

- Ruh Sağlığı Sistemleri
- 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü

dünyada en fazla yeti yitimine yol açan
on hastalıktan beşini
ruhsal hastalıklar oluşturuyor



ruh ve beden sağlığı bir bütündür



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

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





Türkiye Psikiyatri Derneği adına sahibi

Şeref Özer

Yazı İşleri Müdürü

Burhanettin Kaya

Yayın Kurulu

**Doğan Yeşilbursa, Cengiz Kılıç,
Ali Savaş Çilli, Halis Ulaş,
Çezar Atasoy, Mehmet Yumru,
İrem Yıldız, Tolga Binbay,
Ejder Akgün Yıldırım,
İnci Özgür İlhan, Altan Eşsizöğlü**

Yazışma adresi

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

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

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

Tasarım ve Uygulama

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

Baskı

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

Baskı tarihi: 11 Ekim 2008

İçindekiler

1 Sunu

2 Ruh Sağlığı Sistemleri

- Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Psikiyatrik Hizmetler
- Doğu Avrupa Ülkelerinde Psikiyatrik Hizmetler
- Amerika Birleşik Devletleri Ruh Sağlığı Sistemi
- Avusturalya ve Japonya'nın Ruh Sağlığı Sistemlerine Kısa Bir Bakış

22 Psikiyatri Dünyasından

- Psikiyatri Güz Okulu
- Adana Doktor Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

26 Dernekten Haberler

- TPD Basın Çalışmaları
- TPD Bilimsel Toplantılara Katılımı Destekleme Programı
- TPD Psikiyatri Yeterlik Kurulu Çalışmalarına Genel Bir Bakış
- Birinci Yıl Asistanlarına Yönelik Eğitim Kursu
- Asistan Hekimlik Kurultayı Ankara'da Yapıldı
- Bilimsel Çalışma Birimleri: Son Durum ve Hedefler
- Afet Psikiyatrisi Bilimsel Çalışma Birimi Oluşumu
- Avrupa Psikiyatri Birliği Toplantısı
- Dr. Levent Küey Dünya Psikiyatri Birliği Genel Sekreterliğine Seçildi
- TPD Ağrı'da İnci Vural'ın Duruşmasındaydı

39 Görev Grupları

- TPD Sınır İhlalleri Görev Grubu Raporu
- Psiko-Teknik Değerlendirme Merkezlerinin Açılması ve İşletilmesi
- TPD Alkol Madde Kullanım Bozuklukları BÇB, Denetimli Serbestlik Uygulamalarının Standardizasyonu Görev Grubu Raporu

57 Basın Açıklamaları

- 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü
- TTB Başkanı Prof. Dr. Gençay Gürsoy'un Göz Altına Alınması
- Güngören'de patlama
- Merkez Onur Kurulu ile İlgili Açıklama

58 Kongrelerden Haberler

- TPD 12. Yıllık Toplantı - Bahar Sempozyumu Raporu
- 13. Yıllık Toplantı - Bahar Sempozyumu ve 45. Ulusal Kongre Hazırlıkları
- 17. Anadolu Psikiyatri Günleri
- Dünya Psikiyatri Kongresi - Prag

Yitirdiklerimiz

- Prof. Dr. Selahattin Şenol, Prof. Dr. Leyla Zileli, Doç. Dr. Kriton Dinçmen

Toplantı ve Duyurular



Değerli Meslektaşlarım,

TPD Bültenimizin yeni sayısını oldukça zengin içeriğiyle sizlere iletmenin kıvancı içindeyiz.

Bu sayıdaki ana dosyamız *Dünyada Ruh Sağlığı Sistemleri*.

Ruh sağlığına ilişkin derli toplu bir sistemin bulunmadığı, ilgili düzenlemelerin bir çok yasaya dağılmış biçimde ve yetersiz olduğu, kapsamlı bir Ruh Sağlığı yasasının bulunmadığı ülkemizde, TPD olarak ruh sağlığı yasası talebimizi ısrarla sürdürdüğümüz bugünlerde; Ruh sağlığı sistemlerinin dünyada nasıl olduğunu okumanın ilginç olacağını düşünüyoruz.

Uzun zamandır düzenli olarak sürdürüle gelen bir psikiyatri eğitim deneyimi olan *Psikiyatri Güz okulu*, gerek içeriği gerekse biçimi açısından mezuniyet sonrası psikiyatri eğitiminin nasıl olması gerektiği konusunda oldukça gerçekçi ipuçlarını barındırması ile çok önemli. Burhanettin Kaya bu deneyimi bize aktarıyor.

Bültende ayrıca TPD asistan burslarından, Asistan Kurultayına, ilkinin 44. UPK öncesinde gerçekleştireceğimiz Temel Asistan Eğitiminden, Yeterlik Kurulu çalışmalarına ve medya ile ilişkilerimize dek değişik bir çok alanda TPD'nin bir çok organlarıyla çalışmalarından haberler bulacaksınız.

Hepsi de yoğun emekle gerçekleştiren bu çalışmaların içinde özellikle TPD Afet Psikiyatrisi Bilimsel Çalışma Biriminin Güngören patlaması sonrasındaki övgüye değer hızlı organizasyonu, diğer kurumlarla işbirliğini sağlayıp psikiyatrik desteğini yerinde sağlaması çalışmalarına dikkatinizi çekmek isterim.

Ayrıca TPD MYK'nın çeşitli konulardaki basın açıklamaları, Görev gruplarımızın çalışmaları, kongrelerimizden ve şubelerimizden haberleri de bulacaksınız bültende.

Bir sonraki bültende görüşmek üzere.

Şeref Özer

TPD Genel Başkanı

Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetler

Uz. Dr. Halis Ulaş

DEÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, TPD MYK Dış İlişkiler Sekreteri

Avrupa'nın sınırları birçok örgüt, kurum ya da birliğe göre farklılık göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) çalışmalarında tanımlanan Avrupa ile Avrupa Birliği'nin tanımladığı Avrupa arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. DSÖ çalışmalarında tanımlanan Avrupa; Portekiz'den Rusya Federasyonu'na, Grönland'dan Güney Kıbrıs Rum Kesimi'ne kadar uzanan toplam 53 ülkeyi ve yaklaşık 870 milyon insanı içeren oldukça geniş bir coğrafyayı kapsamaktadır. Oysa Avrupa Birliği'ne toplam 27, Avrupa Konseyi'ne ise üye 47 ülke bulunmaktadır. Bu geniş coğrafyadaki ülkeler arasında sağlığın sosyal belirleyicileri, barınma, gelir düzeyi, sağlık verileri ve ruh sağlığı hizmetleri açısından çok büyük farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin en zengin ve en fakir ülke arasındaki kişi başına düşen gelir arasında 300 kata varan farklılık bulunmaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresinde 20 yıla varan değişkenlik görülmektedir. Benzer şekilde ülkeler arasında ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu, kaynakları, finansmanı arasında da oldukça önemli farklılıklar bulunmaktadır (Rutz 2001, WHO 2005, Muijen 2008). Bu yazıda Batı Avrupa'daki psikiyatrik hizmetlerin alt yapısı, hizmet durumu, finansmanı, bu ülkelerde psikiyatri alanında gerçekleştirilen reformlar ve reformlar sonrası ortaya çıkan güçlükler seçilmiş 10 Batı Avrupa ülkesinde ele alınmaya çalışılacaktır. Bu veriler Türkiye'deki psikiyatrik hizmetler ile karşılaştırılmaya çalışılacaktır.

Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetlerin Alt Yapısı

Yirminci yüzyılın 2. yarısından sonra Batı Avrupa'da psikiyatrik hizmetler kavramsal ve yapısal olarak ciddi dönüşümler yaşamıştır. En önemli dönüşüm hastaların toplum içerisinde tedavi edilmesi görüşünün ortaya çıkması ile büyük psikiyatri hastanelerinin kapatılmasıdır. Örneğin Almanya'da 1960'lı yıllarda başlayan bu dönüşüm sonrası psikiyatri hastanelerinin

deki yatak sayısı yaklaşık %50 oranında azalmıştır (Bauer ve ark. 2001). Bu nedenle de hastaların toplum içerisinde tedavi edilebilmesi amacıyla toplum psikiyatrisi hizmetlerine ağırlık verilmiştir. Ciddi psikiyatrik hastalar ayaktan tedavi birimlerinde ve toplum psikiyatrisi birimlerinde tedavi edilmeye başlanmıştır. Hastaların tedavi amacıyla psikiyatri kliniklerine yatışları krize müdahale ya da hastanın kendisine ya da çevresine zarar verme potansiyeli taşıdığı anda sağlanmaktadır (Rutz W 2001, Muijen 2008, Becker ve Kilian 2006).

Psikiyatri hastalarının toplum içerisinde tedavi anlayışının yürürlüğe girmesinin ardından toplum psikiyatrisi hizmetlerinde önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Toplum psikiyatrisi hizmetlerinin sağlanması amacıyla psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ve uğraşı terapistlerinin yer aldığı ekipler oluşturulmuştur. Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri (Community Mental Health Teams), Kriz Çözüm Ekipleri (Crisis Resolution Teams), Girişken Sosyal Yardım Ekipleri (Assertive Outreach Teams), Toplum Rehabilitasyon Ekipleri (Community Rehabilitation Teams), Psikoz Erken Müdahale Ekipleri (Psychosis Early Intervention Teams) ve gündüz hastaneleri Batı Avrupa'da bu amaçla oluşturulmuş yapılardır (Johnson ve ark. 2001, Kallert ve ark. 2004, Killaspy ve ark. 2005, Killaspy 2006, Killaspy 2007). Batı Avrupa'da toplum psikiyatrisi hizmetlerinin yürürlüğe girmesi ile psikiyatri alanında ciddi bir insan gücü ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Her ne kadar ülkeler arasında insan gücü açısından farklılıklar olsa da, Türkiye ile karşılaştırıldığında Batı Avrupa'da psikiyatri hizmetlerinin sunumunda görev alan insan gücü yeterli sayıdadır. Batı Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'deki psikiyatri hizmetlerindeki insan gücü sayısı Tablo 1'de sunulmuştur.

Yüz bin nüfusa düşen yatak sayısı Batı Avrupa ülkelerinde 4.4 (İspanya) ile 18.7 (Hollanda) arasında değişmektedir. Türkiye'de toplum psikiyatrisi hizmetlerinin çok yetersiz olmasına ve büyük psikiyatri hastaneleri kapatılmamış olması

Tablo 1: Batı Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'deki psikiyatri hizmetlerdeki insan gücü

	Toplam Psikiyatri Yatağı Sayısı*	Psikiyatrist Sayısı**	Psikolog Sayısı**	Psikiyatri Hemşiresi Sayısı**	Sosyal Hizmet Uzmanı Sayısı**
Almanya	7.5	11.8	51.5	52	477
Danimarka	7.1	16	85	59	7
Fransa	12	22	5	98	Bilinmiyor
Hollanda	18.7	9	28	99	176
İngiltere	5.8	11	9	104	58
İspanya	4.4	3.6	1.9	4.2	Bilinmiyor
İsveç	6	20	76	32	Bilinmiyor
İtalya	4.6	9.8	3.2	32.9	6.4
Türkiye	1.3	1	1	3	1
Yunanistan	8.7	15	14	3	56

(Kaynak: World Health Organization 2005)

* 10 000 nüfusa

** 100 000 nüfusa

Tablo 2: Batı Avrupa ülkelerindeki ve Türkiye'deki ruh sağlığı yasa ve politikalarının durumu

	Ruh Sağlığı Politikası	Madde Kötüye Kullanımı Politikası	Ulusal Ruh Sağlığı Politikası	Ruh Sağlığı Yasası
Almanya	+	+	-	+
Danimarka	+	+	+	+
Fransa	+	+	+	+
Hollanda	+	+	+	+
İngiltere	+	+	+	+
İspanya	+	+	-	+
İsveç	-	-	-	+
İtalya	+	+	+	+
Türkiye	+	+	+	-
Yunanistan	+	+	+	+

(Kaynak: World Health Organization 2005)

na karşın 100 bin nüfusa düşen psikiyatri yatağı sayısı 1.3'tür. Batı Avrupa ülkelerindeki 10 bin nüfusa düşen psikiyatrist sayısı değerlendirildiğinde, 3.6 (İspanya) ile 22 (Fransa) arasında değişmektedir. Bu oran Türkiye'deki psikiyatrist sayısı ile karşılaştırıldığında, Türkiye'deki toplam psikiyatrist sayısının çok yetersiz olduğu dikkati çekmektedir. Benzer şekilde Türkiye'deki psikolog, psikiyatri hemşiresi ve sosyal hizmet sayısı da Batı Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında çok yetersizdir.

Batı Avrupa ülkeleri ve Türkiye'de psikiyatrik hizmetlerin sunumu belirli politikalar ve yasalar çerçevesinde uygulanmak-

tadır. Ruh sağlığı yasa, ruh sağlığı politikası ve madde kötüye kullanımı politikasının varlığı DSÖ tarafından psikiyatrik hizmetlerin sunumunu belirleyen temel yasa ve politikalar olarak kabul edilmektedir (World Health Organization 2005). Tablo 2'de Batı Avrupa ve Türkiye'deki ruh sağlığı alanındaki yasa ve politikaların durumu özetlenmeye çalışılmıştır.

Belirli bir ruh sağlığı politikası ve madde kötüye kullanım politikası İsveç dışındaki Batı Avrupa ülkelerinde bulunmaktadır. Almanya, İsveç ve İspanya dışındaki Batı Avrupa ülkelerinde ulusal ruh sağlığı politikası bulunmaktadır. Ruh sağlığı yasa ise seçilmiş tüm Batı Avrupa ülkelerinde yürürlükte.

Tablo 3: Batı Avrupa ülkelerinin ve Türkiye'nin GSYİH'den sağlığa ayırdığı pay

Ülke	Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı
Almanya	%10.8
Danimarka	%8.4
Fransa	%9.6
Hollanda	%8.9
İngiltere	%5.8
İspanya	%7.5
İsveç	%8.7
İtalya	%8.4
Türkiye	%5
Yunanistan	%9.4

(Kaynak: World Health Organization 2005)

Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı

Yapılan çalışmalar psikiyatrik bozuklukların bireylerin, toplumların ve sağlık hizmetlerinin üzerinde önemli bir yük oluşturduğunu ve önümüzdeki yıllarda da bu yükün artacağını göstermektedir (Murray ve Lopez 1996, World Health Organization 2002). Genel sağlık harcamalarından ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan bütçenin miktarı bireylerin, toplumların ve sağlık hizmetlerinin üzerindeki yükün azaltılmasında oldukça önemlidir.

Gayri Safi Yurtiçi Hâsıladan (GSYİH) sağlığa ayrılan pay ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile yakından ilişkidir. Batı Avrupa ülkelerinde GSYİH'den sağlığa ayrılan pay oldukça yüksektir.

Örneğin Almanya GSYİH'nin %10,8'ini sağlığa ayırmaktadır. Batı Avrupa ülkelerinin GSYİH'den sağlığa ayırdığı bütçenin oranı Tablo 3'te verilmiştir.

Ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan bütçenin miktarı da ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile doğrudan ilişkilidir (Knapp ve ark. 2007, Saxena ve ark. 2003). Örneğin 191 ülkenin ruh sağlığı hizmetlerine ayırdığı bütçenin araştırıldığı bir çalışmada, ülkelerin %32'sinde ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan özgül bir bütçenin olmadığı saptanmıştır. Afrika ve Güney Doğu Asya ülkelerinin çok büyük bir çoğunluğunun ruh sağlığı hizmetlerine ayırdığı bütçenin toplam sağlık bütçesinin %1'inden az olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada Avrupa ülkelerinin çoğunluğunun ruh sağlığı hizmetlerine toplam sağlık bütçesinin %5'inden daha fazla pay ayırdığı tespit edilmiştir (Saxena ve ark. 2003). Daha yakın zamanda tamamlanmış olan Ruh Sağlığı Ekonomisi Avrupa Ağı (The Mental Health Economics European Network-MHEEN) araştırmasının sonuçlarına göre Batı Avrupa ülkelerinin ruh sağlığı hizmetlerine ayırdığı bütçe Tablo 4'de sunulmuştur (McDaid ve ark. 2007, Knapp ve ark. 2007).

Ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan bütçenin büyüklüğü kadar, finansmanın hangi yolla sağlandığı da oldukça önemlidir. Dünyada ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak genel vergi sisteminden karşılanmaktadır. Ancak Afrika ülkelerinin %35,9'unda ve Güney Doğu Asya ülkelerinin %30'unda ruh sağlığı hizmetleri esas olarak cepten ödemelerle sağlanmaktadır. Cepten ödemelerle ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanmasının hizmete ulaşımı engelleyeceği ve ekonomik düzeyi iyi olan hastalarla kötü olan hastalar arasında ikili bir sistemi ortaya çıkaracağı vurgulanmaktadır (Saxena ve ark. 2003).

Hiçbir Batı Avrupa ülkesinde ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanında cepten ödeme yöntemi kullanılmamaktadır. Finansman ağırlıklı olarak genel vergiden ve sosyal sigorta sisteminden karşılanmaktadır (Saxena ve ark. 2003, McDaid ve ark. 2007).

Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu

Almanya

Almanya'da psikiyatri reformu Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallığa göre 15-20 yıl gecikmeli olarak başlamıştır. Reform öncesi ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin sayısı oldukça kısıtlı, psikiyatri servislerine yatışların %70'i zorunlu yatış, hastanede yatış sürelerinin ise çok uzun olduğu belirtilmektedir. Almanya'da halen sürmekte olan ruh sağlığı reformunun temel basamakları 3 ulusal rapora dayanmaktadır. İlk olarak 1975 yılında "Ruh sağlığı alanında ulusal inceleme raporu" yayınlanmıştır, daha sonra 1988 yılında "Uzman komisyonu raporu" ve son olarak da 1991 yılında "Ruh sağlığı hastanelerindeki personel üzerine federal yönerge" yayınlanmıştır.

"Ruh sağlığı alanında ulusal inceleme raporu" sonrasında ruh sağlığı hizmetlerinin belirli bir nüfus için tarama alanı

Tablo 4: Batı Avrupa Ülkelerinin Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ayrılan Bütçenin Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı

Ülke	Ruh Sağlığı Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı
Almanya	%10
Danimarka	%8
Fransa	%5
Hollanda	%8
İngiltere	%12
İspanya	%5
İsveç	%12
İtalya	%2.5
Türkiye	Bilinmiyor
Yunanistan	Bilinmiyor

(Kaynak: The Mental Health Economics European Network 2007)

(catchment area) bölgelerinde toplum içerisinde verilmesi ve ruhsal bozukluğu olan tüm hastalara kapsamlı bir hizmet sunulması prensipleri belirlenmiştir. Komisyon standart tarama alanı bölgelerini 150000–350000 arasındaki nüfus olarak tespit etmiştir. Ardından Almanya'da kısıtlı sayıda bulunan genel hastane içerisinde yer alan psikiyatri birimlerinin sayıları artırılmıştır. 1970 yılında genel hastane içerisinde yer alan psikiyatri birimlerinin sayısı 21 iken 2000 yılında bu sayı 165'e çıkarılmıştır. Ayrıca psikiyatri yatak sayılarında ve hastaların yatış sürelerinde önemli azalma sağlanmıştır. 1971 yılında 1000 nüfusa düşen psikiyatri yatağı sayısı 1.6 iken, 1996 yılında bu oran 0.73'e azaltılmıştır.

"Uzman komisyonu raporu"nun 1988 yılında yayınlanmasından sonra Almanya'da 14 model bölgede "Gemeindepsychiatrischer Verbund" (GPV) adı verilen bütünleşmiş toplum psikiyatri servisleri kurulmuştur. Bu merkezlerdeki temel amaçlar, sosyal yardım işlevi olan toplum psikiyatrisi hizmeti sunmak ve sosyal destek, iş ve diğer aktivite hizmetlerinin sunulduğu gündüz merkezlerinin kurulmasıdır. Her bir merkezin 100.000–150.000 nüfusa hizmet vermesi planlanmıştır. Bu dönemde muayenehane temelli (Office-based) ayakta psikiyatri hizmetlerinde önemli bir artış sağlanmıştır. 1980 yılında Almanya'da 1463 adet muayenehane bulunurken 2000 yılında bu rakam 4750'e artmıştır. Ancak Almanya'da halen ayakta tedavi hizmetlerindeki hemşirelik, psikolojik, uğraşı terapisi ve sosyal hizmetler alanında yetersizlik olduğu vurgulanmaktadır.

1991 yılında yayınlanan "Ruh sağlığı hastanelerindeki personel üzerine federal yönerge", psikiyatri servislerinde çalışan personelin yetersizliğine odaklanmıştır. Almanya'da reform sonrası psikiyatri yataklarının yaklaşık %50 oranında azaltılması ile toplum psikiyatrisi alanında ciddi bir personel yetersizliği ortaya çıkmıştır. Bu nedenle 1991 yılından sonra personel açığının giderilmesine odaklanılmıştır. 1990 yılında psikiyatri hizmetlerinde çalışan tıbbi personel sayısı 1630'dan 2334'e çıkarılmıştır. Benzer şekilde hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, uğraşı terapisti sayısında da önemli artışlar sağlanmıştır. 1990 yılında psikiyatri hizmetlerinde çalışan toplam personel sayısı 15253 iken, bu sayı 1995 yılında %24'lük bir artışla 18939'a ulaşmıştır (Bauer ve ark. 2001).

Almanya'da 1970'li yıllarda başlamış olan reform çalışmaları halen sürmektedir. Ancak ayaktan psikiyatrik tedavi hizmetlerinde ve toplum psikiyatrisi hizmetlerindeki yetersizlik özellikle psikiyatri hasta yakınları üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır. Psikiyatri hastalarına taburculuk sonrası destek hizmetlerinin yetersiz oluşu, psikiyatri hastalarına yeterli finansal destek sağlanamaması, kronik psikiyatri hastalarının yaklaşık %50'sinin halen aileleri ile birlikte yaşıyor olması ve psikiyatri hizmetlerinin hasta ve hasta yakını merkezli olmaması hasta yakınları üzerinde önemli yük oluşturmaktadır (Brand 2001).

Danimarka

Danimarka'da psikiyatrik hizmetlerin yeniden yapılandırılması 1956 yılında yayınlanan bir raporla başlamıştır. Bu rapor sonrası genel hastanelerdeki psikiyatri servislerinin fiziksel koşulları düzeltilmiş olmasına karşın, işlevsel düzeyde psikiyatri hizmetlerinin genel sağlık sistemi ve sosyal hizmetlerle bütünleşmesi sağlanamamıştır. Özellikle 1960'lı yıllarda psikiyatri hastanelerindeki yatak sayıları hızla azaltılmıştır. 1977 yılında 1000 nüfusa düşen psikiyatri yatağı sayısı 2.36 iken, bu sayı 1987 yılında 1.47'ye azalmıştır. Ancak bu on yıllık dönemde yatak azaltılması dışında toplum psikiyatrisi açısından önemli ilerleme sağlanamamıştır. Sayı 1998 yılında 1'e düşmüştür.

1987 yılından sonra Danimarka'da toplum psikiyatrisi hizmetlerinde önemli ilerlemeler sağlanmıştır (Munk-Jørgensen 1999). Örneğin Becker ve ark. (2002) Amsterdam, Kopenhag, Londra, Santander ve Verona'yı içeren 5 Avrupa bölgesinde şizofreni hastalarına sunulan psikiyatri hizmetlerinin sunumunu karşılaştırmışlardır. Bu çalışmada toplam 14 psikiyatri tarama alanı bölgesi bulunan Kopenhag'ın 2 bölgesindeki psikiyatrik hizmet sunumunun altyapısı incelenmiştir. Toplam 36.581 kişiye hizmet sunulan bu 2 bölgede, 16 adet psikiyatri hastalarının barınmasını sağlayan merkez (residential service), 16 adet yapılandırılmış aktivite alanı uygulandığı gündüz hastanesi, 11 adet ayaktan bakım ve toplum psikiyatrisi merkezi ve 4 adet de profesyonel olmayan kendine-yardım (self-help) merkezinin bulunduğu saptanmıştır. Bu merkezlerdeki temel amacın ev temelli krize müdahale, akut yataklı tedavi hizmeti, uzun süreli hastane içi ve hastane dışı bakım hizmeti, hastalara iş sağlama, hastalara yaşadıkları evde destek sunma, hasta eğitimi ve danışma hizmetlerinin sunumu olduğu belirtilmektedir (Becker ve ark. 2002).

Danimarka'da 1960'lı yıllarda başlayan yeniden yapılanma sürecinde hızlı bir şekilde psikiyatri yataklarının azaltılması ve yerine yeterli toplum psikiyatrisi hizmetlerinin konulamaması sonucu genel psikiyatri hizmetlerinde önemli sorunlara yol açmıştır. Örneğin organik olmayan psikotik hastaların intihar oranlarında %100'lük bir artış ortaya çıkmıştır. Ayrıca psikiyatri hastalarının suç işleme oranında 1980 ile 1997 yılları arasında yıllık %6,7'lik artış ortaya çıkmıştır. Psikiyatrik yatak

sayılarının azaltılması sonucu yatak doluluk oranları %100'e ulaşmıştır. Akut psikiyatri başvurularında da artış ortaya çıkmıştır. Örneğin 1985 yılında tüm hasta gruplarında psikiyatri kliniklerinin yatan hasta başvuruları %75-80 arasında değişirken, bu oran 1997 yılında %85-90'a ulaşmıştır (Munk-Jørgensen 1999).

Psikiyatri hizmetlerindeki olumsuzluklar nedeniyle Danimarka Psikiyatri Derneği 28 Şubat 1997 günü yaptığı genel kurul sonrasında Sağlık Bakanlığına bir önerge sunmuştur. Bu önergeye göre; psikiyatri kliniklerindeki aşırı yükün kabul edilemez olduğu, son yıllarda psikiyatri alanındaki gelişmelerin birçok psikiyatri hastasının tedavisini kötüleştirdiği, psikiyatri hastalarındaki intihar oranlarının arttığı belirtilmiştir. Bu nedenle bu gelişimin tersine çevrilmesi girişimi amacıyla yarısı Kopenhag'da olacak şekilde ülke genelinde toplam 500 yeni psikiyatri yatağının açılması gerektiğini vurgulanmıştır (Munk-Jørgensen 1999).

Fransa

Fransa'da, günümüzde yürürlükte olan, toplum ruh sağlığı hizmetlerinin yapılanması 1960'lı yıllarda başlamıştır. Erişkin toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu 20 yaş üzerindeki erişkinlere hizmet veren, 54.000 nüfusluk tarama alanını içeren "sektör" adı verilen toplam 839 tarama alanından oluşmaktadır. Bu yapılanmanın temel amacı ruh sağlığı hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması ve toplum psikiyatrisi hizmetlerinin geliştirilmesidir.

Fransa'da psikiyatrik yatakların azaltılması diğer Avrupa ülkelerine göre daha geç başlamıştır. Özellikle 1990'lı yıllarda maliyet azaltma ihtiyacı nedeniyle 1987 yılından itibaren psikiyatrik yatakların %47'si azaltılmıştır. 1987 yılında 84.000 olan yatak sayısı 2000 yılında 43.173'e gerilemiştir. Fransa'da akut yataklı servislerin %30'u genel hastanelerdeki psikiyatri birimlerinde bulunmaktadır. Ayrıca yaklaşık 10.000 psikiyatri yatağı özel psikiyatri kurumlarında bulunmaktadır. Fransa'da ciddi yeti yitimi olan psikiyatrik hastaların rehabilitasyonu amacıyla hastane dışında destekli barınma hizmetleri de oluşturulmuştur. Bu amaçla özelleşmiş korunaklı evler (specialised sheltered houses), korunaklı apartmanlar ve daha kapsamlı psikiyatrik hizmet sunulan terapötik apartmanlar bulunmaktadır.

Fransa'da ayaktan tedavi hizmetleri her "sektörde" en az 1 adet bulunan toplam 2200 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) tarafından sunulmaktadır. Sektörlerin %97'sinde en az 1 tane haftanın 5 günü hizmet veren TRSM bulunmaktadır. TRSM'lerinin bir kısmı gündüz hastaneleri ve gündüz merkezleri ile kombine hizmet sunmaktadırlar.

Fransa'da psikiyatri yataklarının azaltılması sonrasında toplum psikiyatrisi hizmetleri yürürlüğe girmiş olsa da; toplum ruh sağlığı uzmanları ve ruh sağlığı hizmet planlayıcılarının büyük çoğunluğu Fransız psikiyatrisinin büyük bir krizde olduğu konusunda hem fikirdir. Kapatılan psikiyatri yataklarının yerine konulan toplum psikiyatrisi ve korunaklı barınma

hizmetleri yetersizdir. Bu nedenle akut psikiyatri hastaları için yatak bulunması Fransa'da önemli bir sorundur (Verdoux H 2007, Provost ve Bauer 2001).

Hollanda

Hollanda'da 1970'li yıllara kadar psikiyatrik hizmetleri özel ve dini özelliklere sahip belirsiz bir yapılanmaya sahipti. 1974 yılında Hollanda Hükümeti tarafından yayınlanan raporla Toplum Ruh Sağlığı Bakımı için Bölgesel Enstitülerinin (Regional Institutes for Community Mental Health Care-RIAAG) oluşturulacağını deklare etti. Bu enstitülerin temel amacı olarak herkese ulaşılabilir ruh sağlığı hizmeti sunmak, psikiyatri hastalarının hastaneye yatmasını ve damgalanmasının engellenmek olarak tanımlandı. RIAAG'ler 8 yıllık hazırlık süreci sonrası 1982 yılında hizmete girdi. Sonrasında tüm ülkeyi kapsayan 200.000-350.000 tarama alanını kapsayan toplam 58 RIAAG kuruldu.

RIAAG'lerin kurulması sonrasında ayaktan psikiyatrik hizmetlerde önemli bir artış sağlanmıştır. 1970 yılında ülke çapında sadece 5 adet olan ayaktan psikiyatrik tedavi birimi sayısı, 1980'de 60, 1996 yılında da 74'e ulaşmıştır. Ayaktan psikiyatrik tedavi birimlerinde artışla birlikte psikiyatrik yatak sayısı da kontrollü bir şekilde azaltılmıştır. 1955 yılında psikiyatrik yatak sayısı 28.000 iken; bu sayı 1980 yılında 25.400, 1996 yılında 22.885'e, 2006 yılında ise 21.760'e azalmıştır. Psikiyatri yataklarının %66'sı 1 yıldan daha uzun süre tedavi gören psikiyatri hastaları tarafından kullanılmaktadır. Geri kalan yataklar ise akut psikiyatri hastaları için kullanılmaktadır.

Hollanda'da psikiyatri hastalarının eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerinin sağlandığı ülke çapında gündüz hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri bulunmaktadır. Ciddi psikiyatrik bozukluğu olan hastaların barınmaları için korunaklı barınma hizmetleri de sunulmaktadır. Korunaklı barınma hizmetleri 2 ayrı kategoride verilmektedir. İlki uzun süreli hastanede yatarak tedavi görmesi gereken hastalar için ayrılmış yataklı tedavi birimlerini içermektedir. İkinci kategori ise toplum içerisinde psikiyatri personeli destekli grup evlerini içermektedir.

Hollanda'da psikiyatrik yatakların azaltılmasının yavaş ve uzun bir sürece yayılmış olması ve bu geçiş sürecinde toplum psikiyatrisi hizmetlerinin yeterli düzeyde yapılandırılmış olması nedeniyle psikiyatri hizmetlerinin yüksek kalitede sunulduğu belirtilmektedir (Schene ve Faber 2001). Her ne kadar Hollanda'da psikiyatri yataklarının sadece %20'si kapatılmış olsa da; Priebe ve arkadaşları (2008) Hollanda'da özelleşmiş psikiyatri yataklarında artış olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada 1990 ila 2006 yılları arasında adli psikiyatri yataklarında %200 artış saptanmıştır. Ayrıca aynı dönem içerisinde istem-siz hastane yatışlarında %30 ve hapisanedeki psikiyatrik hasta sayısında da yaklaşık %200'lük bir artış ortaya çıkmıştır.

İngiltere

İngiliz sağlık sistemi için 1948 yılında Ulusal Sağlık Hizme-

tinin (National Health Service-USH) yürürlüğe girmesi çok önemli bir dönüm noktasıdır. İngiltere'de USH'nin merkezi finansmanı ve idaresi sağlık bakanlığı tarafından yürütülmektedir. USH'nin yerel düzeyde yönetimi, denetimi ve hizmetlerin iyileştirilmesi ise 2002 yılında oluşturulan Stratejik Sağlık Otoriteleri (Strategic Health Authorities) tarafından gerçekleştirilmektedir. Başlangıçta İngiltere'deki sağlık hizmetleri 28 Stratejik Sağlık Otorite Bölgesi tarafından yürütülürken; 2006 yılında Stratejik Sağlık Otorite Bölge sayısı 10'a azaltılmıştır.

Stratejik Sağlık Otoritelerinin temel sorumlulukları; yerel bölgelerinde sağlığın iyileştirilmesi için planlar geliştirmek, yerel sağlık hizmetlerinin sunumunun kalitesini denetlemek, yerel sağlık hizmetlerinin kapasitesini artırmak ve ulusal sağlık önceliklerinin yerel sağlık hizmetlerine entegrasyonunu sağlamak şeklinde özetlenebilir.

Her Stratejik Sağlık Otorite Bölgesi'nde ise birincil, ikincil ve üçüncül basamak sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu, nüfus ve bölge tabanlı hizmet veren ve eşgüdüm içerisinde hizmet üreten Birincil Bakım Vakıfları (Primary Care Trusts), Akut Vakıfları (Acute Trusts), Ambulans Vakıfları (Ambulance Trusts), Bakım Vakıfları (Care Trusts) ve Ruh Sağlığı Vakıfları (Mental Health Trusts) bulunmaktadır.

İngiltere'nin ruh sağlığı kaynakları değerlendirildiğinde en önemli değişikliğin yatak sayısının azalmasında yaşandığı görülmektedir. İngiltere'de büyük psikiyatri hastanelerin kapatılmasının ardından psikiyatrik yatak sayısında dramatik bir düşüş yaşanmıştır. 1954 yılında USH kapsamında toplam psikiyatri yatağı sayısı yaklaşık 154.000 iken, bu sayı günümüzde 35.000'e kadar azalmıştır (Johnson ve ark. 2001, World Health Organization 2005).

İngiltere'de psikiyatrik hizmetler USH, sosyal hizmetler, özel ve gönüllü kuruluşların eşgüdümü ile verilmektedir. İngiltere'de toplam 43 Ruh Sağlığı Vakfı bulunmaktadır. Bu vakıflar, Birincil Bakım Vakıfları ve Bakım Vakıfları ile eşgüdüm içerisinde akut yataklı bakım hizmetlerini, toplum psikiyatrisi ve rehabilitasyon hizmetlerini yürütmektedirler (The NHS Confederation 2008).

Akut Yataklı Bakım Hizmetleri: İngiltere'de depo hastanelerin kapatılmaya başlamasının ve hastaların toplum içerisinde tedavisinin yaygınlaşmasının ardından psikiyatri hastalarının yatarak tedavi sayılarında belirgin bir düşüş saptanmıştır. İngiltere'de yataklı psikiyatri hastaneleri temel olarak 4 farklı kategoride sınıflandırılmaktadır. Bunlar alevlenme dönemindeki psikiyatri hastalarına hizmet verilen psikiyatri yatakları; hastanede uzun süre yatarak bakım ihtiyacı olan hastalara hizmet verilen psikiyatrik rehabilitasyon yatakları, yüksek güvenlik gerektiren psikiyatri hastalarına hizmet verilen psikiyatri yatakları ve USH'nin dışında yer alan ve özellikle rehabilitasyon hizmeti veren özel sektör yataklarıdır (Johnson ve ark. 2001).

Toplum Psikiyatrisi Hizmetleri: İngiltere'de toplum psikiyatrisi hizmetleri büyük ölçüde Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri (Com-

munity Mental Health Teams-TRSE) tarafından yürütülmektedir. TRSE'ler ağırlıklı olarak psikiyatri hemşirelerinden oluşmaktadır, psikiyatri hemşiresi dışında bu ekipte psikiyatristler, psikologlar, uğraşı terapistleri ve sosyal hizmet uzmanları da yer almaktadır. TRSE Birincil Bakım Vakıfları ve Bakım Vakıfları ile eşgüdüm içerisinde çalışarak bölge ve nüfus tabanlı psikiyatri hizmeti üretir. İngiltere genelinde 800'ün üzerinde TRSE hizmet vermektedir. TRSE'ye psikiyatri hastaları hizmet verdikleri bölgedeki aile hekimleri ya da sosyal hizmet uzmanları tarafından yönlendirilirler. Ayrıca psikiyatrik yardım arayan psikiyatri hastaları da TRSE'lerle doğrudan bağlantı kurabilirler. TRSE ile bağlantıya geçen hastaların ihtiyacına göre ya toplum ruh sağlığı merkezlerinde ayakta tedavi hizmeti ya da farklı ekipler tarafından özelleşmiş hizmet sunulur. İngiltere'de TRSE ile birlikte hizmet üreten özelleşmiş ekipler arasında; Kriz Çözüm Ekipleri (Crisis Resolution Teams), Girişken Sosyal Yardım Ekipleri (Assertive Outreach Teams), Psikoz Erken Müdahale Ekipleri (Psychosis Early Intervention Teams) ve Bakım Program Yaklaşımı sayılabilir.

Kriz Çözüm Ekipleri, hastaneye yatma riski yüksek olan hastaların hastaneye yatış oranını ev temelli yoğunlaştırılmış destekle, gündüz hastaneleri aracılığı ile ve diğer toplumsal hizmetlerle mümkün olduğu kadar azaltmaya çalışırlar. Kriz Çözüm Ekipleri'nin büyük çoğunluğu haftanın 7 günü 24 saat hizmet verirler ve İngiltere genelinde 119 ekip bulunmaktadır. Girişken Sosyal Yardım Ekipleri, tedavi uyumu kötü olan az sayıdaki psikiyatri hastası için uzun süreli bakım sunmaktadır. Bu ekipte personel sayısının hasta sayısına oranı oldukça yüksektir. Ekip hastayı sık ziyaret ederek hastanın toplumsal ve tedavi uyumunu artırmayı amaçlar. İngiltere genelinde 220'nin üzerinde ekip hizmet vermektedir.

Psikoz Erken Müdahale Ekipleri'nin amacı çalıştıkları bölgede yaşayan genç nüfusta erken psikoz tanısı koymak ve tedaviye erken başlayarak hastalara gerekli yaşamsal uyum desteğini sunmaktır. İngiltere genelinde toplam 50 Psikoz Erken Müdahale Ekibi bulunmaktadır.

Bakım Program Yaklaşımı İngiltere'de 1990 yılında uygulanmaya başlamıştır. Bu yaklaşımında hedef yatarak tedavi görmekte olan psikiyatri hastalarının taburculuk sonrası bakım ihtiyaçlarının belirlenmesidir. Bu amaçla hastanedeki tedavi ekibi, hastanın yaşadığı bölgedeki yerel sosyal hizmet görevlileri ve TRSE bir araya gelerek hasta için uygun bir program belirler (Killaspy 2006, Killaspy 2007, Johnson ve ark. 2001, Glover 2007, England ve Lester 2005, Goldberg 1999, Jenkins ve Strathdee 2000).

Rehabilitasyon Hizmetleri: İngiltere'de son 30 yılda psikiyatri yatak sayısının hızla azalması ve psikiyatri hastalarının toplum içerisinde tedavi anlayışı ile psikiyatrik rehabilitasyon oldukça önem kazanmıştır. İngiltere'de rehabilitasyon hizmetleri USH, sosyal hizmetler, gönüllü ve özel kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Rehabilitasyon hizmetleri yataklı ve ayakta hizmetler olarak ikiye ayrılabilir. Yataklı rehabilitasyon hizmetleri hastane içerisinde veya toplum içerisinde yer alan

rehabilitasyon servisleri aracılığı ile verilmektedir. Yataklı rehabilitasyon hizmetleri süre açısından kısa süreli (1 yılın altı) ya da uzun süreli (1 yılın üzeri); nitelik açısından da yüksek destekli (24 saat psikiyatri hemşiresi gözetiminde olan) ve düşük destekli olarak sınıflandırılmaktadır.

İngiltere'de yüksek destekli psikiyatrik rehabilitasyon yatağı sayısı yaklaşık 16.200'dür. Bu yatakların 4200'ü USH'ye, geri kalanı ise özel ve gönüllü kuruluşlara aittir. İngiltere'de ayrıca USH dışında; aile yanı, destekli evler, grup evleri ve yurtlar gibi düşük destekli yataklı rehabilitasyon birimleri de bulunmaktadır. İngiltere'de düşük destekli psikiyatrik rehabilitasyon yatağı sayısı yaklaşık 20.000'dir.

Toplum Rehabilitasyon ekipleri toplum içerisinde rehabilitasyon ihtiyacı olan psikiyatrik hastaların barınma, gelir, meslek ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için hizmet vermektedirler. İngiltere genelinde toplam 72 Toplum Rehabilitasyon Ekibi bulunmaktadır. Bu ekipler ağırlıklı olarak psikiyatri hemşireleri ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşmaktadır. Ancak her ekipte ayrıca psikiyatrist, klinik psikolog ve uğraşı terapisti de bulunmaktadır. Toplum Rehabilitasyon Ekiplerinin bulunmadığı bölgelerde bu hizmeti TRSE ya da Girişken Sosyal Yardım Ekipleri üstlenmektedir.

İngiltere'de gündüz hastaneleri de psikiyatri hastalarının rehabilitasyonunda oldukça önemlidir. İngiltere'de 2004 yılı verilerine göre toplam 102 gündüz hastanesi bulunmaktadır. Gündüz hastanelerinin çoğunluğunun hastane binası ya da arazi üzerinde bulunmasına karşın; hastane dışında bulunan gündüz hastaneleri de mevcuttur. Gündüz hastanelerinde hastalara uğraşı terapisi, sportif aktivite, sosyal sorunlara yönelik danışmanlık, tedavi ve semptomlarla baş etme becerisi, müzik terapisi, dans terapisi, ev idaresi ve açlık gibi günlük yaşam eğitimleri, biyolojik ve psikolojik müdahaleler gibi hizmetler verilmektedir. Ayrıca meslek terapisi de gündüz hastaneleri hizmetleri arasında yer almaktadır (Glover 2007, Killaspy ve ark. 2005, Kallert ve ark. 2004).

İspanya

İspanya'da 1980'li yıllara kadar ruh sağlığı hizmetleri ağırlıklı olarak özel kurumlar tarafından dinin önemli olduğu bir yapılanma içerisinde sunulmaya çalışılıyordu. İspanya'da psikiyatri reform süreci 1983 yılında İspanyol Hükümeti tarafından oluşturulan "Psikiyatri Reform Komisyonu"nun 1985 yılında yayınladığı raporla başlamıştır. İspanyol sağlık yasasına göre sağlık hizmeti 200.000–250.000 nüfusa bölünmüş sağlık bölgelerine göre planlanmıştır. Reform sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin planlamasının da bu bölgeleri kapsayacak şekilde yapılması planlanmıştır. Bu bağlamda psikiyatrik hizmetlere birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığı ile ulaşılması ve yataklı psikiyatri birimlerinin genel hastaneler içerisinde hizmet vermesi planlanmıştır. Ayrıca reformun amaçlarından biri de toplum psikiyatrisi hizmetlerinin yapılandırılmasıdır.

Reform sürecinde ilk gerçekleştirilen adım büyük psikiyatrik hastanelerdeki yatak sayılarının azaltılmasıdır. 1983 yılında 43.000 (1000 nüfusa 1.9 psikiyatrik yatak) olan psikiyatri yatağı sayısı 1995 yılında neredeyse 1/3'ü kapatılarak 14.989'a azaltılmıştır (1000 nüfusa 0.38 psikiyatrik yatak). 1995 yılından sonra bu hızlı azalma yavaşlamıştır ve 2006 yılında 1000 nüfusa düşen yatak sayısı 0.37'dir. Psikiyatri yatak sayılarının azaltılma oranı İspanya'da bölgesel farklılık göstermektedir.

1985 yılındaki rapordan sonra genel hastane içerisindeki psikiyatri birimlerinin sayıları artırılmaya başlanmıştır. 1990 yılında genel hastane içerisinde yer alan psikiyatri birimi sayısı 74, yatak sayısı 1784 iken, 1995 yılına gelindiğinde birim sayısı 105'e, yatak sayısı da 2401'e artırılmıştır.

Psikiyatri yatak sayısının azaltılması, psikiyatri hastalarının toplum içerisinde tedavi ihtiyacını da beraberinde getirmiştir. Bu amaçla İspanyada Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmuştur. 1985 yılından itibaren hızla açılmaya başlayan Ruh Sağlığı Merkezlerinin sayısı 1991 yılında 387'e, 1995 yılında ise 550'ye ulaşmıştır. Ruh Sağlığı Merkezlerinin sayısı ve personel kaynakları bölgesel farklılıklar gösterse de; her merkezde en az 1 psikiyatrist, 1 psikolog, 1 psikiyatri hemşiresi ve 1 de idareci bulunmaktadır.

İspanya'da ayrıca "Ara Toplum Hizmetleri" (Intermediate Community Services) bulunmaktadır. Bu hizmetlerin kapsamında korunaklı barınma, rehabilitasyon hizmetleri, sosyal bütünleşme gibi hizmetler bulunmaktadır. Bu hizmetler ülkede bölgesel anlamda çok büyük farklılıklar göstermektedir. İspanya'da "Ara Toplum Hizmetleri" nin büyük bir bölümü gündüz merkezleri ve gündüz hastanelerinde verilmektedir. Gündüz merkez ve hastaneleri ülke çapında hizmet vermektedir ve 1996 yılında 100.000 nüfusa 9.3 merkez düşmekteydi.

İspanya'da reform sonrası ruh sağlığı kaynaklarında görece bir artış olmasına karşın; diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında özellikle toplum psikiyatrisi ve psikososyal bakım hizmetleri açısından oldukça yetersiz olduğu belirtilmektedir (Vazquez-Barquero ve ark 2001, Becker ve Vazquez-Barquero 2001).

İspanya'da 1985 yılında başlayan psikiyatri reformu sonrasında ruh sağlığı hizmetlerin sunumunda önemli başarılar elde edilmiştir. Bölgesel tabanlı yeni bir ruh sağlığı sistemi kurulmuş olması, psikiyatri hizmetlerinin genel hastane sistemi ile bütünleştirilmiş olması, toplum ruh sağlığı hizmetlerinin oluşturulmuş olması bunlardan bazılarıdır. Ancak ruh sağlığı hizmetlerinin ciddi bölgesel farklılıklar göstermesi ve özellikle "Ara Toplum Hizmetleri"nin rehabilitasyon ve hastaların barınmaları için ülke düzeyinde yeterli gelişmişlikte olmaması önemli bir kısıtlılık olarak tanımlanmaktadır (Vazquez-Barquero ve ark 2001).

