitim, araştırma ve nitelikli hizmet sunumunun bir arada yapıldığı üniversite hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak hizmet hastanelerine dönüştürülecek; Kamu Hastane Birlikleri oluşturularak, üniversite hastanelerinin de içinde olduğu tüm hastaneler, kâr amaçlı işletmeler haline getirilecek; öğretim üyeleri üniversite kadrolarından çıkartılarak, sözleşmelerin tek taraflı olarak iptal edilebildiği güvencesiz sözleşmeli çalışma düzenine geçmeye zorlanacaktır.

Yeni düzenlemeler, muayenehanesi olan öğretim üyelerinin hasta bakmalarını engellerken, bir yandan da mesai dışında gelir getirici faaliyette bulunmayan öğretim üyelerini, üniversite hastanelerinde tüm işleri ve sorumluluğu üstlenmelerine karşın, performans sisteminin güvencesiz ve giderek ağırlaşan koşullarında, düşük ücretlerle çalışmak

zorunda bırakıyor.

Bilim insanlarının, akademisyenlerin bilgi üretirken, bilgiyi başkalarına aktarırken ve yayımlarken kaygı duymaması gerekir. Akademisyenlerin bunu yapabilmesi, kişisel etik anlayışları yanında, kendilerine tanınmış bilimsel özgürlük güvencesine bağlıdır. Bilimsel özgürlük güvencesi, özgürlüğü, kendisi adına bir dokunulmazlık olarak değil, toplumun yararı ve gelişmesi adına kullananlara tanınan bir güvencedir. Akademik özgürlük; gerçek ve yeni bilgiyi araştırmayı gerektiren iklimin korunmasını garanti eder; üniversitelerin öğretme, araştırma ve yayımlama gibi evrensel işlevlerini, herhangi bir etki ve baskıya karşı güvence altına alır. Akademik özgürlük, ancak üniversitelerin özerk olduğu bir ortamda yaratılabilir.

Öğretim üyeleri, eğitim, hasta-hekim ilişkisini puan kaygısı içinde ticarileştirmeyen, emeğinin karşılığı olan ve özlük haklarının maaş üzerinden tanındığı bir ücretlendirmeye, akademik özgürlüğün olduğu bir ortamda çalışmalıdır.

31.10.2011

Prof. Dr. Raşit Tükel

Türkiye Psikiyatri Derneği

Eğitim Etkinlikleri Düzenleme Kurulu

DEPREMİN YARALARI NE KADAR ERKEN SARILIRSA RUHSAL ETKİLERİ O KADAR AZALIR

Van'da meydana gelen 7,2 büyüklüğündeki deprem tüm ülkeyi ve meslek topluluğumuzu büyük bir üzüntüye boğmuştur. Resmi makamlarca bugün yapılan açıklamaya göre 550 vatandaşımız hayatını kaybetmiş, 2 bin 300'ü aşkın kişi yaralanmıştır. Türkiye Psikiyatri Derneği olarak bu felakette yaşamını yitiren vatandaşlarımıza Allah'tan rahmet, yakınlarına başsağlığı ve yaralı vatandaşlarımıza da acil şifa diliyoruz. Derneğimiz deprem haberini alır almaz içinde yer aldığımız, sekreteryasını Türk Kızılayı'nın yaptığı "Afette Psikososyal Hizmetler Birliği (APHB)" ile birlikte gerekli girişimler başlamış ve görevlendirdiğimiz meslektaşlarımız hızla bölgeye hareket etmiştir. Bu çerçevede Erzurum Şubemizden iki meslektaşımız bölgeye hareket etmiş Erciş ve Van'da gerekli durum değerlendirme, gereksinim saptama erken ruhsal destek çalışmalarına başlamıştır.

Derneğimizin Ruhsal Travma ve Afet Bilimsel Çalışma Birimi Koordinatörümüz de hızla bölgeye hareket etmiş, APHB'nin diğer paydaşlar ile birlikte durum değerlendirme ve koordinasyon çalışmalarına başlamıştır. Deprem'in ikinci günü Kızılay'dan alınan bir çadıyla APHB'nin ilk psikososyal destek çadırı açılmış ve iki psikiyatr, iki psikolog ve bir çocuk psikiyatriden oluşan ekibimiz hizmet vermeye başlamıştır. Bölge'den gelen ilk bilgiler sonrasında derneğimiz gönüllü çağrısı yapmış ve bölgeden gelen talepler çerçevesinde gönülleri bölgeye göndermeye başlamıştır. TPD olarak en az 6 ay aktif

olarak bölgede verilecek psikososyal destek çalışmalarına katkı vermeye sürdürecektir. Ruh sağlığı hizmeti sunmanın yanında yardım çalışmalarına katılanlara, sağlık çalışanlarına ve hedef gruplara yönelik eğitimler gerçekleştirilmeyi planlanmaktadır.

Depremler ülkemizde ve dünyada en fazla yıkıma ve maddi kayba yol açan afetler arasında yer almaktadır. Dünyada afetler son 40 yılda 3 kat artmış, son 20 yılda 3 milyon kişinin ölümüne ve Türkiye'nin de içinde bulunduğu ülkelerde gözlenen çarpık kentleşme kentsel nüfus artışı, kent yoksulluğu, bununla koşut olarak yaşanan sağlıksız ve güvensiz yaşama alanları, sağlık hizmetlerinden yoksunluk, afetlere karşı hazırlıklı olmama ve önlemlerdeki çifte standart gibi, bireyin üretim sürecindeki yeri ve toplumsal konumlanışı ile bağlantılı durumlar belirleyici bir role sahiptir. Bu durumu yaratan etmenlerin başında bölgenin az gelişmişliği, yoksulluğu ve barındırdığı ekonomik ve toplumsal eşitsizlikler gelmektedir.

Depremlerde en sık oluşan ruhsal bozukluklar Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve depresyondur. TSSB, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kişinin fizik bütünlüğüne 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 tanımlanır. Depresyon ise en az iki hafta süren çökkün duygudurum, etkinliklere karşı ilgi kaybı iştah ve uyku değişiklikleri, enerji azlığı, değersizlik ya da suçluluk duyguları, dikkatini yoğunlaştırmada ve karar vermede güçlük, intihar düşünceleri ya da girişimi gibi belirtiler içeren bir dönemdir.

TSSB'nun oluşmasında ortaya kadın olmak, yaşlı olmak, düşük eğitim seviyesi, deprem öncesinde psikiyatrik sorunlarının bulunması, deprem sırasında korku yaşamak, enkaz altında kalmış olmak, kurtarma çalışmalarına katılmak, birinci derece yakınını kaybetmiş olmak, maddi kayıp yaşamak, sosyal destek ve devlet yetersizliği gibi değişkenlerin rolü vardır. TSSB yaygınlığı deprem merkezine yaklaştıkça artmaktadır.

TSSB'nin en önemli ve yaşamsal özelliği süregenleşme özelliği göstermesidir. Depresyon'un eşlik etmesi iyileşme oranını azaltmaktadır. Bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine ulaşamamaları, yardım arayışında bulunmamaları, özellikle sağlık hizmetlerinden gereken zamanda yeterince yararlanamamış olmaları da süregenleşmede çok önemli etkenlerdir. Psikiyatrya başvurmama nedenleri arasında özellikle damgalanma korkusu, sağlık sistemine duyulan güvensizlik, deprem ile ilgili sıkıntı verici anıları yeniden yaşamaktan korkma, kaçınma, depreme bağlı ruhsal tepkileri yeterince ayırt edemem ve ekonomik nedenler yer almaktadır.

Ülkemiz topraklarının ve nüfusumuzun tamamına yakını, endüstriyel yatırımlarının dörtte üçü deprem kuşağı üzerindedir. Bu ne-denle ülkemizin depreme bağlı yaşamış olduğu büyük acıların ve kayıpların unutulmaması, unutturulmaması ve sürekli gündemde tutulması yanında yaşanabilecek deprem ve diğer doğal felaketlere karşı hazırlıklı

olmamız büyük öneme sahiptir.

Öncelikli olarak yardımların deprem bölgesine hızlı ve etkin biçimde ulaştırılması, bireylerin hızla güvenli bir yaşam alanına taşınması, kurtarma çalışmalarını hızlı ve eşitlikçi biçimde gerçekleştirilmesi, tıbbi desteğin verilmesi, temel yaşam gereksinimlerinin hızlı ve nitelikli biçimde sağlanması ruhsal etkilenme düzeyini en aza indirecektir. İzleyen süreçte uzun süreli ve kalıcı bir sosyal destek sisteminin yaşama geçirilmesi gereklidir. Bu durum sağlandığında bu afetin olumsuz etkilerini en aza indirecektir.

İlk yapılması gereken ekip çalışması halinde krize müdahale, ruhsal ilk yardım, travmanın sonuçları ile başa çıkma becerilerini geliştiren eğitim çalışmalarını hayata geçirmektir. Kurtarma ekipler ve sağlık çalışanlarına yönelik eğitimler yapılmalıdır. İzleyen süreçte profesyonel tedaviler gerekebilir. Bu bağlamda kriz merkezleri oluşturulmalı, tıbbi ve ruhsal destek çalışmaları beklenmeden yapılmaya başlanmalıdır.

Türkiye Psikiyatri Derneği bu acı olayın toplumsal sonuçlarını en aza indirme sürecine yönelik olarak tüm üyelerinin katılımıyla gereken desteği sağlamaya,

APHB'nin etkin bir paydaşı olarak bu çabalara katkı vermeye devam edecektir.

31.10.2011

Doç. Dr. Burhanettin Kaya

Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Sekreteri

Merkez Yönetim Kurulu adına

İlk yapılması gereken ekip çalışması halinde krize müdahale, ruhsal ilk yardım, travmanın sonuçları ile başa çıkma becerilerini geliştiren eğitim çalışmalarını hayata geçirmektir.



