

DOSYA

Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma

- **Yoksulluk ve Sağlık**
- **Eşitsizliğin Bedeli: Sosyal Dışlanma Psikozları Neden ve Nasıl Arttırıyor?**
- **Eşcinseller, Sosyal Dışlama ve Yoksulluk**
- **Sağlıkta Dönüşümde Son Aşamaya Doğru: Hastanelerin Yeniden Yapılandırılması ve Yeni Finansman Modeli**



TÜRKİYE
PSİKIYATRI
DERNEĞİ



Türkiye Psikiyatri Derneği adına sahibi
Doğan Yeşilbursa

Yazı İşleri Müdürü
Burhanettin Kaya

Yayın Kurulu

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

Yazışma adresi

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

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

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

Tasarım ve Uygulama

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

Baskı

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

Baskı tarihi: 30 Mart 2011

İçindekiler

1 Sunu

3 DOSYA (Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma)

- Yoksulluk ve Sağlık
- Eşitsizliğin Bedeli: Sosyal Dışlanma Psikozları Neden ve Nasıl Arttırıyor?
- Eşcinseller, Sosyal Dışlanma ve Yoksulluk
- Sağlıkta Dönüşümde Son Aşamaya Doğru: Hastanelerin Yeniden Yapılandırılması ve Yeni Finansman Modeli

22 Psikiyatri ve Sanat

- Rashomon

24 Basın Açıklamaları

- Ruh Sağlığı Çalışanları Görev Tanımlaması
- Psikiyatrik Bozuklukların Tedavisinde Neurofeedback Yönteminin Etkileri ve Sorunları
- Amaç Silahlanmanın Koşullarını Belirlemek Değil Silahsızlanma Olmalı
- Şiddetsiz, Savaşız, Silahsız ve Barışçıl Bir Dünya Yaratmalıyız
- Hekime Yönelik Her Türden Baskı ve Şiddeti Kınıyoruz! Tehditlerin ve Silahların Gölgesinde Sağlık Hizmeti Verilemez!
- 25 Kasım Kadına Yönelik Şiddete Karşı Mücadele ve Uluslararası Dayanışma Günü
- Halk Sağlığı Hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nın Gündeminden Çıkarıldı. Toplum Sağlığı Merkezleri Kapatılıyor!
- Tecavüz İnsanlık Suçudur
- Tecavüzün Sıradanlaştırılmasına ve Magazin Malzemesi Yapılmasına İzin Verilmemelidir
- Yaşlanmak Kaçınılmaz, Demans (Bunama) Kaçınılmaz mı?

42 Basın Bültenleri

- Özel Sağlık Kuruluşlarında Psikiyatri Hizmetleri - Özel Hastaneler Yönetmeliği
- 2010 Dünya Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma ile Mücadele Yılı

47 Haberler

Dernekten

- TPD "Aklın Halleri" Teması ile Kısa Film Yarışması Düzenledi
- 46. Ulusal Psikiyatri Kongresi Yapıldı
- TPD Yeterlik Sınavı Yapıldı
- TPD Psikiyatri Asistanları ve Uzmanlarına Yönelik İstanbul Protokolü Eğitimi Yapıldı
- TPD 46. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde Ruh Sağlığı Yürüyüşü Düzenlendi
- TPD Psikoterapi Eğitici Eğitimi Programı Başlıyor
- 3. Toplum Ruh Sağlığı Günleri Bolu'da Yapıldı
- TPD Psikiyatrik Rehabilitasyon BÇB 2. Çalıştayı Bolu'da gerçekleştirildi
- TPD MYK 3. Üç Aylık Raporu
- TPD Klinik Uygulamada Ruh Sağlığı Çalışanlarının Görev Tanımları ile İlgili Görüşü
- TPD MYK 4. Üç Aylık Raporu
- TPD Hukuk Bürosu 2010 Yılı Çalışma Raporu

Şubelerden

- Bursa Şubesi 2010 Dönemi Bilimsel Etkinlikleri

Kongrelerden

- Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ruhsal İyileştirme Sertifika Programına (RISEP)

Diğer

- TTB-UDEK XVI. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı

Toplantı-Kongre (Arka kapak)

TOPLANTI VE DUYURULAR

- **26-29 Kasım 2010**, First International Congress on Neurobiology and Clinical Psychopharmacology and European Psychiatric Association Congress on Treatment Guidance, Selanik, Yunanistan.
www.psychiatry.gr
- **03-05 Aralık 2010**, Cinsellik ve Cinsel Tedaviler VIII. Ulusal Kongresi, Point Barbaros Hotel, İstanbul.
Tel : (312) 446 41 54, Faks : (312) 446 41 24
cetad@k2-events.com
- **07-10 Şubat 2011**, 3rd International Conference on Drug Discovery and Therapy, Dubai, B.A.E.
www.icddt3-01.com
- **12-15 Mart 2011**, 19th European Congress of Psychiatry (EPA 2011), "Translating Research into Care", Viyana, Avusturya.
www.epa-congress.org
- **17-19 Mart 2011**, I. Ulusal Alzheimer Kongresi, Grand Cevahir Otel, İstanbul.
www.alzkongre2011.org
- **12-16 Nisan 2011**, Türkiye Psikiyatri Derneği Yıllık Toplantısı, 15. Bahar Sempozyumu, Maritim Pine Beach Resort, Belek, Antalya.
www.baharsempozyumu2011.org
- **04-07 Mayıs 2011**, 3rd International Congress of Educational Research, "Current Issues and New Approaches in Educational Research", Girne, K.K.T.C.
www.congress.eab.org.tr
- **05-08 Mayıs 2011**, Society for Applied Neurosciences Conference, Selanik, Yunanistan.
www.san2011.org
- **14-18 Mayıs 2011**, 164th Annual Meeting of American Psychiatric Association, "Transforming Mental Health through Leadership, Discovery and Collaboration", Honolulu, Hawaii, ABD.
www.psych.org
- **24-25 Mayıs 2011**, 4th International Anxiety Disorders Symposium (IADS), Amsterdam, Hollanda.
www.adsymposia.org
- **02-05 Haziran 2011**, 7th International Congress of Cognitive Psychotherapy, "Clinical Silence", İstanbul.
www.iccp2011.com
- **02-05 Haziran 2011**, 12th European Conference on Traumatic Stres (ECOTS), "Human Rights & Psychotraumatology" Viyana, Avusturya.
www.ecots2011.univie.ac.at
- **09-11 Haziran 2011**, 9th International Conference on Bipolar Disorder (ICBD), David L. Lawrence Convention Center, Pittsburgh, Pennsylvania, A.B.D.
www.9thbipolar.org
- **09-12 Haziran 2011**, WPA Thematic Conference: Rethinking Quality in Psychiatry: Education, Research, Prevention, Diagnosis & Treatment, İstanbul.
Başvuru: Dr. Levent Küey, kuey1@superonline.com
- **14-17 Haziran 2011**, 20. Anadolu Psikiyatri Günleri, "DSM-V Bağlamında Geçmişten Geleceğe Psikiyatri", Hatay.
<http://www.apg2011.org>
- **19-22 Haziran 2011**, 5th CINP Pacific - Asia Congress, Kuala Lumpur, Malezya.
www.cinpasia.com

Değerli meslektaşlarımız,

Yayın kurulumuzun özverili ve yoğun çalışması sonucu oluşan, yine zengin içerikli bu sayının dosya konusu **“Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma”** olarak belirlenmiştir. Dosya çerçevesinde Osman Elbek’in **“Yoksulluk ve Sağlık”**, Tolga Binbay’ın **“Eşitsizliğin Bedeli: Sosyal Dışlanma Psikozları Neden ve Nasıl Arttırıyor?”**, Şahika Yüksel’in **“Eşcinseller, Sosyal Dışlama ve Yoksulluk”**, Raşit Tükel’in **“Sağlıkta Dönüşümde Son Aşamaya Doğru: Hastanelerin Yeniden Yapılandırılması ve Yeni Finansman Modeli”** başlıklı yazılarının, ayrıca Psikiyatri ve Sanat bölümünde Cengiz Tuğlu’nun **“Rashomon”** başlıklı film değerlendirmesinin ilginizi çekeceğini düşünüyoruz.



Bu dönemin güncel tartışma başlıklarına ilişkin yapılan basın açıklamaları; Ruh Sağlığı Çalışanları Görev Tanımlamaları, Neurofeedback, Silahsızlanma-Silah Yasa Tasarısı, Hekime Yönelik Şiddet, Kadına Yönelik Şiddet, Tecavüz, Toplum Sağlığı Merkezleri, Dünya Yaşlılar Günü başlıklarından oluşmaktadır. Her biri üyelerimizin yoğun emeği ile oluşturulan bu açıklamalar, derneğimizin görüşlerini kamuoyuna aktarmak ve konuya ilişkin duyarlılık oluşturmak açısından oldukça önem taşımaktadır. Öte yandan bu sayımızda konusu “2010 Dünya Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma ile Mücadele Yılı” olarak belirlenen Dünya Ruh Sağlığı Günü etkinliklerine ilişkin bir basın bülteni de yer almaktadır. Şubelerimizin etkinlikleri ve güncel haberler bölümü her zamanki gibi psikiyatri topluluğunun etkinliklerden haberdar olmasını sağlamaktadır.

2010 yılının bu son sayısı aynı zamanda TPD Bülteni’nin son basılı bülteni olma özelliğini taşımaktadır. MYK tarafından, bütçe olanakları açısından basım ve dağıtım giderlerinin eğitim etkinliklerine aktarılmasına karar verilmesi nedeniyle, 2011 yılı başından itibaren aynı özenle hazırlanacak “TPD Bülteni”ne, web sitemizden ulaşabileceksiniz.

Katkı ve önerilerinizin sürmesini diliyoruz. Saygılarımızla.

Doç. Dr. Doğan Yeşilbursa

TPD Genel Başkanı

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

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

Bültene gönderilecek yazılarda aşağıda belirtilen yazım ilkelerine uyulması gerekmektedir.

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

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

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

Örnekler:

1. Dergilerdeki makaleler:

Lindenmayer JP, Khan A, Eerdeken M, Van Hove I, Kushner S. Long-term safety and tolerability of long-acting injectable risperidone in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007; 17: 138-44.

2. Kitaptan alıntılar:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002: 93-113.

Diener HC, Wilkinson M (editors). *Drug-induced headache*. In *Headache*. 1st ed., New York: Springer-Verlag, 1988: 45-67.

3. Tezden alıntı için:

Yumru M. İkiüçlü bozukluk alt tiplerinde oksidatif dengesizlik. *Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi*, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Gaziantep: 2007.

Yazışma adresi

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

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

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

Yoksulluk ve Sağlık

Osman ELBEK

Yrd. Doç. Dr., Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi

Belirli bir gelir seviyesinin altında kalma, yeterli gelir ve tüketimi gerçekleştirilememesi ve fiziksel, ruhsal ve toplumsal engellilik hali yoksulluk olarak tanımlanmaktadır (1). Tanımlardan da dikkat edileceği üzere farklı yoksulluk tanımları bulunmaktadır. Bu bağlamda en dar biçimi ile “mutlak yoksulluk”, asgari yaşam düzeyini sürdürebilmek için gıda, barınak ve giyim gibi en basit ihtiyaç maddelerini dahi karşılayamama halidir (1). Öte yandan mutlak yoksulluk sınırı ülkeden ülkeye ve bölgeden bölgeye göre değişmektedir. Bugün itibarıyla gelişmiş ülkelerde günlük 14.40\$; Türkiye ve Doğu Avrupa’da 4\$; Latin Amerika ve Karayipler’de ise 2\$ gelir mutlak yoksulluk sınır değeri olarak kabul edilmektedir (1).

Hiç kuşku yok ki “mutlak yoksulluk” tanımı yoksulluğu kavramlaştırma konusunda oldukça yetersiz kalmaktadır. Çünkü bu tanım yoksulluk kavramına indirgemeci yaklaşarak kavramın içeriğini boşaltmaktadır. Oysa kapitalist sistemin bir kurumu olan Dünya Bankası’nın kullandığı bu tanımın dışında da yoksulluk tanımlanmaktadır. Bu bağlamda kişinin kendisini toplumsal olarak yeniden üretebilmesi için gerekli yaşam düzeyinin altında kalması “*görelî yoksulluk*”; yoksulluğun sonraki nesillere aktarılması “*kalıcı yoksulluk*”; yüksek düzeyde işsizlik, sağlıksız barınma ve çevre koşullarının bulunduğu çok yoksul bölgelerin var olduğu yoksulluk “*bölgesel yoksulluk*”; yoksullukla birleşen negatif tutum ve davranışların gösterilmesi ise “*alt sınıf yoksulluk*” olarak tanımlanmaktadır (2). Birleşmiş Milletler ise “*insani yoksulluk*” tanımını kullanmaktadır. Birleşmiş Milletler’in kabul ettiği “*insani yoksulluk*”; yaşam süresi (40 yaşın altında yaşam süresi), eğitim (yetişkinler arasındaki okuma-yazma bilmeme oranı) ve ekonomik – sosyal imkânlar (sağlıklı içme suyuna sahip olmayan nüfus yüzdesi; sağlık imkânlarından yoksun olan nüfus yüzdesi; 5 yaşın altında olan ve yeterli beslenemeyen nüfus yüzdesi) göre belirlenmektedir.

"...asında bizler biliyoruz ki; yoksulluk, hayat boyu sağlıktan, üretken bir hayattan, ortalama bir hayat standardından, özgürlükten, kendine güvenden ve saygınlıktan mahrum olma halidir. Öte yandan hiç kuşku yok ki yoksulluk, sosyal dışlanma ile birlikte ele alınması gereken bir sorundur. Çünkü insan toplumsal bir varlıktır. Ancak yoksulluk insanların toplum yaşamından uzaklaşacak düzeyde yoksun olmalarına ve sosyal yurttaşlık haklarından mahrum kalmalarına neden olur."

Yoksulluk konusunda yukarıda aktarılan tanımlardan hangisini kabul ediyorsak olalım aslında bizler biliyoruz ki; yoksulluk, hayat boyu sağlıktan, üretken bir hayattan, ortalama bir hayat standardından, özgürlükten, kendine güvenden ve saygınlıktan mahrum olma halidir. Öte yandan hiç kuşku yok ki yoksulluk, sosyal dışlanma ile birlikte ele alınması gereken bir sorundur. Çünkü insan toplumsal bir varlıktır. Ancak yoksulluk insanların toplum yaşamından uzaklaşacak düzeyde yoksun olmalarına ve sosyal yurttaşlık haklarından mahrum kalmalarına neden olur. Gerçekten de yapılan çalışmalar yoksulluğun sosyal dışlanma nedenleri arasında Türkiye’de ilk sırada yer aldığını göstermektedir (3). Eğitim seviyesi, giyim-kuşam, etnik köken, şive ve dini inanç ile mezhep konuları ise Türkiye’deki diğer sosyal dışlanma nedenleridir (3). Ancak yoksulluğun sosyal dışlanma nedenleri arasında ilk sırada gelmesine karşılık Türkiye’de yoksulluk sorununun yeterince sorgulanmadığı da açıktır.

"İlginçtir ki küreselleşmeyle birlikte refahın ve demokrasinin yükseldiğinin iddia edildiği bu dünyada, OECD'ye bağlı 24 ülkenin 17'sinde yoksulluk içinde yaşayan çocuk oranı son on yıl içerisinde artmıştır (11). Örneğin Sağlık ve Milenyum Kalkınma Hedefleri adlı rapora göre sosyoekonomik eşitsizliğin en yüksek olduğu 14 Afrika ülkesinde 5 yaş altındaki çocuk ölüm oranları 1990 yılından daha yüksek seviyelerde bulunmaktadır (12). Ayrıca Dünya Bankası verilerine göre 1980 yılında 800 milyon olan yoksul sayısı, 1990 yılında 1 milyara; 2000 yılında 1.2 milyara ulaşmıştır. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın 2005 yılında açıkladığı İnsani Gelişme Raporu'na göre dünyada 2.5 milyar insan günde iki dolardan az parayla yaşamak zorundadır."