İsveç

1960'lı yıllarda ortaya çıkan anti psikiyatri akımı İsveç'te ruh sağlığı hizmetlerinin yeniden yapılanmasını tetiklemiştir ve

1973 yılında İsveç Ulusal Sağlık ve Sosyal Güvenlik Kurulu bir rapor yayınlamıştır. Yeniden yapılanma öncesi İsveç'te psikiyatri hizmetleri büyük psikiyatri hastanelerinde sunulmaya çalışılıyordu. 1000 kişilik nüfusa düşen psikiyatri yatağı sayısı 5'ti ve alternatif ayaktan psikiyatrik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri bulunmamaktaydı. Bu nedenle Ulusal Kurul ayaktan tedavi hizmetlerini güçlendirmeyi ve psikiyatri hastalarının hospitalizasyonunu azaltmayı amaçlamıştır. Bu amaçla ayaktan tedavi hizmetlerine psikiyatri hemşireleri, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları dahil edilerek, yataklı birimlerle eşgüdüm içerisinde çalışan tedavi ekipleri oluşturulmuştur ve psikiyatri hizmetlerinin belirli bir tarama alanı içerisinde hizmet sunması planlanmıştır. 1985 yılında kurulun tanımladığı prensiplere uygun 135 psikiyatri kliniği oluşturulmuştur. Ancak bu kurumların sunduğu hizmetler değerlendirildiğinde sosyal hizmetlerin yetersiz olduğu saptanmıştır ve sosyal hizmetlerin reform çerçevesinde sorumlulukları ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. Sosyal hizmetler hastaların psikiyatri kurumları dışında yaşamlarını kolaylaştırmak, sosyal bütünleşmesini sağlamak ve hasta ailelerini de tedavi sürecine dahil ederek rehabilitasyon hizmetlerini kolaylaştırmayı sağlamaya çalışmıştır (Stefansson ve Hansson 2001).

İsveç'teki reform sürecinde de psikiyatrik hastaların hospitalizasyonunun azaltılması amacıyla büyük psikiyatri hastanelerindeki yatak sayıları azaltılmıştır. Örneğin 1990 yılında 100.000 nüfusa düşen psikiyatrik yatak sayısı 168,6 iken, bu sayı 2002 yılında 58,3'e gerilemiştir (Priebe ve ark. 2005). Yatak sayısının azaltılması sonucu hastaların toplum içerisinde tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri konusunda önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Ancak bu amaçla özgül Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri kurulmamıştır ve bu hizmet daha çok sosyal hizmetlerin sorumluluğunda geliştirilmiştir. Sosyal hizmetlerin temel görevleri arasında psikiyatri hastalarına evde destek sunmak, eğer tek başına yaşayamayacak durumda ise bu hastaların özel konaklama imkânları sunmak, hastaların günlük aktivitelerini planlamak ve hastaların korunaklı iş sağlamak sayılabilir (Stefansson ve Hansson 2001).

İsveç'te ruh sağlığı reformunun, özellikle büyük şehirlerde daha az olmak üzere, %40–75 oranında gerçekleştirildiği, ruh sağlığı hizmetlerinin sadece %10 oranında birinci basamak sağlık hizmetleri ile bütünleştiği; ancak sosyal hizmetlerle bütünleşmenin %100 oranında gerçekleştirildiği belirtilmektedir (Becker ve Vazquez-Barquero 2001).

Reform sonrası İsveç'te halen ciddi ruhsal bozukluğu olan hastaların psikiyatri hizmetlerine ulaşımında ve özürüllük yaşalarına göre uygun destek almada güçlükleri bulunmaktadır (Stefansson ve Hansson 2001).

İtalya

İtalya'da 1978 yılında çıkarılan 180 sayılı yasa ile psikiyatrik hizmetlerin sunumu köklü değişikliğe uğramıştır. Yasanın 1978 yılında yürürlüğe girmesine özellikle Franco Basaglia'nın geliştirdiği model öncülük etmiştir. Franco Basaglia ve ar-

kadaşları Kuzey İtalya'da yer alan Gorizia'da bir psikiyatri hastanesindeki işleyişi tamamen değiştirmişlerdir. Öncelikle kademeli olarak kapalı servisleri açarak hastaların hastane içerisinde serbestçe dolaşmasına izin vermişlerdir. Ardından hastaların tecrit ve tespit edilmesini yasaklamışlardır. Sonrasında da hastaların taburcu edilebilmeleri için bir program geliştirmişlerdir. Basaglia ve arkadaşlarının küçük bir psikiyatri hastanesinde başlattıkları değişim daha sonra İtalya'nın diğer şehirlerindeki psikiyatri hastanelerinde de uygulanmaya başlamıştır ve 1978 yılındaki reformun alt yapısını oluşturmuştur (Burti 2001).

Yasanın yürürlüğe girmesiyle birlikte psikiyatri hastanelerine yeni hasta başvuruları sonlandırılarak psikiyatri hastanelerinin kademeli olarak kapatılması, genel hastaneler içerisinde 15 yatak kapasitesini geçmeyen psikiyatri birimleri kurulması, zorunlu yatışların kısıtlanmasına yönelik düzenlemeler ve bölge temelli hizmet sunacak TRSM'lerin kurulması planlanmıştır (Burti 2001, De Girolama ve ark. 2007).

1984 yılında reform sonrası gelişmelerin değerlendirilmesi amacıyla ülke çapında yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre; ayaktan ve yataklı psikiyatrik hizmetlerin ülke çapında oluşturulduğu saptanmıştır. Ülke çapında oluşturulmuş 694 TRSM'nin 675'inin aktif olduğu, genel hastanelerde toplam 3113 adet psikiyatrik yatağına sahip 236 adet psikiyatri biriminin açıldığı saptanmıştır. Ayrıca 1977 yılında 100.000 nüfusa düşen psikiyatri yatağı sayısı 389 iken bu oranın 1984 yılında 332/100.000'e gerilediği saptanmıştır.

1994 yılında İtalyan Parlamentosu psikiyatrik hizmetlerde ortak bir standart sağlamak için bir Ulusal Ruh Sağlığı Planı kabul etmiştir. Bu plana göre TRSM'lerin hizmet tanımları standartlaştırılmıştır. Genel hastanelerdeki psikiyatri yatağı sayısının 100.000 nüfusa 1 olması, 10.000 nüfusa 1 adet yarı-barınma (semi-residential) olanağı sağlayan gündüz merkezi veya gündüz hastanesi kurulması, 10.000 nüfusa 1 adet uzun süreli psikiyatrik rehabilitasyon yatağı oluşturulması ve grup evlerinin kurulması planlanmıştır (Burti 2001). Ulusal Ruh Sağlığı Planının uygulanması ile birlikte İtalya'da reform öncesi hizmet veren 76 psikiyatri hastanesinin tamamı kapatılmış ve psikiyatri hastaları ağırlıklı olarak toplum içerisinde tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri almaya başlamıştır. Toplum psikiyatrisi hizmetlerinin yaygınlaşması hasta yatışlarında ve zorunlu yatışlarda azalmayı beraberinde getirmiştir. Örneğin 1987 yılında hastaneye yatış oranı 100.000 nüfusa 278 iken bu oran 1994 yılında 222/100.000'e ve 2001 yılında 198/100.000'e gerilemiştir. 1977 yılında tüm psikiyatrik yatışların %50'si zorunlu yatış iken, 1984 yılında bu oran %20'ye, günümüzde ise %12'ye gerilemiştir (Burti 2001, De Girolama ve ark. 2007).

Günümüzde akut psikiyatri yatağı sayısı 100.000 nüfusa 17'ye kadar gerilemiştir. Bununla birlikte hastane dışında psikiyatri hastalarına uzun süreli yataklı rehabilitasyon hizmeti sunulan yatak sayısı 30/100.000'dir. İtalya'da toplam 707 TRSM, 309 gündüz hastanesi ve 612 gündüz merkezi bulunmaktadır.

Ancak İtalya'daki ruh sağlığı hizmetleri 1990'lı yıllarda belirginleşen sağlık sistemindeki özelleştirmelerle birlikte ciddi şekilde etkilenmiştir. Özellikle ekonomik kısıtlamalar ve sağlık harcamalarını azaltma çabasının da etkisi ile 1996-1998 yılları arasında 26 psikiyatri hastanesi resmi olarak kapatılmıştır. Psikiyatri hastanelerinin kapatılması reformun bir parçası olarak görülebilir. Ancak hızlı bir şekilde psikiyatri yataklarının azaltılması İtalya'da da özellikle akut ve uzun süreli yataklı psikiyatri hizmetlerinde sorunlara neden olmuştur. Bu nedenle de son yıllarda psikiyatri yatak sayıları artırılmıştır. Örneğin, 1990 yılında İtalya'da 100.000 nüfusa düşen psikiyatrik yatak sayısı 4.5 iken bu sayı 2002 yılında 17.6'ya yükseltilmiştir (Priebe ve ark. 2008).

İtalyan psikiyatri sistemindeki diğer sorunlar ise hizmet sunumundaki bölgesel eşitsizlikler ve akut psikiyatri yataklarının önemli bir bölümünün özel sağlık kurumlarında bulunmasıdır. İtalya'da bölgesel psikiyatri yatağı sayısı önemli farklılıklar göstermektedir. Örneğin İtalya'nın kuzey ve orta bölgelerindeki 100.000 nüfusa düşen psikiyatri yatağı sayısı güneye göre 2 kat daha fazladır. Ayrıca bu bölgelerde özel ve devlet kurumlarına ait psikiyatri yatak oranlarında da önemli farklılıklar bulunmaktadır. Devlet kurumlarına ait psikiyatri yatak sayılarının yetersiz olduğu bölgede özel kurumlara ait psikiyatri yatak sayısının fazla olması dikkat çekicidir. İtalya'nın güneyinde psikiyatri yatak sayısının yetersizliği ile de ilişkili olarak zorunlu yatış oranları ülkenin diğer kesimlerine göre 2 kat fazladır.

İtalya'da özel kurumlara ait psikiyatri yatak sayısı 4862'dir. Bu sayı toplam psikiyatri yataklarının %54'ünü oluşturmaktadır. Özel psikiyatri kurumlarının çok büyük bir çoğunluğu İtalyan reformu öncesinde kurulmuştur. Bu kurumlar reformun temel amaçlarından olan psikiyatri yatak sayılarının azaltılmasından ve bölge ve nüfus tabanlı hizmet sunumu prensiplerinden etkilenmemiştir ve günümüzde de belirli bir tarama alanına sahip değildir (Priebe ve ark. 2008, de Giralama ve ark. 2007).

Yunanistan

Yunanistan'da psikiyatrik hizmetler 1980 yılına kadar 9 büyük devlet ve 40 özel psikiyatri hastanesinde sunulmaya çalışılıyordu. Bu dönemde psikiyatri hizmetleri merkezi bir yapı içerisinde toplum psikiyatrisi hizmetleri olmadan sunuluyordu. Ayrıca psikiyatri hizmetlerinde önemli bölgesel eşitsizlikler bulunuyordu ve ruh sağlığı profesyonelleri sayı ve nitelik açısından yetersizdi (Madianos ve ark. 1999a).

Yunanistan psikiyatrik reformu 1981 yılında Avrupa Birliği'ne dahil olduktan sonra başlamıştır. 1984 yılında Avrupa Topluluğu (European Community) tarafından Yunanistan'a psikiyatrik hizmetlerin iyileştirilmesi amacıyla özel bir fon ayrılmıştır. 5 yıllık bir plan çerçevesinde gerçekleştirilecek reformların bürokratik ve idari prosedürler nedeniyle gecikmesi nedeniyle bu süreç 1995 yılına kadar uzatılmıştır. Psikiyatrik reformun temel eksenleri, psikiyatri hastanelerindeki hasta

sayısının azaltılması; psikiyatri kurumlarının iyileştirilmesi ve psikiyatri hastanelerinde uzun süreli bakım gören hastaların yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve genel hastanelerde psikiyatri kliniklerinin açılmasını ve toplum psikiyatrisi hizmetlerinin oluşturulmasını içermekteydi (Bellali ve Kalafati 2006).

Madianos ve arkadaşlarının (1999) reformun psikiyatri hizmetlerine etkilerini değerlendirdikleri çalışmalarında; 1984 yılında ülkede nöropsikiyatrist sayısının yetersiz olduğu ve ülke çapında yoğunluklarının bölgesel farklılık gösterdiği saptanmıştır. Nöropsikiyatristlerin yoğunluklarının sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kentsel bölgelerde fazla olduğu belirlenmiştir. 1984 yılında 100.000 nüfusa düşen nöropsikiyatrist sayısı 6.6 iken bu sayı 1990 yılında 10.5, 1996 yılında 15.4'e yükselmiştir. Nöropsikiyatristler dışında diğer ruh sağlığı çalışanlarının sayısında da önemli artışlar sağlanmıştır. 10 yıllık süre içerisinde psikolog sayısında %107, sosyal hizmet uzmanı sayısında %148, hemşire sayısında %21 ve uğraşı terapisti sayısında da %300'lük artış sağlanmıştır. Ayrıca bölgesel farklılıklar da önemli ölçüde azaltılmıştır (Madianos ve ark. 1999a, Madianos ve ark. 1999b).

Reformun diğer parçaları olan psikiyatri yatak sayılarının azaltılmasında ve toplum psikiyatrisi hizmetlerinin oluşturulmasında da önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Örneğin 1984 yılında 100.000 nüfusa düşen psikiyatri yatağı sayısı 138 iken, bu sayı 1996 yılında yaklaşık %30 azalarak 96'ya inmiştir. Yatak sayısının azalması ile hastaların toplum içerisinde tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanabilmesi için toplum psikiyatrisi ve rehabilitasyon merkezleri oluşturulmuştur. Hastane dışı psikiyatri hizmetleri (extramural facilities) olarak tanımlanan TRSM'leri ve ayaktan psikiyatri hizmetlerinde çok büyük ilerlemeler sağlanmıştır. TRSM'leri 80.000-150.000 nüfusluk tarama alanlarını kapsayacak şekilde oluşturulmuştur. TRSM'lerinin toplam sayısı 1984 yılında sadece 7 iken 1996 yılında bu sayı 33'e çıkmıştır. Ayrıca ayaktan tedavi kliniklerinin sayısı da aynı dönem içerisinde 20'den 56'ya artmıştır (Madianos ve ark. 1999b).

Yunanistan'da reform süresince hastaların rehabilitasyon ve hastane dışındaki barınma hizmetlerine de önem verilmiştir. Bu amaçla yetersiz olan gündüz hastanesi sayısı, psikososyal rehabilitasyon merkezi sayısı ve hastane dışında korunaklı psikiyatri yatağı sayısı artırılmıştır. 1984 yılında 1000 nüfusa düşen gündüz hastanesi sayısı 55 iken, 1996 yılında bu sayı 369'a çıkmıştır. Bununla birlikte aynı dönem içerisinde psikososyal rehabilitasyon merkezi sayısı %742, hastane dışında korunaklı psikiyatri yatağı sayısı da %6913 artırılmıştır (Madianos ve ark. 1999a, Madianos ve ark. 1999b).

Yunanistan'da gerçekleştirilen yapısal ve idari reformun olumlu sonuçları olarak psikiyatri hastalarının hastane başvurularında ve yatış sürelerinde azalma saptanırken, hastaların taburculuk oranlarında da artış saptanmıştır (Madianos 1999b).

Yunanistan'da 1999 yılında Avrupa Birliği düzenlemeleri çerçevesinde ruh sağlığı hizmetlerinin modernizasyonu ve geli-

şimini amaçlayan "Psychargos" adlı 10 yıllık ulusal bir eylem planı kabul edilmiştir. "Psychargos" 2 aşamalı olarak planlanmıştır. İlk aşamada psikiyatri hastanelerinin ve TRSM'lerinin geliştirilmesi ve ruh sağlığı personeline kapsamlı eğitim programlarının sunulması amaçlanmıştır. İkinci aşamada ise; yarı-yol evleri (half-way houses) ve hemşire evlerinin kurulması, psikiyatri hastalarına mesleki eğitim programlarının oluşturulması ve ruh sağlığı personelinin psikososyal rehabilitasyon alanında eğitilmesi planlanmıştır (Bellali ve Kalafati 2006).

Türkiye

Türkiye'nin psikiyatri tarihi düşünüldüğünde oldukça zengin ve uzun bir geçmişi vardır. Özellikle Anadolu'da yaşamış eski medeniyetlerin ve Osmanlı İmparatorluğunun psikiyatri hastalarına yaklaşımı, hastaları dışlamaması, damgalanmaması ve onlara insani hizmet sunma çabası Türkiye'de hala etkisini sürdürmektedir. Ancak psikiyatri hizmetleri açısından zengin bir geçmişi olsa da Türkiye modern anlamda ulusal bir psikiyatri reformunu halen gerçekleştirememiştir.

Psikiyatri hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla ilk girişimler 1960'lı yıllarda başlamıştır. Bu dönemde Türkiye'de psikiyatri hastalarının tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin iyileştirilmesi amaçlanmıştır. Ankara ve İstanbul'da ruh sağlığı dispanserleri kurulmuştur. Ancak ruh sağlığı dispanserlerinin psikiyatri hastanelerinin uzantısı şeklinde hizmet vermesi nedeniyle ruh sağlığının güçlendirilmesi ve korunması anlamında sınırlı kalmıştır (Coşkun 2004).

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin koordinasyonunun sağlanması amacıyla 1983 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. Günümüzde de koordinasyonun sağlanması ile görevli Daire Başkanlığı'na bağlı 4 şube müdürlüğü bulunmaktadır. Bu müdürlükler; Koruyucu Ruh Sağlığı, Madde Bağımlılığı, Kronik Ruhsal Bozukluklar ve Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Şube Müdürlükleridir. Bakanlığın ruh sağlığı ile ilgili taşra örgütü ise illerde Valiliklere bağlı olarak faaliyette bulunan İl Sağlık Müdürlükleri bünyesindeki Ruh Sağlığı Şube Müdürlüklerinden oluşmaktadır.

1980'li yıllarda Sağlık Bakanlığının ruh sağlığı politikası geliştirme çabaları olmuştur. Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri ile bütünleşmesine çalışılmıştır. Sektörler arası ve disiplinler arası koordinasyonun sağlanması amacıyla Dünya Sağlık Örgütü'nün desteği ile farklı bakanlıklar, üniversiteler ve sivil toplum örgütleri çalışmalara dahil edilmeye çalışılmıştır. O dönemdeki psikiyatri hastaneleri merkezde olacak şekilde 5 bölge oluşturulmuştur ve hastaların sevk ve taburculuk sonrası izlemleri planlanmaya çalışılmıştır. Ancak hazırlanan planlar yürürlüğe girmemiştir ve bu çabalar bazı toplantı notları dışında sonuçsuz kalmıştır (Coskun 2004, T.C. Sağlık Bakanlığı 2006).

1999 Marmara depremi Türkiye'deki ruh sağlığı hizmetlerinin yeniden gözden geçirilmesi için önemli bir dönüm nokta-

sı olmuştur. Marmara depremi on binlerce insanın ölümüne ve ülke ekonomisini ciddi anlamda etkileyen yıkıma neden olmuştur. Deprem sonrası Türk Hükümeti ve Dünya Bankası arasında 23 Kasım 1999 tarihinde 4517-TU sayılı Marmara Depremi Yeniden Yapılandırma Projesi (MEER) Anlaşması imzalanmıştır. Bu çerçevede; 5.15 milyon dolarlık bütçesi olan ve 2001-2004 tarihleri arasında kapsayacak projede bileşenlerden biri de ulusal ruh sağlığı politikasının geliştirilmesi olarak planlanmıştır.

MEER Projesi kapsamında ulusal ruh sağlığı politikası geliştirilmesi amacıyla üç ayrı ruh sağlığı konferansı düzenlenerek ruh sağlığı ile ilgili sektör temsilcileri bir araya getirilmiş ve görüşleri alınmıştır. Ülkede ruh sağlığı ile ilgili tüm sektör temsilcilerinin davetli olduğu bu konferanslarda bir yandan bu sektörlerin hedef, strateji ve kaynakları hakkında bilgi toplanmış, bir yandan da konuyla ilgili uluslararası girişimler aktarılmış, bunlar yerel uzmanlar tarafından incelenmiş ve Türkiye'nin ihtiyaçlarına uygulanabilirliği konusu yüz yüze tartışılmıştır. Ülkedeki ruh sağlığı ile ilgili meslek örgütlerinin ulusal ruh sağlığı politikası hakkındaki yazılı görüşleri derlenmiştir.

Yapılan konferanslar, görüşmeler, derlenen raporlar ve bilimsel literatür ışığında Dünya Sağlık Örgütü tarafından tasarlanan "Ulusal Ruh Sağlığı Politikası Kapsamının Geliştirilmesi İçin Hizmet Kılavuzu Paketi" temel alınarak Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası Raporu oluşturulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün Kılavuzu toplumun ruh sağlığının geliştirilmesi için ülkelere yardım edecek uygulama bilgilerini sağlamaktadır. Bu paket içerisinde modüler bir yapı ile ruh sağlığının çeşitli boyutları incelenmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikasında Dünya Sağlık Örgütü'nün söz konusu modülleri ülke koşullarına uyarlanmıştır.

Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası toplam 8 modülden oluşmaktadır. Bu modüller; ruh sağlığının organizasyonu, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, çocuk ve ergen ruh sağlığı politikası, ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanı, ruh sağlığında kalitenin geliştirilmesi, ruh sağlığı alanında yasal düzenlemeler, ruh sağlığı alanında savunuculuk ve ruh sağlığında eğitim, araştırma ve insan gücüdür. Her modülde ele alınan başlıkta önce ülkedeki mevcut durum incelenmiş, ardından o konudaki hedefler ve bunlara ulaşmak için öngörülen stratejiler sıralanmış, ayrıca ilgili ve sorumlu kuruluşlar da belirtilmiştir. Sonuç ve öneriler bölümünde ise Türkiye'nin ruh sağlığı alanındaki stratejik öncelikleri tartışılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2006).

Türkiye Cumhuriyeti 2006 da resmi nitelik kazanmış bu "Ruh Sağlığı Politikası" ülkemizde halen sürmekte olan "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" ve sağlık alanının piyasa koşullarına uyarlanması sürecine uygun bir çerçevede düzenlendiği için ruh sağlığı sorunlarını çözebileceği tartışmalıdır. Ayrıca bu rapor 2006 yılında yayınlanmış olmakla birlikte bu politikaların ülkemizde uygulanması amacıyla önemli bir adım atılmamıştır. Türkiye'de halen psikiyatrik kaynaklar ve insan gücü, yasal

mevzuat ve toplum psikiyatrisi alanında çok büyük yetersizlikler bulunmaktadır. Ayrıca "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" ile sağlık alanının piyasa koşullarına açılmak istenmesi ve sağlık hizmetinin bölge ya da nüfus temelli olmaması nedeniyle bu dönüşümden ruh sağlığı hizmetlerinin olumsuz etkileneceği öngörülebilir. Bu nedenle ulusal ruh sağlığı politikalarının oluşturulma aşamasında Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından belirtilen önerilerin, politikaların uygulanma aşamasında mutlaka dikkate alınması gerekmektedir.

Bu öneriler doğrultusunda ruh sağlığı örgütlenmesindeki temel yapı olan Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı değiştirilerek Genel Müdürlüğe dönüştürülmelidir ve Genel Müdürlük mutlaka bir psikiyatri uzmanı tarafından yönetilmelidir. Genel müdürlük yeterli sayıda psikiyatrist, psikolog ve diğer uzmanlarla desteklenmeli ve ruh sağlığı hizmeti veren tüm kurumların faaliyetlerinin eşgüdümünü sağlamalıdır. Böylece Sağlık Bakanlığında Ruh Sağlığı hizmeti veren tüm birimlerin genel müdürlüğe bağlanması ve daha etkin çalışma fırsatı verebilir.

Ruh Sağlığı Genel Müdürlüğünü ile çalışacak özerk bir Ulusal Ruh Sağlığı Konseyi oluşturulmalıdır. Sağlık, Milli Eğitim, Çalışma Bakanlıkları, üniversiteler, Türkiye Psikiyatri Derneği, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği ve Türk Psikologlar Derneği, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu temsilcilerinden oluşan bu konsey ülkenin genelindeki ruh sağlığı ile ilgili işlevleri olan tüm kurumlar arasında planlama, eşgüdüm ve standardizasyonu sağlayacaktır.

Ruh sağlığı çalışanlarının sayısındaki yetersizlik nedeni ile önümüzdeki 10 yıllık sürede ruh sağlığı çalışanlarının sayısının 5 kat artırılabilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca Avrupa ortalamasının çok altında olan psikiyatri yatağı sayısının artırılması amacıyla, nüfusu 100.000'i geçen her ilçede hizmet veren genel hastanelerde ve yatak sayısı 100'ün üzerinde olan genel hastanelerde psikiyatri klinikleri açılmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2006).

Kaynaklar

- Bauer M, Kunze H, von Cranach M ve ark.(2001) Psychiatric reform in Germany. *Acta Psychiatr Scand*; 104 (Suppl. 410): 27-34.
- Becker T, Vazquez-Barquero J L (2001) The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand*; 104 (Suppl. 410): 8-14.
- Becker T, Hülsmann S, Knudsen HC ve ark. (2002) Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 37: 465-474.
- Becker T, Kilian R (2006) Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatr Scand*; 113 (Suppl. 429) 9-16.
- Bellali T, Kalafati M (2006) Greek psychiatric care reform: new perspectives and challenges for community mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 13:33-9.
- Brand U (2001) Mental health care in Germany: carers' perspectives. *Acta Psychiatr Scand*; 104 (Suppl. 410): 35-40.
- Coskun, B. (2004) Psychiatry in Turkey. *International Psychiatry*; 3:13-15.

- Burti L (2001) Italian psychiatric reform 20 plus years after Acta Psychiatr Scand; 104 (Suppl. 410): 41-46.
- de Girolamo G, Bassi M, Neri G ve ark. (2007) The current state of mental health care in Italy: problems, perspectives, and lessons to learn. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci; 257:83-91
- England E, Lester H (2005) Integrated mental health services in England: a policy paradox? Int J Integr Care; 5: 1-8.
- Goldberg D (1999). The future pattern of psychiatric provision in England. Eur Arch Clin Neurosci; 249: 123-127.
- Glover G (2007) Adult mental health care in England. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci; 257: 71-82.
- Jenkins R, Strathdee G (2000) The integration of mental health care with primary care. Int J Law Psychiatry; 23(3-4): 277-291.
- Johnson S, Zinkler M, Priebe S (2001) Mental health service provision in England. Acta Psychiatr Scand; 104(Suppl. 410): 47-55.
- Kallert TW, Glöckner M, Priebe S ve ark. (2004) A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 39: 777-788.
- Killaspy H, Harden C, Holloway F ve ark. (2005) What do mental health rehabilitation services do and what are they for? A national survey in England. Journal of Mental Health; 14: 157-165.
- Killaspy H. (2006) From the asylum to community care: learning from experience Br Med Bull; 79-80: 245-258.
- Killaspy H (2007) Assertive community treatment in psychiatry. BMJ; 335: 311-312.
- Knapp M, McDaid D, Amaddeo F ve ark. (2007) Financing mental health care in Europe. Journal of Mental Health; 16:167 – 180.
- Madianos MG, Zacharakis C, Tsitsa C ve ark. (1999a) The mental health care delivery system in Greece: regional variation and socioeconomic correlates. J Ment Health Policy Econ; 2:169-176.
- Madianos MG, Tsiantis J, Zacharakis C (1999b) Changing patterns of mental health care in Greece (1984-1996). Eur Psychiatry; 14:462-467.
- McDaid D, Knapp M, Medeiros H ve MHEEN grubu (2007) Mental health and economics in Europe: Findings from the MHEEN group. Eurohealth; 13:1-6.
- Munir K, Ergene T, Tunaligil V ve ark. (2004) A window of opportunity for the transformation of national mental health policy in Turkey following two major Earthquakes. Harv Rev Psychiatry; 12:238-251.
- Muijen M (2008) Mental health services in Europe: An overview. Psychiatric Services; 59:479-482.
- Munk-Jørgensen P (1999) Has deinstitutionalization gone too far? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci; 249 :136-143.
- Murray CJL, Lopez AD. The global burden of diseases: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard School of Public Health, WHO and World Bank 1996.
- Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A ve ark. (2005) Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. BMJ; 330:123-6.
- Priebe S, Frottier P, Gaddini A ve ark. (2008) Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. Psychiatr Serv; 59:570-3.
- Provost D, Bauer A (2001) Trends and developments in public psychiatry in France since 1975. Acta Psychiatr Scand; 104 (Suppl. 410): 63-68.
- Rutz W (2001) Mental health in Europe: problems, advances and challenges Acta Psychiatr Scand; 104 (Suppl. 410): 15-20.
- Saxena S, Sharan P, Saraceno B (2003) Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's Project Atlas. J Ment Health Policy Econ; 6:135-143.
- Schene AH, Faber AME (2001) Mental health care reform in the Netherlands Acta Psychiatr Scand;104 (Suppl. 410): 74-81.
- Stefansson C-G, Hansson L (2001) Mental health care reform in Sweden, 1995 Acta Psychiatr Scand; 104 (Suppl. 410): 82-88.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2006) Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Ruh Sağlığı Politikası. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Ankara.
- The NHS Confederation. About Mental Health Trusts. <http://www.nhsconfed.org/mental-health/mental-health-1759.cfm>. Erişim tarihi: 12.08.2008.
- Vazquez-Barquero JL, Garcia J, Torres-Gonzalez F (2001) Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience? Acta Psychiatr Scand; 104 (Suppl. 410): 89-95.
- Verdoux H (2007) The current state of adult mental health care in France. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci; 257:64-70.
- World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing Risks. Promoting Healthy Life. Geneva: WHO 2002.
- World Health Organization (2005) Mental Health Atlas: 2005. Revised Edition. Mental Health: Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, Geneva.

Doğu Avrupa Ülkelerinde Psikiyatrik Hizmetler

Dr. Mehmet Yumru

Patnos Devlet Hastanesi

Doğu Avrupa ülkeleri ile Avrupa kıtasının batısında kalan ülkeler ile kıyaslandığında psikiyatrik hizmetler açısından önemli farklılıklar göze çarpmaktadır. Doğu Avrupa ülkelerinde son yirmi yılda yeniden değişen coğrafya nedeniyle bir çok ülkede sağlık hizmetleri ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün psikiyatrik hizmetler ile ilgili temel verilerine bakıldığında zaman Doğu Avrupa ülkeleri ile Türkiye arasında önemli farklılıklar göze çarpmaktadır (Tablo 1). Bu farklılıklardan en göze çarpanı psikiyatri yatağı sayısındaki farklılıktır. 2006 yılı verilerine bakıldığında Türkiye ile diğer ülkeler arasında psikiyatrik hastane yatağı sayısında yaklaşık 4-10 kat fark görülmektedir.

Psikiyatrik hizmetlerdeki insan gücüne bakıldığında Türkiye ile diğer ülkeler arasında benzer şekilde önemli farklılık bulunmaktadır (Tablo 2). 2005 verilerine göre 100.000 nüfusa göre psikiyatrist sayısı Arnavutluk harici diğer 10 Doğu Avrupa ülkesinden daha az olduğu görülmektedir.

Tablo 1. Doğu Avrupa ülkelerindeki psikiyatrik hizmetler

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

Türkiye de ruh sağlığı ile ilgili olarak ruh sağlığı politikası ve ulusal ruh sağlığı programı olmasına rağmen halen ruh sağlığı yasası bulunmamaktadır. Yukarıdaki 11 Doğu Avrupa ülkesi içerisinde Arnavutluk, Hırvatistan, Estonya, Macaristan, Slovenya, Slovakya'da ruh sağlığı politikası bulunmamaktadır. Ulusal ruh sağlığı programı; Hırvatistan, Estonya, Slovakya, Slovenya'da bulunmamaktadır. Ruh sağlığı yasası ise bu ülkeler içerisinde sadece Türkiye'de bulunmamaktadır.

Bazı Doğu Avrupa ülkesinin ruh sağlığı hizmetlerine kısaca bakıldığında;

Arnavutluk

Türkiye dışındaki diğer Doğu Avrupa ülkelerine göre az sayıda psikiyatrik hasta yatak sayısı ve psikiyatrik insan gücüne sahiptir. Ruhsal hastalıklara düşük sosyal destek yüksek damgalama mevcuttur. Ülkede 2 ruh sağlığı hastanesi, 34 poliklinik, genel hastaneler içerisinde 2 psikiyatri servisi bulunmaktadır.

Tablo 2. Doğu Avrupa ülkelerinde psikiyatrik hizmetlerdeki insan gücü

	Psikiyatrist*	Psikiyatri hemşiresi*	Psikolog*	Sosyal hizmet uzmanı*
Türkiye	1	-	1	1
Hırvatistan	3	-	-	-
Rusya	4	4	1	1
Arnavutluk	1	-	1	1
Çek Cumhuriyeti	3	-	-	-
Bulgaristan	3	3	1	1
Estonya	4	1	-	-
Finlandiya	4	4	4	4
Macaristan	3	3	2	1
Slovenya	3	-	2	-
Slovakya	3	3	2	-
Ukrayna	3	3	-	-

*100.000 nüfusa

Ruh sağlığı yataklarının %43'ü ruh sağlığı hastanelerinde yer almaktadır. %15'i ise genel hastanelerdedir. Son yıllarda diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi ruh sağlığı hastanelerindeki yatak sayısında azalmaya gidilmiştir. 2001 ile 2005 arasında ruh sağlığı hastanesi yatak sayısı %13 oranında azalmıştır.

Hırvatistan

Hırvatistan parlamentosu tarafından 1997 yılında kabul edilen Hırvatistan Ruh Sağlığı Yasası, 2000 yılında revize edilmiştir. Bu yasaya göre hastaneye başvuran her hastadan bilgilendirilmiş olur formu alınması istenmektedir.

1998 yılında genel hastanelerde 1000 nüfusa 0.22 psikiyatri yatağı bulunurken ortalama hastanede kalış süresi 17.5 gün olarak belirtilmiştir. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin Avrupa'da giderek önem kazanmasının ardından Hırvatistan'da da psikiyatrik yatak sayısında azalma olmuştur. 1990 ile 1996 yılları arasında psikiyatrik yatak sayısında %21.3 oranında azalma olmuştur.

Rusya

Doğu Avrupa ülkeleri arasında ruh sağlığı ekipmanları ve hizmetleri açısından en iyi konumdaki ülkelerden birisidir. 2001 verilerine göre 278 ruh sağlığı hastanesi 16600 psikiyatristi olan ülkenin ruh sağlığı yasası 1992 yılında kabul edilmiştir. 1999 yılında ise revize edilmiştir.

Çek Cumhuriyeti

Ulusal ruh sağlığı programı 1997 yılında yayınlanan ülkede 1999 yılında 1184 psikiyatrist, 3581 ruh sağlığı çalışanı ve 11605 psikiyatri yatağı bulunmakta idi. 1995 ile 2005 yılları arasında yaklaşık 3500 psikiyatrik yatak sayısı azalmıştır. Bu yıllar arasında ruh sağlığı hastanelerinde ortalama yatış süresi 109 günden 82 güne gerilerken, genel hastanelerin psikiyatri kliniklerinde 34 günden 25 güne gerilemiştir.

Bulgaristan

10 yıl öncesi verilerine göre 692 psikiyatrist, 1210 hemşire, 29 sosyal hizmet uzmanı, 77 psikoloğu olan ülke Rusya dışında

Ruh Sağlığı Yasası, Ulusal Ruh Sağlığı Programı ve Ruh Sağlığı Politikası bulunan Doğu Avrupa ülkelerinden biridir.

Finlandiya

Finlandiya ruh sağlığı hizmetleri konusunda Doğu Avrupa ülkeleri arasında iyi konumda olan ülkelerden birisidir. Son 20 yılda Finlandiya ruh sağlığı hizmetlerinde radikal değişiklikler olmuştur. 1980'li yıllarda 20000 olan psikiyatrik yatak sayısı 2000'li yıllarda 6200'e kadar gerilemiştir. Yatak sayısındaki azalma toplum temelli psikiyatri merkezlerin sayısındaki artış ile kompanse edilmiştir.

Ukrayna

2001 yılı verilerine göre Ukrayna'da 87 ruh sağlığı hastanesi, yaklaşık 50000 psikiyatri yatağı ve 4325 psikiyatrist bulunmaktadır. Ruh sağlığı yasası 1997 yılında kabul edilmiştir.

Kaynaklar

- Becker T, Vazquez-Barquero J L (2001) The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatr Scand*; 104 (Suppl. 410): 8-14.
- Gater R, Jordanova V, Maric N ve ark. (2005) Pathways to psychiatric care in Eastern Europe. *Brit J Psych*; 186: 529-535
- Muijen M (2008) Mental health services in Europe: An overview. *Psychiatric Services*; 59:479-482
- Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A ve ark. (2005) Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ*; 330:123-6.
- Rutz W (2001) Mental health in Europe: problems, advances and challenges *Acta Psychiatr Scand*; 104 (Suppl. 410): 15-20.
- World Health Organization. The World Health Report 2002. Reducing Risks. Promoting Healthy Life. Geneva: WHO 2002.
- World Health Organization (2005) Mental Health Atlas: 2005. Revised Edition. Mental Health: Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2001). Mental Health in Europe. Country reports from the WHO European Network on Mental Health. Geneva.
- World Health Organization/Europe, Mental health, Basic statistics from the health for all (HFA) database. <http://euro.who.int/mentalhealth/ctryinfo/HFAExtracts?Country> Erişim tarihi: 05.10.2008

Amerika Birleşik Devletleri Ruh Sağlığı Sistemi

Dr. Bülent Kadri Gültekin

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

A.B.D. Genel Sağlık Sistemi

ABD 298.213.000 nüfuslu, doğuştan beklenen yaşam süresinin erkeklerde 75, kadınlarda 80, kişi başına yıllık toplam sağlık harcamasının 6.096 dolar olduğu, kişi başına yıllık ulusal gelirin brüt 41.950 dolar olduğu bir ülkedir (1)

Amerika Birleşik Devletleri(ABD) sağlık sistemi dünyada tamamen piyasa ekonomisinin hakim olduğu bir sağlık sisteminin temsilcisidir. Bu sistem en az kapsayıcı ve en pahalı sağlık sistemidir. ABD sağlık sistemi bağımsız, eşgüdüm içerisinde çalışmayan farklı organizasyonlarla çalışan, sevk zincirinin olmadığı bir sistem olarak tanımlanmıştır. Toplumun bir kısmı bu hizmete ulaşamazken diğer bir kesimi en iyi sağlık hizmetini almaktadır. Bilindiği üzere, ABD federal bir hükümet sistemi ile yönetilmektedir. Toplam 50 federasyon kendi seçtikleri federal hükümetler aracılığı ile yasaları yapmakta, güvenlik ve vergi sistemini belirlemektedir. ABD hükümeti, sağlık alanında birincil sorumluluğu federasyonlara vermiştir, ancak silahlı kuvvetler, asker emeklileri ve natif Amerikalılar (Kızılderililer) için federal sağlık hizmeti doğrudan merkezi hükümet aracılığı ile sağlar. Merkezi hükümet ulusal standartların saptanmasında, bilgi sistemlerinin kurulmasında ve yasal düzenlemelerin yapılmasında önemli görevler üstlenir. Ayrıca merkezi hükümet, sağlık hizmeti, araştırma ve eğitim

Tablo 1. Sağlık Sigortası kaynağı ve kapsamındaki nüfus (2002 yılı)

	Kapsamındaki kişi sayısı (milyon)	%
Medicare	41	14
Medicaid	34	12
İşveren temelli özel sigorta	158	55
Bireysel özel sigorta	9	3
Memur, asker, gazi, emekli asker	3	1
Sigortası yok	44	15
Toplam Nüfus	288	100

Kaynak:U.S. Census Bureau, Health Insurance Coverage in the United States, 2002

için temel finansmanı sağlar. Nüfus özelliklerinde 2005 yılı itibarıyla, iki önemli değişiklik oluşmuştur: ABD toplumunun ırk ve etnik çeşitliliği ve yaşlı nüfusu artmaktadır. 1950 yılında %5 olan 75 yaş ve üstü nüfus 2004'te %6'ya ulaşmıştır. Hispanik (Latin kökenliler) ve Asyalı oranında belirgin bir artış vardır. 2004 yılı itibarıyla ABD nüfusunun %14'ü Hispanik ve %4'ü Asyalıdır (2)

ABD'nin kişi başına sağlık harcamaları her yıl artmaktadır. Ayrıca 44 milyon kişi (%15) herhangi bir sağlık güvencesine sahip değildir (Tablo 1). ABD, OECD ülkeleri içerisinde kişi başına yıllık 5.274\$ sağlık harcaması ile sağlığa en çok harcama yapan ülke konumundadır (Tablo 2).

Ruh sağlığı Hizmeti Organizasyonu ve Hizmetin verilmesi

Ruh sağlığı tedavisi ilaç reçeteleme, tıbbi yönetim, psikoterapi, rehabilitasyon danışmanlığı, hastaların yatışı, evde bakımı içerir. Bakım kaynakları oldukça değişiktir. Federal/ devlet/ bölgesel yönetimler, özel sigorta ve doğrudan ödeme şeklindedir. Ruh sağlığı hizmeti psikiyatrist, psikolog, klinik eğitimi almış sosyal çalışmacı, klinik eğitilmiş psikiyatri hemşiresi ve

Tablo 2. OECD Ülkeleri Kişi başına sağlık harcamaları (\$)

Ülkeler	1992	1998	2002
A.B.D	3.174	4.180	5.274
Almanya	2.496	2.488	2.817
Fransa	2.164	2.102	2.736
İsveç	2.221	1.707	2.512
Kore	273	0.720	982
Yunanistan	425	1.207	1.814
Türkiye	103	315	420

Kaynak:SB sağlık bakanlığı genel Koordinatörlüğü (1998), "Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996"

UNDP (2001), "Human development Report 2001"

UNDP (2003), "Human development Report 2003"

Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2005

Tablo 3. Ruh sağlığı hizmeti verenlerin sayısının nüfusa oranları

Hizmet veren	Sayı	Toplama oranı (1/100.000)
Çocuk psikiyatrisi	5.900	2.2
Psikiyatrist	38.258	14.2
Klinik psikolog	76.968	28.4
Klinik eğitilmiş sosyal çalışmacı	96.268	35.6
Klinik eğitilmiş psikiyatri hemşiresi	6.776	2.6

US Bureau of the Census. Statistical Abstract of the United States, 2001

çeşitli tipte danışmanlarla ofislerde, kliniklerde, hastanelerde, bakım evlerinde verilmektedir.

ABD de ruh sağlığı profesyonellerinin sayısının yetersiz olduğu ülkelerden biridir (Tablo 5). Ruh sağlığı politikalarının oluşturulmasında ve geliştirilmesinde de yetersizlikler dikkati çekmektedir (5). Amerika Hekimler Birliğinin 2002-2003 yılı verilerine göre tüm ülkede 813.770 hekim mevcut olup 45.615 (çocuk psikiyatrisi dahil) psikiyatrist sayısı ile psikiyatri 4. büyük uzmanlık durumundadır. Son 30 yılda psikiyatristlerin sayısı %86.7 artarken çocuk psikiyatrisi sayısı %194.6 artmıştır. 2002 yılına ait verilere göre psikiyatristler haftada ortalama 42.5 saat çalışmaktadırlar. Psikiyatristler haftada her biri ortalama 34 dakika süren 41 hasta görüşmesi yapmaktadır. Psikiyatristlerin dağılımı ülkenin farklı coğrafi bölgelerinde oldukça farklıdır. New York'ta her 100 000 kişiye 28.2 psikiyatrist düşerken Texas'da 8.0 psikiyatrist düşmektedir (7)

Önceleri ruh sağlığı özel sigorta sistemleri ödemeleri, sadece psikiyatrist ve doktora seviyesindeki psikologlarla sınırlıyken son dönemde sosyal çalışmacıları, manevi danışmanları, eş ve aile terapistlerini, aile hekimlerini de kapsama alanına almıştır. Ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanındaki değişimle birlikte hizmet yatan hastadan gittikçe poliklinik hizmetine, uzun dönemli psikanalitik yaklaşımdan sınırlı zaman gerektiren psiko-terapotik ve bilişsel davranışçı terapilere kaymıştır.

Psikiyatristlerin ortalama yıllık gelirleri 1985'lerde yıllık 87.200\$, psikologlar 48.000\$, diğer tıp uzmanlıklarının geliri

seviyesi 108.400 \$ civarında iken 1995 yılında psikiyatristlerin geliri 137.200, \$ klinik psikologların gelir seviyesi 74.600\$ çıkmıştır. Diğer tıp uzmanlıklarına göre oldukça düşük iken 1996 da diğer branşların kazanç seviyesine yaklaşmıştır (8)

Toplumun farklı kesimlerinin ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanma durumu

Nüfus farklı etnik grup ve ırklardan oluşmaktadır. Farklı etnik gruplar ve ırkların gelir düzeyleri arasında büyük farklar vardır. 2003 yılı verilerine göre Hispanik ve siyahilerin yarısından fazlası yoksulluk düzeyindedir (9)

Görüldüğü gibi farklı etnik grupların demografik özellikleri ve sigorta durumları arasında önemli farklar vardır. Hispanikler ve African Amerikalılar daha düşük gelir düzeyi ve eğitim seviyesine sahiptirler. Hiçbir sigortası olmayanların oranı beyazlara oranla Hispanik ve African Amerikalılarda daha yüksektir. Olası ruhsal hastalık oranı ise beyazlara oranla Hispanik ve Afrika kökenli Amerikalılarda daha yüksektir. İhtiyacı olduğu düşüncesi ya da gerçekten ihtiyacı olup tedavi alanların oranı ise beyazlarda diğer iki etnik gruba göre oldukça yüksektir(10)(Tablo 4). “Karşılammış ihtiyaç” ve “ihtiyaç duymayanları tedavi” sorunu en çarpık şekilde ABD ruh sağlığı sisteminde karşımıza çıkmaktadır. En çok tedaviye ihtiyacı olanlar tedaviye en az ulaşabilenlerdir.