PSİKOTERAPİNİN BİYOLOJİK KÖKENLİ AĞIR BOZUKLUKLARDA ETKİLİ OLMADIĞI DÜŞÜNCE Sİ YANLIŞTIR

Türkiye Psikiyatri Derneği, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından ifade edilen “psikoterapinin bir tedavi yöntemi olarak fobi vb. gibi hastalığın sebebine yönelik bilinçlenmeyle tedavi sağlanabilen bozukluklarda geri ödemeye değer olduğu “biyolojik kökenleri” olan şizofreni için bunun söz konusu olamayacağı” savını değerlendirmiş, derneğimiz Şizofreni Bilimsel Çalışma Birimi tarafından bu konuda bir görüş oluşturulmuştur. TPD olarak bu görüşlerimizi basın ve kamuoyu ile paylaşmak istiyoruz.

Unutulmamalıdır ki; fobi, obsesif kompulsif bozukluk gibi psikoterapinin etkili olduğu anksiyete bozukluklarının da etiyolojisinde “genetik, moleküler ve reseptör düzeyinde ...” patolojilerin olduğu bilinmektedir. SGK’nın, görüşüne esas olan hekimin ifade ettiği “psikoterapi hafif hastalıklarda etkili olurken biyolojik kökenli ağır bozukluklarda işe yaramaz” diye özetlenebilecek hatalı inancı paylaştığı görülmektedir. “Psikozlar”la kastedilen çoğu zaman Şizofreni olduğundan, öncelikle bu tanıya ve ilişkin bilgi vermek isteriz.

Son 15-20 yıldır şizofreninin nörobiyolojik karşılığına ve farmakolojik tedavisine ilişkin çalışmalarda başka tanımlara göre daha büyük artış olmuştur. Dolayısıyla, ilaç geliştirmeye yapılan yatırım miktarı ve piyasaya yeni ilaç sunum hızı da artmıştır. Bu gelişme ile şizofreni tedavisindeki başarı yükselmiş olsa da, tek başına farmakolojik tedavi şizofrenide tatminkâr olmaktan uzaktır. Halen bütün dünyada kabul gören bilimsel klinik bilgi,

beraber başlangıcında çevresel değişkenlerin tetikleyici rolü olduğu da bilinmektedir. Daha önemlisi kişinin homeostazını (dengesini) bozucu etkisi olan her çeşit (madde kullanımı gibi biyolojik, göç gibi sosyolojik, fiziksel/cinsel travma, iş, yakın kaybı, ailenin yüksek duygu ifadesi gibi psikolojik) değişkenin hastalığın gidışı üzerine etkisi olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla optimal (ortalama) şizofreni tedavisi uygun biyolojik tedavilerle kişiyi dekompanse eden/edebilecek, diğer bir deyişle hastalığın yeniden alevlenmesine yol açan içsel ve dışsal değişkenlere karşı daha sağlıklı başa çıkma yöntemleri geliştirmesini sağlayan psikoterapinin birlikte uygulanmasıyla mümkündür. **Maalesef gerek ülkemizde gerekse dünyada şizofreni hastalarında mümkün olan en iyi tedavi yanıtının sağlanamaması psikoterapi boyutunun ihmal edilmesinden kaynaklanmaktadır.** Şizofreni gibi karmaşık bir hastalığın tedavisinin **10 saniye sürecek bir reçete yazma işlemiyle ya da SGK hekiminin önerdiği şekilde “hastayı dinleyerek”** başarılamayacağı açıktır.

Aşağıdaki özel yaklaşımlar hedeflenen amaca göre şizofreni hastasına terapötik ilişki kurulduktan sonra uygulanabilir;

- * Ailenin yüksek duygu ifadesinin (aşırı eleştiri ya da kollayıcı tutum) “tamiri” için aile tedavisi ya da ruhsal eğitim (psikoeğitim)
- * Kişinin hastalığın oluşumu hakkında bilgilendirilmesi, yaşadığı sıradışı yaşantıları anlayabileceği bir çerçeve

sunulması; önceki yaşam olayları ile hastalığın başlangıcı ve seyri arasındaki ilişkiyi kavramasını sağlayacak yaklaşımların uygulanması; başlıca semptom gruplarına yönelik spesifik yöntemler ve son olarak yinelemenin (nüks) önlenmesine yönelik çabaları içeren **kognitif-bilişsel psikoterapi**

* Sözel ve sözel olmayan iletişim becerileri, kişilerarası problem çözme, çevresiyle iletişim

kurma, iş başvurusunda bulunmak vb. yoluyla kişinin hastalık nedeniyle kaybettiği ya da hiç kazanamadığı temel becerileri kazandırmayı amaçlayan **psikososyal beceri eğitimi.**

* Hastanın ilaç uyumunu bozan her çeşit nedenin ele alınarak içgörü sağlanamasa da hekim-hasta ilişkisinde psikoterapi yoluyla sağlanacak güvene dayalı olarak ilaç tedavisinin sürdürülmesine yönelik **motivasyonel (güdüleyici) görüşme teknikleri**

SGK’nın, görüşüne esas olan hekimin ifade ettiği “psikoterapi hafif hastalıklarda etkili olurken biyolojik kökenli ağır bozukluklarda işe yaramaz” diye özetlenebilecek hatalı inancı paylaştığı görülmektedir.

şizofreni tedavisinin farmakolojik yöntemle sınırlı olduğu değil, şizofreni tedavisinde antipsikotik ilaç kullanımının vazgeçilmez bir bileşen olduğudur. Başka bir deyişle, farmakolojik girişimler, şizofreni tedavisinin gerekli olan ama yeterli olmayan bir bileşenidir.

“Burada hastanın hastalığını kontrol etmesi sadece ilacını düzgün almasıyla sınırlıdır.”

Şizofreni bir biyolojik yatkınlık zemininde ortaya çıkmakla

Yukarıdaki teknikleri yeri geldikçe kullanan, hastanın ego gücüne göre hedefler konmasını ve bunları engelleyen durumların aşılmasını, hastada psikozun alevlenmesine yol açabilecek her değişkenle mücadele edilmesine yönelik **destekleyici psikoterapi**. Destekleyici psikoterapi, belirti sorgulama, iyi bir hasta-hekim ilişkisi kurma ve hastanın güncel problemlerinin çözümlenmesinden ibaret olmayan, özgül bir müdahale yöntemidir ve temel belirtileri davranış, düşünce duygu ve kişiler arası ilişkilerdeki sorunlar ve aksamalarla kendini gösteren hastalıklarda başlı başına etkili bir tedavidir.

SGK görüşünde “*hastanın dinlenilmesi ve güncel problemlerin çözümlenmesine yönelik*” uygulamaların zaten her branşta gerekli olduğu belirtilmiştir. Bu doğrudur. Belirti sorgulama, iyi bir hasta-hekim ilişkisi kurma, güncel problemlerin çözümlenmesi vb. psikiyatride özgül olmayan hekimlik uygulamalarıdır ve bireysel psikoterapi olarak nitelenemezler. Ancak “*güncel problemlerin çözümlenmesi*” genel hekimlikte özgül bir müdahale olmasa da, psikiyatride, özellikle şizofrenide, özgül ve başlı başına etkili bir tedavi yöntemidir. Nitekim, şizofreninin takip ve tedavisinde güncel problemlerin psikiyatri uzmanınca ele alınmasının önemi birçok bilimsel çalışmayla gösterilmiştir. Güncel problemler (aile içinde ya da iş yerinde ilişki sorunları ya da verim düşüklüğü), hastalık seyrine ilişkin değerli bilgi veren belirtiler olabilir; alevlenme başlangıcına işaret ederek yinelemenin önlenmesinde büyük değer taşır. Bu da, ilaç dozunda artışın, hastaneye yatışların, her bir yineleme ile artan sosyal uyum zorluklarının önlenmesi, azaltılması ve tedavi maliyetinin düşmesi anlamına gelir.

SGK görüşününün bağlamı SUT ve maliyet olduğundan, bu müdahalelerin hastanın ve ailelerin hayat kalitesi üzerindeki dolaysız etkilerine değinmemekle birlikte, bunun da ayrıca önemli olduğunu belirtmek isteriz.

Bireysel psikoterapiyi “Hastanın hastalığı hakkında içgörünü edinmesini, hastalığını kontrol edebileceği noktayı öğrenmesi ve hastalığının gidişi konusunda söz sağlanması” olarak değerlendirmekte...

Yukarıda söz ettiğimiz psikoterapi yaklaşımları hastanın psikozu dekompanse eden iç ve dış nedenleri öğrenerek bunlarla başa çıkma yöntemlerini öğrenerek tam da **hastalığını kontrol edebileceği noktayı öğrenmesi ve hastalığının gidişi konusunda söz sağlanmasını** hedeflemektedir. Kaldı ki SGK’nın verdiği örnekteki fobi vb. hastalıklarda da psikoterapi hastalığın biyolojik nedenlerini değiştirmeyi hedeflememekte, bu biyolojik yatkınlık zemininde semptomları alevlendiren kognitif, dinamik vb nedenleri değiştirmeye yönelmektedir.

Kaldı ki özellikle Avrupa ülkelerinde şizofrenide psikoterapinin tedavi algoritmalarında yer alması, geri ödenmesi de tamamen ekonomik kaygılardan kaynaklanmaktadır. Şizofreni gibi sık sık acil servise başvurulması, yineleyen hastaneye yatışlar vb.

nedenlerle sağlık kaynaklarının yoğun kullanılmasına neden bir hastalıkta tedavi maliyetini düşürmenin ancak psikoterapinin de tedavinin parçası olarak kabul edilmesiyle mümkün olduğu Avrupa ülkelerinin sağlık otoritelerince bilinmektedir. SGK da şizofrenide tedavi maliyetini düşürmeyi amaçlıyorsa psikoterapinin daha yaygın kullanımını teşvik etmelidir.

Türkiye Psikiyatri Derneği psikiyatristlerin özel psikoterapi tekniklerinde yetkinliğinin artması için 2010 yılında başlattığı eğitici eğitimlerini sürdürmekte şizofrenide de psikoterapinin

daha yaygın kullanılmasını hedeflemektedir. Benzer şekilde Sağlık Bakanlığı’nın açmakta olduğu ve sayısını 200’e çıkarmayı hedeflediği Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri de şizofreni hastasını toplum içinde tedavi etmek için ilaç tedavisinin yanı sıra çoklu psikoterapi yaklaşımlarının yaygın kullanımını hedeflemektedir.