Sağlığı bedenlen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak kabul ediyorsak, aslında sağlığın her şeyden önce gelir, barış ortamı, eğitim, barınma, beslenme, ekosistem, sosyal adalet, eşitlik ve sürdürülebilir kaynaklarla ilişkili olduğunu da kabul ediyoruz demektir. Oysa neo-liberal ideolojik hegemonya nedeniyle sağlık günümüz dünyasında bu faktörlerden bağımsız olarak sıklıkla sitokinler ve nörotransmitterler üzerinden tartışılmaktadır. Oysa biz hekimler, Türk Tabipleri Birliği Hekimlik ve İnsan Hakları Bildirgesi'nde de tanımlandığı gibi (4), sağlık hakkının, ancak sağlığın temel belirleyicileri olan barınma, temiz su kaynaklarına erişebilme, temiz bir çevrede yaşama, yeterli beslenme gibi etmenlerle gerçekleşmesinin mümkün olacağını bilmek ve bu konudaki toplumsal sorumluluğumuzun farkında olmak zorundayız. Ancak "tarihin sonu"nun geldiğinin iddia edildiği bir dünyada, sağlığı belirleyen bu temel faktörler açısından dünya genelinde büyük bir eşitsizliğin yaşandığı ve insanların -özellikle çocukların- yoksulluğun yol açtığı sağlık sorunları nedeniyle öldüğü bilinmektedir (5, 6).

Gerçekten de yoksulluk dezavantajlı bir grup olarak en çok çocukları etkiler. Örneğin Türkiye'de bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızının 1993-2003 yılları arasında düşmesine rağmen, artan yoksulluğun bir yansıması olarak düşüş oranı kırsalda daha azdır. 2003 yılında kır/kent oranı hem bebek ölüm hızı hem de beş yaş altı ölüm hızı açısından 1993'den daha kötüdür. Benzer biçimde yoksulluktan etkilenen sağlık ölçütleri olarak tanımlanan düşük doğum ağırlığı, düşük rutin bağışıklama oranı, yetersiz emzirme oranı ve fiziksel-zihinsel engel görülme sıklığı da doğuda ve kırsalda daha yüksektir (7). Öte yandan 2003 yılında en yoksul hanelerde saptanan bebek ölüm hızı en zengin hanelere kıyasla 4.7 kat; beş yaş altı ölüm hızı ise 3.5 kat daha fazladır (8). Sözüün özü Gini

katsayısına göre Meksika'dan sonra en kötü gelir dağılımına sahip olan (9) Türkiye'deki bu eşitsizliğin anlamı "yoksul çocuk ölümleri"dir. Öte yandan çocukların yeterli bağışıklama açısından dünya genelinde gelir dağılımı dengesizliğine uygun bir eşitsizliğin olduğu herkes tarafından bilinmektedir. Ancak ilginç olarak gelişmekte olan ülkelerin yanı sıra Çin ve Hindistan gibi ekonomisi güçlü ülkeler dahi kendisini bu girdaptan kurtaramamıştır (10).

İlginçtir ki küreselleşmeyle birlikte refahın ve demokrasinin yükseldiğinin iddia edildiği bu dünyada, OECD'ye bağlı 24 ülkenin 17'sinde yoksulluk içinde yaşayan çocuk oranı son on yıl içerisinde artmıştır (11). Örneğin Sağlık ve Milenyum Kalkınma Hedefleri adlı rapora göre sosyoekonomik eşitsizliğin en yüksek olduğu 14 Afrika ülkesinde 5 yaş altındaki çocuk ölüm oranları 1990 yılından daha yüksek seviyelerde bulunmaktadır (12). Ayrıca Dünya Bankası verilerine göre 1980 yılında 800 milyon olan yoksul sayısı, 1990 yılında 1 milyara; 2000 yılında 1.2 milyara ulaşmıştır. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın 2005 yılında açıkladığı İnsani Gelişme Raporu'na göre dünyada 2.5 milyar insan günde iki dolardan az parayla yaşamak zorundadır (13). Türkiye'de de çocuk yoksulluğunun önemli bir sorun olduğunu biliyoruz. Gerçekten de Türkiye'de 16 yaş altı nüfusun %34'ü göreceli yoksulluk riski altında yaşamaktadır (14). Veriler yıllar içerisinde dünyada yoksulluğun nicelik olarak arttığını, dahası gençleri, "öteki"leştirilen etnisiteleri ve kadınları daha sık etkisi altına aldığına işaret etmektedir.

Yeterli ekonomik gelire sahip olmama, uygun barınma koşullarında yaşamama, temiz su kullanmamanın ise hastalık anlamına geleceği açıktır. İşte bu nedenledir ki bu dünyada her yıl beş yaş altında on milyon çocuk tedavisi mümkün hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Ve ne yazık ki bu sorun aşağıdaki sınırlardan da görüleceği üzere çocuklara ağır bir travma olarak yansımaktadır (15):

- "Ben 9 yaşındayım. Sizlere maddi durumumuzdan ve kafamda, suratımda ayaklarımda ve bir çok yerimde çıkan mantar hastalığından bahsetmek istiyorum. Maddi durumumuz el vermediği için hastaneye gidemedim. Bu durum beni çok üzüyor ve sürekli ağlıyorum. Dışarıya çıkmak istemiyorum. Arkadaşlarım sürekli benimle alay ediyorlar. Doktor beni Erzurum'a sevk etti ama paramız olmadığı için gidemedik. Durumum gittikçe kötüleşiyor. Düşünüyorum da keşke dünyaya hiç gelmeseydim. Annemin psikolojik sorunları var. Fakirlik ailemizdeki herkesin dengesini bozdu. Almak istediğim hiçbir şeyi alamıyorum. Okula giderken arkadaşlarım gibi güzel elbiseler alamıyorum. Bir bisikletim olmasını çok isterdim. Yatağımız dahi yok. Halının üzerinde uyuyoruz."

- "Ben Seda... çok param olsaydı ve satılık olsaydı sağlık alırdım."

Öte yandan ne yazık ki yoksulluğun kadın cinsiyet üzerindeki etkisi de çocuklarda olduğu gibi ölümcüldür. Bu çerçevede "uygar" dünyada -çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere- her yıl 530 bin kadın hamilelik veya doğum sırasında ölmektedir (16). Benzer biçimde yoksulluğun bir sonucu olarak hamile ka-

dınların sadece %8'inden azının çocuğa HIV geçmesini önleyen tedaviye erişme olanağına sahip olması (16), tüm dünyanın utanması için yeterli bir neden değil midir?

Bilindiği gibi beslenme sağlığı belirleyen temel bir değişkendir. Bireylerin besin gereksinimi ise yaşına, cinsiyetine, fiziksel aktivite durumuna ve hastalık durumuna göre değişkendir. Oysa tüm dünyada besin ihtiyacını belirleyen faktör sosyoekonomik eşitsizliktir. Gelir düzeyi düşük aileler temel besin kaynaklarını uzun halk ekmek satış kuyrukları ve akşam pazarlarından karşılarken; yüksek gelirli aileler kolaylıkla protein değeri yüksek besinlere ulaşabilmektedir. Türkiye'de hane halkı gelir dağılımı incelendiğinde ilk %20'lik grupta yer alan hane başına gelir kentsel alanda 203.146.000; kırsal alanda 134.569.000 TL iken; bu değerler beşinci dilimde sırasıyla 2.407.049.000 ve 1.781.038.000 TL'dir (17). 2005 yılı verilerini dikkate aldığımızda en zengin yüzde 20'lik grubun yıllık kullanılabilir gelirden aldığı pay, en yoksul yüzde 20'lik grubun aldığı payın 7.28 katıdır (18). Forbes dergisinin dünya zenginleri listesi dikkate alındığında ise en zengin 25 Türk, Türkiye gelirin %2.5'ünü, en zengin 100 Türk ise %7'sini almaktadır -ki bu %7 oranı Türkiye'de 14 milyonun gelirene eşittir- (19). Ancak unutmamalıyız ki Türkiye'nin gelir dağılımı eşitsizliği bugüne özel bir sorun değildir. Gerçekten de veriler Türkiye'deki gelir dağılımının 1980-90 arasında alt ve orta gelir gruplarının aleyhine bozulmaya başladığını ve bu kötüleşme halinin 2000-2005 yılları arasında da devam ettiğini göstermektedir (14). Benzer biçimde 2006 yılı itibarıyla da Türkiye'deki toplam gelirin %47'sinin en zengin %20'lik nüfusa gittiğini ve bu grubun gelirin en yoksul %20'lik nüfusun gelirinden sekiz kat fazla olduğunu biliyoruz (14).

Sosyoekonomik eşitsizliğin var ettiği bu çarpıklığın sağlıklı bir hayata yol açmayacağı aşikârdır. Türkiye'deki ailelerin yaklaşık %15'inin ciddi açlık sorunuyla karşı karşıya olduğu ve insan beyninin gelişiminin dengeli beslenme ile paralel olduğu düşünüldüğünde yoksulların entelektüel yeteneğinin de kısıtlı olması sürpriz değildir (20). Gebelikte ve erken çocukluk dönemindeki dengesiz beslenme ve demir, çinko, folik asit ve B vitamininden fakir gıda alınması nedeniyle yeterli zekâ kapasitesine ulaşamayan yoksulların bu dezavantajlı durumları eğitim haklarının da önünde temel bir engeldir. Baysal ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada aynı yaş grubundaki yüksek gelirli özel okul çocuklarının boyu, düşük gelirli çocuklara göre 12-15 cm daha uzun olduğu; özel okul çocuklarının çoğunluğu her gün süt içerken, devlet okulundaki çocuklardan bu olanağına sahip olanların oranı %13'ü geçmediği görülmektedir (20).

Öte yandan düşük gelirli ailelerin çocuklarının büyük bir bölümü çarık olarak iş hayatında aktif bir rol oynamaktadır. Gerçekten de Türkiye'de 6-17 yaş grubundaki çocukların %6'sının

iktisadi getirisi olan bir işte çalışmakta ve çalışan bu çocukların %70'i okula gitmemektedir (14). Ancak daha fazla kar etmek uğruna işgüvenliği tedbirlerinin sıklıkla ihmal edildiği bu ortamlar hastalık gelişimi için risk faktörüdür. Uluslararası Çalışma Örgütü, çocukların %37'sinin kimyevi maddelerin yol açtığı tehlikelerin farkında olmadığını; çocukların %25'inin dengeli aydınlanma düzeyini, %24.8'inin normal ve yüksek gürültü düzeyini ayırt edemediğini; çalışan çocukların çoğunluğunun aile bütçesine katkıda bulunabilmek için okulu yarıda bırakan ve haftada 60-65 saat çalışan gençler olduğunu dile getirilmektedir (21). İstanbul'da pazarda çalışan çocukların sağlık durumunun araştırıldığı bir çalışmada ise, çocuklarının %43'ünün yorgunluk/halsizlik, %28'inin bel ağrısı, %21'inin ayak ağrısı veya burun kanaması, %9'unun sırt ağrısı olduğu saptanmıştır (22). Aynı çalışmada günde 12 saatten daha fazla pazarda çalışan bu çocukların %39'unun tedavi gerektiren bir sağlık sorunu olduğu; %36'sının kesici bir aletle yaralandığı; %32'sinin son bir yıl içinde pazarda kaza geçirdiği saptanmıştır (22). Ayrıca ailelerine ekonomik katkı yapmak için eğitimlerini bırakıp pazarda çalışmaya başlayan bu çocukların oldukça yüksek oranda sağlık sorunu yaşamasına rağmen, %74'ünün sosyal güvencesi olmaması sürpriz bir sonuç değildir (22).



Ancak Türkiye'nin çalışma hayatındaki sorunlar sadece çocuklarla sınırlı değildir. Bu çerçevede 2008 yılı için tarım sektöründe çalışanların %38'i, ücretsiz aile işçilerinin %32'si, yevmiyeli çalışanların %29'u ve kendi hesabına çalışanların %24'ü yoksuldur (14). Öte yandan 2001-2007 yılları arasında Türkiye'deki tüm ücretlerin Gayri Safi Yurt İçi Hasıla içerisindeki payı, 1995-2000 yıllarına kıyasla %5.7 oranında düşmüştür -ki bu düşüş oranı ile Türkiye OECD ülkeleri arasında ücretlerde düşme sıralamasında birinci sıraya oturmuştur (14). Öte yandan sendikaya üye olan çalışanların yoksulluk oranının sendikalı olmayan çalışanlara kıyasla çok daha az olması (23), sınıfsal mücadelenin çok da güçlü olmadığı Türkiye'de dahi yoksulluğun ancak örgütlü mücadele ile aşılabileceğini herkese göstermektedir.

Çocukluktan başlayan ve sağlık düzeyini doğrudan etkileyen bu sınıfsal ve toplumsal eşitsizlik yükseköğrenim aşaması da dahil olmak üzere bir yaşam boyu sürmektedir. Sosyoekonomik eşitsizliğin etkilerinin ana rahminden başlayarak hayat boyu etkili olduğunun en önemli göstergesi, enfeksiyöz hastalıklar gibi nedeni mikroorganizmalar olan hastalıkların dahi bu eşitsizlikten etkilenmesidir. Örneğin Güney Afrika'da yapılan bir araştırmada alkol bağımlılığı, düşük vücut kitle indeksi, eğitim düzey düşüklüğü, ev halkının mal varlığının azlığı, işsizlik ve sigara alışkanlığının tüberküloz riskini arttırdığı gösterilmiştir (24). Ayrıca Türkiye'de 2003 yılında tanı alan toplam 733 tüberküloz hastasının %79.3'ünün herhangi bir işte çalışmadığı, %30.7'sinin iş bulma güçlüğü çektiği, %51.4'ün ortalama gelirlerinin 210

"Literatür verileri işgüvencesi ile sağlığın oldukça korele olduğunu, işgüvencesiz bir çalışma hayatının kronik hastalıklar başta olmak üzere pek çok sağlık sorununa neden olduğunu göstermektedir. Bu çerçevede esnek üretimin bir yansıması olarak ani tükenme sendromu (Karoshi) dikkat çekicidir. Çalışma saatlerinin uzaması ve düzensizleşmesi, düşük gelir ve belirsizlik, çalışanlar arasındaki acımasız rekabet organizmada dayanma gücünü arttıran sempatik sistemi aktive etmekte, ancak artan adrenalin ve noradrenalin bir süre sonra kalp krizi, felç, serebral tromboz, kalp yetmezliği gibi ölümcül sağlık sorunlarına neden olmaktadır."

doların altında olduğu, %42.0'ünün yaşadığı ekonomik sorunu çözemediği ve %80.6'sının aynı evi 1-4 kişi ile paylaştığı saptanmıştır (25).

Öte yandan yapılan pek çok çalışma yoksulluğun sağlıksız bir hayat kadar toplumsal dışlanmaya da yol açtığını göstermektedir. Örneğin Türkiye'de tüberküloz tanılı askerlerin illere göre dağılımının incelendiği bir araştırmada memleketlere göre tüberküloz görülme oranının, ilin milli gelir dağılımı ile anlamlı oranda korele olduğu saptanmıştır (26). Brezilya'da yapılan başka bir çalışmada da Türkiye'dekine benzer biçimde tüberkülozun toplumsal dışlanmanın en yoğun olduğu, alt yapı hizmetlerinin en sorunlu olduğu kentlerin çeperlerinde en yüksek olduğuna işaret etmektedir (27). Ama sanıldığı gibi bu ilişki sadece tüberküloz hastalığı için geçerli değildir. Örneğin Antalya'da çocuklar üzerinde yapılan bir araştırmada babanın gelirinin düşük olmasının çocuklarda ishal oranını beş kat artırdığı saptanmıştır (28). Edirne il merkezinde 833 öğrenci üzerinde yapılan bir araştırmada ise sosyoekonomik düzeyin iyileşmesiyle vücut kitle endeksi ve akciğer kapasitesinin anlamlı oranda arttığı ve kendine ait odası olanların sistolik kan basınçlarının daha yüksek ve boylarının daha uzun olduğu saptanmıştır (29). Son olarak Gaziantep'te sokakta çalışan-yaşayan çocukların durumlarının araştırıldığı bir çalışmada aile reislerinin %41'inin marjinal işlerde çalıştığı; %28'inin işsiz olduğu; ailenin %41'inin toplam net gelirinin 300 YTL'nin altında bulunduğu; %49'unun sosyal güvencesinin yeşil kart olduğu; %24'ünün sağlık harcamalarını cepten karşıladıkları ve %89'unun dengeli beslenmediği saptanmıştır (30). Bu verilerle sürpriz olmayacak biçimde aynı çalışmada annelerin en az bir ve daha fazla sayıda ölü doğum ve düşük yapma oranları sırasıyla %87 ve %86'dır (30).