ABD'de 5 Şubat 2001-7 Nisan 2003 yılları arasında yapılan ve katılımcıların geçmiş 1 yıllık ruh sağlığı hizmetinin değerlendirildiği bir çalışmada; katılımcıların son 1 yıl içinde ruhsal sorunları için %12.3'ü psikiyatrist, %16.0'ı psikiyatri dışı ruh sağlığı uzmanları, %22.8'i genel tıp hekimleri, %8.1'i insani yardım grupları, %6.8'i tamamlayıcı/alternatif tıp grupları tarafından olmak üzere (aynı anda birden fazla gruptan tedavi alabilmektedirler) %41.1'inin bazı tedaviler aldığı saptanmıştır. Ruh sağlığı hizmeti alabilmede 60 yaşından küçük olma, erkek olma, üniversite eğitimi almış olma, bekar olma ve kentli olma istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkili ve

Tablo 4. Farklı etnik gruptaki yetişkinlerin sigorta durumları, eğitim seviyeleri, sağlık durumları ve tedaviye erişebilme durumları

Değişken	Beyaz (N=7299) (%)	African American (N=1103)	Hispanic (N=617)	P
Sigorta durumu				
Yok	9.4	17.5	32.0	<0.001
Özel (managed care vb)	66.4	57.4	51.8	0.04
Medicare	20.3	11.2	6.8	<0.001
Medicaid	3.8	13.8	9.3	<0.001
Eğitim				
İlköğretim	10.8	22.4	34.6	<0.001
Lise	34.1	35.7	30.0	0.46
Fakülte ve yüksekokul	55.1	41.9	35.4	<0.001
Sağlık Durumu				
Olası ruhsal hastalıklar	13.4	20.1	16.6	<0.001
Madde kullanım problemleri	7.6	8.8	9.0	0.38
Ailenin gelir düzeyi(1000 \$)(X±ss)	63.1	30.9	39.0	<0.001
İhtiyacı olduğu düşüncesi ya da gerçek ihtiyaç nedeniyle tedavi alma durumları (madde kullanım ve ruh sağlığı sorunları nedeniyle)	37.6	25.0	22.4	<0.001

Am J Psychiatry 2001;158

Tablo 5. 1986-2003 yılları arasında ruh sağlığı hizmeti harcamaları ve ruh sağlığı, tüm sağlık harcamalarının dağılımı

Hizmet ve sağlayıcı	1986		1995		2003	
	(Milyon \$,	%)	(Milyon \$,	%)	(Milyon \$,	%)
Toplam	33.125	100	61.763	100	100.321	100
Genel hastane	5.469	17	11.125	18	15.927	16
Özel hastane	8.251	25	11.473	19	11.673	12
Tüm hekimler	3.753	11	8.261	13	13.748	14
Psikiyatristler	2.681	8	5.924	10	9.802	10
Diğer hekimler	1.072	3	2.337	4	3.946	4
Diğer meslekler (psikolog, danışman, sosyal çalışmacı)	3.099	9	5.191	8	8.370	8
Ücretsiz bakım evleri	4.754	14	5.261	9	6.234	6
Ücretsiz evde bakım	113	<1	592	1	823	1
Çeşitli hizmetleri sunan ruh sağlığı organizasyonları	3.916	12	10.260	17	13.143	13
Perakende reçetelenen ilaçlar	2.191	7	5.754	9	23.259	23
Sigorta yönetimi	1.579	5	3.847	6	7.145	7
Ruh sağlığı Hizmetleri	29.355	89	52.162	84	69.917	70
Yatan hasta	13.502	41	21.010	34	24.080	24
Ayaktan tedavi edilen hasta	9.054	27	20.167	33	31.082	31
Evde	6.799	21	10.985	18	14.755	15
Toplam Sağlık Harcamaları	439.201	100	957.628	100	1.614.223	100

Mental health Treatment Expenditure Trends, 1986-2003. Psychiatric Service, August 2007

belirleyici olduğu bulunmuştur. **Ruhsal bozukluğu olanların sadece %32.7'si yeterli olabilecek minimum tedaviyi alabilmektedir.** Ruhsal bozukluğu olan çok sayıda insan kaderine terk edilmiş ya da yetersiz tedavi aldığı saptanmıştır. 1 yıllık değerlendirme sonucu araştırmacılar tarafından tedaviye ulaşım ve kalitede artış için müdahaleler önerilmiştir (11)

1986-2003 yılları arasında ruh sağlığı hizmetlerinde yönelimlerin incelendiği bir çalışmada (12) ruh sağlığı tedavi harcamalarının 1986'daki 33 milyar \$'dan 2003'de 100 milyar\$'a çıktığı; kişi başına ruh sağlığı tedavi harcamalarının 205 \$'dan 345 \$'a çıktığı görülmüştür. Bu artışta perakende ilaç reçetelenmesinde ve ayaktan hizmet verme (poliklinik) yönelimindeki artışın etkili olduğu düşünülmektedir (Tablo 5).

Amerika Ruh Sağlığı Sisteminden Bazı Çıkarımlar

- ABD sağlık ve ruh sağlığı sisteminin en belirgin özelliği sağlık hizmetinin en üst seviyesinde bulunması ancak bunlardan yararlanmanın ırk, ekonomik seviye, cins, sigorta güvencesi gibi demografik parametrelere bağlı olmasıdır. Sigortasızlar, düşük gelirli, Hispanik ve Afrika kökenli Amerikalılar en fazla sağlık sorununa sahip buna karşın en düşük ruh sağlığı hizmeti alan kesimlerdir. 21. yüzyılın bilim ve teknoloji ağırlıklı bir yüzyıl olması sağlıktan herkesin eşit ve en üst düzeyde yararlanması gerektiği gerçeğini değiştirmemiştir. Sağlık ve onun en önemli bileşeni olan ruh sağlığı "sigorta" ya da "para" varlığına dayanmadan ırk, dil, din, cinsiyet, etnik köken, politik tercih olmaksızın tüm insanlara sağlanmalıdır.
- ABD'de ruh sağlığı sorunlarını **önleme ve iyileştirme stratejileri** yetersizdir. Bu yönde adımlar atmayan ülkelerin sağlık düzey ölçütlerinde iyileşme beklenmemelidir.

- Başta ABD olmak üzere birçok ülke ruh sağlığı programlarını şu anda bulunduğu seviyeden daha yukarı seviyeye çıkarmak için **ruh sağlığı için ayırdığı bütçeyi artırmalıdır.**
- Tüm dünyada olduğu gibi ABD'de de **ruh sağlığı politikalarının oluşturulmasında** eksiklikler yaşanmaktadır. Ruh sağlığı politikaları oluşturulmadan genel sağlık politikalarının oluşturulması bir enstrümanı akort ederken birkaç notayı akortsuz bırakmaya benzetilmiştir.
- Ruh sağlığı profesyonellerinin sayısı yetersiz olup ve ülke çapında dağılımı çarpıktır.
- ABD, sağlık/ruh sağlığı için yüksek harcamalara rağmen bununla orantılı sağlık ve ruh sağlığı düzeyine ulaşamamıştır. 2000 yılında yayımlanan Dünya sağlık raporu A.B.D.'nin GSMH (Gayri safi milli hasıla) nın önemli bir kısmını sağlık sistemi için harcamasına rağmen sağlık düzeyi bakımından 191 ülke içerisinde 37. sırada bulunduğunu Büyük Britanya'nın ise GSMH'nin sadece %6'sını harcamasına rağmen 18. sırada bulunduğunu göstermektedir(13). WHO yöneticisi General Dr Gro Harlem Brundtland "Benzer ekonomik seviye ve yakın oranlarda sağlık harcamaları yapan ülkelerin sağlık düzeyleri arasında önemli farklar olduğunu ve bu raporun temel mesajının **dünya üzerindeki insanların sağlık ve iyiliğinin temelinde sağlık sistemlerinin başarısına bağlı olduğunu belirtmiştir.**
- ABD sağlık sistemi kendi içinde krizler ve arayışlar yaşarken maalesef ülkemizin sağlıkta reform adı altında model aldığı ülke ABD Sağlık Sistemidir. ABD genel sağlık ve ruh sağlığı hizmetlerinde kapsam ve kaliteyi artırma için müdahaleler yaparken/çözüm yolları ararken, ülkemiz ABD'nin çıkış yolu aradığı modelin peşindedir.

Kaynaklar

World Health Statistics 2006.

Terzi C.: Amerika Birleşik Devletleri sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim. Ocak-Şubat-mart-Nisan 2007. Cilt 22: sayı1-2

U.S. Census Bureau, Health Insurance Coverage in the United States, 2002

Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2005

David L. Cutler, M.D. Mental Health Systems Compared: Great Britain, Norway, Canada, and the United States, edited by R.Paul Olson, 2006

US Bureau of the Census. Statistical Abstract of the United States, 2001

Scully JH, Wilk JE: Selected Characteristics and Data of Psychiatrists in the United States, 2001-2002. Academic Psychiatry 2003; 27:247-251

Scheffler RM, Ivey SL, Garrett AB : Changing Supply And Earning Patterns of the Mental Health Workforce. Administration and Policy in Mental Health November 1998;Vol:26/2)

National Center For Health Statistics Health, United States, 2005

Wells K, Klap R, Koike A, Sherbourne C :Ethnic Disparities in Unmet Need for Alcoholism, Drug Abuse, and Mental Health Care. Am J Psychiatry 2001; 158:2027-2032

Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:629-640

Mark TL, Levit KR, Buck JA, Coffey RM, W.R.V: Mental health Treatment Expenditure Trends, 1986-2003. Psychiatric Service, August 2007,Vol: 58/8)

The World Health Report 2000 – Health systems: Improving performance

Avustralya ve Japonya'nın Ruh Sağlığı Sistemlerine Kısa Bir Bakış

Dr. Neşe Direk

Türkiye Psikiyatri Derneği Koruyucu Psikiyatri Bilimsel Çalışma Birimi

Avustralya'da sağlık hizmeti veren kurumların idaresi ve hekimlere yapılan ödemeler eyaletlere bağlı sağlık otoritelerince gerçekleştirilmektedir. Merkezi idare, vatandaşların Medicare olarak adlandırılan sağlık sigortası çatısı altında toplanması ve eyaletlerde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için ödenek ayırmakla sorumludur. Psikiyatrik hizmetler diğer tıp alanlarında sunulan hizmetlere paralellik gösterse de (devlet hastaneleri ve özel sağlık kurumları üzerinden); her eyalet ve bölgenin, bulunduğu alanda ruh sağlığı hizmetini sunması gerekmektedir. Her eyaletin kendine ait ruh sağlığı yasası vardır. Farklı bir eyalette bulunan bir hastayı muayene etmek için bağlı bulunan bölgedeki sorumlu kuruma kayıtlı olmak gerekmektedir.

The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP), Avustralya ve Yeni Zelanda'da psikiyatri eğitimi, yeterliği, özel ve kamuda çalışan psikiyatri hekimlerinin akademik ve bilimsel altyapılarının oluşturulmasından sorumlu temel kurumdur. Avustralya'da psikiyatri eğitimi en az 3 yıllık temel eğitimin üzerine yapılan 2 yıllık ileri eğitimle birlikte toplam 5 yıl sürmektedir. Bu eğitimin plan ve programı RANZCP tarafından düzenlenmektedir. Erişkin psikiyatrisi, çocuk/ergen psikiyatrisi, konsültasyon liyezon psikiyatrisi, kırsal hekimlik (psikiyatri hizmetleri), yaşlılık psikiyatrisi, bağımlılık, EKT ve psikoterapi eğitimi rotasyonları şeklinde sürdürülen psikiyatri eğitimi yarı-zamanlı olarak 6 yılda da tamamlanabilmektedir. Her yıl eğitime yaklaşık 120 kişinin alındığı Avustralya'da eğitimi tamamlayan psikiyatri asistanı sayısı ortalama 83'tür. 2004 yılı verilerine göre ülkede eğitimi sürdüren 742 kişi bulunmaktadır. Bu süre içinde süpervizyon ile hastanelerde ya da çeşitli polikliniklerde çalışan asistanların bu eğitimin bitiminde Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) tarafından değerlendirilmeleri gerekmektedir. Bu değerlendirme sonunda yeterli bulunulmadığı sürece psikiyatri uzmanı olarak çalışmak mümkün değildir.

İşgücü

2006 yılı verilerine göre Avustralya ve Yeni Zelanda'da her 6042 kişiye 1 psikiyatrist düşmektedir. Bu sayı Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği orandan daha iyi görünse bile; hekimlerin dağılımındaki problemlerden dolayı, bazı bölgelerde (Tazmanya, Kuzey ve Batı bölgeleri gibi) psikiyatri uzmanı sayısı yetersiz kalmaktadır. Psikiyatri asistanlığı için açılan kadroların doldurulmasında da zorluklar bulunmaktadır. Bu nedenle Avustralya psikiyatri uzmanı açığını kapatmak için, psikiyatri uzmanlık eğitimini başka ülkelerde tamamlamış kişilerin ülkelerinde çalışmasına olanak tanımaktadır. Bu süreç RANZCP tarafından yürütülen bir dizi sınavla gerçekleştirilmektedir.

Avustralya'da çalışan psikiyatri uzmanlarının yaş ortalaması 2003 yılı verilerine göre 35-54 arasındadır. %31'i 55 yaşın üzerindedir. 2005 yılında RANZCP tarafından yapılan bir araştırmada hekimlerin %17'sinin 5 yıl içinde emekli olmayı düşündüğü, 1/3'ünün ise çalışma saatlerini azaltmayı düşündükleri saptanmıştır. Bu, 2006-2010 yılları arasında psikiyatrist hekim işgücünün %22 oranında azalacağı şeklinde yorumlanmaktadır. Nüfusun giderek artması ve yaşlanması, psikiyatri eğitimine başlayan hekim sayısının azlığı ülkeyi daha fazla ülke dışından hekim kabulüne zorlamaktadır. Sağlıkta Ulusal İşgücü Stratejisi Taslağına göre ülke bu açığı ulusal çözümlerle giderme politikası izleyecek gibi görünmektedir. Ancak yinede uzun ve orta vadede psikiyatri asistanlığı için kadro sayısını arttırmak, eğitimi terk etme nedenlerini saptamak ve çözüm geliştirmek, ülke dışından hekim istihdamı, işgücünün uygun dağıtılması, tıp eğitimi sürdüren kişilere psikiyatrinin özendirilmesi ülkede ilk izlenecek politikalar olarak saptanmıştır.

Hekimlerin %80'e yakını ya tek başlarına muayenehanelerinde ya da birkaç hekim bir araya gelerek açtıkları kurum-

da özel hekimlik yapmaktadır. Kalan %20'lik kesimin ruh sağlığı kurumlarında Ya da tıp fakültelerinde çalıştığı bilinmektedir.

Ulusal Ruh Sağlığı Stratejisi

Ulusal Ruh Sağlığı Stratejisi Avustralya'nın tüm eyalet ve bölgelerinde 1992 yılında yürürlüğe girmiştir. 1998 yılında İkinci Ulusal Ruh Sağlığı Planının ardından, 2003 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Planı 2003-2008 yılında revize edilmiştir.

Hazırlanan ilk metin Ruh Sağlığında Yetki ve Sorumluluklar Raporu, Ulusal Ruh Sağlığı Politikası ve Ulusal Ruh Sağlığı Planı olarak adlandırılan üç ayrı metinden oluşmaktaydı. Bu strateji ile toplum temelli bakıma entegre edilmiş ruh sağlığı hizmetleri yaygınlaştı ve bu hizmetlerin alanı genişletildi. Psikiyatri hastanelerinde sunulan yataklı bakım hizmetleri, genel hastanelere kaydırıldı. 1997 itibarıyla akut psikiyatrik yatakların %67'si genel hastanelerdeydi. İlk kez bakım alanlar ve bakım verenler karar verme süreçlerinde yer aldılar ve bu Avustralya Ruh Sağlığı Konseyinin kurulmasına öncülük etti. Konsey bakım alanlar ve verenler, sivil toplum örgütleri, çeşitli meslek dallarını temsil eden önemli bir yapılanma haline geldi ve politikaların oluşturulmasına güçlü etkileri oldu (<http://www.mhca.org.au>).

İkinci Ulusal Ruh Sağlığı Planı tanıtım ve koruyucu ruh sağlığı, kurumların reformunda ortaklık, hizmet kalitesi ve memnuniyet temalarına odaklanmıştır. İkinci planla, birinci basamak sağlık hizmetleriyle ruh sağlığı hizmetlerinin daha fazla entegrasyonunun sağlanması da hedeflenmiştir. Fakat performans dayalı ücretlendirme nedeniyle, birinci basamakta görev yapan hekimlerin daha uzun muayene süreleri gerektiren psikiyatri hastalarına yaklaşımları farmakolojik tedaviyle sınırlı kalmıştır.

Ulusal Ruh Sağlığı Planı 2003-2008, şimdiye kadar sayılan hedeflere ek olarak ruh sağlığı alanında araştırmaların özendirilmesi ve sürdürülebilir hizmetler ve programların oluşturulmasını hedeflemektedir.

Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Avustralya'sa toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri özellikle kentleşmiş bölgelerde daha iyi sunulmaktadır. Birçok bölgede ruh sağlığı kriz takımları mevcuttur ancak iş yükü oldukça fazladır ve genellikle ağır psikoz hastalarına hizmet vermektedirler.

Psikiyatri Araştırmaları

Özellikle son 50 yılda psikiyatrik araştırmaların hızla geliştiği bilinmektedir. Araştırma alanında bilimsel çalışma platformunu sağlayan RANZCP dışında, Avustralasian Psikiyatrik Araştırma Topluluğu psikiyatrik araştırma yapan bilim adamlarının bir araya geldiği ve yılda 3 gün toplandığı bir kuruluştur. Bilimsel araştırmalar dünyaya paralel bir seyir izlemekte

ve benzer konu başlıklarında yoğunlaşmaktadır. Özellikle psikiyatrik hastalıkların etyolojisi, epidemiyolojisi, fenomenolojisi ve sağlık hizmetlerinin sunumu ve maliyeti üzerine yapılan çalışmalar son dönemde artmıştır. Ülkede çok farklı etnik kökenden insanın yaşıyor olması, kültürler arası psikiyatri araştırmalarının da artmasına ve bazı üniversitelerde ilgili bölümlerin kurulmasına öncülük etmiştir.

Tüm dünyada olduğu gibi Avustralya'da da klinik öncesi çalışmalar ayrılan bütçeler ve sağlanan grant miktarları daha fazla iken Federal Hükümet'in yaptığı bir düzenleme sonrasında klinik çalışmalara devletin ayırdığı bütçede artış gerçekleşti.

Avustralya'da ki psikiyatristlerin azımsanmayacak bir kısmı American Psychiatric Association tarafından düzenlenen toplantıya katılmaktadır. Bunun dışında Çin, Malezya, Tayland, Endonezya, Vietnam gibi ülkelerde düzenlenen toplantılar da bu ülkelerde eğitim ve hizmetlerin geliştirilmesi açısından önemli görülen toplantılardır. Önceleri İngiltere eğitim ve araştırma için revaçta iken artık Amerika, Kanada gibi ülkeler bu amaçla en sık tercih edilen ülkeler haline gelmişlerdir.

JAPONYA

Japonya ruh sağlığı yasası olan ülkelere biridir. Batı ülkelerindeki yatak sayısı azaltma yolundaki müdahalelerin tersine Japonya'da özellikle 2000'li yıllara dek psikiyatri yatağı sayısı artma eğilimi göstermiştir. Bu gidış 1990 ile 2000 yılları verileri karşılaştırılınca düşme eğilimi göstermiştir. 1990 senesinde 10.000 kişiye 29 yatak düşerken 2000 yılında bu sayı 27.5 olarak saptanmıştır. Bu yatak sayısı halen pek çok Avrupa ülkesindeki yatak sayısından çok daha yüksektir. Yatak sayısının dağılımında Japonya'daki bölgeler arasında farklılıklar olduğu da bilinmektedir. Özellikler batı bölgelerinde yatak sayısı oldukça yüksekken, ülkenin doğu ve kuzeyinde daha düşüktür. 2000 yılı verilerine göre ülkedeki psikiyatri yatakları 1667 hastanede yer almaktadır. Var olan ruh sağlığı yasasına göre Japonya'da 47 bölgenin her birinde en az bir devlete bağlı psikiyatri hastanesi bulunmak zorundadır. Hastanelerin yaklaşık %20'si kamuya bağlıdır. Bunun dışındaki yataklar özel kurumlardadır.

Birinci basamakla psikiyatrik hizmetlerin entegrasyonu zayıftır. Yatarak tedavi edilmiş bir hastanın ayaktan tedavisini, ülkemizde olduğu gibi genellikle o hastane sürdürmektedir. Bu hastanelerde hastaların bekleme sürelerini uzatmakta ve muayene süresini kısaltmaktadır. Bu sorun, yataklı tedavi hizmeti vermeyen özel psikiyatri merkezlerinin kurulmasıyla çözülmeye çalışılmıştır.

Sağlık bakanlığının 2002 verilerine göre ülkede gündüz ve gece bakım hizmetleri veren 1248 kurum yer almaktadır. Bunların büyük kısmı psikiyatri hastanelerine bağlı iken, geri kalan kısmı ayaktan tedavi kurumlarına bağlıdır. Bu kurumlarda ülke içinde homojen biçimde dağılımamıştır.

Hekimler 6 yıllık tıp fakültelerinden mezun olduktan sonra ulusal olarak gerçekleştirilen bir sınava girmektedirler. Bu sınavı geçtikleri takdirde 2 yıl süren psikiyatri ihtisasına başlanmaktadır. Bu eğitim eğitim hastaneleri, devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve bölgesel büyük hastanelerde gerçekleştirilmektedir. Sağlık bakanlığı bu eğitim sürecine bazı eklemeler yapmıştır. En az 5 yıl klinik psikiyatri deneyimi, bunun en az 3 yılının klinik psikiyatri eğitimine ayrılmış olması, 2 gün süren legal, etik konularında eğitimin verildiği bir kursa katılmak, majör psikiyatrik hastalıkları içeren 8 vaka özetinin sunulması bu gerekliliklerden bazılarıdır.

1990'lı yıllarda yapılan çalışmalarda özellikle klinik çalışma açısından zayıf olan Japonya'da son yıllarda klinik çalışma sayısı giderek artmıştır. Ruh sağlığı alanındaki klinik çalışmalara ayrılan bütçelerin giderek artırılması klinik çalışmaların artmasına önemli role sahip gibi görünmektedir.

İşgücü

Veriler her 100 yatağa 2.7 psikiyatrist, 29 hemşire, 1.1 sosyal hizmet uzmanı, 0.9 uğraşı terapisti ve 0.4 klinik psikolog düşüğünü göstermektedir. Ülkedeki klinik psikolog açığı önemli bir sorundur. Psikiyatri hizmetlerinde yer alan doktorlar, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları ve uğraşı terapistleri sağlık bakanlığına bağlı olarak çalışırken, klinik psikologlar eğitim, kültür, spor ve teknoloji bakanlığı bünyesinde çalışmakta ve bu durum bürokratik engellere ve işgücü sağlanmasında problemlere yol açmaktadır. Ülkede 2002 yılı verilerine göre her 100.000 kişiye 9.4 psikiyatrist düşmektedir. Hekimlerin büyük kısmı özel sektörde çalışmaktadır.

UZMANLIK ve UZMANLIK SONRASI EĞİTİME YÖNELİK BİR MODEL:

Psikiyatri Güz Okulu

Dr. Burhanettin Kaya

Gazi Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, TPD MYK Üyesi

On yıllardır tıp eğitimi ve uzantısı olan mezuniyet sonrası eğitim ciddi ve giderek karmaşıklaşan, kapsamı genişleyen bir tartışma alanıdır. Tartışma ve bunun sonucu ivme kazanan araştırmalar bir yandan mezuniyet öncesi eğitimin sorgulanması, diğer yandan mezuniyet sonrası sürdürülmesi gereken eğitimin standartlarının oluşturulması üzerine odaklıdır. Bu süreçten bağımsız gibi görünen, oysa eğitimin yaşam boyu süren parçasını, daha yüksek bilgi ve beceri düzeyini içeren en sofistike kısmını oluşturan uzmanlık eğitimi ve onu izleyen sürekli eğitim tartışmanın en önemli nesnesini oluşturmaktadır.

Uzmanlık ve uzmanlık üstü bilginin yegane kaynağının ulusal ve uluslararası bilimsel toplantılar, kongre ve sempozyumlar olduğu genel olarak kabul görmektedir. Fakat son yıllarda kongrelerin düzenlenmesindeki temel güdünün bilimsel bilgi paylaşımı ve araştırmalara yön verecek bilimsel soru üretimi sağlamak yerine ekonomik kazanç sağlamak ve turistik bir etkinlik gerçekleştirmeyi amaçlamak olması kongrelerin beklenen bilimsel ve eğitsel işlevlerini yerine getirememesine ve giderek yitirmesine yol açmıştır. Ayrıca ulusal ve uluslararası ilaç endüstrisinin yeni bir yönlendirme (manipulasyon) alanı haline gelen kongrelerin hem bireysel hem de kurumsal olarak tıp mesleği uygulayıcılarında bir bağlanma ya da bağımlılık ilişkisi yaratması, bu bilimselliği dışlayan işlevin değişmesi ve kongrelerin olması gereken kimliğe kavuşması engelleyen bir işlev görmekte, bu durumun düzelmesi ne yazık ki yakın erimde olanaksız görünmektedir.

Mezuniyet sonrası eğitimi tartışma masasına yatırabilmek için öncelikle bu çerçeveyi çizmek ve yeni bir eğitim modelinin bu zeminde nereye yerleştiğini nasıl bir işlevi üstlenebileceğinin ve bunun bilimsel gerekçelerini tanımlamak gereklidir.

Günümüzde erişkin eğitiminde yeterliliğe dayalı, bilgi, tutum ve beceri kazandırmayı amaçlayan ve aynı zaman da problem

çözme becerisinin geliştirildiği katılımcı, yaparak öğrenmeye dayalı ve katılımcının kendini öğrenme sürecinin yönlendirebildiği bir eğitim anlayışının egemenlik kazandığını söyleyebiliriz. Bu çerçevede katılımcı, etkileşimi temel alan kalıcı öğrenmeyi önceleyen sürekli eğitim modellerinin önem kazandığının altını çizmek gerekir.

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalı tarafından gerçekleştirilen “Psikiyatri Güz Okulu” sınırlarını çizdiğimi bu dinamik eğitim modeline bir örnek oluşturması açısından dikkat çekicidir.

Psikiyatri Güz Okulunun başlangıç Tarihi 1999 yılıdır. **Ücretsizdir.** Öncelikli olarak asistan eğitimi ve uzmanlık sonrası eğitimi desteklemek, bilgi kazandırmak dışında tutum geliştirmeye ve beceri kazandırmaya odaklı, uygulamaya ağırlık veren bir tarzı benimsemiştir. Mütevazidir. Bu okul düzenlenirken katılımcı ve etkileşimli olması için katılımcı sayısı 40 ile sınırlandırılmıştır. Akademik unvan dikkate alınmaksızın alanında yetkin ve birikimli eğitimcilerin yer alması ilke olarak benimsenmiştir. Katılımcıların tedavi sürecinde zorlandıkları olgularını sunarak grupla birlikte tartışmalarına önem verilmiştir. Ayrıca katılımcıların bildiri sunmaları teşvik edilmiştir. Okuldaki temel amaçlardan biri katılımcılar ile eğitimcilerin derinliğine tartışmalar yürüterek tam öğrenmeye ulaşılabilmesi olmuştur. Okul Eylül ayının haftası ya da ağustos ayının son haftasına denk düşecek tarihlerde gerçekleştirilmeye çalışılmıştır.

Gerçekleştirilen ilk güz okulunun ana teması “**şizofreni**” olarak seçilmiştir. Bu okulu **Psikoterapiler, Psikiyatrik Aciller, “Sinaps kavşağında psikiyatri” başlığıyla Nörobilim, Gelişimi ve Bozukluklarıyla Kişilik, Cinsel İşlev Bozuklukları, Temel İlkelerden Dirençli durumlara psikoterapiler, Psikiyatri ve Beden** temalı okullar izlemiştir. Güz okullarının dokuzuncusu “Koruyucu Ruh Sağlığı-Psikiyatri ve

Yönetim” başlığıyla Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalının işbirliğiyle Ankara’da gerçekleştirilmiştir.

Okulun giderek artan sayıda devamlı öğrencilerinin oluşmaya başlamıştır. Eğiticilerde bu okuldan çok şey öğrendiklerini, öğrenme açık ve niteliği yüksek bir eğitim ortamı oluştuğunu vurgulamaktadırlar.

Güz okulu modeli az sayıda disiplinin benzer biçimlerde sürdürdükleri ve geleneksel hale getirdikleri bir model olarak

umut vericidir. Halk Sağlığı, Onkoloji, Beyin Cerrahisi ve az sayıda başka disiplin bu tarz eğitim etkinliklerini gerçekleştirmektedir. Özellikle **bilgi ve beceri kazanmayı amaçlayan, ticari kaygılardan uzak bir bilimsel eğitim ortamı oluşturmayı hedefleyen** her etkinlik için uygun bir model olarak geliştirilmesi gerekir. Unutulmamalıdır ki, zamanı boşa harcamamanın yolu onun **her dakikasını eğlendirici ve etkin kılmaktır.**

ADANA'DA BİR GÜNDÜZ HASTANESİ VE REHABİLİTASYON ÜNİTESİ

Adana Doktor Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Dr. Bülent Demirbek

Adana Doktor Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimi

1 984 yılından bu yana Adana ve çevresindeki 15 vilayete sağlık hizmeti sunan Dr. Ekrem TOK Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi bir bölge hastanesidir.

Hastanemiz sürekli olarak kendisini yenilemiş ve branşındaki gelişmelere paralel olarak yeni üniteleri bünyesine katmıştır. Bir yandan fiziki altyapısını ve donanımını yenilerken, bir yandan da güler yüzlü, hasta psikolojisini anlayan, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunmayı kendisine ilke edinmiştir. Bölgemizde özellikle son yıllarda gerçekleştirdiği ataklarla ilkleri başarmış, hastanemizin çehresi tamamen değişmiştir. Hastanemizde son iki yılda birçok değişiklik ve yenilik olmuş ve mevcut standartları 'depo hastane' standartlarının çok üzerine çıkmıştır.

Bu değişiklikler Anestezi EKT binamızın devreye girmesi ile başlamış ve uğraş merkezinin açılması ile devam etmiştir. Bu birimin devreye girmesi ile 'çekilmez' olarak değerlendirilen hastane yatışları sırasında hastalarımız resim ve ebru yapımı, takı tasarımı, ahşap boyama ve folklor uygulamaları ile daha iyi vakit geçirmekte, son derece güzel ürünler ortaya koymaktadırlar. Ayrıca bu uygulamalar hastalarımızın iyileşme sürecini de katkıda bulunmaktadır.

Ağır psikiyatrik hastalıkların rehabilitasyonu amacıyla dünyada yaygın olarak kullanılmakta olan gündüz hastanesi ve rehabilitasyon ünitesi uygulaması yaklaşık 8 ay önce hastanemiz bünyesinde hizmet vermeye başlamıştır. Böylece bölgemiz ruh sağlığı hizmetleri konusunda vazgeçilmez olan hastanemiz bölgemizdeki bu eksikliği gidermek yolunda ciddi bir adım atmıştır.

Şizofreni ağır yıkımla giden konuşma, dikkat, bellek, algı ve entelektüel işlevlerde ciddi bozulmalara yol açan kronik psikiyatrik bir hastalıktır. Tıptaki büyük gelişmeler ve hızla gelişen ilaç sektörlerince yeni ilaçlar geliştirilmesine rağmen bu hastalardaki psikotik belirtilerin yatışmasında oldukça iyi sonuçlar alınmakla beraber istenen rehabilitasyon ve toplumsal uyum düzeyine ulaşılamamaktadır. Hastalığın negatif belirtiler, tam düzelme olmayan pozitif belirtiler, kullanılan ilaçların yan etkileri ve en önemlisi toplumsal damgalama nedeniyle hastalar toplumdan kopuk ve izole bir yaşam sürdürmektedirler. Çoğunlukla hastalıklarını kabul etmedikleri için bir süre sonra ilaçlarını kesmekte ve bu da tekrarlayan hastane yatışlarına neden olmaktadır. Oysa her psikotik dönem beyne toksik etki göstermekte ve hastalarımızda-





ki yıkımı daha da arttırmakta ve ilaçlara da beklenen yanıt azalmaktadır. Hem hastane yatışlarının maliyeti hem de bu bireylerin üretim kapasitesinden yoksun tüketici bireyler olmasının çok ciddi ekonomik yükü dışında bu hastalarda giderek toplumdan kopmakta neredeyse sürekli hastanede yatar duruma gelmektedirler.

Bütün bu durumlardan yola çıkarak açtığımız gündüz hastanesi ve rehabilitasyon ünitesine şizofreni ve şizoafektif bozukluk gibi ağır yeti yitimine yol açan hastalığı olan bireyler alınmaktadır. Hastalar hastane servisi ile evlerinden alınıp bırakılmakta ve hafta içi her gün saat 08:00 ve 16:00 saatleri arasında kliniğimizde bulunmaktadır. Hastalara bu konuda eğitim almış çalışanlar tarafından sosyal toplumsal beceri eğitimi grupları yapılmakta, hastalık ve tedavisi hakkında gerekli tüm bilgiler hastalara ve her hafta yapılan aile grupları ile ailelere aktarılmaktadır. Böylece iç görü kazandırılmaya çalışılan hastalarımıza hastalıkla baş etme teknikleri, stresle başa çıkma, hastalığın uyarıcı belirtilerini tanıma ve toplumla iletişim becerileri konusunda eğitim verilmektedir.

Hastalarımızın üretimden gittikçe uzaklaşmaları önemli bir sorundur ve çok iyi bilinmektedir ki üretim, ortaya somut bir ürün koyabilmek toplumla iletişimin de önemli bir adımıdır. Son derece yaratıcı olabilen hastalarımıza değişik konularda iş-üçraş terapileri uygulanmakta hastalar üretime teşvik edilmektedirler. Bu amaçla hastalarımız seramik yapımı, mum ve sabun yapımı, kilim dokuma, yemek yapımı ve bahçe düzen-

leme ve çiçek yetiştirme konusunda eğitim almaktadırlar. Şu anda yapımına başlamış olan ve GHRÜ'ne devam etmekte olan hastalarımızın kullanımı amacıyla planlanmış olan seranın yapımının da önümüzdeki günlerde tamamlanmasını bekliyoruz.

Yine hastalarımız hastanemiz uğraş merkezinde yapılmakta olan etkinliklere de katılmaktadır. Beden eğitimi ve halk oyunları eğitmenlerinin yardımıyla da spora ve harekete teşvik edilmektedirler. Bu alanlarda konusunda ehliyet sahibi olan eğitmenlerimiz görev almakta ve ortaya oldukça güzel ürünler çıkmaktadır.

Birimimizde 1 uzman doktor 2 psikolog, 3 hemşire 1 sosyal hizmet uzmanı ve 2 yardımcı personel hizmet vermekte olup şu an 25 hastaya hizmet vermektedir. En kısa zamanda da hasta sayımızı 60'a kadar çıkarmayı planlıyoruz. Kısa bir süre önce bölgemizde hizmet vermeye başlayan Adana Şizofreni Dostları Derneği'nin de katkıları ile hastalarımız tarafından ortaya koyulan ürünlerin bir kermesle sergilenmesini ve halkımızın beğenisine sunulmasını hedefliyoruz. Bu sayede elde edile gelirlerin de derneğe aktarılmasını planlıyoruz.

Önümüzdeki günlerde hastanemiz bünyesinde daha önce lojman olarak kullanılan bir binanın yarı yol evi olarak hizmete girmesi için çalışmalarımız devam ederken diğer yandan sigara bırakma polikliniği ve cinsel işlev bozuklukları polikliniğinin de açılmasını hedefliyoruz.

TANITIM

Türkiye Psikiyatri Derneği Basın Çalışmaları

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu derneğimizin kamuoyunda tanınmasını, kamuoyunun ruhsal bozukluklar ve psikiyatri ile ilgili konularda doğru bilgilenebilmesini sağlamak amacıyla profesyonel bir basın çalışması yapmayı planlamış, bu karar çerçevesinde 01. 09. 2008 tarihinden itibaren bir yıl süreyle MEDYAS YAYINCILIK&TANITIM ile çalışma kararı almıştır. Derneğimiz hem derneğimizin bilimsel çalışma birimlerinin etkinliklerini ve ürünlerini, hem üyelerimizin bilimsel çalışmalarını basın ve medya yoluyla kamuoyuna aktarma, kamuoyunda psikiyatri ve psikiyatrlar konusunda bilinç değişikliği ve farkındalık yaratma, özellikle ülkemizin ruh sağlığı sorunlarına yönelik bir bilgi kaynağı olma, sağlık basını için referans kurum haline gelme ve medyanın kamuoyunu doğru bilgilendirme sürecine katkıda bulunma amacındadır. Bunun yanında ülkenin ruh sağlığı politikalarına ilişkin tartışmalara müdahil olma ve gündemi etkileme gücünü yakalama arzusundadır.

Bu çalışmanın başarılı olması öncelikle dernek üyesi meslektaşlarımızın, özellikle BÇB ve görev grupları içinde etkinlik gösteren arkadaşlarımızın katkısıyla olanaklıdır. En önemli katkılar BÇB'lerin etkinlik kazanması, ardından üretilen nitelikli ve özgün çalışmaların hem ilim dünyası hem de kamuoyuyla paylaşılması ile sağlanacaktır.

Basına yönelik çalışmalarımızın ilk adımı 10 Eylül Dünya ruh sağlığı günü çerçevesinde yapılmıştır. Hazırladığımız basın bildirisi bir çok gazete de ve haber sitelerinde yer almış, İntiharı önleme ve Krize müdahale BÇB koordinatörümüz Show TV sabah haberlerinde konuya ilişkin kamuoyunu bilgilendirmiş ve başka haber kanallarına telefonla katılarak bilgi vermiştir. Eylül ayı boyunca bir çok meslektaşımız derneğimizi bir çok TV kanalında başarıyla temsil etmiş kamuoyunu ve basını doğru bilgilendirme yönünde önemli katkılar sağlamıştır. Bu etkinliklerin tümüne yakın zamanda web sayfamızdan ulaşma olanağı olacaktır.

Derneğimizin 10 ekim dünya ruh sağlığı gününü kapsayan haftaya yönelik kapsamlı bir kampanya düzenlemiş ve bunu başarıyla yaşama geçirmiştir. TV reklamları, gazete ilanları, Tv programlarında ve canlı yayınlarda kamuoyunu bilgilendirme, TPD nin basınla daha yakından tanıştığı basın toplantısı bu çalışmanın bazı örnekleridir. Derneğimiz bu çalışmaları daha da geliştirerek sürdürme amacındadır...

Saygılarımızla
TPD MYK

Bağlantı adresleri
Burhanettin Kaya (burha65@yahoo.com)
Zerrin Atilkan (zerrin.atilkan@medyas.com.tr)

Türkiye Psikiyatri Derneği Bilimsel Toplantılara Katılımı Destekleme Programı

Dr. Halis Ulaş

DEÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, TPD MYK Dış İlişkiler Sekreteri

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu 25 Mayıs 2008 tarihinde yapılan toplantıda aldığı kararla dernek üyesi olan uzmanlık öğrencileri, asistanlar ve uzmanlara yönelik psikiyatri kongrelerine katılım için verdiği maddi desteği genişletmiştir.

Amaç

Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) bu program ile üyesi olan uzmanlık öğrencileri, asistanlar ve uzmanlarına psikiyatri kongrelerine katılmaları için parasal destekte bulunmayı amaçlamaktadır.

Başvuru Koşulları

1. TPD üyesi olmak
2. Uzmanlık öğrencisi, asistan veya uzman olmak
3. Uzmanlık öğrencileri ve asistanlar için başvurduğu ulusal bilimsel toplantı için kabul edilmiş en az bir sözlü bildiri, panel konuşması ve/veya ilk 3 ismin içerisinde yer aldığı bir poster bildiriye sahip olmak. Uluslar arası bilimsel toplantılar için hem uzmanlar hem de uzmanlık öğrencileri ve asistanlar için en az bir sözlü bildiri ve/veya birinci isim postere sahip olmak.

Başvuru İçin Gerekli Koşullar

1. Özgeçmiş
2. Ulusal bilimsel toplantıya katılım için uzmanlık öğrencileri ve asistanların gerekli olan giderlerini (yol, kayıt, konaklama); uluslararası bilimsel toplantı için uzmanlar, asistanlar ve uzmanlık öğrencileri için sadece kayıt giderini belirtmelidirler.
3. Adayın sunacağı sözel bildiri, panel konuşması veya posterin tam metni ve kabul belgesi
4. Kişiler başvuru dilekçelerinde ulusal kongreler için bir başka kuruluş veya kişiden parasal destek (kısmen veya tamamen) almamış olduğunu belirtmelidirler.

Programın İşleyişi

Adaylar başvuruları için gerekli belgeleri yurtiçi ve yurtdışı kongrelerin son bildiri gönderim tarihini izleyen 1 (bir) ay içerisinde eksiksiz olarak Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kuruluna bir dilekçe ile ulaştırmalıdır. Uzmanlık öğrencilerinin ve asistanların başvurdukları ulusal toplantılar

için yol, kayıt ve konaklama ücretleri karşılanacaktır. Uluslar arası toplantı başvuruları için uzmanların, asistanların ve uzmanlık öğrencilerinin sadece kayıt ücreti karşılanacaktır. Başvurularda sözel bildirilere ve panel konuşmalarına öncelik verilecektir. TPD MYK eksik evraklı başvuruları reddetme hakkına sahiptir.

Değerlendirme

Adayların başvuruları TPD MYK veya adına atayacağı kurul tarafından değerlendirilir. Başvurular, adayın sunacağı sözel bildiri, panel konuşması ve/veya posterin bilimsel içeriğine, gidilecek kongreden psikiyatri uygulamaları ve araştırmaları için elde edilecek faydalara göre değerlendirilecektir.

Parasal Kaynak

Bu programın giderleri TPD tarafından karşılanır. Bu program için herhangi bir kuruluşun veya kişinin TPD'ye parasal kaynak yaratması durumunda, bu kaynağın kabulü konusunda TPD MYK yetkili organdır. Parasal kaynağı yaratan kişi veya kuruluş, kaynağın kullanımı konusundaki tüm haklarını TPD MYK'na devretmiş sayılır. Bu program ile kişisel veya kurumsal reklam veya çıkar sağlama hakkı hiç bir kuruma veya kişiye verilemez.

Diğer Konular

1. TPD MYK bu program için ayıracağı kaynağı aynı yıl içindeki gelir ve gider dengesine göre ayarlar.
2. TPD MYK destekleyeceği aday veya adayların program bütçesini ve başvuru sayısını dikkate alarak, başvurdukları kongre için kayıt, konaklama, ulaşım giderlerinin bir kısmını ya da tamamını karşılar. Bu programdan yararlanan üye gider ve bilimsel programa katılım belgelerini sunmak zorundadır.
3. Kongre destek programında TPD tarafından düzenlenen TPD Yıllık Toplantısı- Bahar Sempozyumları, Ulusal Psikiyatri Kongreleri ve Anadolu Psikiyatri Günleri'ne yapılacak olan başvurular öncelikle desteklenir.

YETERLİK KURULU ÇALIŞMALARI

TPD Psikiyatri Yeterlik Kurulu Çalışmalarına Genel Bir Bakış

Prof. Dr. Raşit Tükel

TPD Psikiyatri Yeterlik Kurulu Başkanı

25 Ekim 2007 tarihinde yapılan Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) Yeterlik Genel Kurulu ve 24 Kasım 2007 tarihinde yapılan TPD Merkez Genel Kurulu'nda, TPD Psikiyatri Yeterlik Kurulu Yönergesi'nde önemli bazı değişiklikler yapılmıştır. Yapılan değişiklikler, özetle, Yeterlik Yürütme Kurulu'na uzmanlık eğitimi alanında danışmanlık yapmak üzere Eğitim Üstkurulu'nun oluşturulması, Yeterlik Eğitim Kurumları ve Programları Değerlendirme Altkurulu'nun yerine Eğitim Programlarını Geliştirme ve Akreditasyon Altkurullarının kurulması, son yıl asistanlarının Yeterlik Sınavının yazılı bölümüne katılmalarına olanak sağlayan bir düzenlemeye gidilmesi olarak sıralanabilir. Yeterlik Kurulu çalışmaları, bu değişikliklerle yeni bir ivme kazanmıştır.

Yeni Bir Yapı Olarak Eğitim Üstkurulu'nun Oluşturulması

2007 tarihli Yönerge'de, Psikiyatri Yeterlik Kurulu bünyesinde, Üniversitelerin Tıp Fakültelerindeki psikiyatri anabilim dalı başkanlarından ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri psikiyatri kliniği şeflerinden oluşan Eğitim Üstkurulu'na yer verilmiştir. Eğitim Üstkurulu'nun görevleri arasında, Yeterlik Yürütme Kurulu'na uzmanlık eğitimiyle ilgili konularda danışmanlık yapmak, uygulamada doğan sorunlar hakkında geri bildirim vermek ve bu sorunlarla ilgili çözüm önerilerinde bulunmak yer almaktadır.

Eğitim Üstkurulu'nun ilk toplantısı, Tıp Fakülteleri Anabilim Dalı Başkanları ve Eğitim Hastaneleri Klinik Şeflerinin katılımıyla, 13 Ocak 2008 tarihinde Ankara'da TPD Genel Merkezi'nde yapılmıştır. Eğitim Üstkurulu ikinci kez, 16 Ekim 2008 tarihinde, Antalya'da, 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi sırasında toplanacaktır.

Eğitim Programlarını Geliştirme Altkurulu Çalışmaları ve Çekirdek Müfredatın Hazırlanması

2007-2007 yılları arasında çalışmalarını sürdüren Eğitim Kurumları ve Programları Değerlendirme Altkurulu, bilindiği gibi, "Psikiyatri Uzmanlık Eğitiminde Gereklikler ve Asgari Standartlar" başlıklı metin üzerindeki çalışmalarını, 2007 yılı Ocak ayı içinde tamamlamıştır. "Psikiyatri Uzmanlık Eğitimi Programı" ve "Psikiyatri Uzmanlık Eğitimi Programının Uygulanması" bölümlerini içeren bu metnin ekinde; 1) Çekirdek Kuramsal Eğitim Programının konuları, saatleri ve yıllara göre dağılımı, 2) Tam yeterlik düzeyinde edinilmesi gereken

"çekirdek beceriler" listesi, 3) Çekirdek becerileri edinmek için yapılması gerekenlerin sayısı ve yıllara göre dağılımı, 4) Uzmanlık süresince edinilmesi gereken tutumlar listesi yer almaktadır. Altkurul, yine 2007 yılı Ocak ayında, psikiyatri uzmanlık eğitiminde kullanılmak üzere, Uzmanlık Eğitimi Kayıt Belgesi (Asistan Karnesi) örneği hazırlamıştır. Altkurulun bir diğer etkinliği, 2005 yılında, Psikiyatri Uzmanlık Eğitiminde Gereklikler ve Asgari Standartlar'ı temel alarak, yeterlik yazılı sınavı sorularının hazırlanmasına yönelik konu ağırlıklarını belirlemesi olmuştur. Bu metinlere, TPD web sitesi "Yeterlik" bölümünden ulaşılabilmektedir.