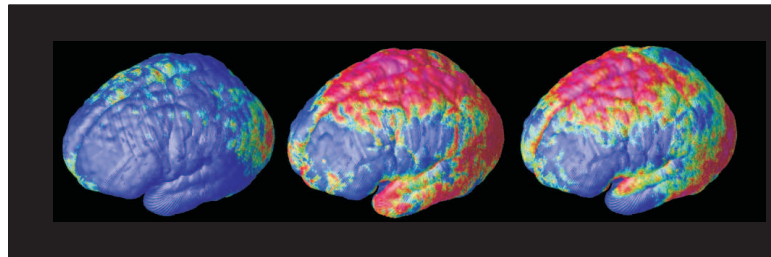
Şizofrenide bireysel psikoterapinin 5-10 dakikalık bir görüşme süresinde gerçekleştirilemeyeceği bir gerçektir. Bazı özel merkezlerde psikoterapi ücretinin otomatik olarak SGK’dan tahsil edilmeye çalışıldığına ilişkin tartışmaların yargıya intikal ettiği bilinmektedir. **Ancak ülkemizde devlet kurumlarının sık sık başvurduğu bir**

yöntemle uygulamadaki hataları bir başka hatalı uygulamayla gidermeye çalışmak aileleriyle birlikte sayıları 1-1,5 milyona ulaşan bir hasta grubunu mağdur edecektir.

Görüşümüz **SGK’nın uygulamadaki hata ve suistimalleri giderecek yollar ararken şizofrenide tedavi maliyetini düşürmeyi amaçlıyorsa psikoterapinin daha yaygın kullanımını teşvik etmesi gerektiğidir.**

Saygılarımızla.

07.07.2011



Türkiye Psikiyatri Derneği Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Bilimsel Çalışma Birimi Adına,

Prof. Dr. Alp Üçok

İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalı Öğretim üyesi,
Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar BÇB Koordinatörü

Prof. Dr. Cem Atbaşoğlu

Ankara Üniversitesi Ankara Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi

DÜNYA'DA EN FAZLA ALZHEIMER HASTALIĞI GÖRÜLECEK OLAN DÖRT ÜLKEDEN BİRİ: TÜRKİYE

Alzheimer hastalığı unutkanlıkla başlayan, kişinin zihinsel yetilerini elinden alan ve bakıma muhtaç duruma getiren bir hastalıktır. Ayrıca pek çok psikiyatrik belirti bir arada görülebilir ve hem hastanın hem de ailenin yaşam kalitesini ciddi derecede düşürebilir.

Bu hastalık dünyada 6. en sık ölüm nedenidir ve her yıl bu hastalığın dünyaya maliyeti yaklaşık 604 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. Bu rakam tüm dünya bütçesinin %1' ini oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Türkiye 2050 yılında dünya da en fazla Alzheimer hastası olacak 4 ülkeden biridir.

Ülkemizde yapılan hesaplamalara göre yaklaşık 400.000 Alzheimer hastası vardır ve bu hastaların aileleri de hesaba katıldığında çok geniş bir kitleyi ilgilendiren bir hastalık olduğu ve bir halk sağlığı sorunu olduğu açıktır. Alzheimer hasta yakınlarında bu yıl yapılan bir araştırmaya göre hastaların %75' i hastalık hakkında bilgi sahibi değil ve hastaya bakım verenlerin %27' sinde ciddi depresyon ve tükenme mevcuttur.

Alzheimer hastalığı halen tanınmıyor

Alzheimer hastalarının en az %50' si tanı ya da tedavi almadan hayatını kaybetmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre yaşayan ve çalışmaya katılan 1400 kişinin %83'ü yaşlanınca bunamanın 'normal' olduğunu düşünmektedir.

Halen hasta ve hasta yakınları bilgilendirme toplantılarına, sistematik bilgi desteğine, tam zamanlı veya gündüz bakım evlerine, daha fazla sayıda eğitilmiş bakım personeline, evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesine, hastalara ilaç dışı tedavi olanaklarının sağlanmasına, hastaların hayat kalitesini artıracak destek ürünlerinin sağlanmasına, hasta yakınlarına psikolojik destek sağlanmasına ihtiyaçları vardır.

Ülkemizde yaşlı sağlığı ve artacak olan Alzheimer hastalığı için politikalar ve uygulamalar geliştirilmesi, ilgili sivil toplum örgütlerinin aktivitelerini arttırması gerekmektedir.

23.09.2011

Prof. Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu

TPD Geriyatrik Psikiyatri Bilimsel Çalışma Birimi Koordinatörü

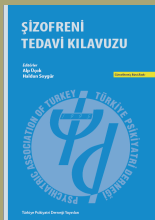
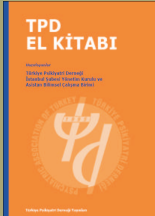
TPD kitaplığı genişliyor: *Destekleyici Psikoterapiye Giriş, Uzun Süreli Psikodinamik Psikoterapi, Farmakoterapi ile Psikoterapinin Birleştirilmesinde Yetkinlik*

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Glen O' Gabbard editörlüğünde yayınlanan psikoterapi kitaplarının çevirileri 47. Ulusal Psikiyatri Kongre'sinde satışa çıktı.

Kitaplara ulaşmak için:

www.psikiyatri.org.tr

0 312 468 74 97



47. Ulusal Psikiyatri Kongresi Antalya'da Yapıldı

47. Ulusal Kongre çok sayıda uzman ve uzmanlık öğrencisinin katılımıyla Antalya'da yapıldı. Kongre temasının "21. Yüzyılda Psikoterapi" olan kongre temasına uygun olarak farklı psikoterapi alanlarında çalışmaları bulunan isimler de kongrenin konuğuydu. Davetli konuşmacılar *Otto Kernberg*, *Bradley S. Peterson*, *Scott Haltzman*, *Yeşim Erim*'in yaptığı konuşmalar ve düzenledikleri çalışma grupları katılımcılardan büyük ilgi gördü.

26-30 Ekim tarihinde düzenlenen 47. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Kurul Başkanlığı kongrenin ardından basın bildirisi yayımladı. Söz konusu bildiri de şu ayrıntılara yer verildi.



21. Yüzyılda Psikoterapiler

Ana teması 21.yy'da psikoterapiler olan 47. Ulusal Kongremizin Bilimsel Kurul Başkanlığını yapmaktan büyük mutluluk ve onur duyuyorum.

Kongremizin bilimsel programı içerisinde başta psikoterapilerin değişik ruhsal hastalıklarda uygulanması olmak üzere konularında en yetkin ağızlardan dinleyeceğimiz konferanslar, paneller, çalışma grupları, kurslar, sözel ve poster bildiriler yer almakta.

Psikiyatrik tedavi bir bütündür ve kişinin hem biyolojik hem de psikososyal gereksinimlerine göre ayarlanmalıdır. Özellikle karmaşık durumlarda psikoterapiyi de içeren çok boyutlu yaklaşımlar gerekir. Tedavi planında, hastanın ilacı, dozu, ne sıklıkla ne kadar süre ile kullanacağı ve psikoterapi gerekiyorsa hangi tür psikoterapi uygulanması gerektiği, seans sayısı ve sıklığı belirlenir.

Günümüzde ilaçlar hem etkinliklerinin kanıtlanmış olması hem de kolay ulaşılabilir olmaları nedeniyle psikiyatrik tedavide çok önemli bir yer tutmakta. Maalesef son zamanlarda medyada

psikiyatrik tanı ve ilaç tedavilerine yönelik temelsiz, sorumsuz karalamalar yer aldı.

Psikoterapi ya da halk arasındaki tanımı ile "konuşma tedavisi, düşünce, duygu ve davranışları konuşma, ilişki kurma yolları ile etkileyerek değiştirme ve iyileştirme demektir. Bilimsel çalışmalar, psikoterapinin kişilikle ilgili sorunlarda, ruhsal bozukluklarda, hatta genetik geçişli olduğunu artık bildiğimiz ruhsal bozukluklarda bile etkili olduğunu ortaya koydu. Psikoterapi şizofreni gibi hastanın ilaç kullanmasının şart olduğu ciddi ruhsal bozukluklar söz konusu olduğunda bile hastanın belirtilerin alevlenmesine katkıda bulunan stres etkenleriyle daha iyi baş etmesine yardım eder.

Psikiyatrik tedavilerin çok önemli bir parçası olan psikoterapi ve ilaç tedavisi sıklıkla birbirini dışlayan tedaviler olarak görülür, psikiyatristler de sadece ilaç verilen kişiler olarak algılanır. Oysa uzmanlık eğitimi sürecinde gerek klinik içinde gerekse dışındaki kurslarla psikoterapide temel beceriler öğrenilir.

Halkımız psikoterapi konusunda yeterli bilgiye sahip değil. İstanbul Üniversitesinde tıp fakültelerinde yaptığımız bir anket çalışmasında katılımcıların önemli bir kısmının psikoterapiyi derdini anlatarak rahatlama ve fikir danışma olarak gördüğü saptanmıştır. Üçte ikisi psikoterapinin hangi durumlarda yapıldığını bilmemekte, önemli bir kısmı, özellikle eğitim düzeyi düşük olanlar, psikoterapi ile fizyoterapiyi karıştırmakta ve psikoterapinin boyun fıtığı, felç, özürüllük gibi durumlarda yapıldığını düşünmektedir. Katılımcıların çoğu devlet kurumlarından psikoterapi alabileceğini düşünmesine karşın, psikoterapi uygulananların yaklaşık yarısı özel bir kurumdan bu hizmeti aldığı belirtilmektedir.