Son olarak kapitalist sistemin dünya çapında finansal krize girdiği bugünlerde ekonomik krizlerin sağlık alanına olan etkisini de dikkatle irdelemek gereklidir. Gerçekten de ekonomik krizlerin sağlık alanına olan en önemli etkisi işsizlik ve ücret düşürülmesi biçiminde kendisini gösteren gelir azalmasıdır. Gelir düzeyinin beslenme başta olmak üzere sağlık durumunu etkileyen pek çok faktörle içiçe olduğu ve kriz dönemlerinde hem kamunun hem de bireyin sağlık harcamalarında kısıntıya gittiği bilinmektedir. Bu bağlamda Manisa ilinde yapılan bir çalışmada sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık düzeyi üzerine en etkili sosyoekonomik değişkenin annenin eğitimi olduğu; bunu hane reisinin sosyal statüsü, sosyal güvence ve gelir durumunun izlediği gösterilmiştir (31).

Literatür verileri işgüvencesi ile sağlığın oldukça korele olduğunu, işgüvencesiz bir çalışma hayatının kronik hastalıklar başta olmak üzere pek çok sağlık sorununa neden olduğunu göster-

mektedir. Bu çerçevede esnek üretimin bir yansıması olarak ani tükenme sendromu (Karoshi) dikkat çekicidir. Çalışma saatlerinin uzaması ve düzensizleşmesi, düşük gelir ve belirsizlik, çalışanlar arasındaki acımasız rekabet organizmada dayanma gücünü arttıran sempatik sistemi aktive etmekte, ancak artan adrenalin ve noradrenalin bir süre sonra kalp krizi, felç, serebral tromboz, kalp yetmezliği gibi ölümcül sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Japonya Ekonomik Planlama Kurumu, 1994 yılı için 1000 civarında Karoshi vakası olduğunu düşünmektedir (32). Oysa yoksulluk politik bir sorundur ve ölümüne çalışma ortamları yaratarak çözülemez. Zaten Birleşmiş Milletler 2006 yılı İnsani Gelişme Raporu da bu politik sorunu açık biçimde gözler önüne sermektedir. Söz konusu rapora göre dünyada en fakir yüzde 20'lik kesim dünya gelirinin yalnızca yüzde 1.5'ini; en fakir yüzde 40'lık dilim ise toplam gelirin %5'ini almaktadır. Dünya nüfusunun %80'i ortalama dünya geliri olan 5533\$'dan daha düşük gelir elde etmekte ve dünyanın en zengin ilk 500 kişisinin yıllık geliri -servetleri hariç olmak üzere- dünyanın en fakir 416 milyon kişisinin yıllık gelirinin toplamına eşittir (33).



Son Söz Yerine

Yazı kapsamında sunulan veriler sağlık durumunu belirleyen temel dinamiğin sosyoekonomik eşitsizlik ve bu eşitsizliğin yarattığı dışlanma olduğuna işaret etmektedir. Oysa neoliberal ideolojik hegemonya sosyal devleti zayıflatmak ve tasfiye edebilmek için, sağlığın sınıfsal ve toplumsal kimliklerle ilişkisini kesmekte, toplumsallığı fiilen ortadan kaldırmakta ve sağlığı medikalize ederek sağlık sorununu bireyin bireysel sorunu haline getirmektedir. Öte yandan insanlık adına utanılması gereken bu gerçeklerin yaşandığı dünyada her yıl silahlanmak için yaklaşık 956 milyar\$ kaynak ayrılabilen ve dahası günümüz dünyasında haksız ticaret nedeniyle 700; borçlanma yoluyla 382 ve sermaye kaçıışı sonucunda 160 milyar dolar kaynak kaybedilebilmektedir (34).

Hiç kuşku yok ki yoksulluğun neden olduğu sağlık sorunlarını azaltmak için sadece formel sektörde çalışanları değil, tüm yurttaşları evrensel bir sağlık güvencesine alan, çocuk ve yaşlıları özel olarak gözetken, tabana yayılmış bir vergilendirme sistemi ile fonlanan bir sosyal güvenlik sisteminin ve çalışmaya endekslenmeyen bir yurttaşlık gelir hakkının hayati öneme haiz olduğu açıktır. Ancak ne yazık ki hem Türkiye hem de dünyada neoliberal politikaların bir yansıması olarak katkı payı, prim, cepte ödeme gibi uygulamalar üzerinden şekillenen sağlık ve sosyal güvenlik reformları hayata geçirilmektedir. Bu bağlamda sağlığın neoliberal bu dönüşümünün mevcut eşitsizliklerin yol açtığı sorunları ortadan kaldırmak yerine onları derinleştirecek olduğunu aslında hepimiz biliyoruz. Ama “bilmek” demek, aslında Kant’ın ifadesiyle her türlü bedeli göze alarak bildiğini söylemeye cüret etmek demektir. Ancak çok açık ki aslında hiçbirimiz bedel ödemek istemiyoruz. Ve işte bu nedenledir ki Brezilyalı yazar Carolina Maria de Jesus’un ifade ettiği gibi bu dünyada “yaşamaktan daha zor bir şey yoktur”.

KAYNAKLAR

- Öztürk M, Çetin BI. Dünyada ve Türkiye’de yoksulluk ve kadınlar. J Yasar University 2009; 3: 2661-2698.
- Ergül Ş. Yoksulluk ve sağlık ilişkisi ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 8: 95-104.
- Adaman F, Keyder Ç. Türkiye’nin büyük kentlerinin geçekonu ve çöküntü mahallelerinde yaşayan yoksulluk ve sosyal dışlanma http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2006/study_turkey_tr.pdf
- Türk Tabipleri Birliği Hekimlik ve İnsan Hakları Bildirgesi. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/etik_bldgeler2010.pdf
- Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. Comparative quantification of health risks: global and regional burden attributable to selected major risk factors. Geneva: World Health Organization; 2004.
- People’s Health Movement. Global health watch 2. <http://www.phmovement.org/en/ghw2> ve <http://www.ghwatch.org/>
- Elbek O. Yoksulluk ve sağlık. Birikim 2009; 243: 55-59.
- Eryurt MA, Koç İ. Yoksulluk ve çocuk ölümlüğü: Hanehalkı refah düzeyinin çocuk ölümlülüğü üzerine etkisi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009; 52: 113-121.
- OECD. Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries, OECD, 2008.
- Narayan R, Unnikrishnan PV. Health for all now. Revive Almaata!, National Printing Press, India, www.phmovement.org (Erişim Tarihi: 16 Kasım 2008).
- UNICEF. Çocuk yoksulluğunun önlenmesi. http://www.unicef.org/turkey/pc/_cp28.html, 2006 (Erişim Tarihi: 16 Kasım 2008)
- WHO, Health and Millenium Development Goals. www.who.int/mdg/publications/MDG_Report_revised.pdf (Erişim Tarihi: 16 Kasım 2008).
- UNDP. Human Development Report 2005. <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/> (Erişim Tarihi: 16 Kasım 2008).
- Candaş A. Ayşen Candaş Türkiye’de eşitsizlikler: Kalıcı eşitsizliklere genel bir bakış. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu, Haziran 2010. http://www.aciktoplumvakfi.org.tr/pdf/turkiyede_esitsizlikler.pdf (Erişim Tarihi: 20 Aralık 2010).
- Uyan P. Çocuklar yoksulluğu anlatıyor: ‘1001 Çocuk, 1001 Dilek’ projesi-çocuk mektupları. İstanbul Bilgi Üniversitesi, http://www.deyam.org/raporlar/cocuk_yoksullugu_anlatiyor_2006.pdf, 2006. (Erişim Tarihi: 16 Kasım 2008).
- UNDP-Türkiye. http://www.undp.org.tr/undp/undp_tur/AnaSayfa.asp (Erişim Tarihi: 25 Eylül 2008).
- T.C. Sağlık Bakanlığı & Başkent Üniversitesi. Hane halkı araştırması. Ankara. Aralık 2003.
- Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013), 26215 nolu TBMM Kararı, 2006.
- Sönmez M. 100 zengin Türk, 14 milyon sefil Türk’e bedel... http://www.sendika.org/yazi.php?yazi_no=10262, 12 Mart 2007 (Erişim Tarihi: 16 Kasım 2008).
- Baysal A. Sosyal eşitsizliklerin beslenmeye etkisi. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25: 66-72.
- Alpan Y. Yoksulluğun pençesindeki çocuklar. Çalışma Ortamı Dergisi 2007; 94: 2-3.
- Kolaç N, ve ark. Pazarda çalışan çocukların çalışma durumları ve sağlık durumları. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2006; 26: 30-6.
- Canbay T, Selim S. Türkiye’de hanehalkı yoksulluğu. Ege Akademik Bakış 2010; 10 (2): 627-649.
- Harling G, et al. The social epidemiology of tuberculosis in South Africa: A multilevel analysis. Sos Sci 2008; 66: 492-505.
- Balbay Ö. Sosyal ve ekonomik boyutuyla Türkiye’deki tüberküloz hastaları. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 2: 5-14.
- Çiftçi F, ve ark. Tüberkülozlu asker hastaların coğrafi dağılımı. Toraks Dergisi 2006; 7: 40-4.
- Vendramini SH, et al. Tuberculosis risks and socio-economic level: a case study of a city in the Brazilian south-east, 1998-2004. Int J Tuberc Lung Dis 2006; 10: 1231-5.
- Belek İ, ve ark. Antalya Ahatlı bölgesinde 0-59 aylık çocuklarda malnütrisyonu etkileyen risk faktörleri: bir vaka kontrol çalışması. Sağlık ve Sosyal Yardım Dergisi 1997; 4: 35-44.
- Aktürk Z, ve ark. Yoksulluk ve sağlık: Sosyoekonomik düzeyin boy, kilo, kan basıncı ve peakflowmetre düzeyleri ile ilişkisi. <http://www.aile.net/sunum/index.htm>, Deniz Feneri Derneği Yoksulluk Sempozyumu, 2003 (Erişim Tarihi: 16 Kasım 2008).
- Gaziantep Büyükşehir Belediyesi. Sokakta yaşayan ve çalışan çocuklar koordinasyon merkezi 2006 anket sonuçları. Gaziantep, 2006.
- Nesanır N, ve ark. Manisa ili’nde bir sağlık ocağı bölgesi’nde sağlıkta eşitsizlikler. STED 2005; 14: 221-8.
- TTB-MSG Dergisi Yayın Kurulu. Esnek istihdam ve sağlık. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2006; 28: 6-9.
- UNDP. Human Development Report 2006. <http://hdr.undp.org/hdr2006/pdfs/report/HDR06-complete.pdf>
- Alison Katz. New global health: A reversal of logic, history and principles. Soc Med 2008; 3 (1): 1-3.

Eşitsizliğin Bedeli: Sosyal Dışlanma Psikozları Neden ve Nasıl Arttırıyor?

Tolga BİNBAY

Uzm. Dr., Atatürk Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, Sinop

Kişinin bir topluluk içinde, topluluğun çoğunluğundan farklı özelliklere sahip olması ve bu özelliği nedeniyle yadırgandığını düşünmesi psikotik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir mi? Örneğin beyazların çoğunlukta olduğu bir ülkede zenci olmak, evli çiftlerin çoğunlukta olduğu bir mahallede bekâr olmak, ortamda konuşulan dili bilmemek, gelir düzeyi yüksek olanların yaşadığı bir semtte yoksul olmak, başarılı öğrencilerin arasındaki birkaç başarısızdan birisi olmak gibi durumlar psikotik bozukluklara yol açabilir mi?

İlginçtir ama farklı ülkelerde, farklı örneklemeler ya da nüfus örneklerinde yapılmış araştırmalar bu sorulara evet yanıtı vermektedir. Sosyal dışlanma ve ayrımcılığın psikotik bozukluklara, özellikle de şizofreniye yol açtığına dair güçlü kanıtların sayısı her yıl artmaktadır.

Birey-Çevre Etkileşimi için Kanıtlar

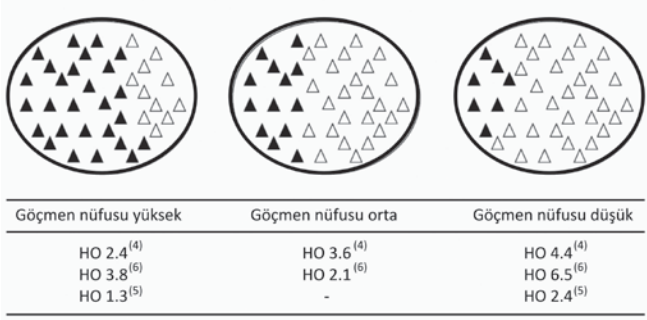
Psikotik bozukluklar birey-çevre etkileşimi gösteren bir etiyolojik mekanizmaya sahip görünmektedir (1). Bu etkileşime dair en önemli bulgular göçmen araştırmalarından gelmektedir (2). Göçmenler arasındaki şizofreni sıklığını (insidans) araştırmanın yapıldığı ülkenin yerlileri arasındaki sıklık tahminleri ile karşılaştıran araştırmaların meta-analizi birinci ve ikinci kuşak göçmenlerin yaklaşık 3 kat daha yüksek risk altında olduğunu göstermiştir (2). Alt grup analizleri ise çarpıcı bir bulguya sahiptir. Eğer göçmenlerin geldikleri ülkeler zencilerin yoğun olarak yaşadığı ülkelere risk 5 kata kadar artmaktadır (2). Yani siyah deri rengine sahip bir kişi beyazların çoğunlukta olduğu bir ülkeye göç ederse risk daha yüksek olmaktadır. Söz konusu bulgu şizofrenide psikososyal olum-



suzlukların bir payı olduğuna işaret eden en önemli kanıttır (3).

Bilimsel kaynaklarda “etnik yoğunluk etkisi” olarak yerleşen bir diğer bulgu ise göçmenlerle ilgili olan ve şizofreni etyopatolojisine katkıda bulunan bulguları biraz daha ilerletmiştir. Özellikle şizofreni başta olmak üzere psikotik bozuklukların göçmen gruplarındaki yaygınlığı göçmen nüfusunun daha yoğun olduğu semtlerde daha düşük olmaktadır (4-6). Bir başka ifadeyle psikoz sıklığı yerleşim biriminin etnik yoğunluğu ile ters orantılı bir ilişki göstermektedir.

Diğer yandan göçmenler için algıladıkları ayrımcılık önemli görünmektedir. Bir göçmen topluluğu ne kadar çok ayrımcılığa uğradığını algılıyor ve ifade ediyorsa şizofreni sıklığı o göçmen gurubunda o kadar yüksek olmaktadır (7). Örneğin



Yakın zamanlı araştırmalarda mahallelerin göçmen (etnik azınlık) yoğunluğuna göre şizofreni için göçmenlerde saptanan bız oranları (HO). Oranlar, göçmenlerdeki hastalık sıklığının araştırmaların yapıldığı ülkelerin yerlilerinde saptanan hastalık sıklığına bölünmesiyle elde edilmiştir. Araştırma kaynakları parantez içinde belirtilmiştir.

Hollanda'da yaşayan Türkiye kökenliler, Fas kökenlilere göre daha az ayrımcılık bildirmektedir ve yine Türkiye kökenliler arasındaki şizofreni sıklığı yerli Hollandalılara yakın bir düzeyde seyrederken, Fas kökenlilerde şizofreni riski yaklaşık 5 kat daha yüksektir (8). Ayrıca yüksek ayrımcılık algısı eşik altı belirtilerin de klinik yakınmaya yol açan psikotik belirtilere dönüşmesine neden olmaktadır (9).