2007 yılında gerçekleştirilen Yönerge değişikliği sonucunda kurulan ve bir yerde Eğitim Kurumları ve Programları Değerlendirme Altkurulu'nun işlevlerinin bir kısmının devamı niteliğinde olan Eğitim Programlarını Geliştirme Altkurulu, çalışmalarını, önceki kurulun bıraktığı yerden daha ileriye taşıyacak şekilde sürdürmektedir.

Eğitim Programlarını Geliştirme Altkurulu, 13 Ocak 2008 tarihli toplantısında, psikiyatri uzmanlık eğitiminde kuramsal bilgi, beceri ve tutum alanları için belirlenen konu başlıklarının öğrenme hedefleri belirtilerek ayrıntılandırıldığı, içinde hedeflerin verilmiş yöntemleri ve nasıl değerlendirileceği konusunda bilgilerin de yer aldığı bir "çekirdek müfredat kitapçığı"nın hazırlanması kararını almıştır. Bu amaçla, ilk olarak, kuramsal müfredatta yer alan konu alt başlıkları, altkurul üyeleri arasında paylaşarak yazılmaya başlanmış; yazım sürecinde, ülkemizde farklı uzmanlık alanlarında hazırlanmış olan çekirdek müfredat kitapçıkları ve literatür bilgileri de gözden geçirilmiştir. Yapılan iş bölümüne göre hazırlanan taslaklar üzerinde yapılan değerlendirmelerle konular tek tek gözden geçirilmiş, ardından da hazırlanan metinlerin uyumlandırılması çalışması yapılmıştır. Ülkemizde psikiyatri uzmanlık eğitiminin verildiği kurumlarda, bir başvuru kaynağı ve yol gösterici bir rehber olmasını beklediğimiz Çekirdek Eğitim Müfredat Kitapçığı, Eğitim Programlarını Geliştirme Altkurulu tarafından sürdürülen yoğun çalışmalar sonrasında tamamlanma aşamasındadır.

Sınav Altkurulu Çalışmaları ve Yeterlik Sınavları

Uzmanlık derneklerinin görevleri arasında, iyi hekimlik uygulaması ve iyi sağlık hizmeti verilmesi için, hekimlerin sürekli mesleki gelişim etkinliklerine etkin olarak katılımına olanak sağlayacak düzenlemeler yapılması yer almaktadır. TPD Psikiyatri Yeterlik Kurulu, bu doğrultuda, 2006 yılından başlayarak

psikiyatri uzmanlarının bilimsel gelişmeleri yakından izlemelerini ve güncel bilgiye ulaşmalarını teşvik etmeyi amaçlayarak Yeterlik Sınavları yapmaktadır.

Yeterlik Sınav Altkurulu, bu sürecin başında, yazılı ve uygulamalı sınavların gerçekleştirilmesinde danışmanlık almak üzere Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı ile işbirliği kurmuş ve bu işbirliği çerçevesinde Yeterlik Sınavları için bir iş takvimi hazırlamıştır. Bu takvime uygun olarak, ilk aşamada, psikiyatri alanında çalışan profesör, doçent, şef ve şef yardımcılarında, Çoktan Seçmeli Soru Hazırlama Kılavuzunu kullanarak soru hazırlamaları istenmiştir. Soru havuzunun oluşturulması sonrasında, 2005 yılı Aralık ayı içinde ise, soruların yapı ve içerik analizleri yapılarak sınav matrisi oluşturulmuştur.

Tümüyle gönüllülüğe dayalı olan Psikiyatri Yeterlik Sınavları, yazılı sınav ve uygulama sınavı olarak iki aşamada yapılmaktadır. Sınavların ilk aşaması olan ve çoktan seçmeli sorular kullanılarak bilginin ölçülmesinin hedeflendiği yazılı sınav, ilk kez 28 Mart 2006 tarihinde İstanbul'da 10. TPD Yıllık Toplantısı-Bahar Sempozyumu sırasında; sınavın ikinci ayağı olan uygulama sınavı ise, 9 Aralık 2006 tarihinde İzmir'de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı'nda yapılmıştır. Yeterlik Sınavlarına 2007 yılında da devam edilmiştir. İkinci sınavın ilk aşaması olan yazılı sınav, 25 Nisan 2007 tarihinde Çeşme'de 11. TPD Yıllık Toplantısı-Bahar Sempozyumu sırasında; uygulama sınavı ise, 5 Ekim 2007 tarihinde İzmir'de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı'nda yapılmıştır.

Yeterlik Sınavlarının üçüncüsü, önümüzdeki günlerde Antalya'da 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi sırasında yapılacaktır. 14 Ekim 2008 tarihinde yazılı sınav, 18 Ekim 2008 tarihinde uygulama sınavının yapılacağı bu yılki Yeterlik Sınavlarının bir özelliği, 2007 yılında gerçekleştirilen Yönetmelik değişikliğine bağlı olarak, ilk kez son sene asistanlarının sınavın birinci aşaması olan yazılı sınavına girebilecek olmalarıdır. Yazılı sınavında başarılı olan asistanlar, uygulama sınavına ancak uzmanlıklarını aldıktan sonra girebilmektedirler. Bilindiği gibi, Yeterlik Belgesi almak için her iki sınavda da başarılı olmak gerekmektedir.

Yeterlik yazılı sınavı soruları, Sınav Alt Kurulu tarafından müfredat programına ve hastalık gruplarına ilişkin oluşturulan ağırlık tablosuna uygun olarak hazırlanmaktadır. Yeterlik uygulama sınavı ise, kurulan farklı istasyonlarda belirli becerilerin ölçülmesinin amaçlandığı Nesnel Örgün Klinik Sınav (NÖKS) yapısındadır. 2006 ve 2007 yıllarındaki uygulama sınavlarında 6 istasyon kullanılmıştır. Adaylar her istasyonda 10-20 dakika kalmakta; bu istasyonlarda eğitilmiş profesyoneller, standart olarak, önceden kurgulanmış hasta rolünü oynamaktadırlar. İstasyona giren adaya o istasyona ait bilgi yazılı olarak verilmekte, ardından hasta rolündeki kişinin odaya girmesi ile değerlendirme başlamaktadır. Değerlendirme bir gözlemci tarafından var/yok listesi ile yapılmaktadır. Sınav Altkurulu, 2008 yılı yeterlik uygulama sınavı için, soru alanları belirleme çalışmalarının ve soru hazırlama önerisi götürülecek kişileri belirlenmesinin ardından 6 istasyon oluşturmuştur.

Bu yıl, Yeterlik Sınavları öncesinde gerçekleştirilen bir yenilik de, web sitesinde yazılı sınav için örnek sorulara ve ve prova niteliğindeki uygulama sınavı görüşmesinden bir bölüm içeren video görüntülerine yer verilmiş olmasıdır. Ayrıca, web sitesinden, örnek bir istasyondaki “aday yönergesi”, gözlemcinin kullandığı “standardize gözlemci yönergesi” ve “değerlendirme rehberi”ne ulaşılabilmektedir.

Eğitim Kurumları Ziyaret Programları

Türk Tabipleri Birliği-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu'nun (TTB-UDEK) bünyesinde çalışmalarını sürdüren Ulusal Yeterlik Kurulu (UYEK) tarafından oluşturulan ve 30 Eylül 2006 tarihinde yapılan TTB-UDEK Genel Kurulu'nda kabul edilen Yeterlik Kurulu Yönergesi Taslağı'nda, Eğitim Kurumları ve Programları Değerlendirme Altkurulu yerine, Akreditasyon Altkurulu ve Eğitim Programlarını Geliştirme Altkurulu'na yer verilmektedir. Yönerge'de, Akreditasyon Altkurulu ile uzmanlık eğitim programının tüm eğitim birimlerinde uygulanması ve sürekli geliştirilmesi için, eğitim veren birimlerin gönüllülüğüne dayanan ve ziyaret programları ana ilkeleri ile yürütülen bir mekanizmasının kurulması öngörülmektedir. Bu konudaki çalışmalar; (1) kurum ziyaretleri için rehber bilgiler ve standartların oluşturulması, (2) oluşturulan standartlar çerçevesinde eğitim birimlerinin ziyaret edilerek uzmanlık eğitim programlarının değerlendirilmesi, eksiklerin belirlenmesi ve giderilmesi için önerilerin geliştirilmesi, (3) ziyaret edilen eğitim birimleri için, Eğitim Programı Yeterlik Belgesi'nin verilmesine yönelik bir değerlendirmeyi içeren ziyaret raporunun hazırlanarak Yeterlik Yürütme Kurulu'na sunulması aşamalarını içermektedir. Ziyaretin amacı, değerlendirme, eğitim kurumunda eğitim etkinliklerini iyileştirerek eğitimin niteliğini artırma ve nitelik güvencesini sağlama olarak özetlenebilir.

Bu gelişmelerin bir benzeri TPD Psikiyatri Yeterlik Kurulu bünyesinde de yaşanmış; 2007 yılında Yönerge'de yapılan değişiklikle, eğitim standartlarını değerlendirme ve eğitimin niteliği için belirlenmiş ölçütlerin karşılanıp karşılanmadığını saptamaya yönelik ziyaret programlarını oluşturmak ve gönüllülük temelinde kurum ziyaretlerini gerçekleştirmek üzere Akreditasyon Altkurulu oluşturulmuştur. Akreditasyon Altkurulu, Yönerge'ye göre, Yeterlik Genel Kurulu tarafından uzmanlık eğitimi veren kurumlarda en az 5 yıldır aktif eğitici kadrosunda bulunan üyeler arasından seçilen 3 üye, Yeterlik Yürütme Kurulu'nun kendi içinden seçtiği 3 üye ve Eğitim Üstkurulu'nca belirlenen 3 üyeden oluşmaktadır.

Akreditasyon Altkurulu toplantılarında, ilk olarak, ülkemizdeki diğer uzmanlık dallarında bu alanda yapılan çalışmalar ve yurtdışındaki uygulamalar temel alınarak kurum ziyaret süreci değerlendirilmiştir. Ardından, psikiyatri alanında kurum ziyaretlerinde kullanılmak üzere Eğitim Kurumu ve Programlarını Değerlendirme Formu, Eğitilen Değerlendirme Formu, Ziyaret Komitesi İçin Değerlendirme Listesi ve Ziyaret Geri Bildirim Raporu taslakları oluşturulmuştur. Altkurul tarafından sürdürülen kurum ziyaret programı ve söz konusu taslaklar üzerindeki çalışmaların, önümüzdeki günlerde tamamlanması beklenmektedir.

Son Olarak

Son yapılan Yeterlik Genel Kurulu'nda seçilen Yeterlik Yürütme Kurulu'nun 9 üyesinden dördünün, Yeterlik Belgelelerini Yeterlik Sınavına girerek almış olmaları dikkat çekici bir gelişmedir. Benzer oranlar, Yeterlik Yürütme Kurulu tarafından belirlenen Sınav Altkurulu ve Eğitim Programlarını Geliştirme Altkurulu için de geçerlidir. Yeterlik Sınavına girerek başarılı olan meslektaşlarımızın bu sürece sahip çıkarak yeterlik kurul ve altkurullarında görev almaları, çalışmalarımıza önemli bir dinamizm katarken, geleceğe ilişkin umutlarımızı da artırmıştır. Önümüzdeki dönemlerde, kurul ve altkurullarda görev alanlar arasında sınavla Yeterlik Belgesine sahip olanların oranının giderek artacağına inanıyoruz.

Yeterlik Kurulu çalışmalarını aktarıırken, son olarak, TPD web sitesinde "Yeterlik" bölümünün yeniden düzenlenmiş olduğunu; bu bölümde Psikiyatri Yeterlik Kurulu ve Yeterlik Sınavlarını tanıtıcı bir broşürün yer aldığını; Genel Kurul Tutanakları, Faaliyet Raporu, Yürütme Kurulu Toplantı Raporları'na ve daha önce söz ettiğim Yeterlik Sınavlarıyla ilgili bilgi, belge ve örneklerle bu sayfadan ulaşılabileceğini belirtmek isterim. Yeterlik Kurulu çalışmaları web sitesi ziyaret edilerek izlenebilir.

Yeterlik Kurulu çalışmalarına ilgi ve desteğinizin artarak sürmesini diliyoruz.

EĞİTİM

Birinci Yıl Asistanlarına Yönelik Eğitim Kursu

Türkiye Psikiyatri Derneği 1. yıl asistanlarına yönelik olarak düzenlediği temel eğitim programının ilki 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi kapsamında 13-14 Ekim 2008 tarihlerinde gerçekleştiriliyor. Bu eğitimin temel amacı ve öğrenim hedefleri uzmanlık eğitimine yani başlamış genç meslektaşlarımızı Türkiye Psikiyatri Derneği ile tanıştırmak, onların psikiyatr kimliğini kazanmaları, temel etik ilkeleri benimsemeleri, özlük hakları ve sorumlulukları konusunda bilgi sahibi olmaları, psikiyatri eğitiminin temel ilkelerini öğrenmeleri, ekip ilişkisi ve dayanışması konusunda beceri kazanmaları ve ilaç endüstrisi ile etik kurallara uygun ilişki kurmaya yönelik olumlu tutum geliştirebilmelerine katkıda bulunabilmektir. Bu eğitim programında katılan asistanların tüm konaklama ve ulaşım harcamaları dernek tarafından karşılanmaktadır.

TPD bu eğitim etkinliğine süreklilik kazandırarak psikiyatri uzmanlık eğitimine başlayan her meslektaşımızın bu temel eğitim programından geçmesini hedeflemektedir. Temel Eğitimin 13. TPD yıllık Toplantı-Bahar Sempozyumu ve gereksinim olduğu durumda Anadolu Psikiyatri Günlerinde de yinelenmesi planlanmaktadır. Derneğimiz ayrıca ilk aşamada son yıl asistanlarına yönelik, uzmanlığa hazırlık ve donanım sağlama amaçlı ikinci bir eğitim programı üzerine çalışmaktadır. Süreç içinde 1-4 yıl asistanlarına yönelikte eğitim programları da hazırlamayı planlamaktadır.

Eğitime yönelik bu çabalarınız siz meslektaşlarımızın özverili katkılarıyla güçlenecektir.

TEMEL ASİSTAN EĞİTİMİ		
BİRİNCİ GÜN		
13.00-13.10	Açılış Konuşması	Şeref Özer
13.10-13.30	Tanışma, Kurs Programının Tanıtımı ve Beklentilerin Alınması	Burhanettin Kaya
13.30-14.15	Kısa Psikiyatri Tarihi	Şahap Erkoç
14.30-15.15	Psikiyatrinin İnsana ve Topluma Bakışı	Selçuk Candansayar
15.30-16.15	Psikiyatrin kimliği: İnsan, Hekim, Şifacı, Bilimci?	Cem Kaptanoğlu
16.30-17.15	Psikiyatrik Etik, Ruh Hekimliği Meslek Etiği Kuralları	Doğan Şahin
17.30-18.15	Psikiyatrik Etik, Ruh Hekimliği Meslek Etiği Kuralları	Doğan Şahin
18.30-19.15	Psikiyatrin Özlük Hakları, Hak ve Yükümlülükleri	Doğan Yeşilbursa
19.30-20.15	Türkiye Psikiyatri Derneğinin tarihsel öyküsü: Dernek neden önemli? Neden gerekli? Diğer meslek örgütleri ile ilişkiler...	Mustafa Sercan
20.15-20.30	Günün Değerlendirilmesi	Burhanettin Kaya
21.00-23.00	Akşam Yemeği ve Sosyal Program	
İKİNCİ GÜN		
08.15-08.30	ISINMA	
08.30-09.15	Psikiyatri Eğitiminin Temel İlkeleri: Standartlar, Sorunlar	Raşit Tükel
09.30-10.15	Şimdi Asistan Olsaydım? Asistan Gözüyle Psikiyatri Eğitimi ve Ekip ilişkisi	Neşe Direk, Mehmet Yumru, Erdal Yurt
10.30-11.15	Asistan örgütlenmesi, TTB ve AHEK süreci	Sinan Gülöksüz
11.30-12.15	İlaç endüstrisi ile ilişkiler ve Etik	Halis Ulaş
12.15-12.30	Kursun Değerlendirilmesi ve Sertifika Töreni	Burhanettin Kaya
12.30-13.30	Yemek	

ASİSTAN KURULTAYI

Asistan Hekimlik Kurultayı Ankara'da Yapıldı

Dr. Çezar Atasoy

TPD MYK Bilimsel Çalışma Birimleri Sekreteri

Türk Tabipleri Birliği Asistan Hekimler Eşgüdüm Kurulu'nca asistan hekimlerin sorunlarının tartışılması ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi amacıyla 7 Haziran 2008 tarihinde Ankara'da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Hasan Ali Yücel Konferans Salonu'nda "Asistan Hekimlik Kurultayı" yapıldı. Kurultaya farklı illerde ve branşlarda çalışan yaklaşık 40 Uzmanlık Derneğinin Asistan temsilcisi katıldı. Kurultayda TPD'yi Asistan BCB Koordinatörü Dr. Özlem Yıldız temsil etti.

Kurultayda düzenlenen "Asistanlığın tanımı, çalışma koşulları, eğitim durumu" konulu panelde uzmanlık eğitiminde eğitim yetersizliği, araştırma ve uygulama faaliyetlerinin yetersizliği, asistanlıkta görev ve yetki tanımının olmaması, yoğun nöbetler, nöbet sonrası izin olmaması, 80 saatten sonra nöbetlerin ücretlendirilmemesi, düşük maaşlar, döner sermayeden alınan ücretlerin emekliliğe yansımaması, performans sistemi, gelecek korkusu, sürekli değişen yasalar, mecburi hizmet, olumsuz çalışma koşulları, eğitim hastanelerinde uzman yetersizliği nedeniyle uzman yerine poliklinikte çalışma asistanlıkta temel sorunlar olarak tanımlandı. Sağlıkta dönüşüm programının çalışma ve eğitim koşullarını nasıl etkilediği anlatıldı.

"Uzmanlık Eğitim Ortamı ve Asistanların Eğitim Ortamı Algılamaları" konulu ikinci panelde siyasal ve ekonomik yapı, sağlık politikaları, performans sisteminin basıncı ve özel hastanelerle rekabet eden eğitim araştırma hastanelerinin durumunun uzmanlık eğitimine yansımaları, eğitimde öğrenen/ çalışan rol karmaşası, hizmet sunmak/öğrenmek çatışmaları ele alındı. "Mezuniyet sonrası hastane eğitim ortamı" ölçüğü kullanılarak Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan anket çalışması sonuçlarına göre asistanların eğitim ortamını olumsuz algıladıkları belirtildi. İdeal eğitim ortamının hizmetin öğrenmeyi desteklediği, aidiyet duygusunu içerdiği ve otonom kabul görme koşullarını içermesini gerektiği belirtildi.

Üçüncü panelde "Sağlık Politikalarının Uzmanlık Eğitimine Etkisi" ele alındı. Tıp eğitimin yaşam boyu sürdüğü, toplum sağlığını yükseltmenin yolunun iyi hekim yetiştirmek olduğu, eğitilen-eğitici-kurum ilişkisinin toplumdaki bağımsız düşünülmeceğinin belirtildiği panelde Türkiye'de uzmanlık eğitiminde boşluk olduğu, YÖK-Sağlık Bakanlığı- TTB iş birliğinin olmadığı, Sağlık Bakanlığının bütün yetkileri elinde topladığı belirtildi. Uzmanlık eğitimine hükümetlerin yeterli finansman ayırmamaları, eğitim politikalarının yokluğu, eğitim sisteminde organizasyon eksikliği, eğitimcilerde pedagoji bilgi eksikliği temel sorunlar olarak saptandı. Dünya literatür

bilgilerine dayanılarak piyasa yönelimli sağlık hizmetinin sonucunda hastanelerde hasta yatışı- çıkışının çok hızlı olması, günlük elektif ameliyat sayısında artış olması, eğitime ayrılan sürenin azalması nedeniyle eğitim kalitesinde düşüşle sonuçlandırıldığı anlatıldı. Türkiye'de sağlık politikalarına ve bunun uzmanlık eğitimine yansımalarına bakıldığında ise araştırma için ayrılan fonların hükümete aktarıldığı, eğitime ayrılan zamanın azaldığı, paket program uygulamaları, eğitimcilerin hasta görmesi ve asistan-öğrencilere öğretmek için zaman kalmadığı belirtildi. Haftada en az 20 saat asistan eğitimine ayrılması gerektiği çözüm önerisi olarak getirildi.

Dr Raşit Tükel'in sunduğu "Uzmanlık Derneklerinin Uzmanlık Eğitimine Bakışı" konulu son panelde TTB- UDDK, UDEK(Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu-Ulusal Yeterlilik Komitesi) oluşum sürecinden bahsedildi. Eğitimde standardizasyonu sağlamaya yönelik yapılan müfredat oluşturma, asistan karnesi uygulaması, yeterlilik sınavı ve kurum ziyaretlerinden bahsedildi. Türkiye'de 57 uzmanlık dalı, 67 uzmanlık derneğinin olduğu ve bu uzmanlık dallarından 26 tanesinin müfredatlarını oluşturduğu, 27 tanesinin asistan karnesi uygulamasını başlattığı, 23 tanesinde yeterlik sınavı uygulamasını yaptığı ve 3 tanesinde ise kurum ziyaretlerini gerçekleştirdiği ve bunların yaygınlaştırılması için yapılan çalışmalar ele alındı.

Kurultayda ayrıca "Uzmanlık Eğitiminin Yöntemleri", "Çalışma Şartları" ve "Asistan Örgütlenmesi" konulu çalışmalar yapıldı. Asistan tanımlamasında ortak bir dil oluşturmak amacıyla Asistan Doktor/ Araştırma Görevlisi/Yardımcı Uzman Doktor tanımları tartışıldı ve Araştırma Görevlisi/Asistan Doktor adının kullanılması kararlaştırıldı. Standartizasyon için her branşta eğitim müfredatı ve asistan karnesi uygulamasının hayata geçirilmesi çalışmalarının yapılması karara bağlandı. Eğitim kurslarıyla kurumlar arasında standart eğitimin sağlanmasına katkıda bulunabileceği konuşuldu. Kongrelere katılımın ücretsiz olması gerektiği, her asistanın yıl içinde 2 kongreye katılımının sağlanması, kongrelerin 3 büyük ilde ve kamu kuruluşlarında düzenlenmesi vurgulandı. Avrupa Birliği ülkelerinde doktorların haftalık çalışma saatleri nöbetlerle birlikte 48(bazı ülkelerde 56) saat olup ülkemizde de çalışma saatlerinin uluslararası normlara uygun olarak düzenlenmesi ve nöbet ücretlerinin iyileştirilmesi için çalışılması hedeflendi.

Asistan örgütlenmesi konusunda TTB asistan komisyonu bünyesinde her dernekten ve fakülteden bir temsilci olması gerektiği ve dernekler merkez yürütme kuruluna bir asistan temsilcisi girmesi gerektiği kararına varıldı.

Bilimsel Çalışma Birimleri: Son Durum ve Hedefler

Dr. Çezar Atasoy

TPD MYK Bilimsel Çalışma Birimleri Sekreteri

Türkiye Psikiyatri Derneği kurulduğu günden bu yana üyelerinin derneği sahiplenmesinin ve derneğin amaç ve hedef belirlemesinin, politika oluşturmasının ve bunu yaşama geçirmesinin en temel dinamosu olarak Bilimsel Çalışma Birimlerini, kısaca BÇB'leri görmüştür. Çalışma birimlerinin kuruluş amacı ve bu amaç doğrultusunda bu birimlerden beklenen psikiyatrinin gelişimi, daha iyi bir asistan eğitimi, ruh sağlığı politikası, meslek etiğinin yaygınlaştırılması, bilimsel kriterlere uygun güncel tedavi ve terapi için referans olacak kılavuzlar, dokümanlar, kitaplar hazırlamak ve bilimsel çalışmalar yapmak olarak tanımlanmıştır. Böyle olmakla birlikte BÇB lerin bu yönde istenilen gelişmeyi gösterdiğini ve güç kazandığını söylemek olası değil. Buna karşın bazı BÇB'lerin derneğin politika geliştirmesinde ve güç kazanmasında azımsanmayacak katkılarının olduğunu, bunun her geçen gün arttığını ve yaygınlaştığını da anımsatmamız gerekir.

Dernek bünyesinde, Bozukluklar ana başlığı altında 12, Sağaltımlar ana başlığı altında 10, Alt/Yan Uzmanlık Alanları ana başlığı altında 11 ve Diğerler ana başlığı altında 21 farklı BÇB olmak üzere toplam 54 BÇB oluşturulmuştur. BÇB'lerin bir kısmı etkin olarak çalışabilmekte, kendi üyeleri arasında kurdukları e-mail grupları ile haberleşmekte ve düzenli olarak kendi içinde toplantılarını yapabilmektedir.

Üye ve koordinatörlerin büyük bir özveri ile çalışması sonucu bazı BÇB'lerimiz b vermiş buir çok ürün vermiş durumdadır ve bunları geliştirmek için çalışmalarını sürdürmektedir. Bunlardan Şizofreni BÇB 'nin Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar kitabı, Adli Psikiyatri BÇB'nin Adli Psikiyatri Uygulama kılavuzu, Anksiyete Bozuklukları BÇB'nin Anksiyete bozuklukları Kitabı, Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar BÇB'nin Şizofreni Tedavi Kılavuzu, Duygudurum Bozuklukları BÇB'nin İki Uçlu Duygudurum Bozuklukları Sağaltım Kılavuzu ve yine Duygudurum Bozuklukları BÇB'nin Depresyon Sağaltım Kılavuzu yayımlanmış ve tüm üyelerimize ücretsiz olarak ulaştırılmıştır. Kaynak Kitabı olmak üzere 6 kitap basılmış ve üyelere dağıtımı yapılmıştır.

Asistan BÇB'nin TPD İstanbul Şubesi ile birlikte yeni başlayan asistanlara yönelik Derneğin faaliyetlerini, faydalarını, meslek etik ilke ve uygulamalarını tanıtan TPD Kılavuzunu hazırlamış ve 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi ile beraber

Asistanlara yönelik düzenlenen eğitim toplantısı ile beraber dağıtımının yapılmasına karar verilmiştir.

14. Bahar Sempozyumunda yapılan toplantılarda Geriyatrik Psikiyatri BÇB'nin "Yaşlıda Psikofarmakoloji Tedavi Kılavuzu" adı altında bir kitap hazırlığı içinde olduğu, Koruyucu Psikiyatri BÇB'nin Koruyucu Ruh Sağlığı konusunda kitap yazma hazırlığı içinde olduğunu, yine Psikiyatrik Rehabilitasyon BÇB'nin Psikiyatri ve Rehabilitasyon alanında bir kitabın 2009 başında basılmasını planladığını, Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar BÇB'nin hazırladığı Şizofreni Tedavi Kılavuzu'nu yeniden güncellemeyi kararlaştırdıklarını büyük sevinçle öğrenmiş bulunmaktayız. En kısa zamanda bunları size ulaştırabilmeyi umuyoruz.

Son zamanlarda ülkemizde meydana gelen kaza ve terör olaylarında Afet Psikiyatrisi BÇB üyeleri yerinde ve zamanında müdahale etmiş ve benzer durumlarda başvurmak üzere her ilde acil ulaşılacak isimler belirlemiştir.

Derneğimizin kuruluşundan beri Bilimsel Çalışma Birimlerinin etkinliğinin ve işlevselliğinin artırılması için çeşitli zamanlarda fikirler öne sürülmüş, fakat bu güne kadar tanımlı olan ve koordinatörü bulunan çalışma birimlerinden yeterli verim alınanların sayısı istenilen düzeye ulaşamamıştır. Yukarıda adı geçen BÇB'ler dışında Kadın Ruh Sağlığı BÇB, Yeme Bozuklukları BÇB, Cinsel İşlev Bozuklukları BÇB, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları BÇB, Gençlik Psikiyatrisi BÇB, Bilişsel Davranışçı Terapiler BÇB, İnsan Hakları ve Etik BÇB verimli çalışmalar içinde olmalarına karşın maalesef diğer çalışma birimlerinin etkinlikleri doyurucu düzeye henüz ulaşmamıştır.

BÇB'lerimizin başvuruları durumda derneğimiz tarafından düzenlenen kongrelerde istedikleri konu ve kapsamda panel, toplantı, çalışma grubu, kurs yapma imkanları oluşturulmaktadır.

Tüm meslektaşlarımızın Derneğimizin Web sayfasından üye girişi yaparak bu güne dek gerçekleştirilen BÇB çalışmalarına ve toplantı tutanaklarına ulaşabileceğini, arzu ettiği herhangi bir BÇB'ye üyelik başvurusunda bulunabileceğini anımsatmak isteriz.

Bütün üyelerimizi ilgi duydukları konuyla ilgili BÇB'lere üye olmaya ve çalışmalarını BÇB çatısı altında sürdürmeye davet ediyoruz.

Afet Psikiyatrisi Bilimsel Çalışma Biriminin (APBÇB) Oluşumu ve Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliğinin (APHB) Kuruluşu ve İşlevi

1 999 Marmara Depreminde, psikiyatristler de, diğer ruh sağlığı profesyonelleri gibi hazırlıksız yakalandılar. Hazırlıksız yakalanmayı açıklayacak etmenler neydi?

1. Türkiye'nin bir deprem ülkesi olduğu gerçeğinin yıllarca yadsınması, ve psikiyatristlerin de bu toplu yadsınmanın bir parçası olmaları,
2. Büyük çaplı bir afet karşısında, toplam psikiyatrist sayısının görece yetersiz kalması,
3. Psikiyatristlerin afetlerde işlev görececek donanımda olmaları, afet ve travma psikiyatrisi konularının temel tıp eğitimi ve temel psikiyatri eğitiminde yer almamasının yanı sıra, bu konuda uzmanlaşmış psikiyatrist yetiştirecek özelleşmiş merkezlerin bulunmaması,
4. Afet ve travma psikiyatrisi konularının psikiyatristlerin gündelik klinik pratiğinde yer bulmaması ve doğrudan kazanç sağlamaması nedeniyle, fazla ilgi görmemesi,
5. Psikiyatristlerin klasik klinik psikiyatri geleneğinden yetişip, toplum ruh sağlığı uygulamaları ve araştırmaları konularında isteksiz/deneyimsiz/ yetersiz olmaları,
6. Psikiyatristlerin de bünyesinde yer alarak afetlerde sorumluluk paylaşımını teşvik edecek afetlerde koordine ruh sağlığı hizmetleri verebilecek bir oluşumun bulunmaması.

1999 yılından bu yana, afette gelişen ruhsal tablolara yanıtta yetersizliğin giderilmesi için yapılanlara bakıldığında;

- Akademik kurumlarda, İstanbul ve Kocaeli Üniversitelerinin Psikiyatri Anabilim Dallarında ruhsal travma programları oluşturuldu. Kocaeli Psikiyatri AD'de ruh sağlığı profesyonellerinin yüksek lisans düzeyinde eğitim alma imkanı bulunmaktadır. Ancak bu olumlu gelişmeye rağmen, halen afet ruh sağlığı ve ruhsal travma konularının tıp fakültelerinin ve psikiyatri eğitim merkezlerinin müfredatlarına dahil edilemediğini izliyoruz.
- Bu iki üniversitenin, Türk Tabipler Birliği'nin (TTB), Türkiye İnsan Hakları Vakfının (TİHV) ve Türkiye Psikiyatri Derneğinin organizasyonu ile ruhsal travma konusunu ele alan ulusal ve uluslararası nitelikte düzenli bilimsel toplantılar düzenlenmektedir. Yine 2009 senesi içerisinde, APHB'nin ve Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri AD katılımlarıyla, Marmara Depreminin 10. yıldönümü kapsamında çeşitli bilimsel etkinlikleri kapsayacak olan anma törenleri düzenlenmesi planlanmaktadır.

- Afet Psikiyatrisi Bilimsel Çalışma Birimi (APBÇB), 1999 yılında, Marmara Depremini izleyen ilk aylarda, TPD Genel Merkezi tarafından İstanbul'da düzenlenen bir toplantıda kuruldu.

APBÇB'nin halen 31 üyesi bulunmaktadır. Başlangıçta çok sayıda koordinatörle, ardından iki koordinatörle yürüyen APBÇB'nin, bu sene içerisinde asil olanlara ek olarak, iki yedek koordinatörün eklenmesine karar verildi.

APBÇB'nin Marmara Depremini takip eden ilk aylardaki faaliyetleri kapsamında;

- TPD İstanbul Şube ve İstanbul Tabip Odası işbirliğiyle, halka ve sağlık çalışanlarına yönelik duyurular hazırlandı, olası psikososyal destek personeline yönelik eğitim semineri düzenlendi,
- 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nin programı değiştirilip, deprem gündemi merkeze konuldu,

2002'de Afyon Depremi sonrası bölgedeki yetkililer ve ilgililerle bölge sağlık ocakları ziyaret edildi. Sonraki yıllarda birimin yapılanmasına ağırlık verildi ve diğer derneklerle işbirliği olanakları araştırılmaya başlandı.

Böylelikle, TTB ve Türkiye Kızılay Derneğinin de katılımıyla, Haziran 2005'te "ULUSAL VE ULUSLARARASI AFET YÖNETİMİNDE TÜRK SİVİL TOPLUM KURULUŞLARI İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ" ne imza atıldı.

Zaman içerisinde işbirliği çalışmalarının her sektörde özel alt protokollerle tanımlanması ve detaylandırılması ihtiyacı doğdu. Bu nedenle psikososyal hizmet ve sağlık sektöründe işbirliği halinde çalışmayı planlayan kurum ve kuruluşlar bir araya gelme kararı aldı ve Ocak 2006'da Türkiye Kızılay Derneği, Türkiye Psikiyatri Derneği, Türk Psikologlar Derneği, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği ve Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği bir araya gelerek "ULUSAL VE ULUSLARARASI AFET YÖNETİMİNDE TÜRK SİVİL TOPLUM KURULUŞLARI İŞBİRLİĞİ ALT PROTOKOLÜ" üzerinde bir hazırlık yapıldı.

Bu hazırlık çalışması esnasında, AFETLERDE PSİKOSOSYAL HİZMETLER BİRLİĞİ (APHB) oluşumunun ana hatları belirlendi, ayrıca aynı toplantıda Ekim 2005 Depreminin etkilenen Pakistan'da yerel eğitici kapasitesini artıracak bir psikososyal yardım programı uygulanması planlandı.



Bu program çerçevesinde Türkiye Kızılay Derneği, Türk Psikologlar Derneği ve Türkiye Psikiyatri Derneği bir araya gelerek, 2 psikolog ve 2 psikiyatrist eğitmenle, Islamabad, Rawalpindi ve Muzafferabad olmak üzere üç yerleşim merkezinde psikolog, psikiyatrist ve öğretmenlerden oluşan toplam 76 kişiye eğitim verdi.

Bu program, ruh sağlığı alanında çalışan Türk sivil toplum kuruluşlarının (STK) işbirliği içinde çalıştığı ilk uluslararası afet müdahalelerinden birini teşkil etti. Burada edinilen deneyimler, hem Eylül ve Kasım 2006'da oturumlar vesilesiyle, birbirini izleyen Ulusal Psikoloji ve Psikiyatri Kongrelerinde gündeme taşındı hem de ilk kez bu eğitim esnasında Türk ve Pakistanlı ruh sağlığı profesyonelleri arasında sağlam temeller atıldı. Bu profesyonel bağlar halen sürmektedir. Ocak 2007'de ve en son Ağustos 2008'de APHB üyesi profesyonellerin Pakistan'daki iki uluslararası konferansa katılımıyla, iki ülke arasında karşılıklı bilimsel alışveriş halen devam etmektedir.

ALT PROTOKOLÜN tartışılmasından üç ay sonra, yani birlikte ilgili ilk fikir birliğine varıldıktan üç ay sonra, Marmara Depremine yıldönümü olan Ağustos 2006'da, "AFETLERDE PSİKOSOSYAL HİZMETLER BİRLİĞİ PROTOKOLÜ" imzalandı.

Marmara Depreminde, ruh sağlığı alanında çalışan STK'lar kendi başlarına üstün gayret göstermelerine rağmen, gerek afetin boyutu, etkilediği insan sayısının çokluğu, bilgi yetersizlikleri, gerekse organizasyon, koordinasyon ve denetim yetersizliklerinden çalışmalarında aksama yaşamış, beklenen verimi elde edilememiştir.

STK'ların hepsinde benzer öz eleştirilere rastlanıyordu: Bazı yerlere ve kişilere gerekli hizmet götürülemediği, başka yerlerde ise hizmet yığılması olduğu, koordinasyonsuz aynı bölgeye ulaşan birden fazla derneğin hizmet dükasyonuna yol açabildiği, depremden etkilenenlere ihtiyaçları dışında hizmet ulaştırılmaya çalışıldığı, zamanlamanın doğru hesap edilemediği, bazen bilimsel çıkarlar için etik dışı danışan/hasta hakkı ihlalleri yaşandığı, bazen hizmet götüren ruh sağlığı çalışmasının kendisinin ikincil travmatizasyonuna engel olunamadığı ya da bunu önleyici/azaltıcı düzenlemelerin yapılamadığı bunlardan bazılarıydı.

APHB, tüm bu özeleştirelerini bir potada birleştiren derneklerin afetlerde güçlerini birleştirme, birlikte hareket etme ve birbirlerini destekleme ve denetleme ihtiyacından köken aldı. Yazının başında değinilen, "Psikiyatristlerin de bünyesinde yer alarak afetlerde sorumluluk paylaşımını teşvik edecek afetlerde koordine ruh sağlığı hizmetleri verebilecek bir oluşumun bulunmamasını" telafi etmeye yönelik olan APHB'nin

kapsamı ve amacı protokolde iki ana madde başlığı altında tariflenir:

"KAPSAM: Madde 1. Bu protokol, afetlerin psikososyal etkilerinin azaltılması konusunda afet öncesi, sırası ve sonrasında yürütülecek psikososyal faaliyetler ile ilgili işbirliğinin yapılması sağlanarak, ulusal boyutta psikososyal anlamda ortak bir müdahale mantığı geliştirerek, ulusal ve uluslararası alanda meydana gelen afetlere daha etkili müdahale edebilmek amacıyla işbirliği konularını, çalışma esas ve usullerini içermektedir.

AMAÇ: Madde 2. Bu protokol, afet müdahale çalışmaları içinde yer alan Psikososyal Hizmetlerin gerek afetzedelerin ihtiyaçlarının karşılanmasında, gerekse afetlerde psikososyal müdahale faaliyetlerinde yer alan kurum/kuruluşlarca problem yaşanmasını engellemek ve mevcut kaynakların ortaya çıkan ihtiyaçlarda etkili bir şekilde kullanılmasını sağlayarak, normal dönemde de psikososyal çalışmaların geliştirilmesi amacıyla protokole taraf olan tüm kurumların misyon ve stratejilerine uygun olarak müştereken gerçekleştirilmesine tarafların sorumluluklarını ve işbirliği ile ilgili esasları düzenlemek amacıyla hazırlanmıştır."

Bu protokole taraf olan Dernekler:

Türkiye Kızılay Derneği (Genel Sekreteryası),
Türk Psikologlar Derneği,
Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği,
Türkiye Psikiyatri Derneği,
Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği,
ve Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneğidir.

APHB'nin bir Genel Sekreteryası ve bir Yürütme Kurulu vardır. Genel Sekreteryayı Türkiye Kızılay Derneği yürütmektedir. Yürütme Kurulunda yer alan her derneğin tek ve eşit oy hakkı vardır. Her dernek APHB Yürütme Kurulunda afet ve/veya travmayla ilintili birimi aracılığıyla temsil edilmektedir. Türkiye Psikiyatri Derneğini APBÇB koordinatörleri temsil etmektedir. APHB gayri resmi olarak ta birlik olarak anılmaktadır.

TPD APBÇB üyelerinin katıldığı bazı APHB çalışma örnekleri verirsek:

- Güney Asya İnsani Yardım Operasyonu Kapsamında çalışmaların etkinliğini değerlendirmek amacıyla Endonezya ve Sri Lanka'ya birlik üyeleri tarafından Değerlendirme yapılması amacıyla bir ekip gönderildi (Tarih???)
- 2007-2008: Afetlerde çalışanların uyacağı bir etik kılavuzun ana metninin geliştirilmesi yönünde çalışıldı, Haziran 2008 itibarıyla, ortak olarak hazırlanan metin APHB üyesi Derneklerin dikkatine sunuldu.

- Mart 2007: İstanbul'da Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri AD işbirliğiyle, "Beklenen Marmara Depremine Ruh-sal Sonuçları ve Psikososyal Yaklaşımların Planlanması Sempozyumu" gerçekleştirildi.
- Nisan 2007: Aksaray'da İzmir Zafer İlköğretim Okulu öğrencilerini ve velilerini taşıyan otobüsün kaza yapması sonucu hayatını kaybeden ve yaralanan öğrencilerin ailelerine ve okulda arkadaşlarına ve öğretmenlerine yönelik "Psikososyal Destek" çalışmaları yürütüldü.
- Mayıs 2007: Ankara Ulus Anafartalar Çarşısında meydana gelen bombalı saldırının ardından çarşıdaki esnafa yönelik psikososyal destek çalışmaları yürütüldü. Çarşıdaki tüm dükkanlar gönüllü psikolog ve sosyal hizmet uzmanları tarafından psikolojik destek ihtiyacı açısından tarandı, ihtiyacı olanlar psikolog ve psikiyatristlere yönlendirildi. Bilgilendirme toplantısı düzenlendi.
- Aralık 2007: Bala Depremine yönelik ihtiyaç tespit çalışmaları ve değerlendirmede bulunuldu.
- Mart 2008: APHB Çalıştay'ı düzenlendi. APHB üyesi derneklerin genel merkezleri ve şubeleri düzeyinde geniş çaplı katılım sağlandı. APHB protokolünün gözden geçirilmesi, işleyiş yönergesinin oluşturulması, yerel temsilciliklerin yapılarının tartışılması, yerel temsilcilerin belirlenmesi, derneklerin bölgesel afete yanıt kapasitelerine göre APHB Türkiye afete yanıt haritasının oluşturulması, ortak planlama ve müdahale, ortak etkinliklerde APHB isminin yer alması, APHB'nin basın, medya ve siyasi çevrelerde tanıtımı, APHB'nin ortak eğitim modülleri geliştirmesi gibi konular ele alındı.
- Nisan 2008: Çorum Seyidim Depremine yönelik ihtiyaç tespit çalışmaları ve değerlendirmede bulunuldu.
- Temmuz 2008: APHB Marmara Bölge Toplantısı gerçekleştirildi. Bu toplantı yerel temsilciliklerin oluşturulmasında önemli bir ilk adım olmuştur.
- Temmuz 2008: İstanbul Güngören'de meydana gelen bombalı saldırı sonrası psikososyal destek çalışmalarına başlandı ve uzun süreli müdahale planı oluşturuldu. Halen destek çalışmaları devam etmektedir.
- Ağustos 2008: Konya öğrenci yurdu göçüğü sonrası ihtiyaç tespit çalışmaları ve değerlendirmede bulunuldu.
- Ağustos 2008: Antalya Manavgat orman yangını sonrası ihtiyaç tespit çalışmaları ve değerlendirmede bulunuldu.
- Ağustos 2008: İzmir-Yağhaneler Senti-Buca Kavşağı yakınlarındaki bomba yüklü otomobilin patlaması sonrası ihtiyaç tespit çalışmaları ve değerlendirmede bulunuldu.
- Eylül 2008: İzmir Aliğa trafik kazası sonrası ihtiyaç tespit çalışmaları ve değerlendirmede bulunuldu; psikososyal destek çalışmalarına başlandı.
- Eylül 2008: Bandırma gemi kazası sonrası ihtiyaç tespit çalışmaları ve değerlendirmede bulunuldu; psikososyal destek çalışmalarına yönelik APHB yerel temsilcilerinin bağlantı bilgileri sağlandı.

Bu afet ve krizlere müdahale süreci sonucunda, APHB yerel

örgütlenmenin güçlendirilmesi gerekliliğini hissetmiştir. Son bir yıl içerisinde, afete yanıtın ancak yerelde sağlam bir altyapı oluşturulmasıyla mümkün olabileceği gerçeğinden hareketle, yerelde, şubelerde APHB temsilcilerinin belirlenmesi ve eğitilmesi konularına odaklanılmıştır. Bu aralar, APHB merkez üyelerinin gayretleri bu eğitimlerde kullanılacak eğitim modülünün geliştirilmesi aşamasında yoğunlaşmaktadır.

TPD MYK bu bağlamda TPD Şubelerinden Asil ve Yedek Afet Bölge Temsilcileri isimleri istemiştir. Derneğin APHB oluşumu içerisindeki sorumluluğu ve kendi yerel afete yanıt kapasitesini belirlemek ve oluşturmak için girilen afetlerde bölgesel yapılanma süreci halen devam etmektedir.

APHB, ilk kuruluşundan itibaren sürekli yeni afetler ve krizler tarafından sınanmış ve geliştirilmiş; halen üzerinde çalışılan, kafa yorulan, işlerliği olan, olumlu çıktılar alınan, aksaklıklardan dersler çıkarılan, ulusal ve uluslararası düzeyde psikososyal müdahale olanağı sunan bir oluşumdur. Dünya'da bir başka örneği olmadığı gibi, yavaş yavaş model teşkil edebilecek duruma gelmektedir. Ocak 2007'de Pakistan'da bir konferansta, Eylül 2008'de Ürdün'de bir Workshop'ta sunulduğunda, uluslararası katılımcılar tarafından büyük ilgi görmüş ve başka ülkelere uyarlanabilirlik tartışılmıştır.

APHB bünyesinde gerçekleştirilen ve yukarıda özetlenmeye çalışılan her müdahalede APHB kurucu üyesi olan TPD APBÇB'nin üyeleri aktif görev almışlardır. Ülkemizde meydana gelen ve gelecek olan afet ve kriz durumlarının yoğunluğu, sıklığı, hızlı müdahale edilme zorunluluğu ve kaçınılmazlığı göz önünde bulundurulduğunda; APHB'nin kendi modelini daha iyi hale getirme çabalarıyla paralel olarak, APHB üyesi olan TPD APBÇB'nin de afet ve kriz durumlarında TPD afet yanıtını belirleyecek yapılandırılmış bir müdahale modeli geliştirmesi çok önemlidir.

APHB üyesi olduğu derneklerin üyelerinin katkıları oranında zenginleşebilmektedir.

Bu nedenle 44. Ulusal Psikiyatri Kongresinde bilgi paylaşımı ve müdahale modeli geliştirebilmek amacıyla Afet Psikiyatrisi Bilimsel Çalışma Birimi üyeleri ve konuyla ilgili meslektaşlarımızla 16 Ekim 2008, saat 19.30'da ana restoranda yemekli bir sohbet ortamında bir araya gelmek istiyoruz.