Halkımızın bilgi eksikliğine ülkemizde denetimlerin de yetersiz olması eklenince ucube tedaviler, şarlatanlık diyebileceğimiz uygulamalar, ciddi sınır ihlalleri ve etik sorunlar ortaya çıkıyor; hastalarımız istismar ediliyor. Mesleki eğitimini ve formasyonunu tamamlamamış kişiler terapi yaptığını iddia edip hasta kabul edebiliyor. Edebiyat fakültesinin psikoloji bölümünden mezun olmuş bir kişi ben psikoterapi yapıyorum diyerek kapalı kapılar arkasında hasta tedavi edemez; klinik psikoloji ve psikoterapi gibi gerekli eğitimlerini aldıktan sonra psikiyatristlerle işbirliği içerisinde psikoterapi uygulayabilir. Yaşam koçluğu, NLP gibi uygulamalar terapi değildir. Bunları uygulayanlar başka mesleklerde eğitim almış, birkaç günlük kurslarla bu işe soyunan kişiler. Hastalarımıza yarardan çok zarar verdiklerini hepimiz günlük klinik uygulamalardan biliyoruz. Psikoterapi ayrı ve zorlu eğitim süreçlerinden geçerek uygulanması öğrenilen bir tedavi yöntemidir. Her psikoterapi ekolünün kendi içinde yapılandırılmış hem kuramsal hem de uygulamalı eğitimleri vardır. Ancak bu eğitimlerden geçmiş bir kişi psikoterapi uygulayabilir.

Psikiyatrist sayısının yetersizliği, hastalara ayrılan sürelerin kısa olması, performans kaygısı hastalara bütüncül yaklaşımın önündeki diğer önemli engeller. İçinde bulunduğumuz koşullar yetiştirdiğimiz psikiyatristlerin asistanlık eğitimleri boyunca kazandıkları terapötik becerilerini kullanmalarını, hastayı hakkıyla değerlendirmelerini, iç dünyalarını anlamalarını engellemektedir. Psikiyatristlerin hastalarını dinleyecek

Vakitleri yok. Bir günde çalışma saatleri içerisinde 50-100 hasta nasıl bakılabilir? Bu yoğunlukta çalışan hekimlerin moralleri bozuluyor, tükenmişlik hissedebiliyorlar, meslekleri hakkındaki olumlu duyguları yok oluyor Kamu kurumlarında değil psikoterapi hatta psikoeğitim yapmak, nitelikle sağlık hizmeti vermek neredeyse olanaksız. Kuşkusuz bazı hastalar hekimini 3 ayda bir 15 dakika görerek ve ilacını kullanarak iyi olabilir ancak birçok hastada bundan fazlasına ihtiyaç vardır. Hastalar beş merkez dolaşp birkaç dakika, en fazla 15er dakika görülüp, önerilen ilaçları birkaç günde bırakıp, hastalıkları hakkında en ufak bilgileri olmadan torba torba ilaç ve tetkiklerle dolaşacaklarına bir psikiyatristin hiç değilse yarım saat ayırarak görmesi daha olumlu sonuçlar vermez mi?

Psikoterapinin geri ödemelere girememesi de uygulanmasını kısıtlamakta, ne ödenirse o uygulanmakta. Ödemeler saat başına yapılıyor, oysa seans başına yapılmalı, bir psikoterapi seansı yarım saat ya da 45 dakika olabilir. Ayrıca SGK sisteminde hastaları en erken 10 gün sonra çağırabiliyoruz. Oysa yapılandırılmış bir psikoterapi bu şekilde uygulanamaz. Hastalar belli bir süre boyunca haftada bir bazen iki kez çağırılır. Yapılan çalışmalar psikoterapinin ilk bakışta pahalı bir tedavi gibi gözükmesine karşın aslında yaşam boyu tedavi maliyetini düşürdüğünü göstermektedir. Psikoterapi uygulamalarının teşvik edilmesi ve SGK geri ödeme sistemine dahil edilebilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması sağlık harcamalarını uzun vadede olumlu etkileyecektir. Psikoterapi genellikle muayenehanelerde ya da özel sağlık merkezlerinde uygulanıyor. O halde neden muayenehanelerle de SGK anlaşması yapılmasın? Bu yapıldığı takdirde hastaların ödeyebilecekleri bedellerle terapi alabilecekleri en uygun yerler olan muayenehanelerin kapatılması için hukuk dışı baskılar yapılmakta.

Büyük emeklerle alınan eğitimlerin performans puanı ve parasal getirisi düşük, bu nedenle özel hastaneler psikiyatristleri istihdam etmiyorlar. Psikiyatrik sorunları olan hastaları nörolog ve psikologlar tedavi ediyor. Aradaki farkı bilmeyen halkımız çoğu zaman yetersiz hatta hatalı tedaviler alabiliyor.

Bu sorunların çözümü için psikiyatristlere kulak verilmeli, sınırlı sayıdaki psikiyatristleri meslekten soğutmak yerine en yüksek verimde çalışmalarını özendirecek koşullar sağlanmalıdır. Halkımızın daha nitelikli ruh sağlığı hizmeti alması ve hastalarımızın tedavilerinin biyolojik psikolojik ruhsal yönleri göz önüne alınarak çok yönlü planlanmasının ve psikoterapiye erişim olanaklarının artması için yukarıdaki sorunların ilgili makamlarca derneğimizle işbirliği içerisinde ele alınmasını temenni ediyorum.

31.10.2011

Prof. Dr. Mine Özmen

Bilimsel Toplantılar Düzenleme Kurulu Başkanı

Bilimsel Çalışma Birimlerine Üyeliklerin Yenilenmesi ve Koordinatör Seçimleri Tamamlandı



Yeni internet sayfasının yayına girmesi ile birlikte derneğimiz üyeleri üyelik bilgilerini kolaylıkla güncelleme olanağına kavuştular. Üye güncellemeleri sırasında başka olanakların yanısıra üyeler Bilimsel Çalışma Birimleri'ne kayıtlarını da güncelleme olanağı buldular. Eylül ayı içinde ise güncellemelerin ardından internet sayfasına kayıtlı üyeler tarafından bilimsel çalışma birimlerinin koordinatör seçimleri yapıldı.

Şube Genel Kurulları Tamamlandı TPD Genel Kurulu 26 Kasım 2011 Cumartesi Ankara'da

Derneğimizin 9. Genel Kurul süreci şube genel kurullarının tamamlanmasıyla yeni bir aşamaya girdi. Şube genel kurullarında yeni yönetimler belirlendiği gibi dernek merkez genel kurulunda oy kullanacak delegelerin de seçimi yapıldı.

Bilindiği gibi TPD seçimli genel kurulu her iki yılda bir Kasım ayında Ankara'da yapılıyor. Adana, Ankara, Bolu, Bursa, Denizli, Diyarbakır, Edirne, Elazığ, Erzurum, Eskişehir, Gaziantep, İstanbul, İzmir, Kayseri, Kocaeli, Konya, Manisa, Samsun, Trabzon olmak üzere TPD'nin toplam 19 şubesi bulunuyor. İki yılda bir Eylül ayı içinde, her şube genel kurulunu topluyor ve üye sayısı ile orantılı olarak delegelerini belirliyor. Delegelerin ise merkez genel kurulunda oy kullanma hakkı bulunuyor.

TPD 2011 genel kurulu 26 Kasım cumartesi günü saat 10.00'da Plaza Hotel'de (Bestekar Sokak No:5 Kavaklıdere, Ankara adresinde toplanacaktır. Bu yıl bir ilk olarak delegelerin ulaşım ve konaklama giderleri de şubeler tarafından karşılanacaktır.

Van Depremi ve TPD

Değerli Meslektaşlarımız;

23 Ekim 2001 günü saat 13.41'de Van-Erciş'te meydana gelen deprem meslek topluluğumuzda büyük üzüntü yaratmıştır. Deprem haberi ulaşır ulaşmaz, bölgede bulunan üyelerimiz ile irtibat kurulmaya çalışılmıştır. Meslektaşlarımızın sağlık durumları ile ilgili olumsuz bir haber alınmamıştır. Bölgedeki meslektaşlarımızın sağlık kuruluşlarında bir yandan depremde vatandaşlarımıza sağlık hizmeti sunmaya devam etmekte, diğer yandan yataklı servislerde yatarak tedavi gören hastalarını güvenli bölgelere ve hastanelere sevketmeye çalışmaktadırlar. Derneğimiz, Ruhsal Travma ve Afet Bilimsel Çalışma Birimi (BÇB) ve Erzurum Şubesi aracılığıyla bölgedeki meslektaşlarımızla irtibatı sağlamakta, Kızılay Koordinasyon Merkezi ile işbirliğini sürdürmektedir.

Bölgede depremde etkilenen vatandaşlarımıza yönelik, Afete Psikososyal Hizmetler Birliği (APHB) ile işbirliği içinde TPD Ruhsal Travma ve Afet BÇB Koordinatörü Dr. Feyza Çelik, TPD Erzurum Şubesi'nden Yrd. Doç. Dr. Mustafa Güleç ve Dr. Gökhan Daloğlu gerekli incelemeleri yapmak, gereksinimleri saptamak ve ruh sağlığı açısından destek sağlamak amacıyla bugün (24.10.2011) sabah bölgeye hareket edeceklerdir.

Meslektaşlarımızın hazırlayacağı rapora göre TPD gerekli çalışmaları yapacaktır. Türkiye Psikiyatri Derneği olarak depremde hayatını kaybeden vatandaşlarımıza rahmet, yakınlarına başsağlığı ve yaralılara acil şifalar dileriz.

24.10.2011

Değerli Meslektaşlarımız

Deprem bölgesinde gün içerisinde üyelerimizce yapılan çalışmalar ve tarafımıza iletilen bilgiler sonucunda Van ili merkezinde vatandaşlarımıza psikiyatrik destek sağlayabilecek sayıda psikiyatri hekimi olduğu ve üniversite hastanesi psikiyatri kliniği tarafından hizmet veren bir psikiyatrik destek birimi oluşturulduğu saptanmıştır. Van ili merkezine kıyasla Erciş'te daha fazla psikiyatrik destek birimine ihtiyaç olduğu anlaşılmıştır. Erciş'te Afete Psikososyal Hizmetler Birliği çatısı altında TPD adına psikososyal destek birimi oluşturulmasına karar verilmiştir. Erciş'te şu an iki psikiyatri hekimi bulunmaktadır. Erciş'te, bu destek biriminde çalışmak isteyen gönüllü meslektaşlarımızın tpdmerkez@gmail.com, tpd-myk@psikiyatri.org.tr adreslerine iletişim bilgilerini bildirmelerini rica ederiz.