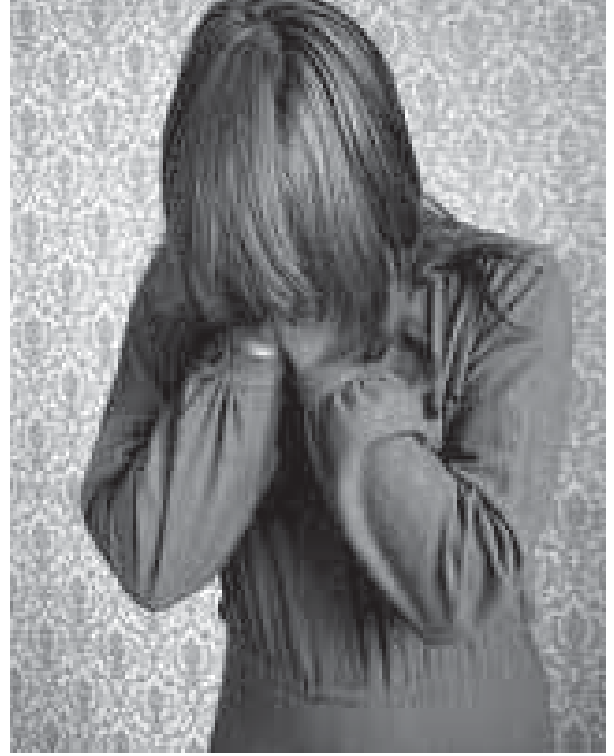
Göçmenleri şizofreni riskine karşı koruyan ya da risk altına sokan sosyal etkenlerden bir tanesi de etnik grup içi ilişkiler olabilir. Keza etnik kimlik ile özdeşimin daha yüksek oranda bildirildiği göçmen gruplarında (örn. Türkiye kökenliler) düşük özdeşim bildiren gruplara göre (örn. Fas kökenliler) daha düşük risk saptanmaktadır (10). Ancak etnik kimlikle yapılan güçlü özdeşimin göç edilen ülkeye uyumu zorlaştırmakta ve psikotik bozukluk riskini arttırabilmektedir (11).

Şizofrenide birey-çevre etkileşimine dair başka kanıtlar da bulunmaktadır. Toplumsal parçalanmışlığın yüksek olduğu bölgelerde büyümek şizofreni riskini arttırmaktadır (12). Evli çiftlerin çoğunlukta olduğu mahallelerde yaşayan yalnız yaşayan bireylerin riski de bekârların çoğunlukta olduğu semtlerde yaşayan yalnızlara göre daha yüksek olduğuna dair bir araştırma bulunmaktadır (13). Ayrıca şizofreni sıklığı yerleşim biriminin sosyal sermaye düzeyleriyle de (örn. mahalle içi düzensizlik, gündelik toplumsal kontrol ve toplumsal güven) farklılık göstermektedir (14, 15).

Sosyal Dışlanmışlık ve Psikoz

Göçmen ya da azınlık gruplarıyla yapılan araştırmalar psikososyal stresin şizofreni etiolojisinde önemli bir rolü olduğuna işaret etmektedir. Algılanan ayrımcılık, beyaz bir toplumda zenci olmak, göçmenlerin bir arada yaşadığı semtlerde psikososyal stresin daha az etkide bulunması ve etnik kimlikle özdeşim gibi bulgular ise psikososyal stresin içinde barındığı etiyojik süreçleri ve ilişkili olduğu biyolojik mekanizmaların önerilmesini sağlamaktadır (16).

Diğer yandan özellikle göçmen gruplarında yoğunlaşan yoksulluk, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir, ebeveynlerden erken yaştan uzun süre ayrı kalmak, yetersiz sosyal ağ gibi



toplumsal dezavantajlar psikozların göçmen gruplarında daha yüksek olmasına neden olduğunu düşündürmektedir (17). Ancak göçmen bireyin sahip olduğu yoksulluğun olumsuz etkisi ile göçmenlerin bir grup olarak sahip oldukları yoksulluğun olumsuz etkisi farklı özellikler taşımaktadır. Çünkü toplumsal eşitsizliklerle ilgili araştırmalar yoksulluğun

"Diğer yandan özellikle göçmen gruplarında yoğunlaşan yoksulluk, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir, ebeveynlerden erken yaştan uzun süre ayrı kalmak, yetersiz sosyal ağ gibi toplumsal dezavantajlar psikozların göçmen gruplarında daha yüksek olmasına neden olduğunu düşündürmektedir (17). Ancak göçmen bireyin sahip olduğu yoksulluğun olumsuz etkisi ile göçmenlerin bir grup olarak sahip oldukları yoksulluğun olumsuz etkisi farklı özellikler taşımaktadır. Çünkü toplumsal eşitsizliklerle ilgili araştırmalar yoksulluğun yoğunlaştığı bölgelerde sağlığın daha kötü olmasının o bölge içindeki eşitsizlikten ziyade toplumun geri kalanına göre söz konusu bölgenin daha yoksul olmasına bağlı olduğunu göstermektedir. Yani bir toplumda toplumsal katmanlar arasındaki fark ne kadar derinse eşitsizliğin etkisi de o kadar yüksek olmaktadır."

yoğunlaştığı bölgelerde sağlığın daha kötü olmasının o bölge içindeki eşitsizlikten ziyade toplumun geri kalanına göre söz konusu bölgenin daha yoksul olmasına bağlı olduğunu göstermektedir. Yani bir toplumda toplumsal katmanlar arasındaki fark ne kadar derinse eşitsizliğin etkisi de o kadar yüksek olmaktadır (18). Olasılıkla eşitsizlik arttıkça toplumsal rekabet, güvensizlik, bireyler arasındaki mesafe de artmaktadır. Eşitsizliğin bedeli, bireyi ezen bir psikososyal stresin yaşamın farklı dönemlerine yayılması olmaktadır.

Ancak psikiyatri açısından ise yanıtı henüz netleşmemiş bir soru bulunmaktadır. Göçmen gruplarında psikotik bozuklukların daha yüksek olmasına neden olan psikososyal stresin beyindeki etiyolojik mekanizmasının niteliği. Öne sürülen etiyolojik süreçlerden bir tanesi göçmen bireyin psikotik belirtiler ve klinik bir sendrom yaşamasına neden olan genel toplumsal etkenleri “sosyal dışlanmışlık” ile açıklamaktadır. Sosyal dışlanmışlık, bir toplumda alt konumda ya da dışlanan durumunda yer almak olarak tanımlanmaktadır (3). Dışlanmış konumda yer alan birey ya da gruplar maruz kaldıkları süre boyunca toplumun geri kalanına göre daha yüksek bir *duyarlılaşma* yaşıyor olabilirler (19). Keza göçmen gruplarında eşik-altı psikotik belirtiler daha yüksek olmaktadır (20, 21). Farklı biçimlerdeki toplumsal olumsuzlukların mezo- limbik dopaminerjik yolla duyarlılaşmaya yol açtığına dair hem hayvan hem de insan çalışmalarından gelen kanıtlar bulunmaktadır (19). Diğer yandan psikotik belirtilerin ortaya çıkmasında hipotalamus-pituiter-adrenal (HPA) ekseninin fazla etkinlik göstermesi de sorumlu olabilir (17). HPA eksenini ise uzun süreli strese etkinliği artan en önemli biyolojik yolaktır. Bu nedenle göçmenlerin dışlanmışlığa ve diğer toplumsal olumsuzluklara uzun süre maruz kalmaları, psikotik belirtilerin ortaya çıkmasını ve bir sendrom biçiminde (psikotik bozukluk) kalıcılaşmalarına neden olan biyolojik süreçlerin (dopamin sistemi ve HPA eksenini) harekete geçmesine neden olabilir (16).

Dışlanmışlığın Etkisi Önlenebilir Mi?

Bireysel özelliklerle toplumsal özellikler arasındaki çatışmanın ya da uyumsuzluğun psikotik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olduğuna dair bulgulardan yola çıkarak bazı önleyici uygulamalar önerilmektedir (17): Dışlanmanın azaltılması için mahalle içinde kaynaşma programlarının hayata geçirilmesi, özellikle çocukluk çağında yeterli beslenme, özbakım ve aile bütünlüğünün sağlanması için göçmen ailelerini hedefleyen destekler gibi. Bu tür koruyucu girişimlerin elbette ki uzun sürede bir karşılığı olacaktır. Ancak Türkiye gibi nüfus yapısı son 50 yıldır kesintisiz biçimde değişen, göçün hayatın ayrılmaz bir parçasına dönüştüğü, etnik kökenle ilgili karşı karşıya gelişlerin arttığı bir ülkede bu tür bulguların ve önerilerin de bir yeri olmalıdır.

Kaynaklar

1. van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. *Nature* 2010; 468: 203-12.
2. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 12-24.

3. Selten JP, Cantor-Graae E. Social defeat: risk factor for schizophrenia? *Br J Psychiatry* 2005; 187: 101-2.
4. Boydell J, van Os J, McKenzie K, Allardyce J, Goel R, McCreadie RG, Murray RM. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ* 2001; 323: 1336-8.
5. Veling W, Susser E, van Os J, Mackenbach JP, Selten JP, Hoek HW. Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 66-73.
6. Kirkbride JB, Morgan C, Fearon P, Dazzan P, Murray RM, Jones PB. Neighbourhood-level effects on psychoses: re-examining the role of context. *Psychol Med* 2007; 37: 1413-25.
7. Veling W, Hoek HW, Mackenbach JP. Perceived discrimination and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: a case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 953-9.
8. Veling W, Selten JP, Veen N, Laan W, Blom JD, Hoek HW. Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. *Schizophr Res* 2006; 86: 189-93.
9. Janssen I, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, de Graaf R, Vollebergh W, McKenzie K, van Os J. Discrimination and delusional ideation. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 71-6.
10. Veling W, Hoek HW, Wiersma D, Mackenbach JP. Ethnic identity and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: a case-control study. *Schizophr Bull* 2010; 36: 1149-56.
11. Reininghaus U, Craig TK, Fisher HL, Hutchinson G, Fearon P, Morgan K, Dazzan P, Doody GA, Jones PB, Murray RM, Morgan C. Ethnic identity, perceptions of disadvantage, and psychosis: findings from the AESOP study. *Schizophr Res* 2010; 124: 43-8.
12. Zammit S, Lewis G, Rasbash J, Dalman C, Gustafsson JE, Allebeck P. Individuals, schools, and neighborhood: a multilevel longitudinal study of variation in incidence of psychotic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 914-22.
13. van Os J, Driessen G, Gunther N, Delespaul P. Neighbourhood variation in incidence of schizophrenia. Evidence for person-environment interaction. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 243-8.
14. Kirkbride JB, Boydell J, Ploubidis GB, Morgan C, Dazzan P, McKenzie K, Murray RM, Jones PB. Testing the association between the incidence of schizophrenia and social capital in an urban area. *Psychol Med* 2008; 38: 1083-94.
15. Drukker M, Krabbendam L, Driessen G, van Os J. Social disadvantage and schizophrenia. A combined neighbourhood and individual-level analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 595-604.
16. Selten JP, Cantor-Graae E. Hypothesis: social defeat is a risk factor for schizophrenia? *Br J Psychiatry Suppl* 2007; 51: s9-12.
17. Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G, Murray RM. Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. *Schizophr Bull* 2010; 36: 655-64.
18. Pickett KE, Wilkinson RG. Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 426-8.
19. Collip D, Myin-Germeys I, van Os J. Does the concept of “sensitization” provide a plausible mechanism for the putative link between the environment and schizophrenia? *Schizophr Bull* 2008; 34: 220-5.
20. Morgan C, Fisher H, Hutchinson G, Kirkbride J, Craig TK, Morgan K, Dazzan P, Boydell J, Doody GA, Jones PB, Murray RM, Leff J, Fearon P. Ethnicity, social disadvantage and psychotic-like experiences in a healthy population based sample. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 226-35.
21. Vanheusden K, Mulder CL, van der Ende J, Selten JP, van Lenthe FJ, Verhulst FC, Mackenbach JP. Associations between ethnicity and self-reported hallucinations in a population sample of young adults in The Netherlands. *Psychol Med* 2008; 38: 1095-102.

Eşcinseller, Sosyal Dışlama ve Yoksulluk

Şahika YÜKSEL

Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) cinsel sağlık tanımı; "Cinsellik fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerinin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur." şeklindedir. Herkesin cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel ilişkiyi zevk için veya üreme amacıyla yaşama hakkı vardır. Cinsel bir varlık olarak insanın salt bedensel değil; duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklılık halidir. Cinsel sağlık bir kişinin cinsel yaşamını bir zorlama olmadan, mutlu ve zarar görmeden sürdürebilmesidir. İstenmeyen gebelikler, güç kullanma, şiddet ve ayrımcılık riskinden bağımsız olarak cinselliği yaşama halidir. Kişi cinselliği istediği kişi ile ve istediği biçimde yaşmalıdır. İster ikisi de aynı cinsiyetten, ister farklı cinsiyetten olsun kişilerin cinselliği farklı boyutları ile paylaşmaları en doğal insan hakkıdır. İsteyen kişi karşı cinsten bir partnerle, isteyen kişi kendi cinsinden bir partnerle ve istediği zaman, zor baskı altında kalmadan beraber olabilir.

DSÖ cinsellik tanımında aynı karşıt cinsellikte olmak gibi eşcinsellik de tam zamanlı, yaşamın özel ve kamusal alanlarını kapsayan, bir kimlik ve var oluş biçimi olduğunu açıklıkla ifade edilmektedir.

Eşcinsellik: Eşcinsellik biseksüellik ve heteroseksüellik gibi insanda tanımlanan üç yönelimden biri olup bir hastalık değil, yönelim farklılığıdır. "Homoseksüel" sözcüğü, ilk kez Almandada 1824'te Kertbeny tarafından, İngilizcede ise yıllar sonra 1891'de Addington tarafından kullanılmıştır. Heteroseksüel (karşıt cinsel) kişiler karşı cinsten bir partner

seçerken, eşcinsel, lezbiyen, biseksüel kişiler kendi cinsinden partner seçerler. Eşcinsellik iki cinsiyet için de kullanılan bir terimdir. Son yıllarda Türkçede de iki cinsiyet içinde gey terimi de yaygın olarak kullanılmaktadır. Hem kadınlara hem erkeklere cinsel arzu duyan, uyarılan ve iki cinsle de cinsel ilişki kuran kişilere biseksüel denir (GLB). Eşcinseller cinsel kimliklerinin anatomik yapısı ile uyumlu kişiler olup, sadece cinsel arzu ve hayatlarında değil yaşamın tüm alanlarında

"Sosyal dışlama en temel insan haklarına erişmede ve bu hakkı kullanma anlamında yaşanan olumsuzluklar olarak tanımlanabilir. Sosyal dışlama, kişiyi yaşamdan uzaklaştıran maddi ve duygusal yoksulluk içinde olmasını haklarını koruyacak kurumlardan yoksun kalmaları anlamına gelir. Sosyal dışlama çok boyutludur. Kişinin yakınlık kurmasını zorlaştırır, yalıtır, yaşam standartlarını düşürür. Bir bölüm insan cinsel kimliğinden dolayı bazen yaşam boyu veya hayatlarının bazı devrelerinde sosyal olarak dışlanabilirler."

kendilerini "kendi cinsine yakınlık duyan ve/ yaşayan bireyler olarak görürler. Karşıt cinsel olmak gibi, GLB' lik de kişinin kendi isteği ile seçilen bir özellik değildir. Çok erken yaşlarda belirlenmiş bir durumdur. Ama kişinin cinsel kimliğini keşfi zamanla ve aşamalı olur. Cinsel arzu ve fanteziler, cinsel eylem daha sonraki yaşlarda ergenlikle birlikte giderek netleşir.

Homofobi : 1960' larda ortaya çıkan bir kavramdır. Heteroseksist ideolojinin bir ürünü olarak homofobi, karşıt cinsel olmayan kişilerin kimliklerinin yok edilmesi veya gizli kalmasını dayatmaktadır. Homofobi, bir gruba sahip oldukları kimlikleri nedeniyle yöneltilen her türlü

ayrımcılık, olumsuz davranış ve tutumu içerir. Homofobi karşıt cinsel ve eş cinsel kişilerde farklı derecelerde bulunabilir. Homofobi toplumsal olarak beslenen cinsiyetçi politik bir tutumdur. Heteroseksüel olmayan kimliklerin gizlenmesi talebi cinsel bir kaçamağın gizlenmesine sınırlı değildir. Kişilerin kendilerini sahte bir kimlikle karşıt cinsel olarak takdimi beklenir. Bu kendini inkara dayanan, benlik duygusunu olumsuz etkileyen değerler anlayışının hakim olduğu toplumlarda yetişen eşcinsel kişilerde erken yaşlardan, sıklıkla ön

ergenlikten itibaren, kendi cinsine yakınlık duyma korkusu taşır ve homofobik anlayışı içselleştirebilir.