Saygılarımızla,

Halis Ulaş ve Hande Karakılıç

İletişim için:

Afet Psikiyatrisi Bilimsel Çalışma Birimi Koordinatörleri:

Asil üyeler:

Halis Ulaş halisulas@yahoo.com

Hande Karakılıç handekarakilic@yahoo.com

Yedek üyeler:

Tamer Aker ataker@hotmail.com

Sibel Koçbiyık sibelkocbiyik@yahoo.com

Avrupa Psikiyatri Asistanları Birliği Toplantısı

Dr. Sinan Gülöksüz

TPD Asistan BÇB Koordinatörü

Avrupa Psikiyatri Asistanları Birliği (EFPT) yıllık toplantısı 25-28 Haziran 2008 tarihleri arasında İsveç Psikiyatri Asistanları Derneği organizasyonu ile Göteborg'da yapıldı. Türkiye Psikiyatri Derneğini Dr. Sinan Gülöksüz, Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneğini Dr. Sevcan Karakoç temsil etti. Toplantıya 24 Avrupa ülkesinin psikiyatri asistan örgütlerini temsilen toplam 82 delege katıldı.

Her yıl olduğu gibi ilk gün EFPT'nin geçmişi, mevcut yapısı, işleyişi ve geçen yıl alınan kararlar ile ilgili sunumlar ile açıldı. Sonrasında her ülkenin delegeşi, ülkelerindeki uzmanlık eğitimini ve geçen bir yılda uzmanlık eğitiminde gerçekleşen değişiklikleri ülke raporu olarak sundu. Mevcut çalışma grupları yeterliğe dayalı eğitim sistemi (Competency Based Training), internet sitesi tasarımı ve asistan değişim programı, psikiyatri asistanı çalışma koşulları, dernekleşme ve tüzük yapılandırılması, çocuk ve adolesan psikiyatrisi çalışma gruplarının yıllık raporlarını sunmasının ardından koşullar göz önünde bulundurularak mevcut gündem ile uyumlu olmak üzere yeni çalışma grupları oylama ile belirlendi. Mevcut gruplara ek olarak araştırma ve EFPT tarafından geçmiş toplantılarda açıklanmış olan kararları günümüz koşullarına uyarlamak üzere çalışma grupları oluşturuldu.

İkinci gün çalışma gruplarının toplantıları, kendi içlerinde ürettikleri karar ve planların genel kurula sunumu ile yoğun bir çalışma temposu içinde geçerken, ertesi gün, akademik gün etkinliği olarak gerçekleşen sunumların ardından en iyi poster seçimi ile sona erdi. Bu yıl belirlenmiş olan "Toplumun Psikiyatriden Beklentilerine Ulusal Bir Bakış" başlıklı poster konusuna oldukça sanatsal ve yaratıcı bir çalışma ile katılan Bosna Hersek Federasyonu oyların tamamına yakınına alarak poster birinciliğini kazandı.

Son gün ise dernekleşme sürecinin planlanması ve seçim günü idi. Dernekleşme planı olarak; 31.8.2008 tarihine kadar hazırlanmış olan tüzüğün EFPT'ye üye ülkelerin ulusal dernekleri tarafından gözden geçirilerek eleştiri ve önerilerin mevcut EFPT yönetimine sunulmasının ardından, öneri ve eleştiriler doğrultusunda değiştirilen tüzüğün onaylanabilmesi için vekaletnamenin 9.9.2008 tarihinde sunulması ve 10.10.2008 tarihine kadar üye ülkenin temsilcisinin vekaletnameyi imzalaması kararı alındı. Bu yıl ilk kez bizim talebimiz üzerine gizli oylama ile yapılan seçimde aday üç ülke arasından başkanlığa Hırvatistan (Dr. Martina Rojnic) denetleme kurulu üyeliğine Türkiye (Dr. Sinan Gülöksüz) seçildi.

Göteborg'un Haziran'da bile soğuk olan havasında yoğun bir çalışma temposu içinde EFPT'nin dernekleşme yolunda son adımlarını atmasını sağlarken, gelecek yıl İngiltere'de düzenlenecek olan toplantıda ilk uluslararası psikiyatri asistanları derneğinin kurulmuş olması hayali ile ülkelerimize döndük. Türkiye Psikiyatri Derneğinin verdiği destek için teşekkür ederken EFPT toplantılarına katılımdaki devamlılık için EFPT'nin resmi bir dernek olmasının ardından da bu desteğin artarak süreceğini umut ediyorum.

Saygılarımla,

DUYURU

Türkiye Psikiyatri Derneği Afet Psikiyatrisi Bilimsel Çalışma Birimi, Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği (APHB) Sekreteryasını yürüten Türkiye Kızılay Derneği ile ve birimde yer alan ruh sağlığı alanında hizmet veren diğer kuruluşlarla birlikte 2008 yılı içinde farklı çalışmalar yaptı. Bu çalışmalar arasında Güngören patlaması, Manavgat- Karataş Yangını bulunmaktadır. Krizlerin, saldırıların ardından hızla çalışmaya başlaması gereken Afet Psikiyatrisi BÇB'nin görevleri daima acil oluyor ve görevin, çalışma yerinin nerede çıkacağı belli olmuyor. Bu yıl Antalya'da yapılacak olan 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde BÇB'nin çalışma modelini sizlerle paylaşmak istiyoruz. Afet Psikiyatri Bilimsel Çalışma Birimi 16 Ekim 2008'de Saat 19:30'da Ana Restaurant'ta buluşacak.

Afet Psikiyatrisi BÇB'nin çalışmalarına katılmanızı bekliyoruz.

Birim adına Şahika Yüksel



Levent Küey Dünya Psikiyatri Birliği Genel Sekreterliğine Seçildi

Dünya Psikiyatri Birliği (WPA, World Psychiatric Association) Genel Kurulu Prag'ta gerçekleştirilen Dünya Psikiyatri Kongresi kapsamında 22 Eylül Pazartesi günü gerçekleştirildi. Yönetim Kurulu Başkanlığı, Genel Sekreterliği ve iki üyelik için yapılan seçimlerde, Genel Sekreterlik için Türkiye Psikiyatri Derneği ve Türk Nöropsikiyatri Derneği tarafından aday gösterilen Psikiyatri uzmanı, Doç. Dr. Levent Küey, Kanada ve Nijerya'dan gösterilen diğer iki adayın aldığı oyların toplamından daha fazla oy alarak kazandı. Böylelikle, ülkemizden ilk kez bir psikiyatr Dünya Psikiyatri Birliği Yönetim Kuruluna seçilmiş oldu.

Dünya Psikiyatri Birliği tüm dünyadan 130 ülke psikiyatri birliklerinin üyesi olduğu, tıp alanındaki en yaygın, güçlü meslek örgütlerinden biridir. Türkiye Psikiyatri Derneği ve Türk Nöropsikiyatri Derneği'nin üyesi olduğu WPA, dünyada ruh sağlığının geliştirilmesi, ruhsal sorunların çözümünde mesleki dayanışma ve birliğin geliştirilmesi, eğitim, araştırma ve klinik uygulamalarda etik değerlerin yüceltilmesini amaçlamaktadır.

Levent Küey, "Uluslararası temsil gücü ve tıp ve psikiyatri alanındaki saygınlığı açısından Dünya Psikiyatri Birliği'nin önemini" vurguladı ve "ülkemizden bir bilim insanının bu göreve seçilmesinin kendisi ve Türkiye psikiyatri topluluğu açısından büyük bir onur olduğunu" belirtti. "Bu göreve seçilmesinin ülkemiz psikiyatri topluluğu ile dünya psikiyatri topluluğu arasındaki bilimsel ve örgütsel ilişkilerin geliştirilmesinde çok önemli katkılarının olacağını" ekledi.

Levent Küey'in Özgeçmişi

1957 İzmir doğumlu; Bornova Anadolu Lisesi ardından, orta öğrenimini, AFS ile gittiği ABD'de, 1975 yılında tamamladı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim gördü, 1981'de Tıp Doktoru, 1985'de Psikiyatri Uzmanı ve 1989'da Psikiyatri Doçenti oldu. Psikodrama Sosyodrama Grup Psikoterapisi eğitimi gördü. Ankara, Adana ve İzmir'in ardından mesleki yaşamını son 9 yıldır İstanbul'da sürdürüyor.

Psikiyatride temel çalışma ve araştırma alanları, ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sosyo-kültürel özellikleri, depresif bozuklukların ve anksiyete bozukluklarının klinik özellikleri ve psikoterapisi, depresyon ve kadın, kültürel psikiyatri, psikiyatride sınıflandırma sorunları ve felsefi yaklaşımlardır. Ağırlıklı olarak bu alanlarda, ulusal ve uluslararası, 50'nin üzerinde makale, kitap bölümü ve çevirileri var. Bilimsel dergi editörlüğü yaptı; bilimsel danışma kurulu üyelikleri yürütüyor.

Halen, serbest psikiyatr olarak çalışmasının yanında İstanbul Bilgi Üniversitesi Psikoloji Bölümünde öğretim üyesi olarak görev yapıyor. Türkiye Psikiyatri Derneği kurucu üyesi; 7 yıl Yönetim Kurulu üyeliği yaptı. 1994 yılından bu yana, Dünya Psikiyatri Birliği Sınıflandırma ve Tanısal Değerlendirme Seksiyonu üyesi, ayrıca, son 6 yıldır Dünya Psikiyatri Birliği Board üyesi ve Güney Avrupa Bölge Temsilcisi idi. Ayrıca, 2002 yılında Dünya Psikiyatri Birliği "Onur üyeliği" ile ödüllendirildi. 40'ın üzerinde ülkede, uluslararası bilimsel toplantılarda sunumlar yaptı; birçoğunun düzenleme ve bilimsel kurullarında görev aldı.

WPA SEÇİMLERİ

22 Eylül 2008 tarihinde XIV. Dünya Psikiyatri Kongresi sırasında 102 ülke temsilcisinin katılımı ile Dünya Psikiyatri Birliği Genel Kurulu yapılmıştır. Genel Kurul'da Dünya Psikiyatri Birliği'nin yeni yönetim kurulu ve bölge temsilcileri seçilmiştir. Toplam 1080 oyun kullanıldığı Genel Kurul'da Türkiye Psikiyatri Derneği 20, Türk Nöro-Psikiyatri Derneği 9 oy kullanmıştır. Seçim sonrasında Türkiye'den Doç. Dr. Levent Küey'in Genel Sekreter seçildiği yeni Yönetim Kurulunun ve Bölge Temsilcilerinin dağılımı şu şekildedir:

Yönetim Kurulu:

Başkan, Mario May (İtalya)
Başkan Yardımcısı (President Elect), Pedro Ruiz (ABD)
Genel Sekreter, Levent Küey (Türkiye)
Eğitim Sekreteri, Allan Tasman (ABD)
Finans Sekreteri, Tsuyoshi Akiyama (Japonya)
Bilimsel Toplantılar Sekreteri, Tarek Okasha (Mısır)
Yayın Sekreteri, Helen Herman (Avustralya)
Çalışma Birimi Sekreteri (Secretary for Sections), Miguel R. Jorge (Brezilya)

Bölge Temsilcileri:

1. Bölge (Kanada) Raymond Tempier-Kanada
2. Bölge (ABD) Michelle Riba-ABD
3. Bölge (Meksika, Orta Amerika ve Karayipler) Mauricio Sanchez-Nikaragua
4. Bölge (Kuzey Güney Amerika) Fabrizio Delgado-Ekvator
5. Bölge (Güney Güney Amerika) Luis Risco-Şili
6. Bölge (Batı Avrupa) Linda Gask-Birleşik Krallık
7. Bölge (Kuzey Avrupa) Henrik Wahlberg-İsveç
8. Bölge (Güney Avrupa) Miguel Roca-İspanya
9. Bölge (Orta Avrupa) Dusica Lecic-Tosevski-Sırbistan
10. Bölge (Doğu Avrupa) Armen Soghoyan-Ermenistan
11. Bölge (Kuzey Afrika) Driss Moussaoui-Fas
12. Bölge (Orta Doğu) Charles Baddoura-Lübnan
13. Bölge (Orta ve Batı Afrika) Joseph Adeyemi-Nijerya
14. Bölge (Doğu ve Güney Afrika) Salomon Rataemane - Güney Afrika
15. Bölge (Orta ve Batı Asya) Ahmad Jalili-İran
16. Bölge (Güney Asya) E. Mohandas-Hindistan
17. Bölge (Doğu Asya) Naotaka Shinfuku-Japonya
18. Bölge (Avustralya ve Güney Pasifik) Julian Freidin-Avustralya

Türk Psikiyatri Derneği Ağrı'da İnci Vural'ın Duruşmasındaydı

Ağrı Devlet Hastanesi'nde zorunlu hizmetini yapmakta olan psikiyatri arkadaşımız Dr. İnci Vural hakkında görevini yerine getirmediği suçlamasıyla Cumhuriyet savcısının açtığı davanın duruşmasına katılmak üzere 13-14 Mayıs günlerinde TPD Ağrı'daydı..

TPD Merkez Yönetim Kurulunu temsilen Genel Başkanı Dr. Şeref Özer, MYK Üyesi Dr. Çezar Atasoy, TPD İstanbul şubesinden Dr. Şahika Yüksel ve Dr. Rıdvan Üney, TPD Hukuk danışmanı avukat Ziynet Özçelik ve avukat Semra Demir, 13 Mayıs'ta Ağrı'ya gitmişlerdir.. Ekip Ağrı'da Dr. İnci Vural ve aynı hastanede görevli Nöroloji uzmanı Dr. Figen Yavlal tarafından karşılanmış ve aynı gün Ağrı Devlet hastanesi Psikiyatri Kliniği ziyaret edilmiş, Başhekim ile bir görüşme yapılmıştır. Sonrasında Dr. İnci Vural ve avukatlarımızla birlikte ertesi gün katılınacak olan duruşmaya ilişkin bir değerlendirme toplantısı yapılmıştır..



14 Mayıs günü topluca duruşmaya katılmak üzere Ağrı adliyesine gidilmiş;. Ağrı Asliye ceza mahkemesindeki duruşmaya Şeref Özer ve Çezar Atasoy, Şahika Yüksel, Rıdvan Üney, TPD Erzurum şubesinden Nazan Aydın, Elif Oral, Serpil Tanışman, Gökhan Daloğlu, Bülent Dursun, Avukat Ziynet Özçelik ve avukat Semra Demir; Ağrı devlet hastanesinden Figen Yavlal, Ağrı Askeri hastanesinden Mehmet Ak, Patnos devlet hastanesinden Mehmet Yumru, Ağrı Tabip Odası Yönetim Kurulu üyeleri, Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası'ndan hemşire ve sağlık memuru dostlarımız olmak üzere 25 kişi katılmıştır.. Dr. İnci Vural mesleğinin gereğini yapmış olmanın onuruyla savunmasını yapmıştır . Duruşmada İnci Vural'ı TPD hukuk danışmanı avukat Ziynet Özçelik ve yardımcısı avukat Semra Demir savunmuşlardır.. Olumlu geçen duruşma, kent dışında oldukları için katılamayan iki tanığın dinlenebilmesi için 25 Haziran tarihinde devam edilmesi kararıyla sona ermiştir.

Duruşmadan sonra Ağrı Cumhuriyet Başsavcısı ziyaret edilerek TPD üyeleri olarak olayla ilgili üzüntülerimiz ve meslektaşımızın uygulamasının tamamıyla mesleki bilgi ve mesleki sorumluluk gereği olduğu ve doğru olduğu dile getirilmiştir.

Daha sonra TPD üyeleri Ağrı otelinde toplanarak bir durum değerlendirmesi yapmışlar;. sonrasında ise Dr. İnci Vural'ın daveti üzerine kendisi ve ailesi, evinde ziyaret edilmiştir..

Ağrı'da 13-14 Mayıs tarihlerinde yaşananlar tıp mesleğinin onurunu korumak adına TPD genel merkezi, TPD Erzurum şubesi, TPD üyeleri, Ağrı Tabip Odası ile Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası'nın bir meslektaşımız için kenetlenmesinin güzel bir örneği olmuştur.

Dr. Çezar Atasoy
TPD MYK Üyesi

Dr. Rıdvan Üney
TPD İstanbul Şubesi Üyesi

TÜRKİYE PSIKİYATRİ DERNEĞİ

Sınır İhlalleri Görev Grubu Raporu

21. 04. 2008

Dr. Selçuk CANDANSAYAR
Dr. Mehmet AK
Dr. Cengiz ERDEN
Dr. Serap ERDOĞAN
Dr. Sedat İRGİL
Dr. Burhanettin KAYA
Dr. Murat Eren ÖZEN
Dr. Bülent UYGUR
Dr. Mehmet YUMRU

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

I. Giriş

Türkiye’de son yıllarda tıpkı dünyanın geri kalanında olduğu gibi ruh sağlığının sınırları belirsizleşmeye başlamış, ruh sağlığına yönelik tedavi edici uygulamaların tıbbi bir hizmet olmaktan çıkmasına neden olabilecek çeşitli “meslek, unvan, yöntem ve uygulamalar” yaygınlaşmaya başlamıştır.

Bu durum ruh sağlığı hizmetinin bilimsel, etik ve tıbbi bir hizmet olmasıyla ilgili bir belirsizliğe yol açmaktadır. Bu belirsizlik içinde ruh sağlığı ile ilgili yakınmaları olan kişilerin tanı ve tedavileriyle ilgili hem tıbbi disiplin içinde hem de tıp dışı çeşitli bilimsel ya da bilimsel uygulamalarda ciddi sınır ihlalleri görünür olmuştur.

Türkiye Psikiyatri Derneği son zamanlarda çeşitli platformlarda yoğun tartışmaların artması üzerine TPD Merkez Yönetim Kurulu 13.01.2008 tarihinde aldığı kararla bir görev grubu oluşturarak Dr. Selçuk CANDANSAYAR’ı koordinator olarak atamış ve bu alandaki var olan sorunları saptayan ve çözüm önerilerinde bulunan bir rapor hazırlanmasını istemiştir.

Bu rapor TPD’nin talebi üzerine hazırlanmış ve görev grubuna gönüllülük temelinde katılan aşağıdaki üyelerin ortak çalışmasıyla hazırlanmış ve oybirliğiyle kabul edilmiştir.

TPD görev grubu üyeleri

Dr. Selçuk CANDANSAYAR (koordinatör)
Dr. Mehmet AK
Dr. Cengiz ERDEN
Dr. Serap ERDOĞAN
Dr. Sedat İRGİL

Dr. Burhanettin KAYA
Dr. Murat Eren ÖZEN
Dr. Bülent UYGUR
Dr. Mehmet YUMRU

II. Kuramsal Artalan

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de 1980’li yıllardan başlayarak sağlık hizmeti bir “kamu hizmeti” olarak görülmemeye başlanmıştır. Bu değişimin ardında II. Dünya Savaşı sonrası “Sosyal Devlet” kavramından vazgeçilmesi ve neoliberal ekonomik yaklaşımın baskınlaşması rol oynamaktadır.

Sosyal Devlet ilkesinden vazgeçilmesi sağlığın da tıpkı eğitim gibi devletin üstlenmesi ve karşılaması gereken bir hizmet olmaktan çıkarılıp, bireyin kendi olanakları ve gücü oranında “satın aldığı” bir “tüketim metası” olarak değerlendirilmesine hız vermiştir.

Bu değişim sürecinde daha çok Avrupa merkezli olan, sağlık hizmetinin devlet bütçesi ya da devlet denetimindeki sigorta sistemlerinden karşılanması yerine daha çok ABD merkezli özel sağlık sigortası şirketlerince karşılanması uygulaması, yaygınlaşmaya başlamıştır.

Bu politik değişim çok kolay, kendiliğinden ve toplumsal rıza ile olmamıştır. Anlayış ve yaklaşım değişikliği politik alanda süren mücadelenin dışında ve daha da önemli olarak sağlık, hastalık, tedavi, iyileşme gibi tıbbi kavramları ve sağlık hizmetinin kapsam, sınır ve uygulayıcılarıyla ilgili ideolojik ve kültürel bir kargaşaya neden olmuştur.

Sağlık hizmetinin bireyin gücü oranında satın aldığı bir tüke-

tim metası haline dönüşmesi tıp, hekim ve tanı-tedavi süreçlerinin sınırlarının bulanıklaşmasına yol açmıştır.

Bir yandan tıp daha çok parası olanın satın alabileceği alanlarda gelişmeye başlarken, sağlık ve hastalık kavramlarının sınırları bulanıklaşmaya ve sağlık hizmetini satanın kim olduğu, eğitimi, yetkisi ve sınırları da belirsizleşmeye başlamıştır.

Örneğin, ‘göz çevresindeki doğal yaşlanmaya bağlı kırışıklıkların giderilmesi’ni ele alalım. Bu uygulama;

- Bir sağlık/tıp hizmeti midir?
- Kim tarafından verilmelidir?
- Hizmetin bedelini kim ödemelidir?

Bu kavramsal kargaşanın bir ucunda ‘tıpsallaştırma’ yatmaktadır. Tıpsallaştırma, hayatın sorunlarını tıbbi sorunlar/hastalıklar/bozukluklar olarak tanımlama süreci olarak adlandırılmaktadır. Tıpsallaştırma geçkapitalist dönemin ‘genç ve güzel ideolojisi’ni destekleyen/ sağlayan bir ekonomik süreç olarak görülmelidir.

Bu ideolojiye göre;

- Yüzde kırışıklık olmamalı,
- Saçlar dökülmemeli,
- Göğüsler sarkmamalı,
- Karın çevresinde yağ olmamalı,
- Kemikler sağlam olmalı,
- Cinsel performans azalmamalıdır.

Genç ve güzel ideolojisi **sağlıklı** olmak için gerekli/zorunlu haline gelmiştir.

Bu süreç küreselleşmeyle birlikte çokuluslu yapıya dönüşen ilaç firmalarının da, parası olanın satın alabileceği ilaç ve tedavilere ağırlık vermelerine neden olmaktadır. Örneğin yoksul ya da az gelişmiş yani parası olmayan ülkelerde çok daha yaygın olan sıtma hastalığının tedavisi için yüz yıldır aynı ilaçlar kullanılmakta ve hiçbir çokuluslu ilaç firması yeni bir sıtma ilacının geliştirilmesine para yatırmamaktadır.

Bir yandan tıbbın sınırlarının bulanıklaşması diğer yandan sağlık hizmetinin bireylerin satın aldığı bir meta haline gelmesi, hangi sağlık hizmetinin sigorta tarafından ödeneceği konusunun karmaşıklaşmasına neden olmuştur. Özel sigorta şirketleri tıbbi hizmet tanımını **daraltmaya** çabalarırken sağlık hizmetini satanlar ise **genişletmeye** çalışmaktadırlar. Bu çelişki bir yandan sağlıklı olmak için gerekli olduğu iddia edilen uygulamaların sayısının artmasına, diğer yandan özel sigorta şirketlerinin karşıladıkları sağlık hizmetlerinin nitelik ve çeşitliliğinin azalmasına neden olmaktadır. Bu süreç sağlıklı olmak için gerekli/zorunlu olduğu kabul edilen çok çeşitli hizmet ve uygulamaların, daha çok bireylerin ödediği/satın aldığı meta haline dönüşmesine yol açmaktadır. Örneğin;

- Kırışıklık için botoks,
- Kellik için ilaçlar,
- Bembeyaz dişler,

- Plastik cerrahi,
- Hormon tedavileri,
- Antioksidanlar,
- Vitaminler,
- Cinsel güç artırıcılar böylesi uygulamalardır.

III. Ruh Sağlığı

Küreselleşme, neoliberal ekonomi ve sağlığın kamu hizmeti olmaktan çıkarılması sürecinden en çok etkilenen alanların başında ruh sağlığı gelmektedir. Ruh sağlığının ölçütleri giderek artan bir hızda bulanıklaşmaya, psikiyatrik hastalıkların sınırları genişlerken, **hayatın her türlü sorunu ‘psikiyatrize’** edilmeye başlanmıştır. Son otuz yılda depresyon tanısı ve tedaviye başlama sınırı giderek genişlemiştir.

1952 yılında yayımlanan ilk DSM’de 106 kategori varken DSM IV TR’de bu sayı 297’ye çıkmıştır. Yani sıra “eşik altı” kavramı ve benzer kavramlarla nerdeyse psikiyatrik muayenesi yapılan herkese bir ‘tanı’ ve bir ‘tedavi’ uygulayabilmek mümkün hale gelmiştir.

Ruh sağlığı hizmeti de alınıp, satılan; pazara sunulup tüketilen bir meta haline gelmekten kendisini kurtaramamıştır.

Ruh sağlığı ve hastalıkları özgül özellikleri, tanı süreci ve araçlarının öznelliği nedeniyle belirsizliklere çok daha dayanıksız, sınırlarının genişlemesine çok daha yatkın bir alandır. Genç ve güzel ideolojisinin ruh sağlığı alanındaki karşılığı bile belirsizdir. Özgüvenli, girişken, mutlu, acı çekmeyen, uyumlu, tutarlı, güçlü, iyi, ahlaklı, tasasız, dertsiz, başarılı, tutarlı, gerçekçi gibi uzayıp gidebilecek çok sayıda muğlak sıfatlara sahip olmak ruhen sağlıklı, sahip olmamak ise ruhsal sorunu olmak, anlamına gelmektedir.

Bir yandan çokuluslu ilaç firmaları psikiyatrik ilaç tedavilerinin başlama ölçütlerini genişletmeye çalışırken diğer yandan özel sigorta şirketleri bedelini karşıladıkları psikiyatrik tedavilerin sınırlarını, süresini ve tedavi araçlarını daraltmaya çalışmaktadırlar.

Bu çelişkili ekonomik süreç diğer tıbbi alanlarda olduğu gibi ruh sağlığı alanında da tanım, tanı, tedavi süreçlerinin tıbbi sistemin dışına taşmasına ve bireylerin **‘olmak zorunda hissettikleri sağlıklılık’** için kendi ceplerinden ürün satın almalarına neden olmaktadır.

Ruh sağlığı alanında danışmanlık, rehberlik, yaşam koçluğu, kişisel gelişim uzmanlığı gibi unvanlar; yeni meslek kategorileri aile, evlilik, seks, ilişki, gelişim, başarı, mutluluk, huzur, girişkenlik, motivasyon gibi müdahale alanları tanımlanır olmuştur.

IV. Terapi kavramı

1900’lü yılların başına kadar ruhsal sorunların tanı ve tedavileriyle ilgili başarılı, bilimsel hemen hiçbir tıbbi yöntem yoktu. Bu süreçte ruh hastalıklarının pek çoğunun tıbbi sorunlar

olarak görülmemesinin de rolü vardır. Ama en büyük etken S. Freud'un keşfettiği psikanalizin başlangıçta tıbbi çevrelerce tıbbi bir yöntem olarak görülmemesi olmuştur. Freud yöntemini yaymak ve kabul ettirebilmek için tıp eğitimi olmayan kişilerin de psikanalitik yöntemi kullanmasını kabullenmiştir. Psikanalizin ortaya çıktığı ilk yıllarda Avrupa'nın içinde bulunduğu toplumsal, siyasi kriz yöntemin bireyi sadece iyileştirmeyen aynı zamanda değiştiren bir araç olarak da görülmesine neden olmuştur. Öyle ki sanatçılar, yazarlar, politik eylemciler psikanalitik yöntemi öğrenmek ve uygulamak çabasına girmişlerdir. Bu dönem Freud'un da zaman zaman, toplumsal sorunları çözmek için herkesin psikanalizden geçirilmesinin iyi olabileceğini, bu nedenle ücretini karşılayamayacak olanlar için devletin psikanaliz ücretini ödemesi gerektiğini, hatta yoksullar için psikanalizin ücretsiz ya da çok düşük ücretle uygulanabileceğini, söylediği bilinmektedir. 1960'lı yıllarda Karen Horney, kendi kendine psikanaliz yöntemini önermiş ve bu yolla dünyadaki tüm insanların psikanalizden geçirilmesinin gerektiğini savunmuştur.

Psikanaliz ABD'ye geldiğinde ise çok uzun yıllar boyunca tıbbi bir yöntem olarak görülmüş ve psikanaliz yöntemini uygulamak için tıp doktoru olmak şartı getirilmiştir. Freud'un aynı zamanda sekreteri olan Paul Federn ABD'ye göç ettiğinde tıp doktoru olmadığından psikanaliz yapmasına izin verilmemiştir. ABD'de tıp doktoru olmayanlar psikanaliz kurumlarına ancak 1988 yılında kabul edilmeye başlamışlardır.

ABD'de psikanalizi yalnızca tıp doktorlarının uygulamasına izin verilmesi, özellikle II. Dünya Savaşı sonrası artan ruh sağlığı hizmeti gereksinimlerinin psikanaliz dışı psikoterapi yöntemlerinin yaygınlaşmasına, zaten az sayıda olan ve elinde uzun, zahmetli ve pahalı bir yöntem olan psikanaliz dışında bir aracı olmayan psikanalist doktorlar yerine önce sosyal çalışmacılar sonra da psikologlardan ruh sağlığı hizmetlerinde yararlanılmasına neden olmuştur.

Bu başlangıç döneminde ilgi çekici olarak psikologların tedavi hizmetine katılımda açıkça isteksiz oldukları ve klinik psikologluğun revaçta bir alt disiplin olmadığı bilinmektedir. İlk zamanlarda psikanaliz dışı psikoterapi yöntemleri, özellikle grup psikoterapisi için sosyal çalışmacılar görevlendirilmiştir. Daha sonraları seksenlere gelirken yukarıda söz edilen gelişmeler sonrası psikologlar da 'psikoterapi uygulayıcısı' olmayı tercih etmeye başlamışlardır.

Bu sürecin mistifiye edilen terimi 'terapi'dir. Terapi giderek artan bir hızla tıbbi bir terim olmaktan çıkarılmakta ve tıp dışı bir 'tüketim metası' haline gelmektedir. Aslında hem etimolojik hem de kullanım olarak aynı köklerden gelen ve 'hastalığın iyileştirilmesi' anlamını taşıyan "therapy" ve "treatment" terimleri birbirlerinden farklılaştırılmaktadır. Bu değişim psikiyatri alanına özgü değildir. 'Şifalı' sular, 'şifalı' bitkiler ve masajı içeren SPA uygulamaları da "SPA therapy" olarak adlandırılmaktadır. "Horticultural therapy" bahçe ile uğraşarak kendini iyi hissetme yöntemidir; "Natural therapy" doğal bitkilerle; "dog therapy" köpeklerle; "art therapy" sanatla ken-

dini iyi hissetme yöntemleri, olarak tanımlanmaktadır. Terapi teriminin başına getirilecek her şeyle insanlara 'kendilerini iyi hissetmelerini' sağlayacak bir yöntem satılır olmuştur.

Örneğin Türkiye kaynaklı bir internet sitesinde terapi aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır;

Terapi ne işe yarar?

"Kendi sınırlarınızı belirlemenizde İletişim biçiminizi tanımanızda Gerekli tutumlarınızı değiştirmeniz için alternatif yollar öğrenmenizde Yaşamınızdaki engelleri tanımanız ve bunları aşma yollarını keşfetmenizde Olaylar karşısında hissettiklerinizi tanımlamanızda Öfkenizi sağlıklı yollardan ifade etme becerenizi oluşturmamızda Korku ve kaygılarınızla baş etme stratejileri geliştirmenizde Bireysel sorumluluk algınızın sınırlarını belirlemenizde Kişiler arası ilişkilerinizdeki sorunlarınızı tespit edebilenizde size yardımcı olmayı hedefler."

Dikkat edilirse, tıbbi bir tedavi yöntemi olduğunu düşündürecek bir içerik yoktur.

Bu dönüşümü destekleyen bir diğer terimsel karmaşa da ruhsal hastalıklar için "disease" yerine "disorder" teriminin kullanılmasıdır. Zaten sınırları belirsizleşen ruhsal sorunları bir de hastalık değil de bozukluk olarak tanımlamak psikiyatrinin/ ruh sağlığının tıp dışına itilmesini daha da kolaylaştırmaktadır.

Bu durum birbiriyle çelişir gibi duran iki eğilimi güçlendirmektedir. Bir yandan ruhen sağlıklı olmak neredeyse olanaksız hale gelirken yani tedavi edilmesi gereken "durumların" sayısı ve çeşitliliği artarken diğer yandan bu durumların tıbbi yöntemlerle iyileştirilmesi (treatment) yerine düzeltilmesi (therapy) yaygınlaşmaktadır.

Aslında bu iki eğilim birbiriyle çelişkili değil birbirini güçlendiren özelliklere sahiptirler. Bu yolla 'tıbbi psikiyatrinin' sınırları daralırken, dolayısıyla kamu ya da özel sağlık sigortalarının karşıladığı psikiyatrik tedaviler yalnızca ilaç tedavileriyle sınırlanırken, ruhen sağlıklı olmamanın sınırları biteviye genişlemekte, bu sorunların 'terapi'leri tıp dışına itilmekte ve bireylerin kendi ceplerinden satın almak zorunda oldukları tüketim metalarına dönüşmektedirler.

Sonuçta **her türden ruhsal durum terapiye alınması gereken bir bozulma** haline gelmekte, terapi ise mistik bir terim haline dönüşerek **tıbbi bir yöntem olmaktan çıkmaya** başlamaktadır.

V. Türkiye'deki sorunlar

Türkiye de özellikle doksanlı yıllardan başlayarak dünyadaki bu değişimden etkilenmeye başlamıştır. 1973 yılına kadar ayrı bir uzmanlık alanı olmayan psikiyatri ya da ruh sağlığı ve hastalığı uzmanlığı mesleği daha kendi kural, sınır, yetki ve çalışma alanını tıp içinde kurumsallaştıramadan dünyadaki dönüşümün saldırısı altında kalmıştır.

Son yıllarda Fen Edebiyat Fakülteleri ya da Eğitim Fakülteleri Psikoloji Bölümünden mezun olanlar ile Eğitim Fakültesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü mezunları ‘Özel Psikolojik Danışmanlık’ adı altında TC yasalarına aykırı olarak hasta muayene ve tedavi hizmeti vermeye başlamışlardır. Son beş yıl içinde uygulama çığırından çıkmış ve ‘yaşam koçluğu’, ‘eğitim danışmanlığı’, ‘kişisel gelişim uzmanlığı’ gibi adlar altında felsefe bölümü mezunları, iktisatçılar vs bir çok kişi bu alanda çalışmaya başlamışlardır. Yapılan bu uygulamalar yasa ihlali ve halk sağlığının ehliyetsiz ve yetkisiz kişilerce istismar edilmesi olarak değerlendirilmektedir.

Yurdumuzda 1950’li yıllardan bu yana psikologların sağlık alanında çalışmalarını üniversitelerden başlayarak devlet hastaneleri kliniklerinde hastaların psikometrik ölçümleri ile başlamıştır. Sonraki yıllarda psikoterapi eğitimi alan psikologlar bu hastanelerde psikiyatrist gözetiminde dinamik psikoterapiye katılmışlardır. Bu katılım özellikle klinik psikoloji yüksek lisans eğitimi alan psikologlarca 1990’lı yıllara kadar hekim sorumluluğunda sürdürülmüştür.

Günlük uygulamada cerrahi girişim olmaması, intihar ve çevreye zarar verici davranış dışında bedensel görünür bir komplikasyon olmaması ve en önemlisi de uzun süreli ruhsal hastalığı olanların, sosyoekonomik statü kaybına uğramaları nedeniyle haklarını savunamıyor olmaları davranış bilimleri ile ilgili bilim dallarından herhangi birine (psikoloji, psikolojik rehberlik ve danışmanlık, sosyal çalışmacı) ait meslek mensuplarının yetersiz ve yetkisizce ruh sağlığı ve hastalıkları alanda meslek icra etmelerine yol açmıştır.

Halk arasında psikiyatrist ve psikolog farkının ayırt edilememesi, bilim doktorası yapmış “Dr. Psikologların” hekim sanılması, resmi makamlarca ve meslek odalarınca konuya gereken önem verilmemesi bu sorunun günümüze kadar sürmesine neden olmuştur.

Özellikle İstanbul gibi denetimi zor olan kalabalık kentlerde psikolojik danışmanlık, danışmanlık, yaşam koçluğu, rehberlik vb. bir çok ad altında hekim olmayan pek çok kişi muayenehane açarak hasta muayene ve tedavi etmektedir. İnternet ortamı incelendiğinde hekim olmayan bu kişilerin hemen hepsinin hastalık isimleri vererek tedavi uyguladıklarını ilan ettikleri görülecektir. Sağlık suistimali yapan bu kişilere hekim olmadıkları hatırlatıldığında; a. ilaç yazmadıklarını b. iletişim bozukluklarını düzelttiklerini c. psikoterapi ya da davranış tedavisi yaparak hastalara yararlı olduklarını ifade ederek kendilerini savunmaktadırlar. Sonuç olarak yurdumuzda ruh sağlığı ve hastalıkları alanında yagın bir yasa ihlali yaşanmaktadır.

Bir insanın hasta olup olmadığına karar verme yetkisi yasa ile yalnızca tıp fakültesi mezunu tıp doktorlarına, ruh sağlığı ve hastalıkları alanında da ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına verilmiştir.

14.4.1928 tarih ve 1219 sayılı **Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun** halen yürürlüktedir ve Türkiye’de sağlık hizmetinin yani tanı koyup tedavi

verme yetkisinin sadece tıp doktorlarında olduğunu söyler;

‘**Madde 1** - Türkiye Cumhuriyeti dabilinde tababet icra ve her hangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Darülfünunu Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak ve Türk bulunmak şarttır.

Madde 8 - Türkiye’de icrayı tababet için bu kanunda gösterilen vasıfları haiz olanlar umumi surette hastalıkları tedavi bakkanı haizdirler. Ancak her hangi bir şubei tababette müstemirren mütehasıs olmak ve o ünvanı ilan edebilmek için Türkiye Tıp Fakültesinden veya Sıbbiye Vekaletince kabul ve ilan edilecek müessesattan verilmiş ve yabut ecnebi memleketlerin maruf bir hastane veya laboratuvarından verilip Türkiye Tıp Fakültesince tasdik edilmiş bir ibtisas vesikasını haiz olmalıdır.”

1219 sayılı kanunun bu iki maddesi çok açıktır ve yürürlüktedir. Aynı kanunun 25. Maddesi tıp doktoru olmadan tanı ya da tedavi uygulayan kişilere hapis cezası getirmektedir ve bu madde de yürürlüktedir.

Madde 25 - Diploması olmadığı hâlde, menfaat temin etmek amacıyla yönelik olmasa bile, hasta tedavi eden veya tabip ünvanını takınan şahıs iki yıldan beş yula kadar hapis ve bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır (23.01.2008 tarih ve 5728 sayılı kanunla değişik)

Aynı şekilde Sağlık Bakanlığı’nca yayınlanan ve halen yürürlükte bulunan **Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge**’de 77. madde ruh sağlığı hizmetinin kapsam ve sınırlarını çizerek, hekimin vermesi gereken bir hizmet olarak tanımlamıştır;

Ruh Sağlığı Hizmetleri

Madde 77 - Ruh sağlığı hizmetleri, sağlık hizmetlerinin bütününe entegre edilmiş olarak bütün sağlık ocaklarında yürütülmelidir. Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri epidemiyolojik sürveyans çalışmalarını, ruh sağlığının korunup geliştirilmesini, ruhsal bozuklukların önlenmesini, erken teşhis ve tedavisini, nükslerin en aza indirilmesini ve hizmete ulaşımın artırılmasını ifade etmektedir.

Ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ve toplumun tümüne ulaştırılması açısından, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegre edilmesi, ikinci ve üçüncü basamak tarafından desteklenen bir hizmet modeli uygulanarak kurumlararası işbirliği ile içinde yürütülmesi gerekmektedir.

Sağlık ocaklarında ruh sağlığı hizmetleri aşağıdaki çalışmaları kapsar:

a) Poliklinik hizmetleri çerçevesinde erken teşhis ve tedavi hizmetlerini yürütmek,

b) Ana-çocuk sağlığı hizmetleri çerçevesinde, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde anne ve bebeğin psiko-sosyal açıdan gelişim ve etkileşimini değerlendirmek; ailenin desteklenmesinin gerekli olduğu durumlarda eğitim, danışmanlık ve tedavi

hizmetlerini yürütmek; uygun görüldüğünde bir üst kuruma sevkini sağlamak ve hasta izlemelerini sürdürmek.

c) Kronik ruhsal bozukluklar çerçevesinde, hastanın yaşadığı yerde tedavisini sürdürmek; gerekli durumlarda bir üst kuruma sevkini yapmak; hasta ve ailenin psiko-sosyal ihtiyaçları kapsamında toplum kaynaklarını en iyi şekilde kullanabilmesi için kurumlararası işbirliğini sağlamak ve bu konuda danışmanlık ve toplum eğitimi çalışmalarını yapmak.

d) Okul sağlığı hizmetleri çerçevesinde, öğrencilerin psiko-sosyal açıdan değerlendirmelerini yapmak, erken teşhis ve tedavilerini sağlamak, bu konularda öğretmenlere yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerini sürdürmek.

e) Risk gruplarına (özürsüzlüler, kronik fiziksel hastalığı bulunanlar, yaşlılar, ergenler vb.) yönelik ilgili kurumlar ile işbirliği içerisinde ruh sağlığı hizmetlerini belirlemek, planlamak ve uygulamak.

f) Tütün, alkol, uyuşturucu ve uçucu maddelere yönelik toplum eğitimi yapmak ve gerekli diğer çalışmaları yürütmek.

Yasa ve yönetmenin çok açık hükümlerinin gösterdiği gibi herhangi bir ruhsal yakınma ile başvuran bir hastaya tanı koyma yetkisi hekime aittir. Bir yakınmanın ruhsal mı yoksa bedensel mi olduğu ancak iyi bir öykü alma, tam bir fizik muayene ve özellikle de nörolojik muayeneden ve gerekli tetkiklerden sonra anlaşılabilir. Ruhsal hastalık tanısı ise iyi bir öykü alma ve ruhsal muayeneyi takiben konulabilir. Bu nedenle ilgili yasa ve yönetmelikler gereği ruhsal yakınmalarla bir hastanın muayene ve tedavi yetkisi 6 yıllık tıp fakültesi eğitimini takiben 4 yıl da tıpta uzmanlık eğitimi aldıktan sonra uzmanlık diploması alan psikiyatri uzmanlarına verilmiştir. Bu da yeterli görülmemiş YÖK tarafından alınan kararlar ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi 2003 yılından itibaren 5 yıla çıkarılmıştır. Öğrenimi süresince hiç hasta görmemiş 4 yıllık Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü mezunlarının değişik ad altında bile olsa hasta muayene etme, tanı koyma ve tedavi yetkisine sahip olarak faaliyet göstermeleri yasaya aykırı olduğu kadar bilimsel görüşe de terstir.

Uygulamada karşılaşılan diğer bir durum da söz konusu merkezlerin bir kısmının sahte bir şekilde özel bir dalda uzmanlaştıklarının reklamını yapmalarıdır. Örneğin; panik atak uzmanı, vajinismus uzmanı, sigara bıraktırma uzmanı, hipnoz uzmanı gibi dünyanın hiçbir yerinde olmayan uzmanlıkları kendilerine unvan olarak almalarıdır. İnternet siteleri incelendiğinde pek çoğunun bu uzmanlıkları 1gün ile 2 ay süren kurs, sempozyum, kongre vb. etkinliklere katılmalarını takiben aldıkları sertifikalarla belgelemeye çalıştıkları görülmektedir.

Sağlık Bakanlığına TPD tarafından söz konusu yaygın yasa ihlali 28.02.2008 tarih ve 53/2008 sayılı yazı ile bildirilmiş ve Bakanlık Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce;

"Derneğimize yapılan şikâyet başvurularını konu alan ve başvurularında, hekim olmayan kişiler tarafından, mevzuata

aykırı iş ve işlemler yapıldığı iletılarak denetim talep eden ilgi sayılı dilekçeniz incelendi.

Babsi geçen işletmelerin adreslerinin açık olarak belirtilmesi halinde gerekli değerlendirmenin yapılacağı hususunda,"

yanıtı verilmiştir.

Bu yanıt TPD'nin isim ve adres vererek yapacağı başvurular da Sağlık Bakanlığı'nın yasanın gereğini mecburen yapacağını göstermektedir.

VI. Psikologlar Derneği'nin girişimleri

Psikologlar Derneğinin girişimlerinin bilimsel ve etik ölçütlerine uygun olmadığını gösteren kanıtlar kendi çalışmalarında vardır.

İlkin 2004 yılından bu yana TBMM'de yasalastırmaya çalıştıkları "Psikologluk mesleği hakkında kanun tasarısı" taslağı, psikologları tıp doktoru statüsüne getiren maddeler içermektedir.

Söz konusu taslağın 3 maddesinde yer alan ve psikolojik hizmeti tanımlayan bölüm psikologlara tanı koyma ve tedavi etme yetkisi vermektedir.

Psikolojik hizmet: Psikolojinin Klinik, Endüstri, Sağlık, Deneysel, Gelişim, Psikometri, Sosyal, Sağlık, Trafik, Adli, Çevre, Spor ve diğer uzmanlık alanlarında verilen hizmetleri ve uygulamaları kapsar. Psikologlar, kişi ve grupların her türlü duygu, düşünce, davranış ve tutumlarını araştırma, betimleme, ölçme-değerlendirme, iyileştirici psikolojik müdahalelerde bulunma, geliştirme, izleme, koruma ve önleme etkinliklerinde bulunurlar. Psikoloji, insan yaşamının tüm alanlarıyla ilişkili olduğu için temel bir bilimdir. Profesyonel psikologlar, insanların gündelik yaşam sorunlarına yönelik olarak ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla, bireyler, gruplar ve sosyal sistemler bağlamında, klinikler, eğitim sistemi, işletmeler, adli kurumlar, trafik gibi ortamlarda çalışırlar.

İkincileyin yasa tasarılarında sadece doktorası olanlara değil yüksek lisansı olanlara da hasta görüp, tedavi etme yetkisi almaya çalışmaktadırlar. Dahası '**süpervizyon ve sertifikasyon**' adı altında getirmek istedikleri düzenlemeler ile '**eğitim, denetim ve yetkilendirme**' sürecini tümüyle kendi bünyelerine almakta ve böylelikle psikiyatri uzmanlarının hiçbir şekilde karışamayacağı ikinci bir ruh sağlığı uzmanlığı mesleği oluşturmaya çalışmaktadırlar.

Üstelik bu alana Psikolojik Danışma ve Rehberlik mezunlarını almayarak onların 'psikoterapi işine' girmesini engellemeye çalışmaktadırlar. Nitekim kendi web sitelerinde psikolog unvanını sadece Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümü mezunlarının kullanabilmesini, PDR mezunlarının kullanamamasını sağladıkları YÖK yazışmalarını ilan etmektedirler. PDR mezunlarının kendi sınırlarını ihlal etmelerine karşı gösterdikleri yoğun mücadeleyi sürdürürken, psikiyatri ve tıbbın sınırlarını ihlal konusunda aynı duyarlılığı gösterdiklerini söylemek mümkün değildir.