Uzm. Dr. Mehmet Yumru

Türkiye Psikiyatri Derneği MYK Adına

25.10.2011

Değerli Meslektaşlarımız,

Van'da ardarda meydana gelen depremler meslek topluluğumuzda büyük üzüntü yaratmıştır. İlk depremde sonra TPD Ruhsal Travma ve Afet BÇB ve TPD Erzurum Şubesi aracılığıyla bölgedeki meslektaşlarımızla bağlantı kurulmuş, gönüllü üyelerimizin katılımıyla Kızılay'ın koordine ettiği Afete Psikososyal Hizmetler Birliği (APHB) ile işbirliği içinde depremde etkilenen vatandaşlarımıza yönelik çalışmalar sürdürülmüştür. Bu süreçte ayrıca, Ankara'da Başbakanlık Afet Komisyonu, APHB ve Sağlık Bakanlığı nezdinde girişimlerde bulunulmuştur. Bölgede yaşanan gelişmeler sizlere e-posta ile bildirilmiştir.

İkinci deprem sonrasında ise, etkilenenlere yönelik hizmetin daha yaygın bir bölgede sürdürülmesini sağlama gereği yanında, öncelikle bu bölgede yaşayan meslektaşlarımızın temel yaşamsal ihtiyaçlarının giderilmesi, fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklarının korunması gerekmektedir. Bölgede görev yapacak gönüllü meslektaşlarımızın barınma ve çalışma koşullarının düzenlenmesi ve sürekliliğinin sağlanması da önem taşımaktadır.

Bölgede yaşayan hekimlerimiz ve bölgede gönüllü olarak çalışan meslektaşlarımızdan aldığımız bilgiler sonucunda:

1. Bölgede yaşayan hekimlerimizin hemen hepsi depremde önemli derecede zarar görmüşlerdir. Temel yaşam gereksinimlerini karşılayamayacak ve hizmet veremeyecek durumdadırlar. Sağlık Bakanlığı tarafından kendilerine on gün izin verildiğinin açıklanmasına karşın, kimi hastanelerde yöneticilerin bu uygulamayı başlatmadıkları öğrenilmiştir.

2. Bölgede gönüllü olarak çalışan meslektaşlarımız Afete Psikososyal Hizmetler Birliği (APHB) konteynirinde güvenli ve sağlıklı koşullarda barınmaktadırlar.



3. Bugün bölgeye ulaşacak olan meslektaşımız Hamid Boztaş'ın bölgedeki yetkililerle (vali, il sağlık müdürü, başhekimler, TTB) de görüşerek gereksinim ve hizmetlere yönelik değerlendirme yapması planlanmıştır. Bu çalışma sonrası yapılacak planlama ve girişimler sizlere duyurulacaktır.

Bu süreçte meslek topluluğumuzun duyarlılığı ve özellikle bölgede yaşayan meslektaşlarımızın temel yaşamsal

gereksinimlerini karşılamak için başlatılan konteyner sağlama girişimi TPD-MYK tarafından desteklenmektedir. Yardım ve çalışmaların sistematik bir biçimde yapılması, amaca ulaşılmasında büyük önem taşımaktadır. Derneğimiz hukuk danışmanından aldığımız bilgiye göre bir yardım kampanyasının dernek üzerinden yürütülmesine hukuken olanak olmadığı anlaşılmıştır. Benzer şekilde dernek adı kullanılarak yapılacak banka işlemlerine ilişkin de hukuki sorunlar ortaya çıkabileceği öğrenilmiştir. Bölgedeki yetkililerle yaptığımız görüşmelerde Kızılay'ın konteyner sağlamadığı, konteyner satın alınırsa muhafaza edemeyeceği, yalnızca APHB'ye bağışlanırsa, daha sonraki dönemlerde sadece APHB sağlık personelleri için kullanılabilmesi öğrenilmiştir. Diğer seçenek konteynerların Van 100. Yıl Üniversitesi'ne bağışlanmasıdır.

Bildiğiniz gibi bu dönemdeki önemli diğer bir öncelik bölgede gönüllü olarak çalışabilecek meslektaşlarımızın başvurularının sağlanması ve hizmetin planlanmasıdır. Derneğimiz, Sağlık Bakanlığı ve Afette Psikososyal Hizmetleri Birliği ile ortak bir çalışma ile on gün arayla iki kişi olmak üzere en az altı ay bölgeye gönüllü göndermeyi planlamaktadır. Gönüllü olanların kurum izinleri Sağlık Bakanlığı tarafından alınacak ve ulaşım ve konaklamaları bakanlık tarafından karşılanacaktır. Yeni gönüllülere ihtiyacımız olduğunu bildirir, gönüllülerin iletişim bilgilerini dernek e-posta adresine iletmelerini rica ederiz.

Bu süreçte emek veren ve verecek olan tüm meslektaşlarımızıza teşekkür ederiz. Saygılarımızla. 12.11.2011

Değerli Meslektaşlarımız

Dernekler masasından aldığımız bilgi ve hukuk danışmanımızın araştırması sonrasında Türkiye Psikiyatri Derneği olarak konteyner alabileceğimizi ve bölgedeki arkadaşlarımızın



zın kullanımına sunabileceğimi öğrenmiş durumdayız. Bunun üzerine Türkiye Psikiyatri Derneği Edirne Şubesi'nin de katkılarıyla 3 konteyner alınmasına karar verilmiş ve siparişi verilmiştir. Konteynerlerin imalatı hafta içinde tamamlanarak Van'a taşınacak, Kızılay tarafından uygun yere monte edilmesi sağlanacaktır. Bu amaçla APBÇB Koordinatörümüz APHB Sekreteryası ile bağlantı kurmuş ve gerekli girişimlerde bulunmuştur. Derneğimiz gönüllü meslektaşlarımızın katkılarıyla yürüttüğü ruhsal destek çalışmalarını bölgede en az bir

yıl kalarak sürdürme amacındadır. Bu gelişmenin bu çalışmalara önemli bir katkı ve kolaylık sağlayacağı inancındayız. Siz değerli üyelerimizin gösterdiği duyarlılık ve dayanışma örneği için teşekkür eder desteklerinizin devamını dileriz.

Saygılarımızla.

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yürütme Kurulu

12.11.2011

Değerli Meslektaşlarımız

Derneğimiz Van ve Erciş'te çalışan ve TPD gönüllüsü olarak bölgeye giden meslektaşlarımızın barınma sorununun çözmek için gerekli girişimleri başlatmıştır. Gelişmeler ile ilgili olarak üyelerimizi bilgilendirmeyi sürdüreceğiz. Üyelerimizin duyarlılığı ile başlayan yardım kampanyasının sonuca ulaşmasında derneğimizin aracı olması talep edilmiş ve bu görevi üstlenmesi istenmiştir. MYK olarak bu görevi yerine getirebilmek için gereken yazışma ve işlemleri sürdürüyoruz. Bir çok üyelerimizin vurguladığı gibi bu yardımın amaca yönelik kullanılması toplanan yardımların derneğimize üyelerimiz tarafından bağış olarak yatırılması ile olanaklı olacaktır. Bağışta bulunan tüm üyelerimize makbuz gönderilecek ve makbuz üzerine bağış gerekçesi yazılacak, harcamalar ile ilgili işleyen süreçte ayrıntılı bilgiler verilecektir. Konteynerlerin imalatı sonrasında da kullanılabilir hale gelmesi için içinin döşenmesi ve düzenlenmesi de gerekmektedir. Toplanan bağışın miktarı ve bölgenin ihtiyacına göre alınacak konteyner sayısı arttırılabilecektir. Bağışlarınız için EFT yapabileceğiniz hesap numarası aşağıda iletilmiştir.

Bununla birlikte bölgede psikiyatrik hizmetlerin devam edebilmesi ve deprem bölgesinde halen görev yapmakta olan meslektaşlarımıza destek verilebilmesi için gönüllülere ihtiyacımız artarak sürmektedir. Bölgedeki arkadaşlarımızdan aldığımız bilgiler ve ortaya çıkan yeni gereksinimler sonucunda hem Van hem de Erciş'te ikişer meslektaşımızın çalışmasının daha uygun olacağına karar verilmiştir. Kızılay ile yaptığımız görüşmeler çerçevesinde bundan sonra bölgeye her 10 günlük dönem için 4 gönüllü meslektaşımız gönderilecektir. Bu durum yeni gönüllülere çok ihtiyaç duyduğumuzu göstermektedir. Bu amaçla bölgede gönüllü olarak çalışmak isteyen arkadaşlarımızın isimlerini gecikmeden dernek e-posta adresine bildirmelerini rica ederiz.

Bölge de görev yapmakta olan meslektaşlarımızın izlenimleri ve değerlendirmelerini içeren raporlar "<http://www.psikiyatri.org.tr/upload.aspx?uplo ad=565>" adresinde yer almaktadır.

Sergilediğiniz duyarlılık ve dayanışma çabası için siz değerli üyelerimize tekrar teşekkür eder desteğinizin ve katkılarınızı sürmesini dileriz. Saygılarımızla.