Sosyal Dışlama ve Yoksullaşma

Sosyal dışlama en temel insan haklarına erişmede ve bu hakkı kullanma anlamında yaşanan olumsuzluklar olarak tanımlanabilir. Sosyal dışlama, kişiyi yaşamdan uzaklaştıran maddi ve duygusal yoksulluk içinde olmasını haklarını koruyacak kurumlardan yoksun kalmaları anlamına gelir. Sosyal dışlama çok boyutludur. Kişinin yakınlık kurmasını zorlaştırır, yalıtır, yaşam standartlarını düşürür. Bir bölüm insan cinsel kimliğinden dolayı bazen yaşam boyu veya hayatlarının bazı devrelerinde sosyal olarak dışlanabilirler. Sosyal dışlamanın sadece maddi yetersizlik olmadığı ve yoksulluktan fazlasını içerdiği konusunda akademisyenler ve politikacıların uzlaşmaktadır (Estiville 2003). “Yoksulluk, maddi ve kültürel kaynaklardan yoksun kalındığını ifade eden bir durum ve/veya süreç olarak tanımlanabilir.

Yoksulluğun GLB Bireyler için Farkı Var mı?

GLB’ler homojen bir grup değildir. Farklı sosyoekonomik gruplardan olabilirler. Ortak olan, cinsel yönelimlerinden dolayı, buldukları gruplarda, kimliklerinden dolayı, daha güvencesiz konuma itilme riski taşımalarıdır. Türkiye’de eşcinsel, biseksüel ve transseksüel kişilerin “cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği” nedeniyle ayrımcılığa uğradığı alanların başında çalışma hayatı gelmektedir. Cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği işe giriş aşamasında, işe alınmama nedeni olarak veya sonra öğrenildiğinde işten atılmalarına neden olmaktadır. Transseksüel bireyler kimliklerini açıkça belli ederse, çalışma hayatı içinde yer alması zorlaşmakta ve seks işçiliği mesleğini uygulama seçeneğine sıkıştırılmaktadır. Seks işçiliği suç olmasına rağmen trans bireyler “fuhuş” yaptıkları gerekçesiyle kolluk kuvvetlerinin işkence ve kötü muamelesine maruz kalmaktadır.

Buğra (2005) yoksulluğun salt gelirle ilgili bir mesele olmadığını yoksulluğa bağlı ekonomi dışı, farklı bir boyutun olduğuna dikkati çekmekte. Yoksulluk, iş bulabilmeyle, eğitime erişimle, sağlık hizmetlerine ulaşabilmeyle, başını sokabilecek bir barınma imkânının olmasıyla da yakından ilgili.

Bu konuda Türkiye dışında yapılan çalışmalara bakalım. Kaliforniya Üniversitesi’nde hazırlanan, LGB bireylerin yoksulluk durumunu inceleyen bir rapor 2009 yılında yayınmıştır. Bu raporda, LGB bireyler ve aileleri arasında gelir yoksulluğu oranının, heteroseksüel bireyler ve aileleri arasındaki oran ile hemen hemen aynı olduğu bildirilmiştir. Dolayısıyla, bu raporda eşcinsellerin içinde yaşadıkları toplumdan daha zengin veya daha yoksul olmadığı belirtiliyor. Ama GLB’lerin arasında farklar var. Kadınların, Afrika kökenli Amerikalıların ve kırsal bölgede ikamet edenlerin daha yoksul oldukları görülüyor. Özellikle kadınların aile kurarak ve eşleri üzerinden maddi refah elde etmeleri beklenirken, lezbiyen kadınlar heteroseksüel kadınlara oranla daha yoksullaşıyorlar. Dahası, yoksullukları yaşlandıkça, kronik bir hal alıyor. Başka bir



deyişle, gelir yoksulluğu açısından ABD’de eşcinseller ABD toplumunun özelliklerini yansıtıyor. Raporda altı çizilen bir başka konu, LGB bireylerin kendi ailelerinden, heteroseksüel bireylere oranla kısıtlı oranda maddi destek alabiliyor olmaları. Dolayısıyla, özellikle açık, LGBTT bireylerin çalışarak geçinecekleri bir işe çok fazla ihtiyacı vardır. Oysa, ABD’de genç eşcinseller arasında aileleri ile sorun yaşadığı için evden atılan bireylerin sayısının yüksek olduğu ve evsiz gençlerin neredeyse yüzde 40’ının LGBTT gençlerden oluştuğu bildirilmiştir (Ray 2006).

Bu durumda ne gibi önlemler alınabileceği konusuna odaklanmak gerekir. Hak temelli bir sosyal politika etrafında oluşabilecek bir ittifakın örneğini Avrupa’da görüyoruz. 2010 Avrupa Yoksullukla ve Sosyal Dışlanma ile Mücadele Yılı kapsamında içerisinde Avrupa Yoksullukla Mücadele Ağı (EAPN) adlı bir kuruluş, Avrupa Birliği üye ülkelerinin ilgili bakanlarına bir mektup yollayarak ve EAPN üyeleri Avrupa’daki siyasi iradeyi yoksulluk ve sosyal dışlanmanın yapısal sorunlar olduğunu tanınmaya ve bu yapısal sorunlarla kapsamlı bir biçimde mücadele etmeye çağırmıştır.

Sinsi Travma-Kültürel Travma

Eşcinsellik, biseksüellik ve heteroseksüellik insanda tanımlanan üç yönelimdir. Eşcinsellik bir hastalık değil yönelim farklılığıdır. Uluslararası ve ulusal hekim örgütlerince eşcinsellik heteroseksüellik gibi sağlıklı bir durum olarak kabul edilmektedir. 1973’te APA (Amerikan Psikiyatri Birliği) ve 1990’da DSÖ psikiyatrik tanı sınıflamalarından çıkarılmıştır.

Eşcinselliğin bir ruhsal hastalık olmaktan “bilimsel olarak” çıkartılmış olmasına karşın bu anlayış toplumda dahası profesyoneller tarafından içselleştirmesi için yeterli değildir. Homofobi genel anlamda herkesi etkileyebilen bir anlayış olarak toplumda egemenliğini sürdürmektedir.

Sinsi veya kültürel travmanın varlığı ve etkileri az bilinen bir kavram. Eşcinsellerin bir grup olarak sosyal olarak dışlama tehlikesine açık olduğu tartışılırken sinsi travmayı dikkate almak gerekir. Türkiye, kendi cinsine yakınlık duyan GLB bireylerin kimliklerini görünmez tutarak yaşamak zorunda kaldığı bir toplumdur. Tekrarlayan travmalara maruz kalma veya bu tehdit ile yaşama kaçınılmaz olarak kişilerin ruh sağlığının etkiler. Dışlama ve ayrımcılık örnekleri bireysel ve kurumsal düzeyde yaşanır ve etkileri çıkar. Aileler öğrendiğinde şiddet uygulayabilir, aşırı kontrol edip, sahip olduğu hakları kısıtlayabilir, evden uzaklaşmasına neden olabilir, okulda idareci, öğretmen ve akrabaları tarafından aşağılanırlar, askerlikten çürük raporu verilir, partnerleri ile aynı cinsiyetten oldukları için yasal evlilik hakları yoktur, onlarla ilişkileri uzun süreli olsa bile resmen kabul edilmez ve yasal ortaklık hakları olmaz. Bu tür tutum ve davranışlar sonuçta kişinin sosyal ve ekonomik güvenliğini sürekli olarak tehdit eden bir nitelik kazanabilir. Benlik duygularını etkileyen bu muamelelerle duygusal gelişimlerini de olumsuz olarak etkiler ve kendinden utanç duymasına yol açar. Erken yaşta yaşanan bu travmalar-baskılar kişinin gelişimini derinden ve sürekli olarak etkileyebilir. Bu tür davranışlar arasında, daha sert bir örnek olan nefret suçu, bir kişiye veya gruba karşı ırk, dil, din, cinsiyet ve cinsel yönelim gibi önyargı doğurabilecek nedenlerden ötürü işlenen, genellikle şiddet içeren suçların, Türkiye’de. GLBT bireylere karşı linç ve benzer ciddi zararlıya yol açabilen davranışların arttığı örneklerini görmekteyiz.

Avrupa Komisyonu ayrımcılığa maruz kalan kişilerin aynı zamanda yoksulluğa ve sosyal dışlanma riskine maruz kaldığını kabul etmektedir. Bu ayrımcılıklar ergenlikte yaşanırsa tüm hayatını geleceğini etkileyebilecek ve genci daha kırılğan bir pozisyona itecektir. Ergenlik devresinde evde, okulda ve geniş sosyal çevrede dışlanmanın o ergenin geleceği ve gelişimi üzerinde çok ciddi anlamı vardır. Gelişimi sınırlayıcıdır.

Eşcinsellik hastalık değil ama ayrımcılık, baskı ve travmatik deneyimleri ile eşcinseller ruhsal sorunların oluşması için kırılğanlaştırılabilir. Baskı şiddete maruz kalmaları veya içselleştirdikleri homofobileri ile depresyon ve travmaya bağlı ruhsal sorunlar başta olmak üzere farklı anksiyete bozuklukları heteroseksüellerde göre daha yüksektir. Sayılan ruhsal hastalıklarla yalıtılmışlık, kişinin kendisini olumsuz değerlendirmesi, kabul edememesi kendi içselleştirdikleri homofobisinin rolünün dikkate alınması ve koruyucu ruh sağlığı açısından gerekli önlemler alınması ihmal edilmemelidir. Bu nedenle başta Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu ve Depres-

yonların ve intihar davranışlarının GLB’lerde, heteroseksüellerden daha yüksek oranda rastlanabildiğini bildirilmektedir (Fergusson 1999)

Eşcinsel Kimlik Gelişimi

Eşcinsel kimlik gelişimi karşıtinsel kimlik gelişiminden farklı olarak kendi kimliklerini kabul etmek için farklı bir süreçten geçer. Eşcinsel cinsel yönelim kimlik gelişimi hakkında farklı modeller ileri süren yazarlar var. Bu yazarlardan öne çıkanları Cass 1979, Troiden, 1989; Coleman, 1981/1982. Bu modellerle, GLB bireyin kendi cinsine yönelik ilgisini fark etmesiyle belirginleşen, o zamana kadar geliştirmiş olduğu heteroseksüel kimlikle uyumsuzluk nedeniyle kafa karışıklığı yaşadığı, çevrenin homofobik tepkileri ve reddinden kaynaklanan korku, kaygı, suçluluk ve utanç duyduğu aşamalar tanımlanmıştır. Kişisel gelişim ve çevre ile etkileşimin imkan verdiği ölçüde kişinin bütünlüklü bir kendiliğinin bir bileşeni olarak olumlu bir eşcinsel cinsel yönelim kimliği geliştirdiği gösterilmiştir. Biz çalışmalarımızda Cass’ın (1979) kimlik basamakları formasyonu kullanılmaktadır. Cass’ın tanımladığı

basamaklar şunlardır: 1. kimlik bocalaması, 2. kimlik karşılaştırması, 3. kimlik hoşgörüsü, 4. kimlik kabulü, 5. kimlik guru, 6. kimlik bütünleşmesi.

Son noktada “bütünlük” edinilir. Bu basamaklar herkeste sırayla gitmeyebilir. Birey geliştiğiyle bir ileri bir geri hızlanarak duraklanarak basamakları geçer. Kısaca, Cass’a göre batılı psikolojisinde gelişimin temel taşlarından kendini-gerçekleştirme, kişisel olgunluk, bireyselleşme kişi yetkinleşir. Her basamakta bazı değişiklikler getirir; Açılmadan önce olan ve açılmaya doğru gidebilecek olan devrelerde GLB bireyi heteroseksüelleştirmeye kalkışan

“iyi niyetli” birçok ruhsağlığı uzmanı kişiye psikoterapi ile de zarar verebilir.

Ruh Sağlığı Uzmanlarına Başvuran GLB Bireyler Ayrımcılığa Maruz Kalabilir

Tarih içinde o dönemin tedavi uygulamalarına uygun olarak farklı yaklaşımlar eşcinselleri değiştirmek için kullanılmıştır. Cinsel yönelimi değiştirmek için psikoanalitik yaklaşımlar, davranışçı tiksindirerek kaçınma oluşturacak, caydırması beklenen, tedaviler uygulanmışsa da bu tedavilerden hiçbiri kişinin kimliğini değiştiremeyeceği için etkin olmamıştır. Eşcinsellik etkin tedavisi olmayan bir hastalık değildir. Hastalık olmadığı için tedavisine yer yoktur. Cinsel yönelimi değiştirmeye kalkışan profesyoneller vardır. Onarım tedavisi olarak tanımlanan bu uygulamalar bilimsel olarak kabul gören yön-



temler değildir. Uygulayanların mesleği kötüye kullanmaktadır. Yirmi birinci yüzyılda, Türkiye’de hala bazı psikoloji ve tıp fakültelerinde eşcinselliğin bir hastalık olduğu şeklinde “ders veren” bazı öğretim üyelerinin olduğunu öğreniyoruz.

Ruh sağlığı çalışanlarının bu süreçte rolü kişiyi eşcinsel ya da heteroseksüel “yapmak” değil, karşılaştığı güçlükleri anlamasını, başetmesini kolaylaştırmak, kendini olduğu gibi kabullenmesini kolaylaştırmak, kendini homofobik tepkilere karşı savunma becerilerini rasyonel şekillerde kullanıp, baskı ve inkar gibi mekanizmaların yersiz kullanımıyla yüzleştirme, gelişiminin doğal seyrini tamamlarken yaşının gerektirdiği olağan becerileri edinmesini desteklemektir.

Diğer cinsel yönelimler gibi eşcinsellik de, irade ile yapılan bir tercih sonucu değildir. Teşvik edilebilir ya da teşvikler sonucu ortaya çıkabilir bir durum değildir. Ruh sağlığı çalışanlarının kimseyi bir cinsel yönelime teşvik etmek gibi bir görevi ve etkisi yoktur.

Türkiye’den Eşcinsellerin Sosyal Dışlanmasının Örnekleri

Türk Ceza Kanununa göre eşcinsellik hiç bir zaman suç olmamıştır. Türkiye’de DSÖ hastalık sınıflamaları kullanılmaktadır. Askere alınmayan veya muaf tutulan eşcinsel kişiler kayıtlara antisosyal kişiler olarak geçer. Hastalık olmadığı bilinmekle birlikte eşcinsel olduğu bilinen veya kendini bildiren erkeklere askerlik yaptırılmaz. Zaman zaman uygulandığını duyduğumuz askerlik muayenesi sırasında, eşcinselliğin kanıtlanması için kişinin cinsel kimliğinin kendi cinsiyetinden biri ile olduğunun görsel malzemelerle belgelenmesi istenmesi insan haklarına ve bu mahrem belgeleri isteyenler doktorların davranışı tıp ahlakına uygun değildir.

2009-2010 yıllarının gazetelerine bakarak halen yaşanan sosyal dışlama örneklerine bir göz atalım; eşcinsel olduğu için damgalanarak işten çıkarılan veya istemeden erken emekli olan polis, imam, hakemlerin öykülerini okuyoruz. Bu haberler mağdurların kimliğini açık ederken onların sadece işten uzaklaşmasına ve ekonomik zarara uğramasına neden olmaz. Aynı zamanda bu kişiler birilerine zarar vermiş gibi takdim edilir. Sanki sahte bir imam bizi aldatmış veya hakem şike yapmış gibi aşağılanarak takdim edilir. Aile ve dost çevrelerine bir anlamda teşhir edilirler. Arkadaşları ona top derken ve alay ederken okuldan uzaklaşan çocuklar eşcinsel oldukları için eşit eğitim haklarını kullanamayan gençlerdir. Okuldan dışlanma kaçınılmaz olarak çalışma hayatında da, “itibarlı” ve daha fazla gelir getiren işler bulma olasılığını, olumsuz etkiliyor.



Gazetelerde bu haberleri okuyan veya görsel basında bunları izleyen henüz çevresinde cinsel kimliğini açıklamamış eşcinsel gençleri sinsi sinsi, korku ve güvensizlik veren bilgilerdir. Bu haberlerin basında yansıma biçimi de basın ahlakına uygun olmamaktadır. Daha önemlisi son aylarda kadın, aile ve din konularında en üst düzeydeki yetkilileri, bilimsel dayanağı olmayan, açıklamalar yaptılar.