Psikologların bilimsel ve etik temelli olmaya özenleri hakkında belirsizlik vardır. Bu belirsizliğin en iyi kanıtlarından biri bir yandan psikiyatri ‘ilaç yazan’ kendilerini ‘terapi yapan’ olarak nitelendirirken açtıkları özel merkezlerde, internet sitelerinde, tabelalarında ve kartvizitlerinde doktora yaptıkları gerekçesiyle “Dr” unvanını kullanmalarındadır. Bu unvanla ilaç yazmak zorunda kaldıklarında (ki maalesef bu çok yaygındır) hastanın garipsemesini engellemiş olmakta ve kendilerine hekim süsü vermektedirler. Hem hekim hem psikiyatr değil, böylece psikiyatrdan daha üstün, yetkin biri imgesi yaratmaktan kaçınmamaktadırlar.

VII. Sonuç

Psikologların, **BAĞIMSIZ ve SERBEST** olarak, ilk elden hasta görüp, tanı koyup, ilaç tedavisinin gerekip gerekmediğine karar verip, ilaç dışı tedavi düzenleme ve sürdürmeleri onları birer **“UZMAN HEKİM”** konumuna getirir.

Bu durum özel çalışan psikologların sadece Psikoloji derneklerinin denetimine tabi olmalarıyla bir sağlık hizmetinin tıbbi denetimin dışında kalması sonucunu doğurur ki bu sağlık alanında insan sağlığı için tehlikeli bir sınır ihlali anlamına gelir.

Türk Psikologlar Birliği yasa tasarısı da psikologluk mesleğini Doktorluk, Diş Hekimliği ve Eczacılık gibi **BAĞIMSIZ** sağlık hizmeti mesleği konumuna çıkarır. Türkiye’de bilindiği gibi yalnızca Tabipler, Diş hekimleri, Eczacılar ve Hemşirelerin mesleki kanunları vardır, onun dışındaki **TÜM YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİNİN** çalışma esasları yönetmeliklerle belirlenmiştir.

VIII. Öneriler

1. TPD bilimsel ve etik ilkelere uygun olarak ruh sağlığı bozuk olan insanlara sağlık hizmeti sunumunda sınır ve yetkileriyle barışık psikolog, psikolojik danışma ve rehberlik uzmanı ve sosyal çalışmacıları desteklemeli, onlara platformunu açmalı, söz vermeli ve güçlenmelerini sağlamak için tüm olanaklarını seferber etmelidir.
2. Bu ilkeler ışığında psikolog, psikolojik danışma ve rehberlik ve sosyal çalışmacı mesleklerinin dernekleriyle iletişimi sürdürmeli ve işbirliğine açık olduğu belirtilmelidir. Söz konusu meslek gruplarından birini diğerinden üstün ya da ayrıcalıklı görmeden tümüne eşit mesafede olunmalıdır.
3. TPD ilkelerini benimseyen derneklerle girilen işbirliğinde, her üç meslek grubunun da çalışma alanlarının net olarak belirlenmesi (eğitim, trafik, sanayi, ölçme değerlendirme vs.) çalışmalarına destek verileceği ve işbirliğinin arttırılması, bildirilmelidir.
4. Klinik psikolog unvanının yalnızca “klinik psikoloji doktorası”nı tamamlayanlara verilmesi ve bu eğitimin ancak psikiyatri ihtisası yapılan bir üniversite psikiyatri kliniğinde verilmesi gerektiği belirtilmelidir.

Klinik psikoloji doktora programına hangi lisans ve yüksek lisans mezunlarının başvurabileceği konusunda Yüksek Öğretim Kurulu’na görüş bildirilmelidir. Tıp doktoru, sosyal çalışmacı, psikolojik danışma ve rehberlik mezunlarının da bu programa başvurup başvuramayacakları tartışılmalıdır.

5. Psikolog, psikolojik danışma ve rehberlik ve sosyal çalışmacı mesleklerinde olup Doktora yapmış olanlar ‘Dr.’ unvanını kartvizit, internet sitesi ve yazışmalarında ayrıca medyada yer aldıklarında kullanmaktadırlar. Bu durum meslek sınırlarını aşma veya ihlali yasalmış gibi gösterme konusunda daha profesyonel bir yaklaşım içinde olabilmektedirler. Bu amaçla, ‘Dr’ unvanının kullanımı ile unvanın ismin sonu veya başına yerleştirilmesinin belirlenmesi konusunda vurgu yapılabilir. Bu konuda, “Ph.D”, “Dr” ve “M.D.” konusunda hizmet satın alan veya hizmetten yararlanan kişilerin bilgilendirilmelerinin sağlanabilmesi, farkın hissettirilmesi ve farkındalığın artırılması amacıyla bu unvanların Türkçeleştirilmesi için YÖK, TDK gibi kurumlardan görüş alınması yararlı olabilir. Bu konuda da öneride bulunmak psikiyatrist, psikolog, ve diğer branşların yerlerinin belirlenmesi açısından ve sınır ihlallerini önlemek yönünden daha faydalı olabilir.
6. Klinik psikologların bir psikiyatrist denetiminde psikiyatri kliniklerinde ve muayenehanelerinde çalışabilmeleri için Türkiye Psikiyatri Derneği onayı ve TTB’den uygunluk belgesi, İl Sağlık Müdürlüğü Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü’nden onay belgesi almaları kuralının getirilmesi için hukuki girişimlerde bulunulmalıdır. Benzer bir uygulama psikoteknik değerlendirme merkezi açarken getirilmiş durumda. Psikoteknik Değerlendirme Merkezi’nde bir psikoloğun çalışması İl Sağlık Müdürlüğü’nün iznine tabidir ve değerlendirmeyi yapan psikoloğun raporu karar için yetmemekte, psikiyatri uzmanının muayenesi ve kararı şartı aranmaktadır. Psikoteknik değerlendirme merkezinde çalışan bir psikoloğun yetki sınırı, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi’nde çalışan bir Fizyoterapistle eşittir. Fizyoterapistler başlarında bir tıp doktoru olmadan Fizyoterapi merkezi; psikologlar da bir psikiyatri uzmanı olmadan Psikoteknik değerlendirme merkezi açmamaktadırlar. Bu düzenleme özel muayenehane açmak içinde aynen geçerli olmalıdır.
7. TPD kurumsal kimliğiyle “psikoterapi” yönteminin bir “TEDAVİ ARACI” olduğunu bu nedenle ancak “HEKİM DENETİMİNDE” uygulanması gerektiğini yasal ve kamusal alanda savunmalı, bu amaçla hukuki girişimlerde bulunmalı ve kamuyu bilgilendirmelidir.

Bu amaçla Emekli Sandığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Ticaret Odası nezdinde girişimde bulunulması için dernek bir Hukuk Birimi kurmalı ve profesyonel hukuk hizmeti almalıdır.

Aynı şekilde ruhsal hastalık ve bozukluklarının ancak tıbbi kurumlarca ve hekimlerce kullanılabilceğini hukukileştiren

girişimler yapılmalıdır. Örneğin depresyon terapisinden söz eden internet sitelerinin sahipleri doktor değilse kapatılmaları için mahkemeye başvurulmalıdır. Bir kez mahkeme kararı alındığında diğer tüm sitelerin kapatılması talep edilebilecektir.

TPD tarafından yetkisiz olarak hasta muayene ve tedavisi işi ile uğraştığı kendileri tarafından ilan edilen kişi ve kuruluşların Sağlık Bakanlığı'na ve Cumhuriyet Savcılıklarına şikayet edileceği psikolog ve psikolojik danışma ve rehberlik derneklerine bildirilmeli, makul bir sürenin ardından resmi şikayetler başlatılmalıdır. Bu iş içinde profesyonel hukuki destek alınmalıdır.

8. Dernek üyelerinin çalıştıkları birimlerde ya da bölgelerde bir sınır ihlali saptadıklarında ya da maruz kaldıklarında, bağlı buldukları TPD şubesine başvurabilmeli; Şube yönetimi sınır ihlaline yönelik idari ve hukuki girişimleri üye adına başlatmalıdır.
9. Dernek ve üyeler, toplumun psikiyatri, psikoloji, psikiyatri ve psikolog, terapi ve psikoterapi terimlerini öğrenmesi için "geliştirme programlarını" (health promotion) sistematik, el birliğiyle ve hızlıca uygulamaya koymalıdır.

Bu amaçla gerekirse profesyonel bir medya tanıtım şirketiyle anlaşılmalıdır.

10. TPD'nin her şubesinin ayrı bir internet sitesi olmalı, bu site şube tarafından düzenlenmeli, yönetilmeli ve güncellenmelidir. Şube internet siteleri, o bölgede yaşayanların güncel sorunlarına daha çok eğilme olanağı bulabilecektir. Yerel şube internet sitelerinde şube üyesi psikiyatristlerin tanıtıcı bilgileri yayınlanabilecektir.

Bu şekilde kimi üyelerin henüz resmi bir alt disiplini tanım-

lanmamış olan psikiyatri alanında mesleki bir sınır ihlali olarak değerlendirilmesi gereken "...uzmanı" gibi etik sınırları zorlayan açıklamaları da denetim altına alınabilecek ve halka meslektaşlarımız hakkında daha bilimsel ve etik bilgiler verilebilmiş olacaktır.

11. TPD'nin içeriğinde, tanıtımında ya da uygulamasında tıbbi bir hizmetmiş izlenimi yaratmayan "danışmanlık, yaşam koçluğu" vs gibi tüketim metalarının piyasaya arz edilmesini engellemeye girişmemesi gerekir. Yeter ki bu hizmeti satın alanlar, satın aldıklarının tıbbi bir sağlık hizmeti olmadığını bilsinler.

Bu amaçla TPD kamu ve özel tüm psikiyatri birimlerinde, özel muayenehanelerde kullanılmak üzere, psikiyatri, psikoterapi, danışmanlık, rehberlik gibi kavramların tanım, sınır, yetkilerini bildiren afişler hazırlamalı, üyeler bu afişleri başvuranların görebileceği yerlere asmalı, yine TPD'nin kurumsal kimliğiyle hazırlanacak broşürler aynı birimlerde dağıtılmalıdır.

Son Söz

Türkiye Psikiyatri Derneği, kavga etmeden, merkeziyetçi ve sansürcü bir tutum takınmadan:

- Üyelerini etik ilkelere uyma konusunda cesaretlendirici ve ödüllendirici,
- Maruz kaldıkları sınır ihlallerinde onları koruyan ve destekleyen,
- Bilimsel ve etik ilkelere uygun ve sınırlara saygılı hekim dışı ruh sağlığı çalışanlarını destekleyen ve onlarla işbirliğine açık
- Topluma kendini kabul ettiren ve saygınlık gören bir kurumsal örgüt olmak için çalışmalarını sürdürmelidir.

Psiko-Teknik Değerlendirme Merkezlerinin Açılması ve İşletilmesi'ne Dair Yönetmelik ile İlgili Öneriler

İlgi (a) : Karayolları Trafik Kanunu

İlgi (b): Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

SORUN ALANI: Merkezleri Açmaya Yetkili Kişiler

İlgi (a) yönetmelik gereği Psikoteknik Değerlendirme Merkezleri resmi ve özel kuruluşlar bünyesinde oluşturulan ve il sağlık müdürlükleri tarafından yetkilendirilmiş merkezler olarak faaliyet göstermektedirler.

Bu merkezlerde kullanılan test batarya sistemleri tıbbi araç olarak kabul edilmekte ve % 8 KDV ödenmektedir. Buna rağmen halen gerekli niteliklere haiz her Türk vatandaşı yanında bir psikolog ve psikiyatri uzmanı çalıştırmak kaydı ile bu tür merkezleri açma yetkisine sahiptir.

Bu merkezlerin Psikiyatrist dışında kişilerce açılmasının uygulanacak test ve sonrasındaki psikiyatrik muayenenin sağlıklı olmasını engelleyebileceği, merkezin mesul müdürü Psikiyatrist olmakla birlikte 50-150 bin YTL sermayesi olan ve müşteri toplayan kişilerin emrinde çalışanların "Bilirkişi" rolünden taviz vermek zorunda bırakılabileceği (ticari kaygılardan dolayı) değerlendirilmektedir.

ÇÖZÜM: İlgi (b) yönetmeliğin 8'nci maddesinde sağlık kuruluşu açmaya ve işletmeye yetkili kişiler belirtilmekte ve "Tıp Merkezi ve Poliklinik açmaya yetkili kişiler mesleğini serbest icra etmek hak ve yetkisi olan tabip veya birden fazla tabip ve diş tabibidir" denilmektedir. Aynı yönetmeliğin ilgili maddesinin Psikoteknik Değerlendirme Merkezleri açısından da uygulanmasının bu merkezlerin yozlaşmasını önleyebileceği değerlendirilmektedir.

SORUN ALANI: Psikiyatrist Muayenehanesi Bünyesinde Psikoteknik Değerlendirme Merkezi Açabilme Yetkisi

ÇÖZÜM: Psikoteknik Değerlendirme Merkezleri "Ayrı bir birim oluşturmak kaydıyla" sağlık kuruluşları bünyesinde de açılabilmektedir. Asgari şartların sağlanması kaydıyla Psikiyatrist Muayenehaneleri bünyesinde de bu merkezlerin açılmasının bir sakınca oluşturmayacağı, merkezlerin işlevselliğini daha da arttıracacağı değerlendirilmektedir.

SORUN ALANI: Fiziki Şartlar ve Personel Standartları

İlgi (a) yönetmeliğin Psiko-Teknik değerlendirme resmi ve özel kuruluşlar bünyesinde oluşturulan ve il sağlık müdürlükleri tarafından yetkilendirilmiş merkezlerde çalışan psikolog ünvanına sahip kişiler tarafından yapılacağı ifade edilmektedir. Bu uygulama yapılan testlerin usulüne ve standartlara uygun bir şekilde yapılması açısından gerekli bir uygulama olarak değerlendirilmektedir. Ancak Psikiyatristlerin de aynı eğitime tabi oldukları ve Psiko-Teknik Değerlendirmede kullanılan testlere benzer psikolojik testleri yapma yetkisine sa-

hip oldukları düşünülürse bu maddenin Psikiyatristlerin yetki kullanımını ihlal ettiği, kısıtladığı değerlendirilmektedir.

ÇÖZÜM: İlgi (a) yönetmeliğin Psiko-Teknik Değerlendirme Yapmaya Yetkili Kuruluş ve Kişiler maddesine psiko-tekni test bataryası kullanma eğitimi ve sertifikası almak şartı ile psikiyatristlerin eklenmesinin de uygun olacağı değerlendirilmektedir.

SORUN ALANI: Psiko-Teknik Değerlendirilmesi Yapılacak Adayların Merkezlere Başvuru ve Kabul Şekli

Psikoteknik merkezleri veya bağlı oldukları merkez zincirleri; müşteri potansiyeli olan odalar, dernekler, müşterilerin uğradıkları dinlenme tesisleri, nakliyecilikle uğraşan işletmeler ve bütün bunlara yakın olan kişilere gidip kendi merkezlerinin avantajlarını anlatmakta ve Psiko-Teknik Değerlendirilmesi yapılacak aday toplamaktadır. Hatta müşteri toplayan ve komisyon alan araçlar türemiştir. Sunulan avantajların ticari kaygılardan dolayı ücret tarifelerini düşürme, hatta daha başka tavizlerde bulunmaya kadar giden sistemi yozlaştırıcı uygulamalara dönüşebileceği değerlendirilmektedir.

ÇÖZÜM: Psiko-Teknik Değerlendirilmesi Yapılacak Adaylarının bireysel veya grup halinde ikamet ettikleri Sağlık Müdürlüklerine veya yerel tabip odasına başvurmalarının ve bu merkezlerden kapasiteleri ve personel standartlarına göre ilgili Psiko-Teknik Merkezlerine yönlendirilmelerinin, yukarıda bahsedilen muhtemel yozlaşmanın önüne geçebileceği değerlendirilmektedir.

Psiko-Teknik Değerlendirme Merkezi bulunmayan illerdeki Psiko-Teknik Değerlendirilmesi Yapılacak Adaylar, ulaşımı ve merkez sayısı en uygun il belirlenerek, o ilin sağlık müdürlüğü veya tabip odasına yönlendirilmelidir. Bu şekilde müşteri toplayan komisyonculuğun (deyneckilik), niteliksiz değerlendirme ve sahteciliğin önüne geçilebileceği değerlendirilmektedir.

SORUN ALANI: Hizmet Bedelinin Belirlenmesi

İlgili mevzuatta haksız rekabetin önlenmesi ve kalitenin korunması için il hıfzısıha kurulunun belirleyeceği asgari ücretin uygulanabileceği belirtilmiştir. Mevzuatta "belirleyebilir" ibaresi ile keyfiyete bırakıldığı için Denizli ilinde asgari ücret belirlenmemiştir. Ücretlerde topluluk indirimleri yapılabilen, kampanyalar düzenlenebilmektedir.

Bu durumun da kamu yararı göz önünde bulundurulduğunda hizmetin kalitesini düşürecek uygulamalara yol açabileceği değerlendirilmektedir.

ÇÖZÜM: Bunun için hizmet alan ile veren arasındaki para ilişkisinin ortadan kalkması yararlı olur. Teknik olarak uygulanabilir ise ücretin sağlık müdürlüğünce alınması, onay bedeli ve müdürlüklerin hizmet bedeli düşüldükten sonra müdürlüklerce merkezlere ödeme yapılması daha uygun olacaktır.

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ

Alkol Madde Kullanım Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi

Denetimli Serbestlik Uygulamalarının Standardizasyonu

Görev Grubu Raporu

06 Mayıs 2008

Türkiye Psikiyatri Derneği
Alkol Madde Kullanım Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi
Denetimli Serbestlik Uygulamalarının Standardizasyonu

Görev Grubu
Figen Karadağ (Koordinatör)
Yeşim Can
Ender Altıntoprak

Bilimsel Çalışma Birimi Koordinatörü
Kültegin Ögel

Katkıda bulunanlar
Zeki Yüncü
Cüneyt Evren
Artuner Deveci
Hüseyin Soysal
Doğan Yeşilbursa
Yıldız Akvardar

Giriş

Denetimli serbestlik uygulamaları ülkemizde madde bağımlılığının tedavisi için önemli olanaklar sunan bir sistem olmakla beraber birçok sorunu da beraberinde getirmiştir. Bu amaçla Türkiye Psikiyatri Derneği Alkol Madde Kullanım Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi, dernek yönetimine bir görev grubu oluşturulmasını talep etmiştir. Dernek yönetim kurulunun kararıyla bir görev grubu oluşturulmuştur.

Oluşturulan görev grubu ilk olarak bağımlılık tedavisi yapan kurumlara DS uygulamalarını yazmalarını istemiştir. Bu uygulamayı yapan Ankara AMATEM, İstanbul AMATEM, İzmir AMATEM ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağımlılık Tedavi Merkezlerinden yanıt gelmiştir. Bu merkezlerin hemen hepsinin farklı bir uygulama yaptıkları gözlenmiştir.

Merkezlerin tedavi süreleri 1 ay ile 1 yıl arasında ve görüşme sayıları ise 4 ile 12 arasında değişmektedir. Bu kurumlarda günlük bakılan DS olgusu ortalaması ise 12 ile 100 arasında değişmektedir. Bu kadar az sayıda merkezden yanıt gelmesine rağmen uygulamalar arasında bu kadar fark görülmesi de yine bir standardizasyon çalışmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Raporun içindekiler şunlardır:

1. Genel bilgiler
2. Uygulama süreci
3. Öneriler
4. Ekler

1. Genel Bilgiler

Denetimli Serbestlik kurumu, suça uygulanan yaptırım veya tedbirin ceza infaz kurumu dışında, yani toplumun içinde yerine getirilmesi ile ilgili bir kavramdır.

“Denetimli serbestlik”, hükmün ertelenmesi, suçluluk tespitine rağmen ceza tayin edilmemesi, ceza tayininin ertelenmesi veya Kıta Avrupası’nda uygulandığı şekliyle cezanın infazının ertelenmesi olarak ifade edilmiştir.

Denetimli Serbestlik sistemini; soruşturma, sorgulama, hükümlülük aşamasında adalet sistemi açısından önemli bir boşluğu doldurmayı, suç işleyenlerin topluma kazandırılması için yapılacak çalışmalarla, sorumluluğu hemen tüm toplum kesimlerine yaymayı, suç işleyenin dışlanmadan topluma kazandırılması için onlara yardımcı olmayı amaçlamaktadır.

Denetimli serbestlikte sanık veya mahkuma yüklenen yükümlülüklerin yerine getirilmemesi halinde bu tedbirden vazgeçilmesi, ertelenen hükmün verilmesi veya cezanın çektirilmesi mümkündür.

Yani “kişinin cezası, tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranmaması halinde infaz edilir”.

Ülkemizde ilk kez oluşturulan bu Kurum, 5402 Sayılı Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Kanunu ile yasal bir zemine oturtulmuştur. Denetimli Serbestlik, Cumhuriyet Başsavcılıkları, Ceza İnfaz Kurumları, Sivil Toplum Örgütleri, Kamu Kurumları ve Kolluk Gibi Devletin pek çok birimini ilgilendirdiği, ilk kez oluşturulduğu ve fiili bakımdan bir geçmişi de olmadığı için, etkin bir şekilde uygulanabilirliğini sağlamak amacıyla projelendirilmiştir.

Denetimli serbestlik kurumu, Merkez (Daire Başkanlığı) ve Taşra (Şube Müdürlükleri, Bürolar, Koruma Kurulları) teşkilatından oluşmaktadır. Fail hakkında infazın toplum içinde yapılmasında temel görev “Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlükleri”, “Bürolar” ve “Koruma Kurulları”na düşmektedir

Bu sistemde nihai amaç; Hükümlüler açısından, hürriyeti bağlayıcı cezalar yerine seçenek yaptırımlar uygulanması suretiyle hükümlünün topluma kazandırılması, koşullu salıverme müessesesinin amacına daha uygun kullanılması ve bu şekilde infaz rejiminin etkinliğinin sağlanması, şüpheli ve sanıklar açısından ise, tutuklama tedbirine seçenek olan adli kontrol uygulaması ile haksız tutuklamaların sebep olduğu insan hakları ihlalleri ve ekonomik külfetin ortadan kaldırılmasıdır.

5237 sayılı Türk Ceza Kanununun Denetimli Serbestlik ile ilgili hükümleri

MADDE 191

- (1) Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulandıran kişi, bir yıldan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Kendisi tarafından kullanılmak üzere uyuşturucu veya uyarıcı madde etkisi doğuran bitkileri yetiştiren kişi, bu fıkra hükmüne göre cezalandırılır.
- (2) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi hakkında, tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine hükmolunur.
- (3) Hakkında tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine hükmedilen kişi, belirlenen kurumda uygulanan tedavinin ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranmakla yükümlüdür. Hakkında denetimli serbestlik tedbirine hükmedilen kişiye rehberlik edecek bir uzman görevlendirilir. Bu uzman, güvenlik tedbirinin uygulama süresince, kişiyi uyuşturucu veya uyarıcı maddenin kullanılmasının etki ve sonuçları hakkında bilgilendirir, kişiye sorumluluk bilincinin gelişmesine yönelik olarak öğütte bulunur ve yol gösterir; kişinin gelişimi ve davranışları hakkında üçer aylık sürelerle rapor düzenleyerek hâkime verir.

- (4) Tedavi süresince devam eden denetimli serbestlik tedbirine, tedavinin sona erdiği tarihten itibaren bir yıl süreyle devam olunur. Denetimli serbestlik tedbirinin uygulanma süresinin uzatılmasına karar verilebilir. Ancak, bu durumda süre üç yıldan fazla olamaz.
- (5) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi hakkında kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulandırmaktan dolayı hükmolunan ceza, ancak tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranmaması hâlinde infaz edilir. Kişi etkin pişmanlıktan yararlanmışsa, davaya devam olunarak hakkında cezaya hükmolunur.

Bu maddenin tüm içeriği DS tedavi sürecini ilgilendirmektedir. Sağlık kurumlarının devreye sokan ve görev tanımını yapan madde ise 4. maddedir. Denetimli serbestlik uygulamasının başladığı tarih, tedavinin başlamasıyla başlamaktadır

Etkin pişmanlık yasası

MADDE 192

- (1) Uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti suçlarına iştirak etmiş olan kişi, resmî makamlar tarafından haber alınmadan önce, diğer suç ortaklarını ve uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin saklandığı veya imal edildiği yerleri merciiine haber verirse, verilen bilginin suç ortaklarının yakalanmasını veya uyuşturucu veya uyarıcı maddenin ele geçirilmesini sağlaması hâlinde, hakkında cezaya hükmolunmaz.
- (2) Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulandıran kişi, resmî makamlar tarafından haber alınmadan önce, bu maddeyi kimden, nerede ve ne zaman temin ettiğini merciiine haber vererek suçluların yakalanmalarını veya uyuşturucu veya uyarıcı maddenin ele geçirilmesini kolaylaştırırsa, hakkında cezaya hükmolunmaz.
- (3) Bu suçlar haber alındıktan sonra gönüllü olarak, suçun meydana çıkmasına ve fail veya diğer suç ortaklarının yakalanmasına hizmet ve yardım eden kişi hakkında verilecek ceza, yardımın niteliğine göre dörtte birden yarısına kadar indirilir.
- (4) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi, hakkında kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulandırmaktan dolayı soruşturma başlatılmadan önce resmî makamlara başvurarak tedavi ettirilmesini isterse, cezaya hükmolunmaz.

Bu maddenin ise sadece 4. fıkrası DS tedavi uygulaması ile ilgilidir. Ancak diğer maddelerde tedaviye gerek görülenler için denetimli serbestlik uygulamasını dışlamamaktadır, bu durumda da 191. maddenin uygulanacağını belirtiyor.

5237 sayılı Türk Ceza Kanununun Denetimli Serbestlik yasası ile ilgili uygulama yönetmeliği olan 18.4.2007-26497 tarih ve sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Yönetmeliğinin DS ile ilgili tedavi uygulamalarına değinen maddeleri de aşağıdadır.

Tedavi veya muayene tedbirine uyma

MADDE 25

- (1) Özellikle uyuşturucu, uyarıcı veya uçucu maddeler ile alkol bağımlılığından arınmak amacıyla, hastaneye yatmak dahil, tedavi veya muayene tedbirlerine tâbi olma ve bunları kabul etme yükümlülüğünü ifade eder.
- (2) Şüpheli veya sanığa, sağlık kuruluşuna sevk edilmesi için on gün içinde şube müdürlüğü veya büroya gelmesi hususunda bildirim yapılır.
- (3) Şüpheli veya sanığın haklı, geçerli ve gerektiğinde belgelendirilebilen mazereti olmaksızın; on gün içinde şube müdürlüğü veya büroya başvurmaması hâlinde, şube müdürlüğü veya büroca ilgili defterdeki kayıt kapatılarak evrak mahkemeye iletmek üzere Cumhuriyet başsavcılığına gönderilir.
- (4) Şüpheli veya sanığın süresinde şube müdürlüğü veya büroya başvurması hâlinde, sağlık kurumuna sevk yazısı yazılarak beş gün içinde bu kuruma başvurması istenir. Ayrıca, sağlık kurumuna şüpheli veya sanığın; kuruma başvurduğu tarih, uygulanacak tedavi programı ile tedavinin tamamlandığı tarihin bildirilmesi konusunda yazı yazılır. Sağlık kurumu tarafından hazırlanan tedavi programının, şube müdürlüğü veya büroya iletilmesinden sonra denetim görevlisi veya denetleme memuru tarafından denetleme planı hazırlanır.
- (5) Şüpheli veya sanığın sağlık kurumunca belirlenen tedavi programına uymaması hâlinde durum, bu kurum tarafından şube müdürlüğü veya büroya bildirilir.
- (6) Şüpheli veya sanığın sevk tarihinden itibaren beş gün içinde sağlık kurumuna başvurmaması veya tedavi programına uyulmadığının sağlık kurumu tarafından bildirilmesi ya da şube müdürlüğü veya büro tarafından tespit edilmesi hâlinde, şüpheli veya sanık denetleme planına uyması yönünde uyarılır. Uyarıya rağmen denetleme planına uyulmaması halinde, kayıt kapatılarak evrak mahkemeye iletmek üzere Cumhuriyet başsavcılığına gönderilir. Ayrıca durum sağlık kurumuna bildirilir.
- (7) Yükümlülük kaldırıldığında durum sağlık kurumuna iletilerek, kayıt kapatılır ve evrak mahkemeye iletmek üzere Cumhuriyet başsavcılığına gönderilir.
- (8) Sağlık kurumunca tedavi programının sona erdiğinin raporla bildirilmesi halinde yedinci fıkradaki işlemler yapılır.

Tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin yerine getirilmesi

MADDE 83

- (1) Hakkında tedavi ve denetimli serbestlik kararı verilen sanık veya hükümlüye on gün içinde sağlık kuruluşuna sevk edilmesi için şube müdürlüğü veya büroya başvurması hususunda bildirim yapılır.
- (2) Sanık veya hükümlünün; haklı, geçerli ve gerektiğinde belgelendirilebilen mazereti olmaksızın şube müdürlüğü veya büroya; on gün içinde başvurmaması hâlinde, şube

müdürlüğü veya büroca ilgili defterdeki kayıt kapatılarak durum Cumhuriyet başsavcılığı aracılığıyla mahkemeye bildirilir.

- (3) Sanık veya hükümlünün belirlenen süre içinde şube müdürlüğü veya büroya başvurması hâlinde, Sağlık Bakanlığınca belirlenen sağlık kurumuna sevk yazısı yazılarak, sanık veya hükümlünün beş gün içinde bu kuruma başvurması istenir. Sağlık kurumunca yapılan tetkik ve muayene sonucu, bağımlı olmayanların hakkında takip programı hazırlanarak sanık veya hükümlüye bildirilir. Ayrıca programın bir örneği şube müdürlüğü veya büroya gönderilir. Yapılan tetkik ve muayene sonucunda bağımlı olduğu anlaşılanlar ise, sağlık kurumunca madde bağımlılığı tedavi merkezine sevk ederek, durumu şube müdürlüğü veya büroya bildirir. Sanık veya hükümlü üç gün içinde madde bağımlılığı tedavi merkezine başvurur. Şube müdürlüğü veya büroca sanık veya hükümlünün sevk olunan madde bağımlılığı tedavi merkezine başvurup başvurmadığı takip edilir.
- (4) Şube müdürlüğü veya büroca sağlık kurumuna; sanık veya hükümlünün kuruma başvurduğu tarih, tedavinin başladığı tarih, uygulanacak tedavi programı ile tedavinin tamamlandığı tarihin bildirilmesi konusunda yazı yazılır.
- (5) Hakkında tedavi ve denetimli serbestlik tedbirine karar verilen sanık veya hükümlüye rehberlik etmek üzere bu Yönetmeliğin 90 ncı maddesine göre tayin edilen rehber tarafından, değerlendirme formu ve madde kullanım listesi çerçevesinde sanık veya hükümlünün uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmasının nedenleri, etki ve sonuçları hakkında ayrıntılı değerlendirme yapılarak on gün içinde denetim planı hazırlanır.
- (6) Rehber denetim planı doğrultusunda; tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin uygulama süresince sanık veya hükümlüyü uyuşturucu veya uyarıcı maddenin kullanılmasının etki ve sonuçları hakkında bilgilendirir, kişiye sorumluluk bilincinin gelişmesine yönelik olarak öğütte bulunur ve yol gösterir; kişinin gelişimi ve davranışları hakkında üçer aylık sürelerle rapor düzenler. Rapor, şube müdürü veya büro tarafından mahkemeye iletmek üzere Cumhuriyet başsavcılığına gönderilir.
- (7) Sanık veya hükümlünün sağlık kurumunca belirlenen tedavi programına uyup uymadığı, şube müdürlüğü veya büro ile rehber tarafından her zaman denetlenir.
- (8) 5237 sayılı Kanununun 191 inci maddesinin dördüncü fıkrasında belirtilen tedavi süresince devam eden denetimli serbestlik tedbirine, tedavinin sona erdiği tarihten itibaren bir yıl süre ile devam edilir. Tedavi sona erdikten sonra sağlık kurumu tarafından gönderilen rapor, sanık veya hükümlü hakkında düzenlenecek denetim raporu ile birlikte mahkemeye iletmek üzere Cumhuriyet başsavcılığına gönderilir. Ayrıca tedavi tamamlandıktan sonra gerektiğinde sanık veya hükümlü hakkında gözden geçirilmiş denetim planı hazırlanabilir.
- (9) Sağlık kurumunca bildirilen tedavinin tamamlandığı tarih, devam edecek olan denetimli serbestlik tedbirinin başlangıç tarihidir.

- (10) Tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin başlama tarihi, sanık veya hükümlünün sağlık kurumuna sevk edildiği tarihtir.
- (11) Tedavinin bittiği tarih;
- a) Madde bağımlısı olmayanların Sağlık Bakanlığınca belirlenen sağlık kurumu tarafından hazırlanan takip programının tamamlandığına ilişkin düzenlenen,
- b) Madde bağımlısı olanlar hakkında madde bağımlılığı tedavi merkezi tarafından hazırlanan tedavi programının tamamlandığına ilişkin düzenlenen,
- c) Sağlık Bakanlığınca belirlenen sağlık kurumları tarafından yapılan tetkik ve muayene sonucu bağımlı olmadığı anlaşılan ayrıca takibe de gerek görülmeyenler hakkında düzenlenen, rapor tarihidir.
- (12) Tedavi tamamlandıktan sonra devam eden denetimli serbestlik tedbiri süresince, şube müdürlüğü veya büroca gerekli görülmesi hâlinde sanık veya hükümlü, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanıp kullanmadığının tespit edilmesi için sağlık kurumuna sevk edilebilir Sanık veya hükümlünün Sağlık Bakanlığınca belirlenen sağlık kurumuna sevk yazısı yazılarak beş gün içinde bu kuruma başvurulması istenir.

Tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin ihlali ve kaydın kapatılması

MADDE 84

- (1) Sağlık kurumuna sevk tarihinden itibaren beş gün içinde sağlık kurumuna başvurmaması, denetim planına uymadığının şube müdürlüğü veya büro tarafından tespit edilmesi, belirlenen tedavi programına uymadığının sağlık kurumunca bildirilmesi veya tedavi tamamlandıktan sonra devam eden denetimli serbestlik tedbiri süresince uyuşturucu veya uyarıcı madde kullandığının tespit edilmesi hâlinde, sanık veya hükümlü şube müdürlüğü veya büro tarafından denetim planına uyması yönünde uyarılır, gerekli görüldüğünde gözden geçirilmiş denetim planı hazırlanır. Uyarıya rağmen denetim planına uyulmaması halinde, kayıt kapatılarak evrak mahkemeye iletilmek üzere Cumhuriyet başsavcılığına gönderilir. Ayrıca durum ilgili sağlık kuruluşuna bildirilir
- (2) Tedavi ve denetimli serbestlik tedbiri sona erdiğinde kayıt kapatılır ve evrak mahkemeye iletilmek üzere Cumhuriyet başsavcılığına gönderilir.

Başka suçtan tutuklu veya hükümlü olanlar hakkındaki tedavi ve denetimli serbestlik kararlarının infazı

MADDE 85

- (1) Başka suçtan tutuklu veya hükümlü olanlar hakkındaki tedavi ve denetimli serbestlik kararlarının infazı, buldukları ceza infaz kurumunun olduğu yerdeki Sağlık Ba-

kanlığınca belirlenen sağlık kurumunca ilk muayene ve tabiki yapılmak suretiyle yerine getirilir. Ayrıca tutuklu veya hükümlüye rehber görevlendirilir.

- (2) Sağlık kurumunda yapılan muayene sonunda, tutuklu veya hükümlünün laboratuvar ve klinik bulgulara göre bağımlı olduğuna karar verilmesi halinde, Cumhuriyet başsavcılığınca Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen madde bağımlılığı tedavi merkezinin bulunduğu yerdeki ceza infaz kurumuna tedavi süresince bulunmak kaydıyla sevk edilerek tedavi ve denetimli serbestlik kararının infazına başlanır.
- (3) Tutuklu veya hükümlünün bulunduğu yerde birinci fıkrada belirtilen kurumun bulunmaması halinde, tutuklu veya hükümlü Cumhuriyet başsavcılığınca bu sağlık kurumunun bulunduğu yerdeki ceza infaz kurumuna tedavi süresince bulunmak kaydıyla sevk edilerek tedavi ve denetimli serbestlik kararının infazına başlanır. Tutuklu veya hükümlünün laboratuvar ve klinik bulgularına göre bağımlı olduğuna karar verilmesi halinde ikinci fıkradaki işlemler yapılır.
- (4) İkinci ve üçüncü fıkralardaki durumlarda; tutukluların duruşmalarına sevkleri ile hükümlülerin cezalarının infazının takibi, sevk edildikleri ceza infaz kurumunun bağlı bulunduğu Cumhuriyet başsavcılığı tarafından yerine getirilir.

Denetimli serbestlik tedbirinin kayıt işlemleri

MADDE 86

- (1) Denetimli serbestlik tedbiri; 5237 sayılı Kanununun 191 inci maddesi gereğince; kullanmamakla birlikte, kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi hakkında denetimli serbestlik tedbirine karar verilmesidir.
- (2) Mahkemece karar Cumhuriyet başsavcılığına gönderilir. Cumhuriyet başsavcılığınca ilâm denetimli serbestlik genel defterine kaydedildikten sonra şube müdürlüğü veya büroya iletilir.
- (3) Şube müdürlüğü veya büro tarafından; yetişkinler için verilen kararlar denetimli serbestlik defterine, çocuklar için verilen kararlar çocukların denetimine ilişkin deftere kaydedilir.

Denetimli serbestlik tedbirinin yerine getirilmesi

MADDE 87

- (1) Hakkında denetimli serbestlik kararı verilen sanık veya hükümlüye on gün içinde şube müdürlüğü veya büroya başvurması hususunda bildirim yapılır.
- (2) Sanık veya hükümlünün; haklı, geçerli ve gerektiğinde belgelendirilebilen mazereti olmaksızın şube müdürlüğü veya büroya; on gün içinde başvurmaması hâlinde, şube müdürlüğü veya büroca ilgili defterdeki kayıt kapatılarak durum Cumhuriyet başsavcılığı aracılığıyla mahkemeye bildirilir.
- (3) Sanık veya hükümlünün belirlenen süre içinde şube müdürlüğü veya büroya başvurması hâlinde, rehber tarafından değerlendirme formu ve madde kullanım listesi çer-

çevesinde sanık veya hükümlüyü bu suça iten nedenler hakkında ayrıntılı değerlendirme yapılarak on gün içinde denetim planı hazırlanır. Rehber denetim planı doğrultusunda; denetimli serbestlik tedbirinin uygulama süresince, sanık veya hükümlüyü uyuşturucu veya uyarıcı maddenin kullanılmasının etki ve sonuçları hakkında bilgilendirir, kişiye sorumluluk bilincinin gelişmesine yönelik olarak öğütte bulunur ve yol gösterir; kişinin gelişimi ve davranışları hakkında üçer aylık sürelerle rapor düzenleyerek hâkime gönderilmek üzere şube müdürlüğü veya büroya verir.

- (4) Denetimli serbestlik tedbiri süresince, şube müdürlüğü veya büroca gerekli görülmesi hâlinde sanık veya hükümlü, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanıp kullanmadığının tespit edilmesi için sağlık kurumuna sevk edilebilir. Bu durumda, Sağlık Bakanlığınca belirlenen sağlık kurumuna sevk yazısı yazılarak sanık veya hükümlünün beş gün içinde bu kuruma başvurması istenir.
- (5) Denetimli serbestlik tedbirinin başlama tarihi, sanık veya hükümlünün şube müdürlüğü veya büroya başvurduğu tarihtir

Denetimli serbestlik tedbirinin ihlali ve kaydın kapatılması

MADDE 88

- (1) Denetim planına uyulmadığının tespit edilmesi hâlinde sanık veya hükümlü denetim planına uyması yönünde uyarılır, gerekli görüldüğünde gözden geçirilmiş denetim planı hazırlanır. Uyarıya rağmen denetim planına uyulmaması halinde, kayıt kapatılarak evrak mahkemeye iletilmek üzere Cumhuriyet başsavcılığına gönderilir.
- (2) Denetimli serbestlik tedbiri sona erdiğinde kayıt kapatılır ve evrak mahkemeye iletilmek üzere Cumhuriyet başsavcılığına gönderilir.

2. UYGULAMA SÜRECİ

Yukarıdaki maddeler göz önüne alındığında:

5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 191. maddesi kapsamında DS hükmü atf olunan hükümlülerin önce DS bürosuna 10 gün içinde başvurmaları gerekmektedir.

DS bürosunda hükümlülerin önce 18.4.2007-26497 tarih ve sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Yönetmeliğinin 83. maddesinin 3. bendinde belirtildiği şekilde Sağlık Bakanlığınca belirlenen sağlık kurumuna sevk yazısı yazılarak, sanık veya hükümlünün beş gün içinde bu kuruma başvurması istenmemelidir.

Sağlık kurumunca yapılan tetkik ve muayene sonucu, bağımlı olmayanların hakkında takip programı hazırlanarak sanık veya hükümlüye bildirilmesi ve ayrıca programın bir örneği şube müdürlüğü veya büroya gönderilmesi beklenmektedir.

Yapılan tetkik ve muayene sonucunda bağımlı olduğu anlaşılmalanlar ise, sağlık kurumunca madde bağımlılığı tedavi merkezine sevk edilmeliler ve sanık veya hükümlünün üç gün içinde madde bağımlılığı tedavi merkezine başvurması beklenmektedir.

DS uygulaması için tedavi kurumuna gönderilen hükümlülere ilk başvurularında hükümlülere genelde tedaviye başlamak için bir randevu verilmektedir. Ancak ilk DS bürosundan aldıkları yazı ile 5 gün içinde başvurmaları gerektiğinden kendilerine tedavi programı açıklanarak, başvurduklarına ve tedavi protokolüne ve sürecine dair DS bürosuna bir bilgilendirme yazısı yazılmalıdır (Örnek yazı:Ek 1).

Tedavi sürecini tamamlayan hükümlüler raporları (Ek 2) ile birlikte tedaviye tamamladıklarına dair, sağlık kurumuna sevk tarihinden itibaren beş gün içinde sağlık kurumuna başvurmayanlar ve belirlenen tedavi programına katılmayanlarda başvurmadıkları (Ek 3) ya da tamamlamadıklarına dair (Ek 4) yazıları ile ilgili DS bürosuna iade edilirler.

3. ÖNERİLER

Öneri 1

Bağımlılık tedavi merkezlerine doğrudan hükümlülerin gönderilmesi yerine Sağlık Bakanlığınca ait aşağıdaki asgari koşullara sahip hastanelerde hükümlülerin bağımlı olup olmadıklarına karar verilmesi işlemi başlatılmalıdır.

Çünkü Bağımlılık tedavi merkezlerinin çoğu Denetimli Serbestlik olguları nedeniyle tıkanmış durumda olduklarını sık sık beyan etmektedirler.

Şimdiye kadar olan uygulamalara baktığımızda DS bürosundan hükümlülerin büyük kısmı bağımlı olup olmadıkları sorulmadan ve araştırılmadan doğrudan bağımlılık tedavi merkezlerine tedavi amaçlı gönderildikleri gözlenmektedir. Bu uygulamanın hem iyi hem de kötü tarafları var gibi görünmektedir.

Seyrek madde kullanımı olanlarla, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı olanlar aynı ortamda ve aynı tedavi yöntemi ile tedavi edilmek zorunda kalmaktadırlar. Bağımlılık geliştirmeye yatkın olanları daha yoğun kullanımı olanlarla bir araya getirerek, yoğun kullanımı olanlardan etkilenmelerine yol açabilmektedir.

Öte yandan da tedavi eden kuruma kişinin bağımlı olup olmadığını sorulmaması, bağımlılık kararı belki de zaman zaman çok zor verilebileceğinden (belki de yatırmak gerekeceğinden) kurumu rahatlatmaktadır.

Bir psikiyatrist, bir psikolog ve/veya sosyal çalışmacı ve/veya psikiyatri hemşiresi ve laboratuvar olanakları tarama testleri için uygun olabilecek donanımda olan her hastanede bu işlem yürütülebilir. Pozitif çıkan idrar testleri için doğrulama testleri yakın bir ildeki bir laboratuvara gönderilmek üzere buzdo-

labında süreyle bekletilebilir. Bilindiği gibi buzdolabı ısısında idrar uzun süre bekletilebilir.

Eğer hükümlünün 18.4.2007-26497 tarih ve sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Yönetmeliğinin 83. Maddesinin 3. bendinde belirtildiği gibi bağımlı olup olmadığına öncelikle karar verilmesinin istenmesinin sağlanması halinde, Türkiye'nin her yerinde yukarıdaki şartlara sahip Sağlık Bakanlığına ait hastanelerinin psikiyatri servis ekibine Türkiye Psikiyatri Derneği'nin (TPD) şubeleri aracılığı ile TPD Bağımlılık Çalışma Birimi üyeleri, bağımlılık ve kötüye kullanım ayırımını yapılmasına yönelik bir eğitim programı planlayabilir ve çeşitli şubelerde yaklaşık 2 aylık bir sürede eğitimi tamamlayabilir.

Hastanelerin bu olguları ayırımına yönelik uygulanacak laboratuvar incelemeleri ve görevlendirilecek diğer personelin (hemşire, sağlık memuru, hizmetli gibi) eğitimini de kapsayan bir program hazırlanabilir (örneğin nasıl idrar alınır, bu olgulara nasıl yaklaşılr, idrar alınan tuvaletlerin özellikleri gibi).

Her bir devlet hastanesi psikiyatri uzmanının kendisine en yakın bağımlılık merkezi ile birlikte çalışması ve gerektiğinde bu merkezlerden süpervizyon da almaları sağlanabilir.

Öneri 2

Yetkinliği kanıtlanmış diğer merkezlerinde de Denetimli Serbestlik olgularına bakması sağlanabilir

Bilindiği gibi bağımlılık merkezlerinin çoğu Denetimli Serbestlik olguları nedeniyle tıkanmış durumdadır. Kendi isteği ile başvuran hastalara yetişememektedirler. Denetimli Serbestlik olgularına bakabilecek merkez sayısını artırmak bu tıkanmaları önleyebilecektir.

Öneri 3

Seyrek madde kullanımı olanlarla, madde kötüye kullanımı olan hükümlüler bağımlı olanlardan ayrı tedavi edilmelidir.

Bağımlılığı olanların daha yoğun bir programa alınmaları doğal olarak gereklidir. Ancak seyrek madde kullananlarla, madde kötüye kullanımı olanları ayırt etmek ve onları asgari koşulları sağlayan hastanelerde, bağımlılardan ayrı olarak tedavi etmek de ayrıca yatkın olanları bağımlı olmaktan koruyan bir yöntem gibi durmaktadır.

Madde bağımlılığı ile uğraşan herkes iyi bilir ki tedavi motivasyonu değişken bir durumdur ve olumsuz etkilenmelerde motivasyon da olumsuz hale gelebilir. Hükümlülerin bağımlı olup olmadığına karar verildikten sonra bağımlılar ilgili Bağımlılık Tedavi Merkezine gönderilir, diğerleri o hastanede bir programa alınır.