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yürütme Kurulu

13.11.2011

TPD Hesap Numarası: T. İş Bankası Ankara Üniv. Cebeci Hast. Şb. IBAN: Tr730006400000143650020084

TPD Üyelerinin Deprem Bölgesi İzlenimleri ve Deprem Raporu

1 2.30 itibariyle Van havaalanına iniş ardından İŞGEM Mevlana çadırkentine gelişt. Psikolog Elif Kandaz ile birlikte 7 kişinin muayenesi yapıldı, bu kişilerden biri hipomani tanısı almaktaydı, gözlemlerle ilaç tedavisi başlanmasına karar verildi. Herhangi bir psikotrop ilacın çadırkentte bulunmaması nedeniyle ilaç temin çalışmalarına başlandı. İl sağlık müdürü Orhan beyin telefon numarasına ulaşılmasına rağmen kendisi telefonlarına cevap vermedi. Erciş çadırkentinde çalışmakta olan Dr. Cafer Algan'a ulaşılarak elinde olan ilaçların küçük bir koli halinde gönderilmesi sağlandı.

Dr. Zerrin Oğlağı

10.11.2011



Sabah saatlerinde psikolog-psikolojik danışman ve sosyal hizmet uzmanları tarafından prefabrik ziyaretleri ile daha önce psikopatoloji tespit edilen hastaların yönlendirilmesi ile tüm gün konteyner içinde poliklinik yapıldı, toplamda 18 hasta muayene edildi, var olan ilaçlarla tedavileri başlandı. MS tanısı olan ve ASB tanısı alan ve parenteral steroid tedavisi aksayan bir kadın hastanın il dışına nakli için il sağlık müdürlüğü ile görüşüldü.

Mevlana evlerinde 228 prefabrik ev ve 18 çadır bulunmaktadır. 2. Deprem öncesinde 1200 civarında olan nüfusun özellikle gece saatlerinde 2000 civarına yükseldiği tahmin edilmekte. Kentin alt yapısı 1200 civarında nüfusa göre planlandığından çoğu konuda aksaklık yaşanabilmekte. Kadın ve erkeklerin birbirinden ayrı 10ar kadar seyyar tuvaleti mevcut. Dış alması çamaşır yıkama imkanı yok. Kızılay tarafından 3 öğün yemek dağıtılıyor ancak nüfus artışı ile birlikte yemeğin yetişmediği oluyor.

Dr. Zerrin Oğlağı

11.11.2011

Dr. Hamid Boztaş havaalanından alındı, Van Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışmakta olan Dr. Zeynep Dadalı ziyaret edildi. Kendisi halen orada çalışan tek psikiyatrist. Gündüz saatlerinde çadırlar halinde hizmet veren hastanede bulunduğu, geceleri arabasında yattığı ve gerek duyulduğunda hastaneye telefonla çağırıldığı öğrenildi.

Ardından İpekyolu Devlet Hastanesinde çalışmakta olan Dr. Osman Özdemir ile görüşüldü. Şu anda kendisi hastanede çalışan tek psikiyatrist olmakla birlikte pazartesi itibariyle Dr. Umut Karasu ve Dr. Özgür Özbebit'in kente döneceği öğrenildi. Kendisi gündüz saatlerinde tek katlı acil binasında hizmet verdiğini, akşamları hastane yakınında bulunan FTR merkezinde yattığını ancak banyo yapma imkanı olmadığını bildirdi.

Her iki hastanede reçete edilen ilaçlar şehir merkezinde bulunan eczanelerden temin edilmekle birlikte yeşil kart vizesinin dolmuş olması halinde ilaçlar verilmiyor. Çalışan arkadaşların ellerinde güvencesiz hastalara verebilecekleri ilaç stoğu bulunmuyor. Van'a gönüllü olarak gelen psikiyatristlerin yazdığı reçetelerin eczaneler tarafından kabul edilmesine dair bilgi ve anlaşma yok, gelen kişilerin kaşelerinin kabul edililmeyeceği bilinmiyor.

Her iki doktor arkadaşımız da aslında yerlerine biri geldiği takdirde bir süre kentten ayrılmak istediğini belirtti.

Eğitim ASM'de bulunan sağlık bakanlığı koordinatörü Yeşim hanım ile görüşüldü. Yeşim hanım, afet eylem planı hakkında bilgilendirdi. Şu ana kadar Kızılay ve Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde yürütülen işlerin koordinasyonunu Aile ve sosyal politikalar bakanlığına devredildiği bildirildi. Bu plan kapsamında öncelikle saha taraması yapılacağı, çadırlar ve prefabrikler gezilerek anket uygulanacağı, APHB üyelerinden de destek isteneceği öğrenildi. Bu plana göre Van merkez-Erciş ve köyler olmak üzere 3 alan belirleniyor. Kalıcı konut yapımı Ağustos 2012yi bulacak gibi görünüyor. Alanda çalışacaklar için afetlerde psikososyal yaklaşım eğitimleri verilmesi planlanıyor. Psikiyatristlerin en az 30 Nisan'a kadar aktif çalışacağı öngörülmüyor.

İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı Şube Müdürü Nurhan hanım ile 13.11.11 tarihinde görüşülmesi planlandı.

Yerel kriz masasından şahsi ilişkiler çerçevesinde tarafımıza ulaştırılan paketlenmiş iç çamaşırı-çorap havlu kutuları Van Kadın Derneği (VAKAD) yetkililerine teslim edildi.

Halen şehirde 4 çadırkent mevcut, yakın zamanda 6 tane daha kurulması planlanıyor. Bu çadırkentlerden sadece Mevlana çadırkentinde APHB ekibi mevcut, diğer kentlerde ne sağlık hizmeti, ne de psikososyal destek verilebilmekte.

Erciş yenikent çadırkenti ve stadyum çadırkentinde bir psikiyatri uzmanı ve bir çocuk psikiyatrisi uzmanı hizmet vermektedir.

Van merkez 75. Yıl çadırkenti (stadyum), bir revir çadırına sahip olup bulunduğumuz çadırkentekine benzer hizmet sunulmasına en uygun çadırkent gibi gözükmektedir. Van merkezindeki diğer çadırkentler konum-güvenlik-lojistik nedenlerden dolayı ilk etapta kalıcı hizmet vermeye uygun

gözükmemektedir. Ayrıca bu çadırkent YYU'ne çok yakın olup 3. Konteyner edinilmesi halinde YYU ile afiliye halde çalıştırılabilir. Pazartesi günü tüm çadırkentler APHB ekibinin diğer bileşenleri ile tekrar gezilerek gözden geçirilecektir.

Çadırkentlerde kalıcı hizmet verilemeyen, hastanelere başvurmayan ancak depremin psikososyal etkilerine maruz kaldığı bilinen başta köylerde yaşayan yurttaşlara gezici ekiplerle psikiyatrik destek verilmesi planlanmalıdır. Ancak kızılayın lojistik destek hizmetleri içinde bulunduğumuz çadırkent dışında geçerli değil. Bunun valilik ve aile-sosyal politikalar bakanlıkları ile görüşülerek koordine edilmesi şarttır. Çocuk psikiyatristi yok. Çocuk psikiyatristlerinin çalışmakta olduğu Kadın ve Çocuk hastanesi oldukça hasarlı, kapanmış durumda.

Sınır tanımayan hekimler örgütünden bir psikolog kendi örgütlerinin köylerde çalışacağını bildirdi.

Erciş'teki İstanbul Eczacılar Odası tır o bölgeden ayrılmış.

Dr. Zerrin Oğlağı, Dr. Hamid Boztaş

12.11.2011

İzlenimler ve Öneriler

1. Birinci basamakta psikiyatrik sağlık hizmeti sunulmuyor, ikinci basamakta acil psikiyatrik hizmet veren 2 yer mevcut (van eğitim araştırma-ipekyolu devlet hastanesi, oralarda da birer kişi çalışıyor). Üçüncü basamak psikiyatrik hizmet yok.
2. Kentte kalan ve çalışan psikiyatrist arkadaşlar tükenmiş durumda, hepsi çok travmatize, büyük çoğunluğu zaten şehri terk etmiş. Mümkün olduğunca oradaki arkadaşlarımızı dinlendirecek bir rotasyon sistemi kurulmalı ama bir devlet kurumunda çalışılacağı için bunun bakanlıkla koordinasyonu ve izin alınması sağlanmalı.
3. Sağlık bakanlığının 10 psikiyatrist-10 psikolog görevlendireceği söyleniyor ancak bu söylenti bir haftadır mevcut, henüz görevlendirilen kimse yok.
4. Akut dönem ruhsal hizmetlerinin sunumu ile uzun süreli hizmet sunumunun planlanması gerekli.
5. Van merkeze 2 kişi, Erciş'e 1 kişi görevlendirilebilir. Ayrıca şu ana kadar ne devlet ne APHB köylere ulaşmış. Köylerdeki dağınık haldeki ve mahalle aralarında kurulan çadırlardaki ruhsal sağlık hizmeti ihtiyacı duyan kişilere ulaşmanın planlanması gerekli. (İçinde psikiyatrist olan gezici bir ekip araba ile buraları bir haftada gezebilir.)

Dr. Zerrin Oğlağı, Dr. Hamid Boztaş

İntiharı Önleme Sempozyumu Rize'de Yapıldı

Dünya İntiharı Önleme Günü nedeniyle Rize'de düzenlenen "IV. Dünya İntiharı Önleme Günü Sempozyumu" 10 Eylül Cumartesi günü gerçekleştirildi.

Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İntiharı Önleme Derneği, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği ve Türkiye Psikiyatri Derneği'nin ortaklaşa düzenledikleri sempozyumda; "Gelecek 10 Yılda Türkiye'de İntiharlarla İlgili Sağlık Politikaları", "Ergenlerde İntihar Davranışı", "Öfke ve İntihar Davranışı", "Ateşli Silahlar ve İntihar Davranışı", "Medya ve İntihar Davranışı" gibi başlıklarla oturumlar düzenlendi. Ayrıca, "Medyada İntihar Davranışı Konulu Haberlerde Etik İlkeler Afiş Sergisi" de katılımcılara sunuldu.

Konferansa konuşmacı olarak katılan Türkiye Psikiyatri Derneği Krize Müdahale ve İntiharı Önleme Bilimsel Çalışma Birimi Koordinatörü Prof. Dr. Tarık Yılmaz; "Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, her yıl yaklaşık 1 milyon kişi intihar sonucu hayatını kaybetmekte ve geride ailesinden bir üyenin ya da arkadaşının yasını tutan 5 ila 6 milyon kişi bırakmaktadır. Sonlandırılmış intiharların yanı sıra yine her yıl, yaklaşık 10 ila 20 milyon kişinin intihar girişiminde bulunduğu bildirilmektedir,



ki bu her 3 saniyede 1 kişinin intihar girişiminde bulunduğu anlamına gelir." diye konuştu.