"Tarih içinde o dönemin tedavi uygulamalarına uygun olarak farklı yaklaşımlar eşcinselleri değiştirmek için kullanılmıştır. Cinsel yönelimi değiştirmek için psikoanalitik yaklaşımlar, davranışçı tiksindirerek kaçınma oluşturacak, caydırması beklenen, tedaviler uygulanmışsa da bu tedavilerden hiçbiri kişinin kimliğini değiştiremeyeceği için etkin olmamıştır. Eşcinsellik etkin tedavisi olmayan bir hastalık değildir. Hastalık olmadığı için tedavisine yer yoktur."

Bunlardan ilki 6.11.009 tarihinde Diyanet işleri başkanlığından yapıldı. “Din ve Toplum” ana başlığı altında “Sosyal Problemler Karşısında Din ve Diyanet” konusunu ele alan IV. Din Şurası 19. kararda şu ifade yer alıyordu: Eşcinselliğin “cinsel davranış bozukluğu” olarak tanımlanıyor ve eşcinselliğin tedirginlik verici şekilde yayıldığı ve bu yayılışa İslam’ın tavır ve cevabının değişmediği, eşcinselliğin hiçbir şekilde kabul edilemez olduğu belirtiliyor. İnsan doğasına aykırı bulunan eşcinselliğin, eşcinselleri hedef göstermeden ve rencide etme-

den giderilmesi gerektiği ve bu yönde yapılacak girişimlere destek verilmesi gerektiği vurgulanıyor. Diyanet İşleri başkanlığı, 2005 yılında, özellikle Alo Fetva hattına gelen başvuruların arttığını ve konuyla ilgili olarak 35 kişilik bir uzmanlar heyeti oluşturduğunu ve bir fetva açıklanacağını duyurmuştu. Bu açıklamada konu ile ilgili bilimsel makalelerin derleneceği, doktor, psikolog ve sosyologlardan görüş alınacağı, özellikle AB ülkelerinin mevzuatı ve eşcinsellere yaklaşımı masaya yatırılarak, bazı Batı ülkelerinde eşcinselliğin hasta-

lık olmaktan çıkarılması'nda dikkate alınarak ayet, hadis ve sünnetler esas alınarak bir fetva yayınlanacağı duyurulmuştur.

Eğer uzmanlardan bilimsel görüş alındıysa hangi bilimsel verilerden kaynak olarak yapıldığına bakılması gereken ikinci açıklama Avrupa Konseyi Aileden Sorumlu Bakanlar Konferansı'nın Viyana'da yapılan toplantısında, "Farklı aile formlarında yetişen çocukların haklarına ilişkin" düzenlemeler in ele alındığı toplantıda Kadın ve Aileden Sorumlu Devlet Bakanı Selma Aliye Kavaf tarafından yapıldı. Türkiye, "Ülke olarak eşcinsel evliliği ve ebeveynlik kurumunu kabul etmiyoruz" diye itiraz etti. Avrupa Konseyi, Türkiye'nin yazılı itirazını dikkate aldı. Türkiye'nin görüşünü dikkate alan Avrupa Konseyi, bildirgesinde yer alan "Bugünlerde aile farklı yaşam biçimleri düzenlemelerini ifade etmektedir ve Avrupa'daki çocuklar çocuğun hayatı süresince değişebilen farklı aile formları içerisinde büyümektedir" maddesine "bu aile formlarının ülkeden ülkeye farklılık göstermekte olduğu" ifadesi eklendi.

Çeşitli aile oluşum formlarında yetişen çocukların hakları ve yasal durumlarıyla ilgili standartlar koyma olurluğunun değerlendirilmesi"nin tavsiye edildiği maddeye ise yine Türkiye'nin talebi üzerine "ulusal yasal çerçeveler kapsamında değerlendirilmesi" ifadesi konulmuştur. Bakan, Türkiye'nin geleneksel aile değerlerine önem verdiği belirterek, "Yasalamızda eşcinsel evlilik bulunmamaktadır. Tavsiye kararı niteliğinde de olsa farklı aile formları ile ilgili hassasiyetimizi Avrupa Konseyi'ne ilettik. Konsey de bunu dikkate alarak bildirgesinde gerekli olan değişiklikleri yaptı" diye itirazını gerekçelendirmiştir. Böylece bakan, kendi ailelerin de farklı cinsel yönelimlere yer olmadığı gerekçesiyle, yakınlarının GLB cinsel yönelimini yok etmesini talep eden aileleri destekledi. GLB bireylerin bağımsız bir erişkin olarak otonomilerinin olmayan, kısıtlı bireyler olarak adlandırmakta sakınca görmemiştir. Kadın ve Aileden Sorumlu Devlet Bakanı Aliye Kavaf "Ben eşcinselliğin biyolojik bir bozukluk, bir hastalık olduğuna inanıyorum. Tedavi edilmesi gereken bir şey bence. Dolayısıyla eşcinsel evliliklere de olumlu bakmıyorum. Bakanlığımızda onlarla ilgili bir çalışma yok. Zaten bize iletilmiş bir talep de yok. Türkiye'de eşcinseller yok demiyoruz, bu vaka var" diye açıklamasına tamamlarken bilimsel değil kişisel muhafazakarlığı nedeni ile konuştuğunu açıkça ifade etmiştir. Sayın Bakan daha sonra bu konuda konuşmamayı seçmiş veya seçmek zorunda kalmıştır (NTV 2011). Ardından Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ "Şu bir gerçek, Türkiye'de eşcinsellik yaşayanlarca zor bir şeydir. Ayrımcılık sebebi olabilir. Toplum insaflı olmak durumundadır. Eşcinsel evliliklerin yapılabileceği konusu bizim toplumumuzun kabul edebileceği bir durum değildir. Çocukların cinsel eğitimlerinin doğru gelişebilmesi için gerekenleri yapmalıyız" şeklinde bir açıklama yapmıştır.

Bilimsel temeli olmayan, kanıtı dayanmayan bu yanıltıcı açıklamaları düzeltmek ve kamuoyunu doğru bilgilendirmek amacıyla Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) ve Cinsel Eğitim, Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) 10 Mart 2010 da yaptıkları basın açıklamasında şunları ifade etmiştir; "Cinsellik hakkında yetkin olmayan kişilerce basına yanlış bilgiler verilmesi ülkemizde ciddi bir sorundur. Bu konu ile de ilgili

"Sosyal dışlama ile mücadelede panzehir, sosyal avantajsız grubu kabul etme, o gruba yönelik pozitif ayrımcılık ve çalışma ve her türlü demokratik haklarını kullanması için özel stratejiler geliştirilmesi olmalıdır. O halde GLB kişilerle ilgili homofobiyi yenmenin ilk adımı, bunun bir sorun olduğunu tanımak ve mücadele için toplumsal haberdarlık çalışmaları yapılmasıdır. Farklı kampanyalarla yürütülecek olan haberdarlık çalışmalarında GLB'lerin varlığını görmezden gelen homofobik anlayışa karşı mücadeleye yer verilmesi toplum sağlığı ve ruh sağlığı çalışmalarında bir zorunluluktur."

olarak uzman kisvesi altında bilimsel gerçeklere aykırı bir şekilde eşcinselliğin hastalık olduğu yönünde demeçler verilmekte, onarıcı terapi gibi yıllar önce terk edilen bazı tedavi yöntemleri bilimsel veriymiş gibi sunulmaktadır. Bu açıdan özellikle kamuoyunun yanlış bilgilenebilmesinin engellenmesi için basın uzman görüşü alırken alanında yetkin hekim örgütlerini tercih etmeleri konusunda duyarlı olmaya çağırıyoruz".

Yetkililerin, kendi anlayışlarını desteklemeyen, bilimsel açıklamalardan değer vermediği ve aldırmadığını bir yıl sonra Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Müdürlüğü Genel Müdürü Doç. Dr. Aysen Gürcan'ın başkanlığında 27.11.2010 tarihinde yapılan "Din, Gelenek ve Modernite Bağlamında Bir Değer Olarak Aile" konulu konferansının sonuç bildirgesinde açıkça görüyoruz. Tek tip aile yaşamını dayatan bir anlayışın genelde savunulduğu bildirgede; "Tüm ulusların yeni nesillerinin sağlıklı, verimli ve sevgi dolu yetişmeleri için doğal ailenin yapısının erkek ile kadının evliliğine dayandığına inanıyoruz," ifadesine yer verilmişti. Ne demek istendiğini şu şekilde açıklıyorlardı: "Eşcinsellik ve Aile içi zina (ensest)ya karşı yeterli tedbirlerin alınmasını talep ediyor, her toplumu tehdit eden bu hastalıkların önüne geçmek için elbirliği ile çalışılmasını destekliyoruz" denilmektedir.

Açıkça ensest ve eşcinsellik eşleştiriliyor. İkiside aynı tür, diğerlerine zarar veren bir sorun-durum olarak tanımlanıyor. Eşcinselliğin ne olduğu yukarıda tanımlandı. Ensest bilindiği gibi Türk Ceza Kanunlarında da cinsel suçlar arasından tanımlanmış bir suçtur. Ensestin tanımına bakalım: "Ana-baba otoritesine sahip bir erişkinle, bir çocuk veya ergen arasındaki her çeşit cinsel ilişkidir". Önemli olan, istismar eden kişinin çocuğun bakımından ve gelişiminden sorumlu olmasıdır. Baba, ağabey, amca, kuzen gibi kan bağı olan kişiler yanında, enişte, üvey baba, öğretmen, bakıcı, evlat edinmiş olan kişiler gibi kan bağı olmayan yakınlar da bu kapsama girer. Cinsel ilişkiden kast edilen de, gizli tutulmaya çalışılan bütün cinsel içerikli temaslardır.

Çıkış Yolu Ne Olabilir?

Sosyal dışlama ile mücadelede panzehir, sosyal avantajsız gruba kabul etme, o gruba yönelik pozitif ayrımcılık ve çalışma ve her türlü demokratik haklarını kullanması için özel stratejiler geliştirilmesi olmalıdır. O halde GLB kişilerle ilgili homofobiyi yenmenin ilk adımı, bunun bir sorun olduğunu tanımak ve mücadele için toplumsal haberdarlık çalışmaları yapılmasıdır. Farklı kampanyalarla yürütülecek olan haberdarlık çalışmalarında GLB'lerin varlığını görmezden gelen homofobik anlayışa karşı mücadeleye yer verilmesi toplum sağlığı ve ruh sağlığı çalışmalarında bir zorunluluktur.

Haberdarlık kampanyalarında öncelikli hedef kitle seçilmelidir. GLB gençler ve ailelerin sık başvurabileceği danışma ve destek kaynağı konumunda olan öğretmen, hemşire, doktor, psikolog, pedegog, sosyal hizmet uzmanı ve benzer alanlarda çalışan kişilerin bu gruba yönelik tutumlarında önyargısız, saygılı, ilgili olmaları gerekmektedir. Doğal olarak bu meslek gruplarının eğitiminde, GLB bireylerin gereksinimlerini, olası zorluklarının neler olabileceğini, kendi disiplinlerinin sınırları içinde sorumluluklarını tanıtan bir eğitim verilmelidir. Bu amaçla yapılan eğitim formal okul yıllarına sınırlı kalmamalı ve mezuniyet sonrası eğitim programlarında da yer almalıdır. GLB bireyleri aşağılayan, ayrımcı davranan profesyoneller kendi disiplinleri meslek örgütleri tarafından mesleği kötüye kullanmaları nedeniyle disiplin-onur kurullarında uygulanmalıdır.

Tıp fakülteleri ve farklı dallarda uzmanlık eğitiminde konu işlenmelidir. Özellikle ruh sağlığı uzmanlık eğitiminde kişinin kendini keşfetmesine ve içselleştirdiği homofobi ile başa çıkma yolları ile ilgili çalışmalara ve temel psikoterapi eğitiminde GLB kişinin kendini kabulüne dayanan (gay affirmative) tedavi anlayışı yer almalıdır.

Kısa vadede alınacak bir diğer önlem, doğal kimliklerinden dolayı farklı cinsel yönelimleri olan kişilerin maruz kaldıkları ayrımcılık, dışlanma nedeniyle iş bulma ve sürdürme olanaklarının sınırlılığı ve işsizlikle yoksulluk riskini azaltmak olmalıdır. GLB'ler arasında toplumsal ve ekonomik koşulları/konumları nedeniyle risk gruplarının tanınması gereklidir.

Uluslar arası ve ulusal düzeyde bu konularda uygun politikalar geliştirmiş Lambda, Kaos GL ve benzer sivil toplum kuruluşlarla, CETAD, WAS gibi meslek örgütleri ile, işçi sendikaları ile eşcinsel örgütlerini biraraya getirmiş olan ILGA gibi kuruluşlarla işbirliği yapılmalıdır.

Kaynaklar

- Albelda, R., Badgett, L. M. V., Schneebaum, A., Gates, G. (2009) "Poverty in the Lesbian, Gay and Bisexual Community," California Center for Population Research-Online Working Paper Series, University of California-Los Angeles: The Williams Institute.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4th ed.) Washington: 1994.

- Baird V. (2004) Cinsel Çeşitlilik: Yönelimler Politikalar Haklar ve İhlaller. İstanbul: Metis Yayınları.
- Butler J.(2008) Cinsiyet Belası. İstanbul: Metis Yayınları.
- Buğra, A. (2005) Yoksulluk ve Sosyal Haklar, Sivil Toplum Geliştirme Merkezi. Online erişim:[http://www.stgm.org.tr/docs/1207303932Yoksulluk ve Sosyal Haklar-Ayşe Bugra.pdf](http://www.stgm.org.tr/docs/1207303932Yoksulluk%20ve%20Sosyal%20Haklar-Ayşe%20Bugra.pdf)
- Cabaj, RP, Stein TS (1996) Textbook of Homosexuality and Mental Health, Washington: American Psychiatric Press.
- Cass VC. (1979) Homosexual Identity Formation: A Theoretical Model, Journal of Homosexuality. 4: 219-235.
- Düzyürek, S.(1997) Eşcinsel Bireylerle Psikoterapi. Noropsikiyatri Arsivi (34) (4); 192-213.
- Diyanet: <http://www.diyanet.gov.tr/turkish/dy/Diyanet-Isleri-Baskanligi-Duyuru-41>
- Estivill, J. (2003). Concepts and Strategies for Combating Social Exclusion. Geneva: International Labour Organisation.
- Fergusson DM, Horwood J, Beautrais AL 1999 Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People. Archive General Psychiatry 56, 876-880.
- LGBTT Hakları Platformu. (2010) Hasta Tutsaklara Özgürlük Platformuna Dair LGBTT Hakları Platformu Açıklaması, 8 Ocak. Online erişim: <[http://www.lambdaisطنبول.org/php/main.phpmenuID=5&altMenuID=5&cicerikID=8257](http://www.lambdaisstanbul.org/php/main.phpmenuID=5&altMenuID=5&cicerikID=8257)>
- Hürriyet Gazetesi 7.Mart 2010.
- Kaos GL 111. Sayı / Mart Nisan 2010 .
- Judit Takács April(2006) ILGA-Europe and IGLYO Social exclusion of young lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people in Europe.
- Ray, N. (2006) Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth: An epidemic of homelessness. New York: National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute and the National Coalition for the Homeless. Online erişim: <http://www.thetaskforce.org/downloads/HomelessYouth.pdf>
- Rivers, Ian – Daniel J. Carragher (2003). Social-Developmental Factors Affecting Lesbian and Gay Youth: A Review of Cross-National Research Findings. IN: Children & Society 17: 374-385.
- Özdemir C. 15. ocak. 2011, 5 N 1K
- TPD ve CETAD ortak basın açıklaması 10.3.2010 www.psikiyatri.org.tr
- TR Gay İnternational; www.trgi.info
- Lambda; www.lambdaisطنبول.org
- KAOS-GL; www.kaosgl.com
- ILGA; www.ilga.org,
- Yetkin N. (2006) Homofobi, Terapistler, Homofobi Karsiti Eğitim Kaos GL; 29: 27 – 29.
- Yüksel Ş. (2006) Ruhsağlığı ile İlgili Destek İsteyen GLB Bireyler ve Aileleri ile Çalışmak" Kaos GL; 29: 22 – 26
- Yüksel Ş.(2009) Farklı Cinsel Kimlikler 311-318. Psikiyatri Yayına Hazırlayan Kulaksızoğlu IB, Tükel R, Üçok A, Yargıç İ, Yazıcı O, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
- WAS World association for Sexual Health (2008) Sexual Health for the Millenium. A Decleration and Technical Document. Minneapolis, MN, USA

Sağlıkta Dönüşümde Son Aşamaya Doğru: Hastanelerin Yeniden Yapılandırılması ve Yeni Finansman Modeli*

Raşit TÜKEL

Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Ülkemizde temelleri 2003 yılında atılan Sağlıkta Dönüşüm Programında, son günlerde önemli bir aşamaya geldiğini görüyoruz. Programın merkezinde, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti üreten bir kurum değil, eşgüdüm ve sağlık piyasasının denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir birim olarak yeniden yapılandırılması yer alıyor. Sağlık hizmetleri ile hizmetlerin finansmanının ayrıştırılması üzerine kurulmuş olan bu sistemde, ödemeler performans üzerinden, hizmet sunucuları ile finansman kurumu arasındaki ilişkiler ise sözleşme usulüne göre yeniden düzenleniyor. 2003 yılından bu yana çeşitli aşamalarına tanık olduğumuz Sağlıkta Dönüşüm Programında sona yaklaşırken, iki önemli gelişmeyle karşılaşırız. Bunlar, hastanelerin yeniden yapılandırılması ve bu yapılandırmaya uygun olarak geliştirilen yeni sağlık sistemi finansman modelidir.