Kötüye kullanımı olan veya ara sıra kullanımı olan hükümlülerde önerilen tedavi modeli aşağıdaki şekildedir.

1. 4-6 haftalık bir izlem süresi ve 4-6 idrar tetkiki ve idrar tetkiklerinde en fazla 1 pozitif idrar dışında diğerleri negatif çkmalıdır.

2. 4 oturumluk haftada bir yapılacak motivasyon artırıcı grup eğitimleri yapılabilir. Bu eğitim eğitilen hekim, psikolog ya da hemşire tarafından verilebilir. Yeni gelen hükümlülerin katılımına açık döngüsel eğitim grubu şeklinde planlanır.
3. Tedavi olup olmadığına ilişkin bilgi tedavi programlarına katılım, uyum, sosyal gelişme ve idrar tetkiklerine bağlı olarak verilir.
4. Bu tedavi protokolüne uyamayanlar ise bağımlılık tedavi merkezlerine yönlendirilir

Öneri 4

- Hükümlünün tedavi olup olmadığı kararı sadece idrar testlerine bakılarak değil, standart bir programın uygulanması sonucu elde edilen verilere dayanarak verilmelidir.

Bağımlılık tanısı konulan sanık ya da hükümlülerde tedavi programı önerisi, aşağıdaki şekildedir:

- 1- En az altı aylık bir izlem süresi önerilir. Arındırılma süreci sonunda (idrarda madde metabolitleri negatifleştikten sonra) 6 aylık süre içinde en az 6-10 sürpriz idrar tetkiki yapılmalıdır. Sürpriz idrar tetkikleri, telefonla çağrılarak yapılmalıdır. Süreç içinde 2 pozitif idrar bulunması tedavinin gidişinin olumsuzluğuna işaret edecektir.
- 2- İlk görüşme psikiyatrist tarafından yapılır ve ardından gruplara yönlendirilir.
- 3- 12 haftalık ayaktan bilinçlendirme grupları uygulanır. Bu gruplar hekim, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal çalışmacı tarafından yürütülebilir. Gruplar döngüsel olmalı, yeni başvuran hükümlülerin katılımına açık olmalıdır. Eğitim programı; bağımlılık kavramının öğrenilmesi, tedaviye hazır olmanın artırılması, relaps önleme ve psikososyal becerilerin kazanılmasını içermelidir.
- 4- Tedavi olup olmadığına ilişkin karar; tedavi programlarına katılım (en az ... grup oturumuna katılım), gruplardaki uyumuna, sosyal gelişme ve idrar tetkiklerine bağlı olarak verilir.
- 5- Bağımlılık Tedavi Merkezlerine başvuran bağımlılar motivasyonlarına göre ele alınmalıdır. Düşük ve yüksek motivasyonu olanların 2 ayrı kategori olduğu aşıkardır. Bu nedenle tedaviye başvuranlar yüksek ve düşük motivasyonlu olarak iki ayrı kategoride ele alınmalıdır. Ancak motivasyon bir durum olduğundan ve değişebileceğinden her iki motivasyon düzeyindeki hastaları aynı tedavi programında başlatmak ve daha sonra motivasyon problemi sürenler ya da uyumları bozulanlar farklı birimlerde tedavi etmek uygun olacaktır. Tabi farklı birimler tesisi yasal olarak bazı düzenlemeleri gerektirmektedir. Ancak farklı birimlerde daha yoğun ve sıkı bir tedavi programına uymak zorunda bırakılanlarda da bir süre sonra motivasyon değişiklikleri gözlenebilir. Bunu teklif ederken amaç daha çok sayıda bağımlıyı tedavi içine çekebilmektir.

Böylece, hükümlülerin birbirlerinden olumsuz etkilenmesi önlenecektir. Düşük motivasyonlu gruplardan, yüksek motivasyonlu gruba geçmek mümkün olabilmelidir.

6- Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde çalışanların bildiği gibi, bağımlılığı olan DS hükümlüleri eğer bu durum olmasa tedaviye belki çok uzun bir dönem gelmeyeceklerdi. Zorla geldikleri için çok öfkeli olabilmektedirler. Bu durumda da DS sanık ve hükümlülerinin görüldüğü ayaktan tedavi ünitelerinde yer yer şiddete varabilecek olan olaylar çıkabilmektedir. Bu noktada güvenlik elemanlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Güvenlik elemanlarının doğrudan bu ünitelerde çalışmaları tedavi motivasyonu olmayan hükümlülerden kaynaklanabilecek bu tarz olayları önleyebilmektedir.

Öneri 5

- Tedavinin sonucu sağlık kurulu raporu ile verilmelidir

Sağlık kurulu raporu Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Yönetmeliğine göre gerekmektedir. Bununla birlikte bazı merkezlerde yapılan uygulamalardan gelen geri bildirimlerde, hükümlünün tedaviyi daha ciddiye almasında ve kurallara uymasında işe yaradığı, ayrıca tek kişinin karar mercii olmadığını bilmenin hükümlülerin tedavi eden hekime karşı da tutumunu olumlu yönde etkilemekte olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle sağlık kurulu raporunun verilmesi uygun olacaktır.

Öneri 6

- Hükümlülerin tedavi takipleri denetimli serbestlik büroları ile eş güdümlü yapılmalıdır.

Bunun için “Takip Kartları” kullanılabilir (Ek 5). Hükümlünün hem DS bürolarına hem de tedavi edildiği merkeze göstereceği takip kartları oluşturulduğu takdirde, bu kartlar muayene tarihlerini randevu tarihlerini idrar metaboliti testi yaptırıp yaptırmadığını izlemeye her iki tarafın da izlemesine olanak sağlar.

Öneri 7

- Konuyla ilgili kılavuzlar ve uygulama broşürleri hazırlanmalıdır.

Bu alanda çalışan merkezlerde çalışanlar, uygulamaların nasıl yapılması gerektiği, idrar alım teknikleri, takip edilmesi gerekenler, muayene sırasında dikkat edilmesi gerekenler gibi konularda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmektedirler.

Bu nedenle onlara yönelik uygulama kılavuzlarının hazırlanmasında, uygulama broşürlerinin geliştirilmesinde yarar vardır. Bunlar TPD bilimsel çalışma birimi tarafından geliştirilebilir.

Ek 1

T.C

ADALET BAKANLIĞI

.....Cumhuriyet Başsavcılığı Denetimlik Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü'ne

İlgi:.....tarih ve 2007/.....D.S sayılı yazınız.

İlgi yazınızla Denetimli Serbestlik tedbiri kapsamında tedavi amacı ile hastanemize gönderilen,.....oğlu/kızı...../.....doğumlu...../...../..... tarihinde hastanemize başvurmuş,...../...../.....ayaktan tedavi programına, alınmıştır.

Adı geçen takip ve tedavisi için nüfus cüzdan fotokopisi, ücretlendirme için sosyal güvence belgesinin sağlanması, denetim planı ile sosyal araştırma raporunun gönderilmesi ve kişinin muayene için mesai günlerinde saat 08.00 de başvurması gereklidir.

Uygulanacak tedavi programı;

..... polikliniğinde; on günde bir olmak üzere en az defa psikiyatrik muayene ve idrarda madde metabolit tetkikleri ile takip yapılacaktır. Ayrıca haftada 1 gün olmak üzere sayıda bilinçlendirme gruplarına katılacaktır.

Denetimli Serbestlik Büroları tarafından tedavinin düzenli sürdürülüp sürdürülemediğinin kontrolü için, kişilere tedavi takip kartları verilecek ve başvurular bu kartlara işlenecektir.

Hükümlülerin hastanemize başvuru tarih, sayı ve düzeni büronuz tarafından bu kartlarla takip edilmelidir.

Tedavi programına uyum sağlayanlara Sağlık Kurulu raporu düzenlenecektir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Tarih

Uz. Dr.

Ek 2

SAĞLIK KURULU BAŞKANLIĞI'NA

.....Cumhuriyet Başsavcılığı

Denetimlik Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü'nün.....ta-
rih vesayılı yazısı ile Denetimli Serbestlik Tedbirini için gönde-
rilen.....oğlu.....doğumlu.....
.....'in tarihinden itibaren ayaktan... .. kez
yapılan muayeneleri, idrarda metabolit tetkikleri ve haftalık eğitim gruplarına katılması ile adı geçeninin
uygulanan tedavi programının gereklerine uygun davrandığı saptanmıştır.

Denetimli Serbestlik tedbirinin, Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Şube
Müdürlükleri veya Bürolarında çalışan görevliler tarafından sürdürülmesinin uygun olduğunu bildirir tıbbi
kanaat raporudur.

Tarih

Uz. Dr.

Ek 3

T.C.

ADALET BAKANLIĞI

.....Cumhuriyet Başsavcılığı

Denetimlik Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü'ne

İlgi:.....tarih ve 2007/.....D.S sayılı yazınız.

.....oğlu/kızı/.....doğumlu

.....isimli hükümlü...../...../
tarihine kadar tedavi için başvuruda bulunmamıştır. Bilgilerinize rica olunur.

Tarih

Uz. Dr.

Ek 4

T.C.

ADALET BAKANLIĞI

.....Cumhuriyet Başsavcılığı

Denetimlik Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü'ne

İlgi:.....tarih ve 2007/.....D.S sayılı yazınız.

.....oğlu/kızı/.....doğumlu

.....isimli hükümlü ayaktan tedaviye alındığı...../...../.....tarihinden sonra en son/...../..... tarihinde olmak üzere toplamkez polikliniğimize başvurmuştur.kez idrarda madde metaboliti bakılmıştır ve bu durumla tedaviye uyumsuz / uyumlu olduğu anlaşılmaktadır. Bilgilerinize rica olunur.

Tarih

Uz. Dr.

Ek 5

DENETİMLİ SERBESTLİK TAKİP KARTI

AD SOYAD :

YAŞ :

D. S. BÜROSU :

SEVK TARİHİ :

Randevu tarihi	Muayene	İdrar tetkiki	Grup oturumu
1.	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()
2.	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()
3.	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()
4.	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()
5.	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()
6.	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()
7.	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()
8.	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()
9.	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()
10.	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()	Yapıldı () Yapılmadı ()

10 EKİM DÜNYA RUH SAĞLIĞI GÜNÜ

10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü her yıl olduğu gibi bu yıl da Derneğimiz tarafından çeşitli etkinliklerle kutlanmıştır. Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu 1994 yılından bu yana gerçekleştirilen bu günün bu yılki ana temasını Ruh Sağlığı hizmetlerine küresel öncelik kazandırmak olarak belirlemiştir. Bu amaçla Türkiye Psikiyatri Derneği 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü kapsamında kapsamlı bir kampanya düzenlemiştir. Ruh Sağlığı Platformu örgütlenmesi içerisinde yer alan Platform üyesi derneklerle birlikte 8 Ekim 2008 tarihinde bir basın toplantısı düzenlemiştir. Bu çalışmaların yanı sıra Show Tv, Kanal D, CNN TÜRK, NTV ve HABERTÜRK tv kanallarında tv reklamları, ntvmsbc, Hürriyet ve Habertürk web sitelerinde internet reklamları yer almıştır. Bir çok TV kanalında sabah haberleri ve haber programlarına konuk olarak katılan meslektaşlarımız Dünya Ruh Sağlığı günü çerçevesinde ülkemizde ve dünyada yaşanan ruh sağlığı sorunlarından söz etmiş, kamuoyunda bir farkındalık ve bilinç değişikliği yaratılmasına, psikiyatrinin ve derneğimizin kamu nezdinde daha iyi tanınmasına büyük katkıda bulunmuşlardır. Hem Türkiye Psikiyatri Derneği hem de Ruh Sağlığı Platformu adına Hürriyet ve Posta gazetelerine ilan verilmiş, Dünya Ruh Sağlığı günü nedeniyle hazırlanan iki afiş ülkemizdeki tüm hastane, üniversite ve eğitim kurumlarına gönderilmiştir. Tv ve gazete röportajları verilmiş, 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı günü kapsamında MYK tarafından bir basın bildirisi yapılarak tüm basına gönderilmiştir. Derneğimizin psikiyatrinin ulusal ve uluslararası düzeyde tanınması, Türkiye'deki ruh sağlığı sorunlarının gündeme taşınması, ruh sağlığı politikalarının belirlenmesi, ülkedeki temel ruh sağlığı sorunlarının çözümü, toplumun bilgilendirilmesi, bilinçlendirilmesi ve kamuya yararlı bir dernek niteliği kazanması için gereken çalışmaları sürdürecektir.

10 EKİM DÜNYA RUH SAĞLIĞI GÜNÜ

Ruh Sağlığına Öncelik Tanınmalıdır

Ruh Sağlığı Kamusal ve Küresel Öncelikli Olmalıdır

Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD), Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu tarafından her yıl kutlanan **10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü'nde** ülkenin ve dünyanın önemli ruh sağlığı sorunlarını, ruh sağlığı politikalarını ve ilişkili konuları toplumun gündemine taşıyor. Her yıl bir ana temanın işlendiği bu önemli günün bu yılki konusu "**Ruh sağlığını, tüm dünyada, tüm ülkelerde toplumun tüm kesimlerinin öncelikli konusu yapmak, küresel bir öncelik haline getirmek**".

Dünya üzerinde ruhsal rahatsızlığı/hastalığı olan yaklaşık **500 milyon kişi** bulunuyor. Bu, her yedi kişiden birinin tedavi gerektirecek derecede ruhsal sorunu olduğu anlamına geliyor. Her **dört kişiden biri ise** yaşamının bir döneminde ruhsal hastalıklardan etkileniyor. Bu rakamlar ülkemiz için de geçerlidir. Ruhsal hastalığın bu kadar yaygın olmasına karşılık, rahatsızlığı olan her yedi kişiden ancak biri herhangi bir sağlık kuruluşuna tedavi için başvuruyor. Tedaviye başvurunun bu kadar az olmasına ruhsal hastalıkların belirtilerinin tanınmaması, tedavi edilebilirliğinin bilinmemesi, doktora/tedaviciye ulaşma zorluğu veya maddi imkansızlık ve ruhsal hastalıklar konusunda toplumda varolan önyargı/damgalama nedeniyle başvurmaya çekinme gibi faktörler rol oynuyor.. Dünya üzerinde en fazla **yeti yitimine neden olan on hastalıktan beşini, Depresyon, Şizofreni, Alkol-madde kullanım bozuklukları ve Obsesif-Kompulsif Bozukluğu da içeren ruhsal hastalıklar** oluşturuyor. İnsanlar 'tedavisi mümkün olan' bu hastalıklar nedeniyle çalışamaz, işe gidemez sosyal ya da mesleki işlevlerini yerine getiremez hale geliyorlar

Ruhsal rahatsızlıklara yol açan pek çok faktör vardır. Bunlardan bazıları, örneğin genetik faktörlerin etkisini azaltmak için çabalar varsa da henüz bu alanda yeterli başarı elde edilememiştir. Öte yandan, yoksulluk, kötü yaşam koşulları, savaş, işkence, afetler gibi travmalar, sağlık ve sosyal güvencenin olmayışı, sosyal destek sistemlerini ortadan kaldıran zorunlu göç, ayrımcılık, ırkçılık gibi faktörlerin ruhsal hastalıklara yol açabileceğini, varolanları da ağırlaştırabileceklerini biliyoruz. Üstelik, genetik faktörlerden farklı olarak, bu konularda iyileşme sağlamak, bu faktörleri ortadan kaldırmak mümkündür.

Ruhsal hastalıkların bu kadar yaygın olmasına, neden olduğu olumsuz sonuçlar bu kadar ağır olmasına rağmen, ülkemizde ruh sağlığına ayrılan kaynaklar yetersizdir. Ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan yatak sayısı olması gerekenin ancak onda biridir. Bu açıdan ülkemiz, Avrupa ülkeleri arasında sonucun sırada yer almaktadır. Ülkemizde yüzbin kişiye düşen ruh hekimi sayısı 1.6'dır. Bu dünya ortalamasının yarısı, Avrupa ortalamasının ise ancak 1/6'sıdır. u güne dek bu sorunların aşılmasında küresel ölçekte yeterli çaba gösterildiği de söylenemez.

Ruh sağlığını tüm dünya ve tüm toplumlar için bir öncelik haline getirmek, **ruh sağlığına ilişkin tüm yasal düzenlemeleri, ruh sağlığı politikalarını ve uygulamalarını sağlık gündeminin öncelikli konusu**

haline getirmeyi gerektiriyor. Bu sorunların aşılması **kamusal nitelikli, eşit, ücretsiz, ulaşılabilir ve kapsayıcı bir ruh sağlığı sisteminin** yaşama geçirilmesini zorunlu kılmaktadır. Sağlığı geliştirmeyi, hastalıkları önlemeyi, tedaviyi, rehabilitasyonu, bakımı ve iyileşmeyi kapsayan bütünlüklü ve etkili bir ruh sağlığı sistemine ihtiyacımız olduğunu bir kez daha vurgulamak istiyoruz. Bunun çözümü için öncelikli olarak **Zambia'da, Afganistan'da bile var** olan ama henüz **ülkemizde** olmayan, hem hastaların, hem de ruh sağlığı çalışanlarının hak ve yükümlülüklerini düzenleyen bir "**Ruh Sağlığı Yasası**" çıkarılması büyük önem taşıyor.

10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü'nde Türkiye Psikiyatri Derneği olarak "**Ruh Sağlığına Küresel Öncelik, Kamusal Öncelik**" diyerek:

- **Ruh Sağlığı Yasası'nın en kısa zamanda çıkarılması ve ilişkili hukuksal mevzuatın düzenlenmesi için ilgili tüm kurumların harekete geçmesinin,**
- Temel ruh sağlığı sorunlarının çözülmesi ve bir insan hakkı olarak ruh sağlığının geliştirilmesi için **ruh sağlığına ayrılan kaynağın artırılmasının,**
- Ruh sağlığı alanında var olan **personel eksikliğinin giderilmesinin,** hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diğer yardımcı sağlık çalışanı sayısını artırılmasının,
- Hastanelerde **psikiyatri yatak sayısının artırılmasının, gündüz hastaneleri ve ayaktan tedavi birimlerinin sayısının ve niteliğinin artırılmasının,**
- Ruhsal hastalıklar henüz ortaya çıkmadan önleyen, risk etkenlerini ortadan kaldıran ya da bu etkenlerle karşılaşmayı engelleyen, **koruyucu ve önleyici çalışmalara öncelik tanıyan bir yaklaşımın yaygınlaştırılmasının,**
- Sorunun **kamusal bir sağlık sistemi anlayışı içinde çözümlenmesinin** büyük önem taşıdığını vurgulamak istiyoruz.

Türkiye Psikiyatri Derneği, Ruh Sağlığı Platformu içinde yer alan diğer tüm örgütlerle işbirliği ve dayanışma içinde bu konularda çalışmalarını sürdürerek ruh sağlığını kamusal öncelik haline getirip, ruh sağlığının küresel öncelik olması için gereken çabayı göstermeye devam edecektir. Tüm halkımızı bu konuda duyarlı olup, el ele vererek ruh sağlığımızı korumaya davet ediyoruz.

Dr. Şeref Özer

Türkiye Psikiyatri Derneği Başkanı

Türkiye Psikiyatri Deneği Merkez Yönetim Kurulu adına



TTB BAŞKANI PROF. DR. GENÇAY GÜRSOY'UN ANKARA'DA GÖZ ALTINA ALINMASI İLE İLGİLİ BASIN AÇIKLAMASI

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı Prof. Dr. Gençay Gürsoy 03.05 2008 tarihinde sabaha karşı saat 05:00'de Ankara Tabip Odası Genel Kurulu'na katılmak üzere geldiği Ankara'da kalmakta olduğu otelde gözaltına alınmış, Saat 12:00 civarında ifadesi alındıktan sonra serbest bırakılmıştır.

2004 yılında başkanlığını bir dönem yürütmüş olduğu bir vakfın artık çıkmayan bir yayın organı ile ilgili bildirimde bulunmama nedeniyle Basın Kanunu'na muhalefetten açılan bir davada 4 yıldır ikamet etmekte olduğu İstanbul'da bulunamaması üzerine, karar tebliğ edilmemiş olduğu halde Beyoğlu Cumhuriyet Savcılığı'nca ifadesi alınmak üzere hakkında gıyabi tutuklama kararı çıkartıldığı ve bu gerekçeyle Ankara Tabip Odasının Genel Kurulu'na katılmak üzere geldiği Ankara'da gözaltına alındığı öğrenilmiştir.

Bu girişimin özellikle 1 Mayıs 2008 tarihinde İstanbul ve diğer kentlerde polislin nedensiz şiddet uygulaması ve hastanelere gaz bombaları atması nedeniyle, TTB 'nin başta İstanbul Valisi ve Emniyet Müdürü olmak üzere olayın sorumluları hakkında suç duyurusunda bulunacağını basınla paylaştığı günün gecesinde yaşanmış olması çok dikkat çekicidir.

Ülkemizin en önemli mesleki ve demokratik kitle örgütlerinden biri olan Türk Tabipleri Birliği'nin Başkanı Prof. Dr. Gencay Gürsoy'a yönelik gerçekleştirilen bu keyfi uygulamayı kabul etmediğimizi, içimize sindiremediğimizi, mesleğimize ve meslek örgütümüze saygısızlık olarak algıladığımızı belirtir, Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu olarak bu uygulamaya zemin hazırlayan, izin veren ve uygulayan başta mülki amirler ve İçişleri Bakanı olmak üzere ilgili tüm kişi ve kurumları şiddetle kınadığımızı bildiririz.

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu

BASIN AÇIKLAMASI

27 Temmuz 2008 tarihinde saat 21.45'de İstanbul Güngören'de meydana gelen 2 ayrı patlama sonucunda şu ana kadar toplam 17 kişi yaşamını yitirmiş ve 150'den fazla yurttaşımız yaralanmıştır. Türkiye, yurttaşlarımıza doğrudan yönetilen bir şiddet eylemi ile bir kez daha derinden sarsılmıştır.

Çok sayıda insanın ölümü ve yaralanması ile sonuçlanan ve büyük bir üzüntü ile karşıladığımız bu saldırıda hayatını kaybeden yurttaşlarımızın yakınlarına başsağlığı, yaralılarına acil şifalar diliyoruz.

Toplumu sindirmeye, insanı ve insani değerleri yok etmeye yönelik şiddetin sorumlularının kısa sürede saptanıp yargıya intikali kamu vicdanını rahatlatacak, insanlarımızın ruh sağlığının korunmasına katkıda bulunacaktır.

Bu üzücü süreçte kamuoyunun bilgi alma hakkı özenle korunmalı, ancak ruh sağlığını olumsuz etkileyen dehşet verici görüntülerin tekrar tekrar yayımlanmasından kaçınılmalıdır.

Türkiye Psikiyatri Derneği olarak bu saldırıyı kınar, saldırıdan doğrudan veya dolaylı olarak etkilenen yurttaşlarımızın bu saldırının etkileriyle baş edebilmesini sağlamak amacıyla yardıma hazır olduğumuzu kamuoyuna bildiriz.

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ MERKEZ YÖNETİM KURULUNDAN AÇIKLAMA

Son günlerde Merkez Onur Kurul'muzun bir etik ihlal konusundaki kararıyla ilgili olarak bazı üyelerimiz tarafından başlatılan, Merkez Onur Kurulu ve Merkez Yönetim Kurulu'nun yakışsız biçimde eleştirildiği bir tartışma nedeniyle bir açıklama yapma gereği doğmuştur.

TPD Merkez Onur Kurulumuz, TPD Genel Kurulunda üyelerimizin oylarıyla seçilmiş, temel işlevi mesleki etik kurallarımızın korunması olan bir organdır. Bu işlevini Türkiye Psikiyatri Derneği Tüzüğü ve Merkez Onur Kurulu Yönetmeliği'ne göre yerine getirir. Merkez Onur Kurulu işlemleri gizlidir ve sonuçlar ilgili taraflara bildirilir, üyelerimize ise kişisel bilgiler ve soruşturma detayları verilmeden duyurulur. (TPD'nin işleyiş kurallarını belirleyen temel metinlere ve duyurulara TPD web sayfasından ulaşılabilir)

Etik ihlallerin üstüne gidilmesi hem hekim ve hasta haklarının, hem de derneğimizin saygınlığının korunmasının vazgeçilemez temel şartıdır. Merkez Onur Kurulu soruşturmalarının gizliliği, kararların verilmesinde ve üyelere bildirilmesindeki titizlik, en başta, hakkında şikayetçi olunan meslektaşımızın/üyemizin haklarının korunmasına yöneliktir.

TPD MYK ve Merkez Onur Kurul'muz buna azami dikkat ve özen gösterirken konunun haberleşme grubunda önce soruşturulan meslektaşımız tarafından tek yanlı olarak açıklanması, daha sonra da bazı üyelerimiz tarafından dosyanın tüm içeriği bilinmeden ve sadece Merkez Onur Kurulu'nda hakkında soruşturma yapılan meslektaşımızın e-posta grubunda verdiği bilgiye dayanarak yorumlanması, ayrıca bu konuda karşılıklı yazışma ya da tartışmaya girmesi mümkün olmayan Merkez Onur Kurulu üyelerimizin cevap veremeyecekleri yanlı değerlendirmelere tabi tutulmalarıyla, hatıta bazı mesajlarda hakarete varan ifadelere maruz kalmalarıyla sonuçlanmıştır.

Hatırlatmak istediğimiz diğer nokta da, e-posta grubunun resmi bir başvuru yeri olmadığıdır. Bundan ötürü, MYK ya da diğer organlarla ilgili bütün şikayetlere ya da sorulara e-posta grubundan cevap beklemede ısrar edilmesi, yersiz ve gayriciddi bir tutumdur.

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu'na başvuru her üyemizin hakkıdır. Aynı şekilde hakkında çeşitli nedenlerle soruşturma yapılan her üyemizin soruşturma sonuçlarına itiraz hakkı da vardır ve bunların yöntemleri de yönetmeliklerimizle belirlidir. Unutulmaması gereken, etik ilkelerin de, soruşturmaların da, itiraz hakkının da hepimize gerekli olduğudur. Bir meslektaşına/arkadaşına destek olmak isteği/ihityacı ile derneğin seçilmiş organlarına eleştirisi sınırlarını çok aşan, saygısız ve düşüncesiz ithamlarda bulunmanın farklı şeyler olduğunu hatırlatmak istiyoruz. TPD Merkez Onur Kurul'muz hepimizin onurunu koruma çabasıdadır.

Saygılarımızla

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu

TPD 12. YILLIK TOPLANTI - BAHAR SEMPOZYUMU RAPORU



TPD-12 Yıllık Toplantısı/ Bahar Sempozyumu ülkemiz psikiyatri topluluğunun bilimsel katkısı ve katılımı ile 23-27 Nisan 2008 tarihleri arasında Fethiye’de yapıldı.

Sempozyumun ilk gününün Egemenlik ve Çocuk Bayramı’na rastlaması nedeniyle ilk konuk konuşmacımız çok genç bir arkadaşımız Lal Yalçın idi. Çocuk sarkilariyle başlayan sempozyumun açılış konferansını “Çevre ve Sağlık” konusunda Prof. Dr. M. Kadioglu yaptı.

Toplantıya 25’i refakatçi olmak üzere toplam 632 kişi katıldı. Bilimsel Program planlandığı gibi 25 panel, 11 Çalışma Grubu ve 6 kurs ile gerçekleştirildi. Altı kişi hariç tüm konuşmacılar geldi. Bilimsel içerikle ilgili olumlu geribildirim sayısı yüksekti. Kurslara katılanların doldurdıkları anketlerde eğitim içeriğine ilişkin geribildirimlerinde doyurucu buldukları yönünde yanıtlar yüksekti. Tüm program zamanında ve teknik aksama olmadan yürütüldü.

TPD-MYK tarafından önerilen “Sinir İhlallerine ilişkin” panel, “TPD Forumu” ve “Orda bir Uzman Var Uzakta Görev Grubu” toplantıları yapıldı.

Yıllık toplantıda Bilimsel programın yanında TPD Kurullarının toplantıları yer alıyordu: 52 Bilimsel Çalışma Biriminin çoğu toplandı. Yeterlik Kurulu’nun 3 altı kurulu, TPD MYK (iki gün), 17. Anadolu Psikiyatri Günleri Düzenleme Kurulu, 18. Anadolu Psikiyatri Günleri Düzenleme Kurulu, Merkez Esgüdüm Kurulu, Merkez Onur Kurulu, BTDK-(2006-2007) toplandı. BTDK (2007-2009) hem genel kurul toplantısını yaptı hem de 13.YT-BS ve 45. UPK ihalesi için toplandı.

Tüm bu toplantılar için üç konferans salonu, 13 toplantı odası, 687m2 lik stand alanı, 4750m2’lik bir depo ile sosyal faaliyetler alanı hariç, irili ufaklı 20 alan kullanıldı.

Oturumlarda salon doluluk oranları kimi zaman yetersiz, kimi zaman doyurucuydu. Yetersiz doluluk oranı olan oturumların, katılımcıların seçici izleme tutumlarının sebepleri önümüzdeki yıllarda yapılacak TPD toplantılarının programlarında dikkate alınmalıdır.

Toplantılarda konuşmacı olan bazı meslektaşlarımız, toplantıya katılmadan desteklenmesi ile ilgili talepte bulunmuş, bazıları da konuyla ilgili bilgi almak istemiştir. Bu konu, 2006-2007 Yılında ilk kez görev başlayan BTDK genel kurulu ve BTDK-yürütme Kurulu’nda da tartışılmış ve TPD-BTD Yönetmeliğine uygun davranılmıştır. TPD-BTD Yönetmeliğine göre, yapılan bilimsel toplantılarda, doğrudan davetli konuşmacıların ulaşım, kayıt, konaklama ücretleri bütçeden karşılanmakta, bunlar dışında konuşmacılar yalnızca kayıt ücretinden bağışık tutulmakta, konaklama ve ulaşım desteği verilmemektedir. Öte yandan MYK, MOK, BTDK üyeleri, Kurs Eğiticileri gibi farklı görevleri olan kişilere tam destek verilmektedir.

İlaç sanayinden alınan desteğin bir havuzda toplanması ve kişilere desteğin TPD’nin kurulları (örneğin BTDK) tarafından düzenlenmesi ilaç sanayi temsilcilerince benimsenmemektedir. Bu konuda

dayatılırsa katılımcıların kendilerinin alacağı destek dışında kişi desteği alınmaz görünmektedir.

BTDK-YK tarafından 12. YT-BS’de yönetmelige göre katılımı zorunlu olan kişilerin bütçeden desteklenmesine ve doğrudan ilaç endüstrisi desteği alma olasılığı güç olan konuşmacılara öncelik tanınmıştır. Bilindiği gibi psikotik bozuklukların, duygudurum bozukluklarının tedavisinde ilaç kullanımının çok önemli bir yeri vardır. Bu durumdaki BÇB’lerin ilaç firması desteğini alma olasılığının, Koryucu Ruh Sağlığı veya Psikoterapilerle ilgili BÇB’lere göre yüksek olduğu açıktır.

Üniversite ve diğer araştırma fonlarından destek olmaması nedeniyle sürekli ilaç sanayisinden destek talep etmek kongre düzenlerken en yoran ve sıkıcı istirdir. İlaç sanayisinin durum, konum ve bütçesindeki konjonktürel değişiklikler de her yıl aynı koşullarda kongre yapma olasılığını azaltmaktadır. TPD’nin bilimsel toplantıları için farklı bir bütçe ve destek modeli geliştirmek gerekliliği birçok üyemizce dile getirilmektedir. Önerileriniz değerlendirilerek, yapılabilecek değişikliklere ilişkin modeller gerek TPD-MYK gerek TPD- BTDK gündeminde yer almaktadır. Model değişikliği kararı verilirse, kişi ve BÇB olarak yeni geliştirilecek modele katkılarınızın değeri tartışılmaz olacaktır.

12. YT/BS’e aktif olarak katılan hocalarımıza ve meslektaşlarımıza katkıları ve geri bildirimleri için teşekkür eder, Türkiye Psikiyatri Derneği’ne her türlü katkının artarak sürmesi dileğiyle saygılar sunarız.

Sahika Yüksel

Sempozyum Başkanı

Mesut Çetin

BTDK Başkanı

Seref Özer

TPD Genel Başkanı

Katılımcıların Dağılımı:

Toplam katılımcı sayısı: 632 (607 kayıtlı ve 25 refakatçi)

Konuşmacı sayısı: 112 (6’sı katılmamıştır)

Sponsoru olan konuşmacı: 62

Burslu konuşmacı: 3

Sponsoru olmayan konuşmacı: 41

Toplam oturum başkanı sayısı: 26

Sponsoru olan oturum başkanı sayısı: 16

Gelmeyen: 2

Sponsoru olmayan: 8

BÇB’lerden gelen öneriler kapsamındaki konuşmacı sayısı: 88 (6’sı gelmemiştir)

Serbest gönderilen önerilerdeki konuşmacı sayısı: 24

Toplam sponsorlu kayıt: 472

Kendi imkanlarıyla katılan : 14

TPD destekli kişi sayısı: 121

Burslu asistan sayısı: 37

Kurs eğiticisi 14

TPD kurulları, (Yeterlik K, BTDK-(2005-2007), BTDK-(2007-2009), MOK, Eski başkanlar, MYK): 67

12. Bahar Sempozyumu Araştırma Projesi Teşvik ve Poster Bildiri Ödülleri verildi

Dr. Şahika Yüksel, Dr. Cem Atbaşoğlu, Dr. Aylin Uluşahin, Dr. Soli Sorias, Dr. Ömer Aydemir'den oluşan jüri tarafından yapılan değerlendirme sonucunda Türkiye Psikiyatri Derneği 12. Yıllık Toplantı-Bahar Sempozyumu araştırma teşvik ödüllерinin aşağıdaki araştırmalara verilmesi kararlaştırıldı.

Birincilik Ödülü:

- Psikotik Belirtiler ve Semtlerin Sosyal Sermayesi: İzmir Kent Merkezinde Dağılım ilişkisinin İncelenmesi;
Dr. Hayriye Elbi Mete, Dr. İ. Tolga Binbay, Psk. Nesli Zağlı, Dr. Köksal Alptekin, Dr. Feride Aksu, Dr. Ferda Özknay, Dr. Hüseyin Onay

İkincilik Ödülü

- Bir Şizofreni Modelinde Klozapin ve Haloperidol'ün Prefrontal Korteks ve Hipokampus Üzerine Etkilerinin Davranışsal ve Moleküler Yöntemlerle İncelenmesi;
Dr. Hatice Özdemir, Dr. Esen Saka Topçuoğlu

Üçüncülük Ödülü:

- Bipolar Bozuklukta Çocukluk Çağı Travmasının Hastalık Görüntüsü ve Erişkinlik Travmaları Üzerine Etkileri;
Dr. Deniz Arık, Dr. Fisun Akdeniz

12. Yıllık Toplantı-Bahar sompozyumu poster bildiri ödülleri ise **Dr. Mesut Çetin, Dr. Can Cimilli, Dr. Savaş Kültür, Dr. İsmet Kırpınar, Dr. Nurgül Özpoyraz** tarafından yapılan değerlendirme sonrasında aşağıdaki araştırmalara verildi.

- Unipolar Depresyona Karşın Bipolar Depresyon: Bipolariteyi Kestirmede Mizaç ve Karakter Özellikleri Öngördürücü olabilir mi?
Dr. Ethem Soyuçok, Dr. Nazan Aydın, Dr. Erol Ozan, Dr. Hacer Akgül Eşki, Dr. Esra Yazıcı
- Bipolar Hastalar En Kısa Sürede Nasıl En Doğru Değerlendirilir?
Dr. Z. Nergis (Aküzüm) Serhadlı, Dr. E. Timuçin Oral, Dr. Evrim Erten, Dr. Nesrin Koçal
- Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Oksidatif Metabolizmanın Rolü
Dr. Salih Selek, Dr. Mahmut Bulut, Dr. Ali Rıza Ocak, Dr. Aysun Kalenderoğlu, Dr. Haluk A. Savaş

Birincilik Ödülü

Psikotik Belirtiler ve Semtlerin Sosyal Sermayesi: İzmir Kent Merkezinde Dağılım İlişkisinin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışmada İzmir kent merkezinde yaşayan 15-64 yaş grubu arasındaki bireyleri temsil eden bir örnekleme taranan yaşam boyu psikotik belirti yaygınlığı ile bireylerin yaşadıkları yerleşim birimlerinin (mahalleler) sosyal sermaye düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan "TürkSch: Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda gençlere etkileşimi" araştırma projesinin (Elbi-Mete ve ark. 2007) ilk iki basamağını oluşturan kesitsel alan çalışması verilerine dayanmaktadır. TürkSch, üç aşamadan oluşan bir araştırma projesidir. İlk aşama İzmir kent merkezinde psikotik belirti ve bozuklukların dağılımının belirlenmesini, ikinci aşama İzmir kent merkezinde mahallerin sos-



yal sermaye düzeyinin belirlenmesini, üçüncü aşama ise olgu ve kontrol gruplarında, birinci derece akrabalarından katekol-O-metil transferaz geni tek nükleotid polimorfizminin kalıtımını belirlemeyi amaçlamaktadır. TürkSch'in son amacı ise psikotik bozuklukların ortaya çıkmasında, genetik kalıtım ile sosyal sermaye düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Yöntem: Bu araştırma kapsamında İzmir kent merkezini oluşturan 9 merkez ilçenin (Balçova, Bornova, Buca, Çiğli, Gaziemir, Güzelbahçe, Karşıyaka, Konak, Narlıdere) 6000 hanesinde kish yöntemi ile belirlenen bireylerde ölçekler konusunda eğitim alan ve klinisyen olmayan kişiler tarafından görüşmeler gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda, Sosyodemografik Veri formu, Uluslararası Bileşik Tanısal Görüşme, Genel Sağlık Anketinin de içinde bulunduğu ortalama 40 dakika süren görüşmeler gerçekleştirilmektedir. Görüşmeler araştırma ekibindeki sorumlular tarafından değerlendirilerek, psikotik belirti saptanan kişiler Ege Üniversitesi Tıp Fakültesine davet edilmekte ve görüşmeler tekrarlanmaktadır. Bu kişilerden kan örnekleri de sonraki aşama olan genetik değerlendirme için toplan-

maktadır. Mahallelerin sosyal sermaye düzeylerini belirlemeye yönelik olarak da aynı mahallelerin farklı örneklem gruplarında ölçek uygulaması gerçekleştirilecektir.

Sonuç: İzmir kent merkezinde 26 Kasım 2007- 26 Mayıs 2008 tarihleri arasındaki 6 aylık dönemde 6000 hanenin yaklaşık 4500'ü görüşmeciler tarafından ziyaret edilmiştir. Bu hanelerde gerçekleştirilen görüşmelerin oranı %50 civarındadır. Verilerin toplanmasının Eylül ayı itibarıyla tamamlanması ve analizin yapılarak sonuçların bildirilmesi planlanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Psikotik belirtiler, yerleşim birimleri, toplumsal içişçilik, toplumsal yalıtılmışlık.

İkincilik Ödülü

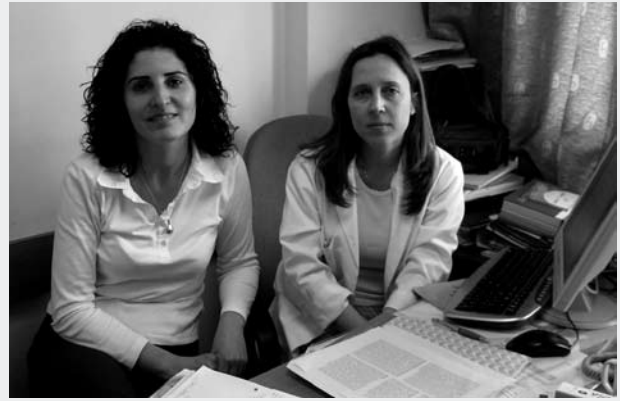
Bir Şizofreni Modelinde Klozapin ve Haloperidol'ün Prefrontal Korteks ve Hipokampus Üzerine Etkilerinin Davranışsal ve Moleküler Yöntemlerle İncelenmesi

Bu çalışmada, farelerde bir şizofreni modeli olan MK-801 uygulamasının, bellek işlevinde ve hipokampus/Prefrontal Kortekste (PFC) SNARE kompleksi protein düzeyinde olan değişiklikler ve kronik klozapin ve haloperidolün bunlar üzerine olan etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Şizofreni karmaşık bir seri genetik ve çevresel etmenin etkileşimi ile ortaya çıktığı düşünülen nörogelişimsel bir bozukluktur.

Moleküler mekanizması tam olarak anlaşılacakla beraber, nöronal kayıptan çok nöronal bağlantılardaki bir patolojinin rol oynayabileceği düşünülmektedir. Özellikle nörotransmitter salınımına aracılık eden presinaptik proteinler ile ilgili çalışmalar şizofreni fizyopatolojisini aydınlatmaya yardımcı olacak moleküller arasında sayılmaktadır. Veziküllerin membrana füzyonunda görev alan SNARE (soluble N-ethylmaleimide-sensitive factor attachment protein receptors) kompleksi temel olarak vezikül membran proteini sinaptobrevin (vesicle associated membran protein=VAMP) ve plazma membran proteinleri SNAP-25 (soluble N-ethylmaleimide-sensitive factor attachment protein-25 kDa) / sintaksin bir araya gelmesiyle oluşmaktadır. Ayrıca sinaptotagmin, kompleksin (sinapsin), sinaptofizin ve rab3A gibi proteinler SNARE kompleksinin toplanmasına ve ayrışmasına aracılık etmektedir.

SNARE proteinleri hipokampusta yoğun olarak ekspres edilen ve sinaptik plastiklikte kilit rol oynayan moleküllerdir. SNAP-25 bellek formasyonu ve konsolidasyonu için gerekli olduğu değişik çalışmalarla gösterilmiştir. Aynı ayrı SNAP-25, kompleksin ve sinaptotagmin genleri silinmiş



hayvanlarda LTP ekspresyonunun bozulduğu gösterilmiştir. Tersine LTP ile artmış SNAP-25 ve sintaksin ekspresyonu olduğu bildirilmiştir.

Postmortem şizofreni çalışmalarında hipokampus ve frontal kortekste SNAP-25 / sinapsin / sinaptofizin düzeyleri düşük bulunmuştur. Ayrıca SNAP-25 polimorfizmi ile antipsikotik tedavi yanıtı arasında ilişki saptanmıştır. Bu veriler, presinaptik proteinlerin şizofreni fizyopatolojisi ile ilişkisine işaret ediyor olabilir.

SNARE proteinlerinin antipsikotik tedaviye yanıtlarının incelendiği çalışmalarda, klozapinin PFC'de sinaptofizin up regülasyonuna neden olduğu, klorpromazinin striatumda sinaptofizin mRNA düzeyini arttığı, haloperidol ve klorpromazinin hipokampusta SNAP-25 ekspresyonunu artırdığı bildirilmiştir. Ayrıca klorpromazin ve olanzapinin frontoparietal kortekste kompleksin mRNA düzeylerini arttığı gösterilmiştir.

Literatürde presinaptik proteinler - öğrenme ve antipsikotikler - presinaptik proteinler ilişkisini inceleyen çalışmalar olsa da şizofreni modelinde presinaptik proteinlerin tipik ve atipik antipsikotik tedavisine yanıtı ve bunun hipokampal öğrenme ile ilişkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Üçüncülük Ödülü

Bipolar Bozuklukta Çocukluk Çağı Travmasının Hastalık Görüntüsü Ve Erişkinlik Travmaları Üzerine Etkileri

Uluslararası literatürde çocukluk çağı travmalarının bipolar bozukluk başlangıcı ve gidişi üzerine yapılmış az sayıda çalışma vardır. Brezilya'dan yayınlanan bir tanesi dışında hepsi Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış çalışmalardır. Ülkemizde bu alanda yapılmış bir araştırma bulunmamaktadır. Uluslararası alanda yapılan araştırmalarda bipolar hastalarda çocukluk çağı travmaları ile stres veren yaşam olaylarının epizod tetiklenmesi üzerine etkileri araştırılmıştır. Hastalık başlangıcından sonra bipolar hastaların travmaya maruziyet durumları, aile içi şiddet durumları ve bunların bipolar hastalarda çocukluk çağı travmasıyla ilişkisi araştırılmamış konulardır. Bu çalışmayla Ege Üniversitesi Psikiyatri Kliniği Affektif Hastalıklar Biriminde ayaktan izlenen Bipolar 1 Bozukluk hastalarında çocukluk çağı travmasına uğrayan ve uğramayanların stres veren yaşam olayları, hastalık başlangıcından sonra travmaya maruziyet ve aile içi şiddet durumları, komorbid psikiyatrik hastalıkları, algılanan sosyal destek düzeyleri ve bugünkü hastalık görüntüleri açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.



Bu araştırma kapsamında bipolar 1 bozukluğu olan hastalarla bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra remisyon döneminde olduklarının doğrulanması için yüz yüze görüşmeler yapılacak, komorbid psikiyatrik hastalıkları ve bipolar hastalığa ait bilgiler toplanacaktır. Ardından hastalardan stres veren yaşam olayları, çocukluk çağı travması, sosyal destek sistemleri açısından öz bildirim dayalı ölçeklerin doldurulması istenecektir. Sonrasında diğer araştırmacı tarafından hastalara yüzyüze görüşmede hastalık sonrasında travmaya maruziyet formu ve 4 kuşak aile içi şiddet formu uygulanacaktır.

HABER

Gülhane Askeri Tıp Akademisinde Askerî Psikoloji ve Harp Psikiyatrisi Bilim Dalı kuruldu

Haber : Dr. Nahit Özmenler- Gülhane Askeri Tıp Akademisinde, askeri sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma çalışmaları çerçevesinde Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı **Askerî Psikoloji ve Harp Psikiyatrisi Bilim Dalı** kurulmuştur. Askerî Psikoloji ve Harp Psikiyatrisi Bilim Dalı, Türk Silahlı Kuvvetlerinin barışta, savaşta ve askeri operasyonlarda ilgi alanı çerçevesinde kurumsal ihtiyaçlarını karşılamak üzere araştırma, eğitim, danışmanlık, bilimsel destek faaliyetleri sürdürecektir. Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, hareket alanında psikiyatrik destek, travma psikiyatrisi, grup psikolojisi, askeri sosyal hizmet, ilgili konularda ölçme ve değerlendirme araçları geliştirmek bilim dalının ana çalışma konuları olarak belirlenmiştir. Travma psikiyatrisiyle ilişkili olarak tedavi ve rehabilitasyon servisi açılmıştır.