Prof. Yılmaz ayrıca; "İntihar oranları ülkemizde giderek artmaktadır. Son 30 yılda intihar edenlerin sayısı yüzde 440 artış göstermiştir. Son 10 yılda Türkiye'de toplam 25 000 kişi intihar sonucu kaybedilmiştir. İntihar oranları endüstriyel ülkelerden daha düşük olmasına rağmen aradaki farkın hızla kapandığı dikkati çekmektedir. Son veriler her yıl yaklaşık 2800 kişinin ülkemizde intihar sebebiyle kaybedildiğini göstermektedir. Bu rakam trafik kazalarında ölenlerin yarısı kadardır. Özellikle genç yaşta intihar oranları giderek artmakta ve bu yaş grubu için intihar ilk 4 ölüm sebebinden birini oluşturmaktadır." diye belirtti.

Psikiyatri Güz Okulu Bolu'da Yapıldı



İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD Tarafından 2000 yılından bu yana düzenlenen Psikiyatri Güz Okulu on yıllık tarihiyle artık bir geleneğe dönüştü. Hem asistan eğitimi hem de mezuniyet sonrası eğitimin günümüzdeki en değerli eğitim modellerinden biri oldu. Geçen yıl gerçekleştirilen okul sonrasında Güz Okulu Türkiye Psikiyatri Derneği'nin eğitim etkinliklerinden biri oldu. Bu eğitim kimi zaman eğitim kurumları ile işbirliği yaparak gerçekleştirilmeye devam edecek.

Güz Okulu bu yıl Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın işbirliği ile Bolu'da gerçekleştirdi. Güz Okulu'nun bu yılki teması Doç. Dr. Ali Nahit Babaoğlu Anısına "Psikiyatri Tarihi ve Tarihin Psikiyatrisi" olarak belirlendi. Bu başlık altında hem Türkiye ve Dünya psikiyatrisinin tarihini psikiyatrinin evrimi, hem de psikiyatrinin ve psikiyatriyi etkileyen önemli kuramların tarihe nasıl baktığı, nasıl anladığı ve etkilediği, bu bakışın sosyal, ekonomik ve politik kaynakları tartışıldı.

Okulun önceliği asistan eğitimi ve uzmanlık sonrası eğitime katkı sağlamanın yanında, farklı bölge ve kurumlarda çalışan psikiyatri asistan ve uzmanları arasındaki bilimsel ve eğitsel iletişimi ve mesleki dayanışmayı artırmaktır. Eğitim etkinliği TTB tarafından kredilendirilen okul artık bu yıl kurumsal kimlik kazanan Eğitim Üst Kurulu'nun etkinlik alanında yer alan TPD okulları içinde varlığını sürdürecektir.

TPD VI. Yeterlik Sınavı Ulusal Kongre'de Yapıldı

Türkiye Psikiyatri Derneği 6. Yeterlik Sınavı'nın yazılı aşaması 26 Ekim 2011 Çarşamba günü 47. Ulusal Psikiyatri Kongresi sırasında Antalya'da yapıldı. Son başvuru tarihi 21 Ekim 2011 olan sınavın yazılı aşamasına uzmanlık eğitiminin son yılında olan tıpta uzmanlık öğrencileri de katılabilmekte. Yazılı sınavda başarılı olan psikiyatristlerin katılacağı uygulamalı sınav ise 25 Kasım 2011 tarihinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı'nda yapılacaktır.

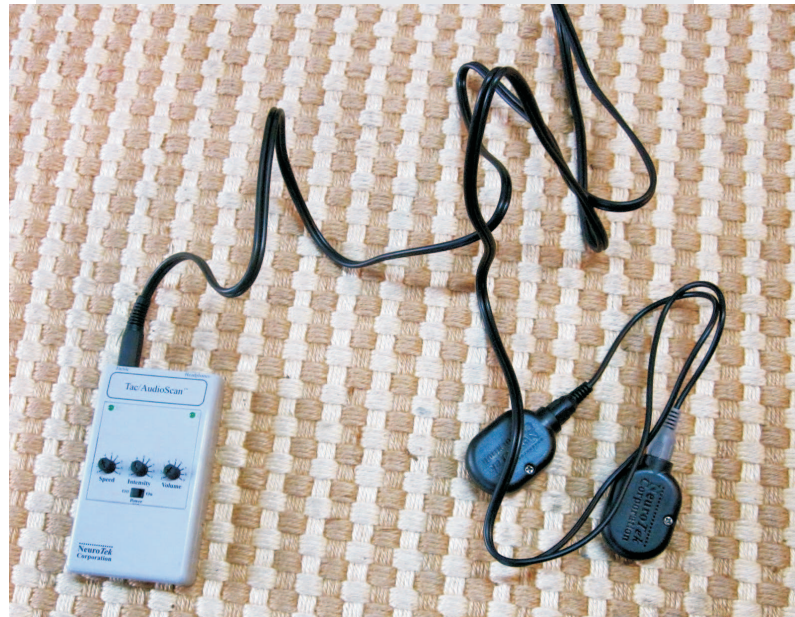
TPD Psikoterapi Eğitimleri

Türkiye Psikiyatri Derneği'nin geçtiğimiz yıl içinde planladığı ve duyurusunu yaptığı psikoterapi eğitici eğitimleri devam ediyor. Bilişsel davranışçı terapi eğitiminin birinci modülü geçtiğimiz aylarda tamamlandı. Diğer terapilerle ilgili eğitici eğitimleri ise devam ediyor. Eğitimlerin önümüzdeki yıl içinde tamamlanması planlanıyor. Daha sonra ise bölgesel eğitici eğitimlerine geçilecek.

TPD EMDR Kursları İstanbul ve Ankara'daydı

Daha önce Antalya, Elazığ, İzmir ve Erzurum'da düzenlenen Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) Uygulaması kursları geçtiğimiz aylarda İstanbul ve Ankara'da yapıldı. Doç. Dr. Burhanettin Kaya tarafından verilen kurslarda katılımcılara TSSB ve diğer ruhsal bozukluklarda EMDR'nin yeri ve etkinliği anlatılırken EMDR Uygulamasının temel ilkeleri ve aşamaları öğretiliyor.

EMDR başta TSSB olmak üzere daha çok örseleyici yaşam deneyimleri sonucu ortaya çıkan ruhsal belirtilerin tedavisinde kullanılan bir psikoterapi tekniği olarak son yıllarda çok ilgi çekmektedir. EMDR örseleyici yaşam deneyimlerinin beynin bazı bölgelerinde yarattığı aşırı uyarım ve ortaya çıkan nöronal işlev bozukluğunu bilgi



işleme sürecini bozduğu, bunun sonucunda bilginin anksiyete doğuran orijinal haliyle donduğu varsayımına dayanmaktadır. Bilginin işlenememesi, zorlayıcı (intruziv) düşünceler ve yeniden yaşantılaşma belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Yıllar içinde EMDR'nin birçok ruhsal bozukluğun, özellikle travma ile ilişkili belirtilerin tedavisinde etkili olduğuna ilişkin kanıtlar artmış ve kullanım alanı giderek genişlemiştir. Bu kursun amacı katılımcılara travma ile ilişkili ruhsal bozukluklarda EMDR'nin kullanımı konusunda bilgi ve beceri kazandırmaktır.

Türkiye Psikiyatri Derneği İstanbul Şubesi

10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü Basın Açıklaması

Her yönüyle ruh sağlığını ele aldığımız bugün Türkiye Psikiyatri Derneği İstanbul Şubesi adına, verimli bir ruh sağlığı hizmeti sunabilmenin koşullarına odaklanmak istiyorum.

Nitelikli bir ruh sağlığı hizmeti, huzurlu, mesleğinden yeterli doyum alan, üretebilen ve kendini geliştirebilen ruh sağlığı çalışanları tarafından verilebilir.

İnsanın ruh sağlığının temel göstergelerinden biri verimli ve tatmin edici bir çalışma yaşamının olmasıdır. Her hekim hastasına yeterli özeni ve dikkati göstererek hizmet verme hakkına sahip olmalıdır. Bu, hekimin hastasına karşı yükümlülüğünü yerine getirmesini ve etik ilkelere uymasını sağladığı kadar hekimin kendisine de mesleki doyum olanağı veren bir haktır.

İçinde bulunduğumuz yıl, *Sağlıkta Dönüşüm* adı altında çıkarılan yeni yasalar ve alınan kararlar ile hekimlerin çalışma koşullarının giderek belirsizleştiği, performans sistemi ile verilen hizmetin niteliğinden çok hizmetin birim zamanda ne kadar çok kişiye verildiğinin önemsendiği, uygulanan politikaların getirdiği engellemeler ve dayatmalarla hekimlik sanatının değersizleştirilmeye çalışıldığı bir yıl oldu. Hekimlerin sorunları dile getirme girişimleri ve aksaklıklara dikkati çeken eylemleri "*marjinal girişimler*" olarak değerlendirildi.

Yanlış sağlık politikalarının sonucu olarak karşılaşılan sorunlarda, asıl sorumlu olanlar yasa koyucular değilmiş de, bu durumdan en olumsuz etkilenenler oldukları halde hekimlermiş gibi gösterildi.

Suçlayıcı ve aşağılayıcı tutum ve söylemlerle hekimler hedef gösterilerek, hasta ile hekim karşı karşıya getirildi.

Hekimler içinde bulunduğumuz yıl içerisinde daha önce karşılaşmadıkları yoğunlukta şiddete maruz kaldılar, pek çok meslektaşımız görev başında darp edildi, yaralandı, ölüm tehlikesi ile karşılaştı.