Söz konusu gelişmelerden ilkinin, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonunda kabul edilen ve TBMM Genel Kuruluna yakın bir zamanda gelmesi beklenen 'Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı' oluşturuyor. Bu tasarı, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık kuruluşlarının 'özerk sağlık işletmesi' statüsüne geçirilmesine ve daha sonra da işletme haklarının devredilmesi yoluyla özelleştirilmelerine olanak sağlayacak yeni bir düzenlemeyi içermektedir.

İkinci gelişme ise, Sağlık Bakanlığının, 26 Kasım 2010 tarihinde Valilikler aracılığıyla İl Sağlık Müdürlüklerine gönderdiği, sağlık hizmeti bedellerinin yeni ödeme modeli olarak, yatan hastalar için Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG), ayakta kabul edilen hastalar için Branş Bazlı Ayaktan Gruplar (BBaG) sistemi oluşturulduğunu bildiren yazısıyla gündeme gelmiştir. Söz konusu yazıda, 01 Kasım 2010 tarihinden bu yana pilot uygulamaya alınan 50 hastaneye ek olarak, 260 hastanenin sağlık hizmeti bedellerinin, 01 Aralık 2010 tarihinden

başlanarak, TİG ve BBaG sistemi doğrultusunda ödeneceği bilgisi yer almaktadır.

Sağlık ortamına önemli etkileri olacak bu iki gelişme, biraz daha yakından ele alınmayı hak ediyor.

Kamu Hastane Birlikleri: Özerklikten Özelleştirmeye

Kamu Hastane Birlikleri'nin ilk dikkati çeken özelliği, Yürütme Kurulunun yapısıdır. Birliklerin Yönetim Kurulu üyeleri arasında mali müşavire ya da finans veya bankacılık sektöründen bir temsilciye, Ticaret ve Sanayi Odası tarafından belirlenen yatırım ve işletme konusunda deneyimli bir kişiye yer verildiğini görüyoruz.

Tasarıda, Birliklerde sözleşmeli personel kadrosunda çalışacak yönetici konumundakiler dışında kalan hastane çalışanlarının, devir tarihinde buldukları konumda çalışmaya devam edecekleri bilgisi yer alsa da, yeni çalışma düzeninde sözleşmeli çalıştırmanın asıl istihdam yöntemi olacağı satır aralarından okunuyor. Birlik personelinin kamu hizmetlerini yürütürken gerekli yasal güvencelere sahip olacağını söylemek mümkün değil. Hele, Sağlık Bakanlığı'na Birliklerin kadro ve sözleşmeli sağlık personeli pozisyonlarına atama ve yerleştirme yetkisinin verildiği, Birlik personelinin atama, görevlendirme, disiplin ve özlük işlemlerinin Birlik Yönetim Kurulunun aldığı ilke kararlarına göre Genel Sekreter tarafından yürütülecek olduğu düşünüldüğünde, güvenceden söz etmek daha da zorlaşıyor.

Tasarı, Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını "özerk" kamu hastane birlikleri çatısı altında yeniden örgütlemektedir. Bu düzenlemeyle, "merkezden yönetim" ye-

rini "yerinden yönetim"e bırakıyor. Hastane Birlikleri tasarısı, kamu hastaneleri için idari ve mali özerkliğe dayalı bir örgütlenme modeli oluşturma savı taşısa da, özerkliğin aslında özelleştirme sürecinde bir ara basamak olarak işlev göreceğini ileri sürmek yanlış olmaz. Birliğin görevlerine bakıldığında, Tasarının en dikkat çekici özelliğinin kamu sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesine olanak tanınması olduğunu görüyoruz.

Birlik Yönetim Kurullarının görevleri arasında Birliğe ait taşınır ve taşınmazların satılması, kiralanması, devir ve takas işlemlerininin yürütülmesinin de yer alması, kamu sağlık kuruluşlarının geleceği hakkında fikir verici niteliktedir. Birlik Yönetim Kurullarının diğer bir görevinin de, ihtiyaç duyulması halinde sağlık hizmetlerinin satın alınması olarak tanımlanmış olması, kamunun hizmeti kendi tesis, araç-gereç ve personeli ile üretmek yerine, özel sektörden satın almaya yöneleceğini, diğer bir ifadeyle kamudan özel sektöre kaynak aktarımının ön plana geçeceğini gösteriyor. Kamu hastanelerinin yeni yapılanmaları ve yönetim şekilleriyle, kamusal alandan giderek uzaklaşan ticari şirketlere dönüşmeleri kaçınılmaz gibi.

Tasarıdaki bir diğer çarpıcı yön ise, kamu hastanelerinin hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet altyapısı, organizasyon, kalite ve verimlilik gibi konularda değerlendirmeye tabi tutularak sınıflandırılacak olmalarıdır. Değerlendirme sonuçlarına göre hastanelere yüz üzerinden puan verilecek ve her yıl değerlendirme yenilenecektir. Puanlarına göre hastaneler (A), (B), (C), (D) ve (E) olmak üzere beş sınıfa ayrılacak, (C) ve üzeri olanlar Birliğe dönüştürülecektir. Sıralamada üst basamakta olmak, SGK'dan o hastaneye yapılacak ödeme oranlarının daha yüksek olmasında karşılığını buluyor. Kalite, memnuniyet, verimlilik gibi kavramlar, gereksinimleri karşılamanın aracı değil de, gelir paylaşımının belirleyicileri olduğunda, yeni anlamlar yüklenip sağlık endüstrisinin parayla ölçülen yeni dili oluyorlar, bu sistemde.

Tam da bu noktada, TİG sistemi olarak da ifade edebileceğimiz yeni finansman modeli karşımıza çıkıyor

Yeni Finansman Modeli Olarak TİG Sistemi

Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılı Aralık ayı başından itibaren 310 hastanede uygulamaya koyduğu yeni sistemde, her hastane yatan hastaları için ürettiği TİG ve bunlara karşılık gelen bağıl değer miktarları oranında bütçeden pay alacaktır. Kamu hastanelerinin yanı sıra özel hastaneler ve üniversite hastanelerinin de bu sisteme dahil edilmesi planlanmaktadır.

TİG, bu sistemde, hastanelerin ürettiği bir ürün olarak tasarlanmıştır.

TİG her biri az ya da çok bir özgüllük derecesine sahip bir tanı ya da işlemi tanımlayan ve kodlarla düzenlenen hasta gruplarıdır. Klinik olarak benzer hastaların oluşturduğu bu grupların, önceden kestirilebilir ve benzer miktarlarda kaynak tükettikleri kabul edilmektedir. TİG bu özellikleriyle bir hastane idare aracı olarak görülür.

1970 yılında, TİG'e dayalı bir sistemin oluşturulmasında, ABD'de, Yale Halk Sağlığı Fakültesi araştırmacılarının, Yale Uygulamalı Bilimler Fakültesi araştırmacılarına yönelttiği şu soru belirleyici olmuştur: Endüstriyel işlemlerin araştırma yöntemlerini, ücretlendirme ve kalite kontrolü açısından, hastane endüstrisine nasıl uyarlar ve uygularız? TİG sistemi, 1980 yılında, New Jersey'de ödeme amaçlı olarak uygulanmaya; 1983 yılında ise, ABD'de Medicare için ulusal düzeyde kullanılmaya başlanıyor.

TİG uygulamaları Avrupa Birliği çatısı altında da yaygın olarak kullanılıyor. Birleşik Krallık, Almanya, Fransa, Hollanda, İsveç, İspanya, Avusturya, Polonya, Estonya, Finlandiya Avrupa TİG (Euro DRG) çalışmasının içinde yer alıyor.

Dünyada Kanada, Norveç ve Avustralya ana TİG uygulayıcıları olarak görülüyor. ABD için çıkış noktası olsa da, kendi sağlık sistemlerinin karışık ve hızlı hareket yeteneğinden yoksun olması nedeniyle, bu ülkenin TİG sisteminin uygulanmasında, özellikle de sınıflandırma/kodlama sistemi açısından görece geri kalmış olduğu kabul ediliyor.

TİG çalışmalarının temelinde ICD (International Classification of Diseases) tanı sınıflandırması var; dolayısıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de TİG çalışmalarının içinde yer alıyor. Ancak, TİG söz konusu olunca, tanı sınırlandırılmasının yanı sıra işlemlerin de sınıflandırılması gerekiyor. DSÖ'nün TİG algoritması oluşturulmak üzere, ICHI (International Classification of Health Interventions) adı altında, ilerde ülkelerin kendi ihtiyaçlarına göre değişiklik yapabilmelerine izin verecek şekilde tasarlanan bir çalışma yaptığı biliniyor.

Ülkemizde TİG Çalışmalarının Başlangıcı

Ülkemizde TİG çalışmaları, 2005 yılında, Hacettepe Üniversitesi bünyesinde, 'Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi' adı altında bir ara-

"Programın merkezinde, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti üreten bir kurum değil, eşgüdüm ve sağlık piyasasının denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir birim olarak yeniden yapılandırılması yer alıyor. Sağlık hizmetleri ile hizmetlerin finansmanının ayrıştırılması üzerine kurulmuş olan bu sistemde, ödemeler performans üzerinden, hizmet sunucuları ile finansman kurumu arasındaki ilişkiler ise sözleşme usulüne göre yeniden düzenleniyor. 2003 yılından bu yana çeşitli aşamalarına tanık olduğumuz Sağlıkta Dönüşüm Programında sona yaklaşıyoruz. Bunlar, hastanelerin yeniden yapılandırılması ve bu yapılandırmaya uygun olarak geliştirilen yeni sağlık sistemi finansman modelidir."

"Ülkemizde şu ana kadar uygulanan performans sistemi, hekimlerin yaptığı tüm işlemlerin kayıt altına alınarak ölçülmesi üzerine kurulan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) işlemleri temelli bir sistemdir. Bu sistemde 6.000 tıbbi işlemde oluşan performans puanlama listesi bulunmaktadır. Daha fazla maddi gelir elde edilmesi için, daha fazla hizmet (işlem sayısı) yapılmasını esas alan bu sistemde, hizmetin niceliğinin, niteliği dikkate alınmadan artırılması söz konusudur."

tırma projesi oluşturulmasıyla başlıyor. Proje 2009 yılında tamamlandıktan sonra, konuyla ilgili çalışmalar Sağlık Bakanlığı bünyesinde sürdürülüyor.

Hacettepe Üniversitesi Araştırma Projesinde, TİG için Avustralya örneği temel alınmış ve çalışmalar Avustralya hükümetine bağlı 'Health Insurance Commission' isimli kuruluş ile birlikte sürdürülmüştür (Health Insurance Commission 01 Ekim 2005 tarihinde Medicare Australia ismini almıştır). Bu uygulamalarda kullanılan sınıflandırma sistemi ICD-10-AM (International Classification of Diseases, Australian Modification) 4. Güncellemesi; TİG'lerin oluşması için kullanılan algoritma ise, AR DRG (Australian Refined Diagnosis Related Groups) 5.1. versiyonudur.

Çalışmalar, 2011 yılında tüm hastanelerde ödeme sisteminin bu alana kaydırılmasını sağlayacak şekilde planlanmaktadır. Bu sistemin kullanılmaya başlandığı ilk bir yıl Avustralya bağıl değerlerinin kullanılması; sonraki yıllarda ise Türkiye'ye özgü bir maliyetlendirmenin yapılması planlanmaktadır.

Projenin nihai amacı; sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin kontrol altına alınmasını ve sağlık bakım kurumlarının verimli birer işletme olarak yönetilmesini sağlayacak finansman yönetimi yöntemleri geliştirmek için araştırma ve altyapı geliştirme çalışmaları gerçekleştirerek, kamu maliyesinin güçlendirilmesine katkıda bulunmak olarak belirlenmiştir.

Projede, TİG sisteminin avantajları şu şekilde tanımlanmıştır:

- Tedavi edilen hasta sayısı ile türü arasında bağ kurulması, hastanelere rasyonel finansman dağıtımını sağlaması;
- Makul yönetim giderleri;
- Kaynak kullanımının verimliliğini artırmaya yönelik teşvik;
- Risk, ödeyen ve hizmet sunucu tarafından paylaşılıyor.



Projede, TİG sisteminin dezavantajları olarak ise şu bilgilere yer verilmiştir:

- Hastanın hastaneden "daha çabuk ve daha hasta" halde taburcu edilmesine yönelik teşvik;
- Her hastaya daha düşük / az kaynak yoğun hizmet sunmaya yönelik teşvik;
- Hasta sayısını, özellikle de daha sağlıklı hasta sayısını artırmaya yönelik teşvik (bir başka deyişle yüksek yatak devir hızı).

Global Bütçeleme ve SUT Uygulamalarından TİG Sistemine Geçiş

Global bütçeleme, basitçe, hizmet sunucuya bir sonraki yılda gerçekleştireceği bütün faaliyetleri karşılayacak tek bir miktar ödenmesi anlamında kullanılır. Türkiye'de 2009 yılının başında, Sosyal Güvenlik Kurumu ile Sağlık Bakanlığı arasında "götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesi" imzalanarak global bütçeleme uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama doğrultusunda, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarına, bir yıl boyunca her türlü sağlık hizmeti ve sarf malzemesi bedeli olarak, belirlenen bir miktarda götürü bedel ödemesi yapılmaktadır.

Ülkemizde şu ana kadar uygulanan performans sistemi, hekimlerin yaptığı tüm işlemlerin kayıt altına alınarak ölçülmesi üzerine kurulan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) işlemleri temelli bir sistemdir. Bu sistemde 6.000 tıbbi işlemde oluşan performans puanlama listesi bulunmaktadır. Daha fazla maddi gelir elde edilmesi için, daha fazla hizmet (işlem sayısı) yapılmasını esas alan bu sistemde, hizmetin niceliğinin, niteliği dikkate alınmadan artırılması söz konusudur.

Global bütçeleme sistemi ile hizmet başına ödeme (SUT) uygulaması arasında bir uyumsuzluk söz konusudur. Hizmet başı ödeme sisteminde sunulan hizmet sayısının artırılmasına yönelik bir teşvik olduğu, ihtiyaç duyulan hizmetin iyi kontrol edilemediği ve bu sistemin ödeyen (SGK) için mali risk oluşturduğu ileri sürülmektedir. Sonuç olarak, bu sistemde global bütçe açık verebilmektedir. Bu nedenlerle SUT terk edilmekte ve TİG, hastanelere akılcı finansman dağıtımına olanağı sunduğu ve kaynak kullanımının verimliliğini artırdığının düşünülmesi nedeniyle uygulamaya konmaktadır.

SUT yerine getirilmekte olan TİG sisteminde hastalar benzer sağlık gereksinimlerine sahip hasta grupları şeklinde gruplandırılmakta; 38.000 hastalık tanısı ve 6.000 işlem, 650 gruba indirilmektedir.