13.Yıllık Toplantı-Bahar Sempozyumu ve 45.Ulusal Kongre Hazırlıkları

Dr. Timuçin Oral

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, TPD Bilimsel Toplantıları Düzenleme Kurulu (BTDK) Başkanı

Bilindiği gibi derneğimizin her yıl ulusal çapta düzenlediği üç temel toplantıdan ilki TPD Yıllık Toplantısı-Bahar Sempozyumu, ikincisi Anadolu Psikiyatri Günleri ve sonuncusu da Ulusal Psikiyatri Kongremizdir. Bilimsel Toplantılar Düzenleme Kurulu (BTDK) yönetmelik ve yönergeler çerçevesinde oluşturulmuş ve düzenlediği aşamalı ihale toplantılarıyla 2009 yılı Bahar Sempozyumu ve Ulusal Kongreninin düzenlenmesini EA Organizasyona vermiştir. BTDK'nın gerek internet üzerinden yazışmalarla, gerekse bir araya gelerek yaptığı toplantılarla Yıllık Toplantı-Bahar Sempozyumlarının 2009 ve 2010 yıllarında Antalya'da, Ulusal Kongrenin ise 2009'da Ankara'da, 2010 yılında da İzmir'de yapılmasına karar verilmiştir.

Antalya ve Ankara'da otel vd seçenekler yerinde incelenerek görülmüş ve kongreler için en uygun olan yerler belirlenmiştir. Buna göre önümüzdeki yıl 13.sünü yapacağımız Yıllık Toplantı-Bahar Sempozyumumuz 15-18 Nisan'da Antalya Belek'de Maritim Pine Beach Resort Otelde gerçekleşecektir. Kongre oteli dışında üç ayrı seçenek ile farklı ekonomik düzeylerde konaklama olanakları da sağlanmıştır. İlk kez yapıldığı 1996 yılından bugüne yoğun bir mesleki çalışmayı, düşünce üretimini, meslektaşlarımız arasında iletişim ve eşgüdümü hedeflemiş bulunan Yıllık Toplantının kamp havası içinde olması zaman zaman eleştiriler almışsa da Türkiye Psikiyatri, Derneğini kuruluşundan çok kısa bir süre sonra tüm organlarıyla çalışan ve alanında politikalar üreten bir konuma getirerek uzmanlık dernekleri arasında seçkin ve örnek bir konuma getirmesinde büyük bir pay sahibi olmuştur. Tüm bu yoğun tartışma ve düşünce üretimi süreci Bilimsel Çalışma Birimlerinin (BÇB) kurumlar üstü işbirliğine dayalı ve işe vuruş çalışma ortamıyla Bahar Sempozyumundaki panel, kurs ve çalışma gruplarını da içermektedir. Bu özellikler dikkate alındığında otel seçimi yapılırken mekanın, her yıl olduğu gibi derneğimizin temel organlarının bir araya gelerek çalışacakları, dernek politikalarının saptanacağı forum ve oturumlar ile BÇB öneri ve çalışmalarıyla oluşturulan temel psikiyatri eğitimine yönelik kurs ve çalışma grupları ile çeşitli panel ve sempozyumlara evsahipliği yapmaya yetecek büyüklükte ve bu kamp ortamını sağlayacak yapıda olmasına dikkat edilmiştir.

BTDK'nın dikkat ettiği ve önemseydiği bir diğer nokta da dileyen meslektaşlarımızın kolayca kendi olanaklarıyla katılabilmelerine olanak sağlayacak bir kayıt ve konaklama için birkaç seviyede ekonomik seçenek üretmekti. Sanırım son 10 yılın en ekonomik toplantı seçeneklerini oluşturmayı ba-

şarmış bulunuyoruz. Ayrıca ilk kez tam bir yıl önce ilk toplantı duyurusu Anadolu Psikiyatri Günleri sırasında yapılmış, ikinci duyuru ile kayıt ve konaklama seçenekleri de yine ilk kez Ulusal Kongrede ilan edilmiş bulunuyor. Hedeflenen bir başka ilk de 2009 yılı başında toplantının bilimsel programının ilan edilmesidir. Böylece bazı meslektaşlarımızın yakındıkları bir sorunun da ortadan kaldırılması ve erken kayıt öncesinde "nasıl bir toplantı için" erken kayıt yapacaklarının ilgilenenlere sunulması hedeflenmektedir. Toplantı ile ilgili tüm ayrıntılara 13.Yıllık Toplantı ve Bahar Sempozyumunun web mekanı olan www.baharsempozyumu2009.org adresinden ulaşmak da mümkündür ve bu da 2008 Haziran ayından itibaren üyelerimizin kullanımına sunulmuş bulunmaktadır. Kongre bildiri gönderme ve kayıt sistemi ile ilgili yenilikler ve hazırlıklar da tamamlanmış olup kısa bir süre içinde dikkatinize sunulacaktır.

Psikiyatrinin hızla değişen dünyada yerini alırken geçmiş günlerden geleceğe taşıdığı gelenekleri, yanı sıra yenilenen yanlarını bu yıl temasını "Geçmişten Geleceğe, Teşhisten Tedaviye..." olarak belirlediğimiz ve Türkiye psikiyatri topluluğunu 45. kez bir araya getirecek olan kongremizi ise 2009 yılında 13 yıl aradan sonra yeniden başkentimizde yapıyoruz. Kongrede sınıflandırma, görüntüleme, genetik gibi alanları tartışmayı, psikofarmakoterapiden psikanaliz ve psikoterapiye tedavi ile ilgili güncel konuları gözden geçirmeyi planlıyoruz. Tıpkı yıllık toplantıda olduğu gibi hedef tüm meslektaşımızın tereddütsüz yer almak isteyecekleri bilimsel düzeyi yüksek ve meslektaşlarımızın yanı sıra ruh sağlığı alanındaki diğer çalışanların ve hatta konuya ilgi duyan tıp fakültesi öğrencilerinin de herhangi bir destek arama gereksinimi duymaksızın katılabilecekleri ekonomik açıdan en uygun koşullarda bir kongre organize etmektir. Ankara'nın koşulları da yerinde incelenmiş ve kongre yeri olarak Ankara Sheraton otelinin kongre merkezi ve tarihleri de 20 - 24 Ekim 2009 olarak belirlenmiştir. BTDK Ulusal Kongre için daha yenilikçi, genç meslektaşlarımızın katılımını artırmayı ve mesleğe emeği geçmiş meslektaşlarımızı da onurlandırarak yeniden aramızda görmeyi hedefleyen bir program oluşturma çabası sürmektedir. Yine Ulusal Kongrenin bilimsel programını oluşturacak çatının da 2009 yılı başında tamamlanmış olması hedeflenmektedir. Yine kongre ile ilgili ayrıntılara da 2008 yılı Haziran'ından itibaren www.psikiyatri2009.org adresinden ulaşılabilir. BTDK olarak, tüm meslektaşlarımızı 2009 yılı toplantılarımızda bilim, etik ve dayanışma içinde bir arada olmaya davet ediyoruz.

11-14 Haziran 2008 tarihleri arasında Zonguldak'ta gerçekleşen ve psikiyatride epidemiyolojinin önemini vurguladığı 17. Anadolu Psikiyatri Günleri raporu



17. Anadolu Psikiyatri Günleri 11-14 Haziran tarihleri arasında Zonguldak'ta 200 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Psikiyatride epidemiyolojinin önemini vurgulandığı bu buluşmada 80 konuşmacı, 26 panel, bir kurs, ve bir çalışma grubunu gerçekleştirmiştir. Epidemiyolojinin psikiyatridi anlamadaki yerinin ortaya konduğu oturumlarda çeşitli psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi ile ilgili bilimsel kalitesi yüksek sunumlar da ülkemiz ve dünyadaki durum ortaya konmuştur. Hemen tüm toplantılarda epidemiyolojik verinin psikiyatrinin kavramsallaştırılmasındaki açık önemi yanında özellikle kayıt sistemlerinin eksikliği olmak üzere ülkemizde yapılacak çalışmalara ihtiyacı ortaya koymuş ve bu alanda bir ışık yakmıştır. Özellikle ülkemizdeki epidemiyolojik çalışmaları içerdiği bakımından kongre kitapçığı basılı bir kaynak olarak göz doldurmaktadır.

Ayrıca 19 poster bildirisinin sunulduğu 17. APG'de epidemiyoloji yanında iş ve çalışma yaşamının başkenti Zonguldak'a yakışır şekilde iş ve işçi sağlığı, meslek hastalıkları ve psikiyatri, bir tıp kongresinde ilk kez olmak üzere mobbing kavramı, ruh sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesi ve ilişkili sorunlar ile etik ve bilimsel yönden psikobiyografi masaya yatırılıp başarı ile tartışılmıştır. Artık gelenekselleşmeye ve kurumsallaşmaya başlayan "Uzaktaki Uzmanlar Konuşuyor" oturumu da 17. APG bünyesinde ilgi çeken bir oturum olmuştur.

17. APG süresince BTDK I-Yürütme Kurulu ve BTDK II-Düzenleme Alt Kurulu, ile TPD MYK toplantıları da icra edilmiş, bu toplantılarda 18. APG, 44. ve 45. UPK ve 13. YT Bahar Sempozyumlarının düzenlenmesi ile ilgili çalışmalar yapılmıştır.

6 konuşmacı çeşitli sağlık sebeplerinden dolayı katılamamıştır. Toplantı salonlarında doluluk katılımcı sayısına paralel olmak üzere 15 ile 70 arasında değişim göstermiştir. Bilimsel programın yoğunluğu nedeniyle sosyal program düzenlenme-

mesine rağmen katılımcılar Zonguldak'ın tabii güzelliklerinin katkısıyla bu durumdan şikayetçi olmamışlardır. Bireysel olarak yapılan Amasra, Safranbolu ve turistik yerlerin ziyaretleri özellikle son gün katılımcı sayısının azalması ile sonuçlanmıştır.

Ulaşımın nispeten zahmetli olması yanında yeni kurulan bir Tıp Fakültesi olarak Zonguldak Karaelmas Üniversitesinin ev sahipliği gibi dezavantajlarına rağmen başarı ile gerçekleşen Anadolu Psikiyatri Günleri TPD'nin düzenlediği ve psikiyatri camiasının ilgisinin gelecekte de süreceği bir toplantı olacağını sinyali vermiştir. Pamukkale'den devralınan bayrağı Afyon'a devretmenin haklı gururu düzenleme kurulunda yer alan tüm üyelerindir. Bu yönüyle psikiyatrinin yeni gelişen kurumlarına bir yüksek kürsü olabilmesi Anadolu Psikiyatri Günlerinin yeni bir misyonu olarak ortaya çıkmaktadır.

Özellikle konaklama ücretlerinin yüksek bulunduğu toplantının mali profili, kesinleşince camiamız durumdan haberdar edilecektir. Kongre Düzenleyici Kuruluş olan İnteryum aktif çalışmalarını herhangi bir aksamaya müsaade etmediği gibi üst düzey profesyonellikleri ile katılımcıların kongreden memnuniyetine büyük katkıda bulunmuştur.

Türkiye Psikiyatri Derneği, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve TPD Bolu Şubesi işbirliği ile gerçekleştirilen 17. APG'ye katılımınız ve desteğiniz için teşekkür eder yapıcı eleştirilerinizin diğer APG'ler için yol gösterici olacağını hatırlatmak isteriz.

18. Anadolu Psikiyatri Günleri'nde Afyon'da buluşmak üzere..

Saygılarımızla;

Düzenleme Kurulu adına,
Doç. Dr. Numan KONUK
17. APG Genel Sekreteri

Türkiye Psikiyatri Derneği'nden Mektubunuz Var...

Değerli meslektaşlarım,

Türkiye Psikiyatri Derneği 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi'ne bir aydan az bir zaman kaldı. Yaklaşık 1.5 yıl önce başlayan hazırlıklarımız nihayet bitti. BTDK üyelerimizin yoğun emek ve zaman harcamaları sonucu hazırlanan ve 14-19 Ekim tarihleri arasında Antalya'da gerçekleştireceğimiz bu kongrenin bilimsel programına ve diğer bilgilere TPD websitesi anasayfasındaki kongreler bölümünden ulaşabilirsiniz.

Geçtiğimiz yıllardaki deneyimlerimiz sonucu, kongreye katılan meslektaşlarımızın kahvaltı dışındaki yemek öğünleri ve toplantı aralarındaki gereksinimlerinin karşılanması açısından sıkıntı çekmemeleri için 44. UPK'yı "her şey dahil" sistemle hizmet veren Wow Kremlin ve Topkapı Palas'ta yapmayı kararlaştırdık. Böylece bu iki otelde konaklayan meslektaşlarımız hiç bir ek ücret ödemeksizin bu otellerin tüm olanaklarından yararlanabileceklerdir.

Öte yandan "kendi olanaklarıyla" kongreye katılacak olan asistan ve uzman üyelerimiz için kongre merkezine yakın bir mesafede alternatif iki konaklama oteli seçtik. Kongre süresince "oda-kahvaltı" bedeli olarak oldukça uygun bir ücret karşılığında kalınabilecek bu otellerden kongre merkezine ücretsiz günlük düzenli ulaşım planlanmıştır.

Tam bu aşamada karşımıza bir sorun çıkmıştır. Bu da alternatif otellerde kalacak olan meslektaşlarımızın "herşey dahil" sistemiyle hizmet veren kongre merkezinde günlük bilimsel program boyunca kongre otelinin (öğle yemeği, ara içecekler, öğün dışı yiyecekler vb) olanaklarından yararlanabilmesi için otel yönetimi günlük 30 Euro ücret talep etmiştir. Bunun yanısıra açılış kokteyli ve kapanış yemeği için de ayrıca toplam 60 Euro istenmiştir.

TPD Merkez Yönetim Kurulumuz, bir kişi için 5 günlük kongre boyunca kişi başına toplam 210 Euro tutarındaki bu giderin TPD üyeleri için TPD tarafından karşılanmasına karar vermiştir. Böylece alternatif otellerde kendi olanaklarıyla kalacak olan TPD üyesi uzman ve asistanlarımız ek bir ücret ödmeden kongre otelindeki hizmetlerden yararlanabilecek, açılış kokteyli ve kapanış yemeğine katılabileceklerdir.

Daha iyi daha verimli bir kongre hedefleyen Merkez Yönetim Kurulumuz, bu deneyimlerle, sonraki kongrelerimizde bu tür sorunların yaşanmayacağı, konaklama olanakların daha uygun olacağı, katılımcıların daha fazla tercih olanağı bulabileceği kent merkezlerini tercih etmeyi düşünmektedir.

Asistanlarımızın kongrelere katılımının çok önemli olduğu düşüncesinde olan TPD Merkez Yönetim Kurulumuz, 12. Yıllık Toplantı - Bahar Sempozyumunda olduğu gibi 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde de asistan bursunu devam ettirmeye karar vermiş ve bunu çok önceden duyurmuştu. Kongrede panel, kurs, çalışma gruplarında konuşmacı olarak yer alan ya da poster bildiride ismi ilk üç sırada yer alan asistanlarımızın kayıt, konaklama ve ulaşım giderlerini kapsayan asistan bursumuzdan 60'ın üzerinde asistanımızın yararlanacağını umuyoruz.

Yine bu yıl bir ilk olmak üzere birinci yıl asistanlarımızı Psikiyatri ve TPD ile tanıştırmayı amaçlayan bir toplantıyı Ulusal Psikiyatri Kongresi'nden bir gün önce kongre merkezinde gerçekleştireceğiz. Psikiyatri ve psikiyatri kimliğinin, psikiyatri tarihinin, etik kurallarımızın, asistanlığın özlük haklarının yanısıra, TPD'nin ilkelerinin ele alınacağı bu iki yarım günlük toplantıyı, çağrı yaptığımız tüm Psikiyatri Ana Bilim Dalları ve Klinik Şefliklerinden gelen yanıtlara göre 52 kişilik bir asistan grubuyla gerçekleştireceğiz.. Bu toplantıya katılacak asistanlarımızın giderleri de tamamen TPD tarafından karşılanacak ve asistanlarımız bu toplantının hemen ardından ücretsiz olarak Ulusal Psikiyatri Kongresi'ne katılacaklardır. Söz konusu toplantıda asistanlarımıza TPD İstanbul Şubemizin hazırladığı TPD El Kitabı'nın basılmasını sağlayıp, dağıtabileceğimizi umuyoruz.

Bildiğiniz gibi ana teması "Etik" olan 44. Ulusal Psikiyatri Kongresinde, Merkez Yönetim Kurulumuz ana temaya uygun olmak üzere TPD Forumunda "İlaç Endüstrisi ile İlişkilerde Etik" konusunu seçti. Sizleri ilaç endüstrisi ile ilişkilerimizde etik kurallarımızı oluşturmaya zemin hazırlayacak olan bu foruma katılmaya ısrarla çağırıyoruz.

Yine bir ilk olmak üzere, 44. Ulusal Psikiyatri Kongresinde, tüm konuşmacılarımız sunumların başında bir slaytla İlaç Endüstrisi ile son üç yıl içindeki ilişkilerini açıklayacaklar. Bundan sonraki kongre ve toplantılarımızda sürdürülecek olan bu uygulamanın ana teması etik olan 44. Ulusal Kongreyle başlamasının hoş olacağını düşünüyoruz.

Güzel ve verimli bir kongre geçirmeniz dileğiyle.

Şeref Özer

TPD MYK adına

DÜNYA PSİKİYATRİ KONGRESİ - PRAG, 20-25 EYLÜL 2008

Bir Genç Psikiyatristin İzlenimleri..

Dr. Hande Karakılıç

Emniyet Genel Müdürlüğü Sağlık İşleri Daire Başkanlığı

20 Eylül öğlen saatleri, içimde bir heyecan, Prag havali-manına iniyorum..

Dünya Psikiyatri Birliği (DPB) tarafından gerçekleştirilen XIV. Dünya Psikiyatri Kongresine (DPK) katılacağım.

Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) tarafından desteklenen bir Genç Psikiyatristim (GP).

Bu tanımlamayla ilgili ve DPB'le ilgili zihnimde oluşan sorulara eklenen, gizemli ve güzel Prag'ı keşfetme isteği; kat-merlenmiş merak içindeyim.

Dünya Kongrelerinin mekanları en az kongrelerin kendileri kadar ilgi çekici..

Bir önceki, yani XIII. Kongre, 2005'te Kahire'de gerçekleştirildi, 2006 yılında da İstanbul, DPB Uluslararası Kongresine ev sahipliği yaptı. Bir sonraki DPB buluşmasıysa 2009'da Floransa'da gerçekleştirilecek..

Prag Kongresinin "Bilim ve Hümanizm: Kişi-Merkezli Bir Psikiyatrye Doğru.." diye tanımlanmış ana temasının öncülününün 2006 İstanbul toplantısında filizlendiğini söyleyebiliriz. Gerçekten de, Prag'taki seçimlerde değişen – yani Prag'tayken şimdiki DPB Başkanı olan, şu anda ise geçmiş DPB Başkanı olan Juan E. Mezzich'in Ekim 2006'da "World Psychiatry" dergisinde yayınlanan yazısında vurguladığı "Kişiyeye Yönelik Psikiyatrye" hedefleyen DPB stratejik planının DPK'de de çeşitli oturumlarda ele alındığını izledim.

İlk günkü Kongre Açılış Töreninde konuşmaların içeriğini bu tema şekillendiriyordu. Açılış konuşmasında Mezzich, "İnsan" olgusunun psikiyatrinin merkezine oturtulmasına, biyopsikososyal modelin entegrasyonuna, bilimsel olanla insani olanın bağdaştırılmasına, bilimsel açıklamaların insani anlayış çerçevesine oturtulmasına ve klinik olguların halk sağlığı çerçevesinden ele alınmasına değindi.

Kongre düzenleyicilerine ek olarak, Charles Üniversitesinin Rektörü, Tıp Fakültesi Dekanı ve Başhekimisi, **Tıp Dernek ve Birliklerinin Başkanları da açılış töreninde hazır bulundular. İki siyasetçi konuk özellikle dikkatleri üzerlerine çekti; her ikisi de aynı zamanda psikiyatrist olan Prag Belediye Başkanı Pavel Bém, ve İnsan Hakları ve Ulusal Azınlıklardan sorumlu Bakan bayan Džamila Stehlíková'nın konuşmaları ilgiyle dinlendi.**

Konuşmaların yanı sıra, bilimsel ödüller dağıtıldı, ve açılış töreni, Prag'ın en ünlü polifonik çocuk korosunun ahenkli tınıları, ardından bir çigan topluluğunun coşturucu nağmeleri ve danslarıyla zenginleşti..

Açılış töreninde müzik seçimindeki bu çeşitliliğin uzantısı misali, dört bir salona dağılmış bilimsel toplantıların çeşitliliği ve renkliliği çoğu zaman seçim yaparken bocalatıyordu. "Special Lectures, Special Symposia, Section Symposia, Regular Symposia, Workshops, New Research Reports, Oral Communications, Young Psychiatrists Workshops, Satellite Symposia, Master Clinical Case Conferences, Plenary Lectures, vs.."



Tek bir saat dilimi içerisinde, bu başlıklar altında eş zamanlı ortalama 19-20 adet envai çeşit oturum sıralanıyordu. Daimi bir suçluluk hissine kapılmak içten bile değildi. Bu yüzden, hafiften felsefe paralayarak, "hayat nitekim seçimlerden ve kayıplardan ibarettir" diyerek, sıklıkla kendimi en sonunda can havliyle içlerinden birine atarak bu durumla baş etmeye çalıştım. Konuları ise burada sıralamak pek mümkün değil, ancak DPK'si sona ermesine rağmen, halen programa web sitesinden ulaşılabilir. Hızlıca bir göz atmak, neler gündemdedi hakkında bir bilgi verebilir. Kıta Avrupasının psikanalitik, spiritüel, transkültürel ve cinsiyet-odaklı çalışmalarından, Anglo-Sakson ekolün bilişsel-davranışçı kuram ağırlıklı yaklaşımlarına, ABD menşeli son genetik araştırma bulgularından ve bilgisayar teknolojisinin Psikiyatrye'de kullanımından, Çinlilerin Taoist terapinin farklı ve etkin bir terapi türü olduğu yönündeki iddialarına kadar geniş bir yelpaze söz konusuydu. Ayrıca, özellikle belirtmek isterim ki, gerek yurtiçinde, gerekse yurtdışında yaşayan Türk bilim insanları da DPK'de önemli ölçüde varlık gösterdiler.

Ancak defalarca farklı oturumlarda ele alınmasıyla, bu yelpazeden sıyrılan iki konu DPK'ye damgasını vurdu diyebilirim. Birincisi, damgalama konusuydu. Sanırım kongrenin "insan-odaklı" ana temasıyla da bağlantılı olarak, damgalama çeşitli yönleriyle ele alındı. Örneğin, damgalama olgusunu tükenmişlik sendromuyla ilintilendiren bir oturum bile vardı. Diğer etraflıca incelenen konuya, psikiyatrye nozolojisi, tanımlama ve sınıflandırma sistemleriydi. DSM ile ICD sınıflandırmaları arasındaki kavramsal farklılık çokça tartışılıyordu; DSM'nin gündelik pratikte karşımıza gelen insanın bütünlüğünü ve çok renkliliğini fazlasıyla indirgediği öne sürülüyordu. Yine DPK'nin ana temasıyla uyumlu olarak, daha "insan-odaklı" bir psikiyatrye sınıflandırmanın savunuculuğunu yapanlar çoğunlukta idi.

Biz GP'ler için bu toplantıları takip etmemizi zorlaştıran ek ama aslında cazip bir etken de, her saat aralığında bizle-

re özel düzenlenmiş olan “Young Psychiatrist Workshops”, yani Genç Psikiyatrist Çalışma Gruplarıydı. Bu toplantıların isimleri biraz yanıltıcıydı, çünkü bunlar çalışma grubundan ziyade, “Meet The Expert” – Uzmanla Buluşma şeklinde düzenlenmişti. Böylelikle, alanlarında önde gelen pek çok sayıda uzmanla tanışma ve bire bir etkileşime girme imkanı yakaladık.

Bin bir oturumun varlığının yol açtığı “Seçmek ve Kaybetmek” ikilemi arasında sıkışıp kaldığım, kaygının dayanılmaz hale geldiği anlarda – ki itiraf edeyim, pek de nadiratan olmadı bu anlar – kendimi ya salonların dışında, örneğin internet alanında, meyve kokteyli sunan standların dibinde, vs. ama yine de bina sınırları içerisinde, ya da düpedüz bina sınırları dışında, ama şehir sınırları içerisinde buldum.

Belki yegane eleştirim, bunca bilimsel çeşitliliğe rağmen, standların, yemeklerin, internet olanaklarının ve sosyal programın, yani genel olarak organizasyonun standardının düşük olmasıydı.

Allah’tan Prag, ortalama standartların üstünde bir şehir olarak 24 saat kendi özgün sosyal programını sunarak, bu eksiklikleri fazlasıyla telafi edebiliyordu. Kongre’de yeterince bulunamadığım izlenimi yaratmamak için fazla ayrıntıya giremeyeceğim, bağışlayın, ama sözüme güvenebilirsiniz, Prag büyüleyici bir şehir.

Az sabredin, belki biraz bahsederim yazının sonunda..

Peki biz *Genç Psikiyatrist’ler* kimleriz ve başka neler yaptık?

2003 yılında Viyana’daki buluşmasında, Dünya Psikiyatri Birliği (DPB), Genç Psikiyatrist’lerin (GP) profesyonel gelişimlerini desteklemek amacıyla DPB Genç Psikiyatristler Konseyini - “WPA Young Psychiatrists Council” (WPA-YPC) kurdu. Bu oluşum DPB’ne üye çoğu mesleki kuruluş tarafından – ülkemizde de TPD tarafından destekleniyor.

WPA –YPC temsilcisi GP’lerin bu bağlamdaki tanımı, ha-

len ihtisas eğitimlerini sürdürmekte olan, veya 40 yaşından daha genç olan, veya ihtisas eğitimini bitirmesinin üzerinden 5 yıldan az bir süre geçmiş olan Psikiyatristleri kapsıyor.

Bu şartlara ek olarak, GP adayında, diğer GP’lerle etkileşime girebilecek düzeyde dil bilgisine sahip olmak, bilimsel araştırma ve etkinliklere katılım, sivil toplum kuruluşlarında rol alma gibi özellikler sergileyen bir özgeçmiş aranıyor. Örneğin, kongre’de GP’lerle ilgili sunulan istatistiklerde, bir GP’in ortalama konuştuğu dil sayısı üç olarak belirlenmiş.

GP temsilcisi, bir sonraki DPK’ne kadar olan süreyi kapsayan üç yıl boyunca geçerli olmak üzere, her ülkenin kendi meslek kuruluşunun Merkez Yönetim Kurulu tarafından atanıyor. Her ülke başına tek bir temsilci belirleniyor. WPA-YPC temsilcileri düzenli olarak DPB’nin Uluslararası ve Dünya Kongrelerinde bir araya geliyor.

WPA-YPC’nin yanı sıra, yine yukarıda tariflenen koşullara sahip kişiler arasından ülke başına 3 ila 5 kişi arasına olmak üzere, uluslararası bir komite tarafından “fellow” GP’ler seçiliyor ve DPK’ne katılımları destekleniyor. Eski WPA – YPC üyeleri de fellow olarak etkinliklere katılmaya devam edebiliyorlar.

Prag’ta, Avrupa Kıtasından 20, Amerika Kıtasından 11, Asya/Avustralya Kıtalarından 10 ve Afrika/Orta Doğu Kıtalarından ise 8 kişi olmak üzere, tüm dünyadan 40 WPA- YPC üyesi GP bir araya geldik. Grupta yer alan diğer 59 kişiye fellowlardan oluşuyordu.

Doğu Avrupa Bölgesinde yer alan Türkiye’yi temsilen, ben GP temsilcisi olarak yer alırken, Ayşegül Yılmaz da fellow olarak gelmişti. Ayrıca, Murat Altın da, Türkiye’deki ihtisas eğitimiyle ilgili hazırladığı sunumla ve son toplantıdaki katkılarıyla grupta aktif olarak varlık gösterdi.

Yukarıda tariflenen WPA- YPC ve fellowship programlarına ek olarak, DPB bünyesinde GP’leri kapsayan başka oluşumlar da var: 1996’dan beri varolan Genç Psikiyatristlerin ve Asistan Psikiyatristlerin Eğitim Ağı – “Educational Network of Young Psychiatrists and Psychiatrists in training” ve





DPB'ne bireysel üyelik aracılığıyla katılım sağlayan GP'ler.

2004 yılında Floransa'da gerçekleştirilen WPA-YPC toplantısının raporunda tariflendiği üzere, tüm bu oluşumlar - YPC, Fellowship, Educational Network ve Bireysel Üyelikler - hep birlikte DPB Genç Psikiyatristler Ağı - WPA Young Psychiatrists Network (WPA YPN) başlığı altında toplanıyor.

Kongre'de ayrıca, DPB'den bağımsız bir oluşum olan, Genç Psikiyatristler ve Psikiyatri Asistanları Dünya Birliği - "World Association of Young Psychiatrists and Trainees, (WAYPT)" 'in toplantısına dahil oldum.

WAYPT, WPA-YPC 'den farklı olarak, Genç Psikiyatristi, ihtisas bitimini takibeden ilk 7 yıl içerisinde bulunan kişi olarak tanımlıyor. Bu Birlik, bağımsız olarak, Psikiyatri Asistanlarının ve GP'lerin Dünya çapında etkileşimde bulunarak, bilgi alışverişinde bulunmalarına, hem yerelde, hem uluslararası boyutta eğitim, araştırma ve iş alanlarında sorunları ve fırsatları paylaşmalarına, ulusal düzeyde asistan örgütlenmelerini geliştirmelerine, klinikte güncel tedavi yaklaşımlarını takip etmelerine, sınırlı kaynağa sahip ülkelerdeki asistanları ve genç psikiyatristleri desteklemelerine aracı olmak için 2003 yılında kurulmuş. Prag'taki WAYPT toplantısında, dernek tüzüğüne gözden geçirilmesine ve yenilenmesine ek olarak, bir önceki seçimlerin usule aykırı gerçekleştirildiği iddiasıyla, seçim sonuçlarının iptal edilmesine karar verildi. Demokratik süreç işledi, ancak WAYPT lidersiz kaldı.

DPB ve DPK'si başkanı Mezzich, aynı zamanda biz GP'lerin ilk buluşma ve tanışma toplantısında da hazır bulundu. GP'ler İstanbul'da vaka sunumlarıyla kongreyi zenginleştirmişler, Mezzich İstanbul'da Genç Psikiyatrist Programının daha da geliştirilmesinin önemi üzerinde durmuştu. Prag'ta da bu programı destekleyici tavrını sürdürdü ve yeni seçilen DPB'yi yönetiminin de programı desteklemeye devam etmesi temennisinde bulundu.

Bu ilk günkü toplantıda sırayla herkes kendini diğerlerine tanıttı. Ardından, 4 DPB bölgesine, yani 1. Amerika kıtası 2. Avrupa 3. Afrika ve Orta Doğu ve 4. Asya ve Avustralya

bölgelerine göre ayrılmamız, aramızdan Genel Kurul seçimlerini izleyecek 4 Gözlemciyi seçmemiz istendi. Türkiye'nin yer aldığı Avrupa bölgesini temsilen, Türkiye'nin de adaylığını desteklediği Yunanistan temsilcisi Nikolas Christodoulou seçildi.

Ancak, bu seçimle ilgili temel eleştirimiz, seçim hakkında gerekli ve yeterli bilgi verilmemiş olmasıydı. Ev sahibi Çek GP'lere yönelttiğimiz, Genel Kurul nedir? Gözlemci olmak ne demektir? gibi temel sorulara bile yanıt alamadık. Daha kıdemli kişilere de danışma imkanı sağlanmadı. Yani adaylar tam olarak neye adaylıklarını koyduklarını bile bilmeden aday oldular ve seçildiler. Yukarıda GP'lerle ilgili aktardığım bilgileri de, ancak DPK sonunda biriktirdiklerimi bütünleştirerek, ve araştırmayla eklemeyerek sizlere aktarabildim.

Son günlerde yine Mezzich önderliğinde bir araya geldiğinde, anlaşıldı ki, Gözlemcilerin rolü sadece Genel Kurul Seçimlerini izleyip, bizlere aktarmakla sınırlıymış. Amerika kıtası adına Şili'den Patricia Rubi, Avrupa Kıtası adına Yunanistan'dan Nikolas Christodoulou ve Afrika ve Ortadoğu Kıtaları adına Mısır'dan Radwa Said bize izlenimlerini aktardılar. Asya ve Avustralya Kıtası temsilcisi toplantıda hazır bulunmadığı için kendisini dinleyemedik.

Hepsi DPB Genel Kurul seçim sürecinin meşakkatli ve çetrefilli bir süreç gibi gözüktüğü konusunda hem fıkirdiler.

Gözlemcilerin aktarımlarının ardından, geçmişteki WPA-YPC toplantılarının raporları okundu ve ilerisi için gerçekleştirilebilecekler görüldü. İlk etapta, GP temsilcilerinin neden DPB Genel Kuruluna katılım hakkına ve kendilerini ifade etme imkanına sahip olmadıkları ve sadece Gözlemci rolüyle sınırlı kaldıkları konusu ele alındı. Daha sonra ele alınan konular arasında, WPA YPN'e dahil GP'leri birbirlerine bağlayacak elektronik haberleşme ağının hala oluşturulamamış olması ve nasıl oluşturulabileceği mevzuu vardı. 2004 Floransa raporuna dönüp bakıldığında, aynı sorunun ele alındığı ama çözüme kavuşturulamadığı izleniyor. Son olarak ta, kongrede karşı karşıya kaldığımız bilgi eksikliği ve dağınıklığı dile getirildi. Çözüm olarak, ev sahibi GP'lerin Kongre'ye

ulaştığımızdan andan itibaren bizlere bilgilendirici broşürler dağıtabilecekleri önerisi getirildi. Yine, GP'lerin bilgilendirme ve yönlendirme ihtiyaçlarını karşılayacak kıdemli rehberlerin tayin edilmesi de getirilen bir diğer öneriydi.

Maalesef, GP'lerle ilintili organizasyondaki karışıklık ve dağınıklık, ve GP'lerin çoğunluğunun süreç hakkındaki bilgi eksiklikleri tüm DPK boyunca sürdü.

En ince ayrıntısına kadar planlanmış bir DPK'nde GP'lerin durumu neden böyleydi?

Bu soruya yanıt arandığında birkaç şey akla gelebiliyor:

En önemlisi uzun vadede süreklilik sağlanamaması gibi görünüyor. GP'lerin seçtikleri dönem göreceli olarak çok kısa, kongrelerdeki buluşmalar dışında aktif ve ortak bir hedefe yönelik bir elektronik iletişim ağı oluşturulamıyor, her DPK'de, geçmiş süreçten kopuk ve bihaber bir grup yeni GP geliyor. Sürece aşına olan bir önceki temsilcinin bir sonraki adımda yok olması grup içerisinde rehberlik oluşturulmasını imkansız kılıyor. Geçen toplantılarda, bu sorun yine gündeme getirilmiş, hatta çözüm olarak, GP'lerin 3'te 1'nin bir sonraki dönemde korunması teklifi sunulmuş.

İkinci sorun, WPA YPN'un DPB'nin genel yönetsel yapısıyla bağlantısız olması, söz hakkı ve oy hakkı olmaması, dolayısıyla da etkin etkileşimde bulunmayan aksesuar bir organ olarak atıl kalması. Bunun yanı sıra, Mezzich dışında gruba önderlik edecek, danışmanlık yapacak, yön belirlemede yardımcı olacak, örnek olacak kıdemli figürlerin, "mentor" ların eksikliği de GP'leri yalnız kılıyor. Yani sürekliliği sağlamaya yarayabilecek dış rehberler de yok.

Son olarak, GP'lerin ortak bir odakları, bir meseleleri var görünmüyor. Uluslararası etkileşim, işbirliği ve alışveriş gibi ifadelerin, elle tutulur pratik izdüşümleri noksan. Pratik meseleler olmayınca, meselenin ülke içinde bir GP'den bir sonraki GP'ye aktarımı da olamıyor.

Sonuç, yıllarca aynı konuların çözümlenmeden temcit pırlavı gibi tekrar tekrar ısıtılması oluyor. Geçmiş raporlara göz attığımda ve Prag'taki halimizi gözlemlediğimde, karşılaştığım tablo böyle.

Toplantının finalinde, Mezzich'in önerisi üzerine, bu gözlemlerimin, diğer GP'lerin gözlemlerinin de eklenmesiyle, WPA YPC'dan DPB Genel Kuruluna yönelik bir Mektup olarak kaleme alınması kararı alındı. DPB'de GP'lerin yaşadığı süreci Türkiye'deki meslektaşlarıyla – özellikle de bayrağı devralacak genç arkadaşlarla paylaşma fikri de böylelikle Genel Kurula gidecek yazının hazırlanmasında editörlük görevini kabul ettiğim andan itibaren doğmuş oldu.

Bu sürecin eleştirisini yapmışken, mutlaka değinmem gereken, atlamamam gereken önemli bir nokta var. Bu noktayı belirtmezsem, korkarım benim yazılar kaleme almam, bu kadar dezorganize görünen bir süreç uğruna çaba sarf etmem okuyucuya gayet manasız görünecektir.

Yapılanmadaki tüm bu karmaşaya rağmen, Dünya'nın her bir tarafından gelen bu GP arkadaşlarımla tanışmak, konuşmak, gülmek, eğlenmek, yemek yemek, şarkı söylemek, Prag'ın sokaklarını aşındırmak, tiyatrodaki fısıltıyla Don Giovanni'nin esmer kuklayı mı, sarışın kuklayı mı baştan çıkardığını, iki arada bir dereye kendine çizdiği cehenneme giden zevkli ve kestirme yolu tartışmak, Lübnan'daki savaşa karşı gelişen duyarsızlığı konuşmak, kürkçü dükkanında gezinen tilki misali hep birlikte bir anti psikiyatri sergisine dalıp da, psikiyatrinin zaten yeterince mefhum tarihini bir de lunapark aynasında çarpılmış haliyle izlemek... düşünmek, Fransız oda arkadaşımı gözlerimizden uyku damlarken, yine de gecenin bir kör vakti ısrarla, "Fransız, Türkü fark etmez, erkek değil mi?" ön kabulüyle karşı cinsi çekiş çekiş çekiştirmek, orda burda her vesilede milletlerin buluşması şerefine kadeh kaldırıp tokuşturmak, Yunanlı dostumun "hey lokum!" seslenmesine keyifle kıkırdamak, Latin dostların henüz aksanını tam sökeme mişken, birlikte İspanyolca şarkılar çığırarak, kısacası yalnızca mesleki değil, farklı ama yine de benzer hayat deneyimlerini paylaşmak, beni tarif edilemez şekilde zenginleştirdi. Kongre içi resmi toplantılardan ziyade, cazip olan, bende iz bırakan, işte bu "informal" diye tabir ettiğimiz, gayri resmi sohbetler ve tartışmalar oldu. Son toplantıda da mikrofonu elime alıp hepsine teşekkür ettim, zihni ve ruhu zengin insanlar olarak ufkumu genişlettikleri için. Şimdiden biliyorum, bazılarıyla, ki sayıları hiç az değil, bir ömür boyu sürecek iletişimim ve dostluğum.

Ve madem süreklilik dedim.. ve de söz verdim, kısa Prag tasviriyiyle son noktayı koyayım..

Şehrin ana damarı gibi akan Vltava nehrinin iki kıyısını kavuşturan emektar Charles Köprüsü..

Köprü'nün geceleri gölge oynaşında heykelleri, gündüzleri ses/ışık oyununda müzisyenleri, ressamları..

Ressam deyince illa ki Alfonse Mucha.. Müzik deyince, ebat ebat altın Erosların akınına uğramış Kiliselerde Barok Konserler..

Kuşbakışı oturaklı duruşuyla, sessizce nehri ve şehri bekleyen, güvenli bahçeleriyle çepeçevre sarmalanmış görkemli ve gururlu Şato..

Meydandaki Astrolojik Saat: Saat başı "Ölüm" gelir, biz-zat kendi çalar çanı, dinleyenlere hatırlatır, ancak bir saatlik ömür ödünç alabilmişizdir ondan..

Ölümün çan çaldığı bir şehirde.. Işıksız sahne, Black Theatre.. İnsansız sahne, Kukla Tiyatrosu seyredilir..

Gezinirken bu taş örülü, geçmiş yüzyıllarda donmuş dar sokaklarda, bir köşeyi dönersin, ürperirsin ansızın, emin olmazsın bir türlü, gerçekte arkada kimse yoktur da, bina tepelerine tünemiş gözetleyen dik bakışlı heykeller midir kaba-hatlı olanlar aslında?

Dersin, Prag'da Belediye Başkanları bu yüzden mi psikiyatristler arasından seçiliyor acaba?

Zarif ve Kadim Prag'tan sevgilerimle..

Prof. Dr. Selahattin Şenol



21 Nisan 2008 tarihinde kaybettiğimiz Prof. Dr. Selahattin Şenol 30 Nisan 1959'da Ankara'da doğdu, 1983 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olan Dr. Şenol 1985-1990 yılları arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde psikiyatri ihtisasını yaptıktan sonra 1990-1994 yılları arasında Ankara Numune Eğitim ve araştırma hastanesinde Psikiyatri Kliniğinde Psikiyatri uzmanı, 1994-1997 yılları arasında Gazi Üniversitesi çocuk Psikiyatrisi Anabilim dalında Çocuk Psikiyatrisi Araştırma Görevlisi olarak çalıştı. Ekim 1997'de aynı birimde öğretim üyesi olduktan sonra Aralık 1997'de çocuk psikiyatrisi doçenti olmuştur.

Gazi Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalında profesörlüğe yükselen ve birçok dergide bilisel yayın kurulu üyeliği olan Dr. Şenol TPD Kurucu üyelerindendi.

Prof. Dr. Leyla Zileli



Prof. Dr. Leyla Zileli 1943 yılında "Notre Dame de Sion" Fransız Kız Lisesi'nden mezun olmuş, tıp fakültesi eğitimini İstanbul Tıp Fakültesi'nde yapmış, 1950 yılında mezun olmuştur. Bir süre Fransız Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde uzman olarak çalışan Prof. Dr. Leyla Zileli 1957 yılında ABD'ye gitmiştir. Yaklaşık iki yıl süre ile (1957-1959) Kansas City, Missouri Psychiatric Receiving Center'da asistanlık yapmıştır. Prof. Zileli 1959 yılında Postgraduate Center for Psychotherapy'e "fellow" olarak katılmış, 1962 yılında "Psikanalitik Eğitim ve Psikanalist Diploması"nı almaya hak kazanmıştır. 1964 yılında Hacettepe Tıp Fakültesi'nde uzman olarak çalışmaya başlamış, 1970 yılında doçent, 1974 yılında da profesör olmuştur. Prof. Zileli 6 yıl süre ile Hacettepe Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı görevini yürütmüş, emekli olmasının ardından 5 yıl süre ile Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hacettepe Üniversitesi

Tıp Fakültesi, Numune Hastanesi ve Sosyal Sigortalar (SSK) Hastanesi'nde çalışan psikiyatri asistan ve uzmanlarına mezuniyet sonrası eğitim vermiştir. 1998 yılında Başkent Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı olmuştur.. Prof. Dr. Leyla Zileli, 24 Haziran 2008'de bizlerle ve hayata veda etmiştir.

Doç. Dr. Kriton Dinçmen



Heybeliada'da 1924 yılında doğan Kriton Dinçmen, 1948 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Aynı fakültenin psikiyatri ve nöroloji kliniklerinde 1955 yıllarında ihtisasını tamamlayan Dinçmen kazandığı bursla 1961 yılında Amerika'ya giderek New Jersey Monmouth Medical Center'de dinamik psikiyatri alanında çalıştı. Dinçmen'in çok sayıda çalışma ve makalesi Amerika'nın en ciddi tıp dergilerinde yayınlandı, bunlardan bir kısmı Excerpta Medica ile Digest of Neurology and Psychiatry gibi dünya psikiyatrisinin en titiz dergilerinde pek çok yerli ve yabancı tıp araştırmacısı tarafından kaynak gösterildi. Türkiye'ye 1965 yılında dönerek Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışmaya başlayan Dinçmen, 1982-1994 yılları arasında Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu (Psikiyatri) Başkanlığı, 1990-1999 yılları

arasında İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsünde Öğretim Üyeliği yaptı. Evli ve 3 çocuk babası Dinçmen'in roman, öykü, şiir, mitoloji, tarih, psikiyatri alanlarında da çok sayıda kitabı bulunuyor. Kendi yazdığı deneme, roman öykü inceleme ve mesleki kitapların yanı sıra ülkemiz okuyucuları şair Sapho'yu onun çevirileri ile tanıdı, Odiseus Elitis'in şiirlerini yine onun çevirileri ile kucakladı. 27 Ağustos 2008'de 84 yaşında yitirdiğimiz Psikiyatrist, yazar ve çevirmen Doç. Dr. Kriton Dinçmen (1924-2008), 28 Ağustos 2008 günü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde düzenlenen bir törenin ardından toprağa verildi.

TOPLANTI VE DUYURULAR

2008

- **14-19 Ekim 2008**, 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Anksiyete Sempozyumu, Etik ve Bilimsel Sorumluluklarımız “Aslolan, Zarar Vermemek”, Vow Kremlin Palace, Antalya.
www.psikiyatri2008.org
- **28-31 Ekim 2008**, 15. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi, “Psikiyatride Korunma, İyileşme, Toplumsallaşma”, (Kartepe) Green Park Otel, Kocaeli.
www.sosyalpsikiyatri2008.org
- **30 Ekim–02 Kasım 2008**, 13th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, “Recent Changes in Pacific Rim Psychiatry: Evolution of Multicultural/ Multidisciplinary Mental Health”, Tokyo, Japonya.
www.prcp2008.org
- **13-15 Kasım 2008**, 13. Ergen Günleri, “Türkiye’de gençlik: Ne biliyoruz, ne bilmiyoruz?” Pine Bay Holiday Resort Hotel, Kuşadası, Aydın.
www.dalyatur.com/13ergen
- **20-22 Kasım 2008**, 9. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Kongresi, Pine Bay Holiday Resort Hotel, Kuşadası, Aydın.
www.dalyatur.com/9klp

2009

- **12-15 Mart 2009**, 3. Ulusal Psikofarmakoloji Kongresi ve Psikiyatride Frontal Lob İşlevleri ve Ötesi Sempozyumu, “Çocukluktan Yaşlılığa: Tedaviye Dirençle Başetme”,
www.psikofarmakoloji2009.org
- **25-27 Nisan 2009**, Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologium (CINP), “Thematic Meeting on Major Psychoses And Substance Abuse”, Edinburgh, İskoçya.
- **01–04 Eylül 2009**, WPA International Congress, “Treatments in Psychiatry: A New Update”, Floransa, İtalya.
www.wpa2009florence.org
- **12-16 Eylül 2009**, 22nd ECNP Congress, İstanbul.
- **6-8 Kasım 2009**, Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği (KDTD) 2. Ulusal Kongresi.
www.kdtd2009.org