Duygudurum bozuklukları ve kaygı bozuklukları gibi bazı ruhsal rahatsızlıkların ortaya çıkmasında kişinin karşılaştığı engellerin, ruhsal bütünlüğünü tehdit eden dayatmaların ve belirsizliğin önemli etkenler olduğu bilinmektedir. Hastalarının ruh sağlığını her şeyden daha fazla önemseyen psikiyatrlar bugün kendi ruh sağlıklarını düşünmek zorunda kalmışlardır.

Bilimsel dayanağı olmayan gerekçelerle dayatılan koşullar nedeniyle mesleklerini özgürce uygulama olanakları kısıtlanan meslektaşlarımız çaresiz hissetmektedirler.

Öğretim üyeleri ve asistanlar, öğretim görevliliği ile klinisyenliğin birbirinden tamamen ayrı alanlar gibi

kabul edilmesi nedeniyle bozulan usta-çırak ilişkisinden ve bunun eğitime olumsuz etkisinden dolayı mutsuzdurlar.

Kişisel ve mesleki geleceklerini öngörülmez kılan belirsizlikler, günden güne değişen sistemler ve pek çok kez hedef gösterdikleri için görev başında karşı karşıya kalınan saldırılardan dolayı meslektaşlarımız tedirgindir.

Uygulanan sağlıksız sağlık politikaları, mesleği değersizleştirmeye yönelik tutumlar ve kullanılan suçlayıcı, aşağılayıcı söylemler nedeniyle meslektaşlarımız umutsuzdur.

Türkiye Psikiyatri Derneği İstanbul şubesi olarak hastalarımıza hak ettikleri nitelikli hizmeti sunabildiğimiz, hekim ve sağlık çalışanlarına mesleki doyum olanağı sağlayan, "hekimlere dayatılarak" değil, "hekimlere danışılarak" düzenlenen, siyasi kaygılara değil bilimsel verilere dayanarak düzenlenmiş bir sağlık politikası için umudumuzu korumak istiyoruz.

Türkiye Psikiyatri Derneği olarak bu yıl sloganlarımızı "*Ruh ve Beden Sağlığı Bir Bütündür*", "*Ruh Sağlığı Olmadan Sağlık Olamaz!*" ve "*En iyi yatırım sağlığa, ruh sağlığına yatırımdır!*" olarak belirledik.

Konuşmamı, psikiyatri hekimlerinin trajikomik durumunu vurgulayan bir başka slogan önererek bitirmek istiyorum:

"Toplumun sağlığı için en iyi yatırım hekimlerin ruh sağlığına yapılan yatırımdır."

Saygılarımla, teşekkür ederim.

10.10.2011

Dr. Aysegül Sütçü

Türkiye Psikiyatri Derneği İstanbul Şube Yönetim Kurulu Üyesi



Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Değişiklik

Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları ile Tarife ve Talimatında Yapılan Değişiklikler 19 Temmuz 2011 günü Resmi Gazete yayımlanarak 30 Temmuz 2011 tarihinden geçerli olmak üzere yürürlüğe kondu.

Yapılan değişikliklerle;

1. Her bir olay için azami teminat tutarı 300 Bin TL'den 400 Bin TL'ye çıkarılmıştır.
 2. Daha önce olay sayısına göre toplam teminat tutarında bir üst sınır bulunmazken, 1.800.000. TL'lik üst sınır getirilmiştir.
 3. Daha önce sigortalı hekim, hatalı tıbbi tedavi nedeniyle tazminat ödemediği her bir yıl için %20'ye kadar yükselen prim indiriminden yararlanırken, değişiklikte kusurlu bulunup tazminat ödemesi de hatalı tedavi iddiası ile ihbarda bulunan hekimlerin de indirimden yararlanamayacağı düzenlenmiştir.
 4. Sigortalıya bir yıllık sözleşme süresi içinde veya sözleşme döneminden önceki 10 yıllık dönemde yapılan tıbbi uygulamalarla ilgili tazminat taleplerine karşı teminat sağlanmıştır. Ancak on yıllık sürenin başlangıcı 30 Temmuz 2009 olarak belirlenmiştir. Bu yıl için bu süre geriye doğru iki yıl olup on yıllık süre gerçekte 2019 yılında yürürlüğe girebilecektir.
- Mesleki faaliyet sürdürülmesine rağmen bir aydan fazla sigortaya ara verilmesi halinde ara verilen dönemde yapılan tıbbi uygulamalar sonradan sigorta yapılsa da teminat dışında kalmaktadır. Böylece sigortanın kesintisiz yaptırılması öngörülmüştür. Ancak bir aya kadar aralar geriye dönük teminatın içinde kalmaktadır.
- Hekimlik mesleğinin bırakılması halinde geriye dönük 10 yıllık teminata ek olarak son sigorta sözleşmesi dönemindeki mesleki faaliyetinden kaynaklanan tazminat talepleri sözleşmeyi takip eden iki yıl süresince teminat altına alınmıştır. Daha önceki düzenlemede sözleşmenin bitiş tarihinden sonraki iki yıllık süreden mesleğin bırakılması koşuluna bakılmaksızın bütün hekimler yararlanabiliyordu.
5. Daha önce teminat içinde olan "Her türlü deneyden kaynaklanan tazminat talepleri" Sigorta teminatı dışında kalan haller içinde sayılmıştır.
 6. Daha önce dava açılması ya da mahkeme tarafından hekimin kusurlu olduğuna dair bir karar verilmiş olması halinde riziko gerçekleşmiş sayılıyor ve hekimin sigortacıya bu durum beş gün içinde bildirim yükümlülüğü doğuyordu.

Yapılan değişiklikte hekim kendisine tazminat talebinde bulunduğu öğrendiği anda riziko gerçekleşmiş sayılmış ve böylece hekimin ihbar yükümlülüğü

başlatılmıştır. Tazminat talebinde bulunduğunu hangi halde öğrenmiş sayılıp bildirim yükümlülüğünün ne zaman başlayacağı tanımlanmamıştır. Ancak sigortacılık uygulamasından "üçüncü kişinin bir tazminat talebini ileri sürüp dava yolu ile takip edeceğini ciddi olarak gösteren beyanının hekime ulaştığı anda" rizikonun gerçekleşmiş sayılacağı söylenebilir. Örneğin tazminat talebini içeren bir ihtarnamenin hekime ulaşması gibi. Dava açılmasa da bu gibi hallerde de riziko gerçekleşmiş sayılacağından hekimlerin sigortacıya 5 günlük bildirim yükümlülüğü başlayacaktır.

7. Risk Grupları Tablosunda ise; "Pedodonti" uzmanlık dalının adı "Çocuk Diş Hekimliği" olarak değiştirilmiş, "Sitoloji (Sitopatoloji)" uzmanlık dalının risk grubu 1. Grup olarak değiştirilmiş, "Tıbbi Parazitoloji (Parazitoloji)" uzmanlık dalının risk grubu 1. Grup olarak değiştirilmiş, 2. Risk Grubunda yer almak üzere "Restoratif Diş Tedavisi", "Ağız Diş ve Çene Radyolojisi", "Gelişimsel Pediatri" uzmanlık dalı eklenmiştir.

Dünya Psikiyatri Kongresi Arjantin'de Yapıldı

Dünya Psikiyatri Birliği (DPB) tarafından düzenlenen 15. Dünya Psikiyatri Kongresi Buenos Aires'de 18-22 Eylül 2011 tarihleri arasında düzenlendi. Kongreye dünyanın dört bir yanından toplam 14.013 kişi katılırken DPB tarihinde bu sayıdaki bir katılım ilk olma özelliği taşıyordu. Kongre aynı zamanda güney yarı kürede düzenlenen en kalabalık psikiyatri kongresi olarak da tarihe geçti.

Kongrenin ana temasını ve odak noktasını "Bizim Mirasımız

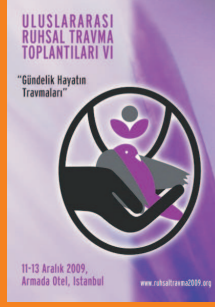


ve Bizim Geleceğimiz" oluşturuyordu. Sözkonusu tema ile psikiyatri alanında zamanın testinden başarıyla geçen kazanımları hatırlamak ve gelecek vaat eden alanları tartışmak amaçlanmıştı.

Psikiyatrinin her alanında onlarca toplantı yapılırken kongrede DPB'nin yeni yönetimi de belirlendi. Ayrıca Kenneth S. Kendler'e başarı ödülü verildi.

Recep Çalık

Üyelerimizden Dr. Recep Çalık 17.09.2011 tarihinde vefat etmiştir. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmakta olan Çalık 1953 doğumluydu. 26.09.2011 tarihinde ise Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği tarafından bir anma toplantısı düzenlendi. Üyemizin ailesine ve tüm sevenlerine başsağlığı diliyoruz.



30 Kasım - 2 Aralık 2011
Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları
VII "Toplumsal Travma: Sonuçları ve
Başetme"
İstanbul
Www.ruhsaltravma2012.org



3 - 6 Mart 2012
Avrupa Psikiyatri Birliği 20. Avrupa
Psikiyatri Kongresi
Prag - Çek Cumhuriyeti
Http://www2.kenes.com/epa



14-17 Mart 2012
5th Biennial Conference of The
International Society For Bipolar
Disorders
İstanbul
www.isbd2012.org



11-14 Nisan 2012
Türkiye Psikiyatri Derneği Yıllık
Toplantısı
16. Bahar Sempozyumu
Antalya
www.baharsempozyumu2012.org



14-18 Nisan 2012
Uluslararası Şizofreni Araştırma
Topluluğu 3. Konferansı
Floransa - İtalya
Www.schizophreniaconference.org



27-31 Mayıs 2012
1st İstanbul-Eurasian Regional
Congress of Biological Psychiatry
İstanbul
Www.biologicalpsychiatry-
istanbul2012.org/

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'nca 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*. First ed, New York: Springer-Verlag, 1988: 45-67.

3. Tezden alıntı için:

Yumru M. İkiüçlü bozukluk alt tiplerinde oksidatif dengesizlik. Yayımlanmamış 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