Paketler aracılığıyla tanıya dayalı fiyatlandırma, harcamadaki artışı sınırlandırma amacı taşıyan bir düzenek olarak kabul edilir. Paketler, bir SUT işlemi ile ilgili tanı ve tedavi hizmetlerinin çoğunu kapsamak ve "her şey dahil" bir fiyat tayin etmek üzere tasarlanmıştır. Paketlerin hedeflenen işleyişine benzer şekilde, TİG de içerdiği bütün hizmetler için hastanelere geri ödeme sağlamaktadır.

TİG sistemin en önemli farklılığı; hastanelere ödenen tutarın, hastanede yatış süresi veya hasta sayısından ziyade, hastanenin tanı ve işlemlerle tanımlanan klinik faaliyetiyle doğrudan bağlantılı olmasıdır. Hastane bakımının TİG yöntemiyle satın alınması, hastaneye yapılacak ödemenin hastaların klinik durumlarına ve bakımları için harcanan kaynaklara bağlı olacağı anlamına gelmektedir.

Bu sistemde bir hastanın bir bakım epizodunda (hastaneye yatış ile çıkış arasında geçen süre) alabileceği hizmet girdilerinin birçok farklı türü için yapılacak ödeme, önceden belirlenen tek bir tutar üzerinden yapılır. Her vaka türü için yapılacak toplam ödeme önceden sabitlenerek, hastaya sunulan hizmet ister az ister çok olsun aynı kalır. Bu durumda, hastaneler en çok kârı hastayı çabuk taburcu ederlerse ve gereksiz hizmet sunmaktan kaçınırlarsa kazanırlar.

"TİG sistemi, global bütçeleme ile birlikte, topluma, hem SGK'nın hem de yakın zamanda Kamu Hastane Birlikleri çatısı altında yapılandırılacak olan hastanelerin kâr etmesi için tasarlanmış bir model sunmaktadır. Sağlık kurumlarını işletme olarak gören, bu nedenle de verimliliği esas alan bu sistem, sağlık çalışanlarına sözleşmeli konumda güvencesiz bir çalışma yaşamı, halka ise sağlık hizmetlerine ancak ek ödeme yapma koşuluyla erişme olanağı sunmaktadır."

Yeni Sistem Sağlık Ortamına ve Sağlık Çalışanlarına Ne Getiriyor?

Kamu Hastane Birlikleri sisteminde, sağlık hizmetinin finansmanı için genel bütçeden ayrılan pay kaldırılırken, satın alınacak hizmetler ve belli bir süre sonra da çalışan personelin aylıklarının her Birliğin kendi bütçesinden karşılanması planlanmaktadır. Bu özellikleriyle, Birliklerin, esas olarak kendi gelirleriyle ayakta kalması gereken yapılar olarak tasarlandığını görüyoruz. Üretilen hizmetlerin finansmanının, primlere ve vatandaşın hizmet karşılığında ek olarak yapacağı ödemelere bağlandığı bu sistemde, Birliklerin finansmanının sağlanabilmesi, ister istemez hizmetlerin fiyatlandırmasından, yurttaşların sigorta primi ödemelerinin yanı sıra, cepten giderek daha fazla ek ödeme yapmalarından geçecektir.

Sağlık hizmetleri finansman sistemi yeniden yapılandırılırken, sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyini ve sonuç olarak da toplam maliyeti denetlemenin iki temel yolunun kullanıldığı görülüyor. Bu yollar, maliyet-etkinlik olarak tanımlanan ve ekonomik verimliliği sağlamanın amaçlandığı, maliyetin talep yönünden ve arz yönünden kısıtlanması yöntemleridir. Bu sistemin ilk ayağını oluşturan talep yönünden maliyet kısıtlanmasının örnekleri arasında, muayene katılım payları ve katkı payları, diğer bir ifadeyle cepten yapılan ek ödemeler yer alır. Bilindiği gibi, katılım ve katkı payları, yüksek gelir grubundaki kişiler için önemli bir sorun oluşturmazken, yoksulların gerekli ve önemli hizmetlere ulaşmasını engellemekte; bu uygulamadan en fazla etkilenen kesimlerin yoksullar olması nedeniyle de, siyasi bakımdan en kolay başvurulacak yol olma özelliği göstermektedir. Uygulamaya bugünlerde başlanan TİG ve BBaG ile de arz yönünden maliyet kısıtlanmaktadır. Hizmet sunucuların klinik yollar gibi protokolleri takip etmesi, iyi klinik uygulamaların tanımlanması ve özendirilmesi, maliyetin arz yönünden kısıtlanmasının diğer yolları olarak karşımıza çıkıyor.

Sağlık hizmetleri finansman sisteminin yeniden yapılandırılması, hastalara sunulacak bakım hizmeti açısından bazı gelişmeleri de gündeme getirecektir. Bu sistemde şu tür gelişmeler öngörülebilir:

- 1) Performans ve kaliteyi denetleme: Kalite yönetimi önemi adı altında iyi bakım yöntemlerinin tanımlanması ve belirli sağlık sorunlarına yönelik tanı ve tedavi rehberleri, klinik yollar gibi ayrıntılı protokollerin hazırlanması sağlanır. Klinik kararların kanıt temelinde alınmasına bir yönelme söz konusudur. Hasta memnuniyeti üzerinden kalite yönetimi önlemlerine başvurulur.
- 2) Performansa bağlı ödeme: Resmi sözleşmeler aracılığıyla performans ile ödeme arasında bağlantı kurulur. Bu tür bir uygulamada, hastaların sağlık sonuçları, ödenen tutar üzerinde etkilidir. Diğer bir ifadeyle, hizmet sunuculara ürettikleri ürün için ödeme yapılır. Hizmet sunucuları, ürettikleri ürüne odaklanmaya özendirilmekte ve masraflarını kontrol etmeye teşvik edilmektedir. Hizmet sunucular iyi bakım yöntemle-

rini kullanmazlarsa, ödeme yapılmayarak cezalandırılmaları yoluna gidilir.

- 3) Hastane akreditasyonları: Belirili standartlar ve kalite göstergeleri üzerinden hastane akreditasyonlarının yapılır ve sözleşmelerde hizmet sunucularının akredite edilmesi ve klinik yollar gibi kalite süreçlerinin kullanılması koşulu getirilir.
- 4) Hizmet sunucular arasındaki rekabeti artırma yöntemleri benimsenir; sağlık kuruluşlarının rekabetçi oldukları ölçüde büyüyüp çoğalacakları, aksi takdirde yok olacakları ilkesi temel alınır.
- 5) Sağlık çalışanları için sözleşme yöntemleri uygulanır.

Sonuç olarak, bu sistemde, hastalara sunulacak bakım hizmetinde, performans ve kaliteyi denetleme adı altında kalite yönetimi önlemlerine başvurulacak ve hizmet karşılığı ödemelerde verimlilik esas alınacaktır. Hizmet sunucular açısından ise rekabet esas olacak ve bu rekabet, sağlık kuruluşları için hastane akreditasyonlarına dayalı sözleşmeler, sağlık çalışanları için sözleşmeli çalışma üzerinden sürdürülecektir.

Bu sistemin kaçınılmaz bir diğer sonucu da, yatarak tedavi edilecek hastaların seçiminde yanlılık oluşturmalarıdır. Bir sağlık kuruluşundan verimli bir işletme oluşturmalarının bedeli; yatan hastalarda “sağlıklı” hastalara ağırlık verilmesi; hastanın bir an önce taburcu olmasına çalışılması ya da böyle hastaların yatırılmasının tercih edilmesi; zor, komplikasyonlu ya da komplikasyon riski yüksek hastalardan uzak durulması olacaktır.

TİG sistemi, global bütçeleme ile birlikte, topluma, hem SGK'nın hem de yakın zamanda Kamu Hastane Birlikleri çatısı altında yapılandırılacak olan hastanelerin kâr etmesi için tasarlanmış bir model sunmaktadır. Sağlık kurumlarını işletme olarak gören, bu nedenle de verimliliği esas alan bu sistem, sağlık çalışanlarına sözleşmeli konumda güvencesiz bir



çalışma yaşamı, halka ise sağlık hizmetlerine ancak ek ödeme yapma koşuluyla erişme olanağı sunmaktadır.

Kaynaklar

1. Ataay F. Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007.
2. Goldfield N. The evolution of diagnosis-related groups (DRGs): from its beginnings in case-mix and resource use theory, to its implementation for payment and now for its current utilization for quality within and outside the hospital. Qual Manag Health Care 2010; 19: 3-16.
3. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi: DRG'lere Dayalı Ödeme ve Hastane Bütçeleme Modellerine Geçiş Planlaması..
(http://www.tig.saglik.gov.tr/content/files/dokumanlar/butceleme/dc71_final_v2_tur.pdf)
4. <http://www.tig.saglik.gov.tr/index.php?pid=16>

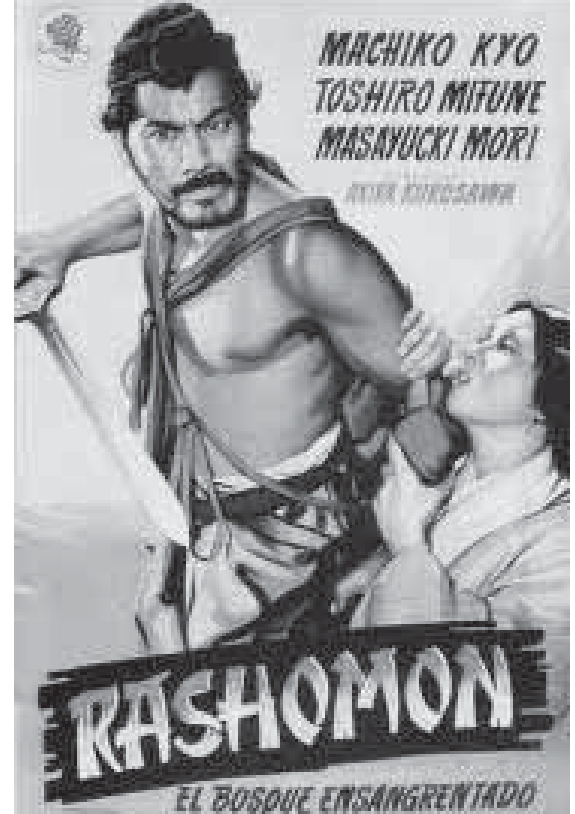
*Toplum ve Hekim Dergisinde yayımlanmıştır.

Rashomon

Cengiz TUĞLU

Prof. Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Edirne

Raşomon (Rashomon) pek de yeni olmayan (1950) ve siyah beyaz çekilmiş bir film. çekildikten bir yıl sonra Venedik Film Festivali'nde gösterildiğinde, dünya Japon sinemasıyla daha doğrusu Akira Kurosawa ve sinemasıyla tanışma fırsatını yakalar. Film, yazar Akutagawa Ryonusuke'nin "Ormanda" (in a Grove) isimli öyküsünden uyarlanmıştır. Film Eski Japonya'nın başkenti Kyoto şehrinin en büyük kapısı olan Raşomon'un yılların zalim etkisi ile hayli yıpranmış ve harap silueti ile karşılar seyircisini. Aynı zamanda bu devasa kapı, altına sığınan insanları hem aşırı sağanaktan korumakta hem de bu insanların gerçeği arama yolculuklarına ev sahipliği yapmaktadır.



Filmin Konusu

Ormanda evli bir çiftle karşılaşan bir haydut (bir samuray) erkeği öldürür, karısına tecavüz eder. Hepsi bu kadar ... ama ... gerçekten hepsi bu kadar mı? Olaylar yaşanmış ve bitmiştir. Ama olayı yaşayanlar, doğrudan ya da dolaylı tanıklıkları olanlar için durum hiç de öyle değildir. Öyküyü farklı bakış açılarından izleriz; haydutun, kadının, Budist rahibin, oduncunun, hatta ve hatta ölü adamın bakış açılarından. Hepsi de birbirinden farklıdır.

Gerçeğin Peşinde

Peki ama hangisi gerçek? Ve gerçek nedir? Tanıkların hepsi mahkemede farklı hikayeler anlatmaktadır ve bu konudaki bilgimiz giderek artmaktadır. Buna rağmen iş hiç de kolay değildir. Aslında mahkeme heyetinden görünen pek kimse de yoktur ortada, tanıklar kameraya konuşur yani bir yönden yargılayıcılar, izleyicilerdir. Ancak kime inanmalıyız, o yine de meçhuldür. Aynı olay bu kadar farklı mı anlatılır? İnsanlar

neden yalan söylerler? Kötü oldukları için mi? Hayal güçleri nedeniyle mi, belleklerinin zayıflığı nedeniyle mi? Hangisi? Pek çok kişi Kurosawa'nın filminde gerçeğin göreliliğini öne çıkarttığını savunmaktadır ve bu doğrudur. Ama bundan biraz daha fazlası bize insan doğası ve gereksinimlerine ilişkin göz kırpmaktadır. O da olayları algılama, yorumlama ve bilişler aracılığıyla yeniden yapılandırma gereksinimidir.

Bilişlerimiz Mi Biziz, Yoksa Bizler Mi Bilişlerimiz?

Bilmece gibi söz. Önce kavramlardan başlamak en iyisi. "Biliş" ne demek? İngilizce "cognition" kavramına karşılık önerilmiş bir kavram. TDK sözlüğünden biraz yorumlayarak (1) alacak olursak: "Kişinin bir nesne, durum ya da olaya ilişkin bilgili ve bilinçli olması". Bilgili ve bilinçli olması beklenen insanoğlu aynı olayı neden bu kadar farklı aktarmaktadır? Örneğin adamın ölümü cinayet, kaza ya da aşağı yukarı eşit koşullarda bir kavga sonucunda olabilir. Ama insanlar bu gerçekleşmiş olayla ilgili bir tür yalan söylemektedir. Bunun nedeni büyük olasılıkla olayın sonlanmasına rağmen gerçe-



"Raşomon, Japonların ve doğu kültürünün gizemli dünyasına bir pencere oluşturması, sinematografik başarısı nedeniyle batıdan pek çok övgü ve ödül (Venedik Film Festivali (1951), Altın aslan) almıştır. Japonlar ise filmi fazla Avrupalı bulmuş, geleneksel Japon yaşamını yansıtmaktan çok katı gerçekçi bir nesnellığı seçmesi nedeniyle eleştirmişlerdir. Bilişler ve gerçeğe bakış açısı buradaki farklılıkta da kendini göstermektedir. Neredeyse filmin başından sonuna kadar süren yağmurla ilgili bir bilgiyi aktararak, bu yazıyı tamamlamak uygun olacak. Filmdeki yağmur siyah bir mürekkep aracılığı ile boyanıp bir ton kazandırılarak çekilebilmiştir. Çünkü o zaman kullanılan kameraların lensleri saf sudan oluşan yağmur görüntüsünü yakalayamamaktadır. Ne denebilir? Galiba, hiçbir şey görüldüğü gibi değil..."

ğin rahatsızlık verici etkilerinin sürmekte oluşudur. Bilişleri çarpıtmadan başkalarına ve özellikle kendilerine yalan söylemeden duramazlar. Çünkü bilişleri deforme edip yeniden yapılandırılmaları, değiştiremeyecekleri gerçeğin yakıcı ve tahrip edici etkilerine karşı bir kalkan oluşturma çabasıdır. Çünkü özsaygılarını sürdürebilmeleri için buna gereksinim duyarlar. Ve bu bilişsel çarpıtmalar işlev gördükçe sürer gider.

Dile, Psikolojiye, Felsefeye ve Sinemaya Katkı

İngilizce dahil bazı dillerde "raşomon" kavramı, bir olayın doğruluğunun farklı tanıklıklar nedeniyle bir türlü kanıtlanamayacağına karşılık olarak yerini almıştır. Benzer bir şekilde

"raşomon etkisi" (rashomon effect) bir olayın anımsanma süreçlerinde algının öznelliğine (subjektivite), göreliliğine ilişkin etkiyi tanımlamak üzere psikoloji alanında da kendine yer bulmuştur. Doğu bilgeliğine göre "gerçeklik" görelidir. Gerçeklik daha çok görünende değil, zihinde biçimlendirilmiş olanda, imgelem gücünden kaynak alanda varolur. Nele-ri, nasıl görme tutkusu varsa oraya odaklanılır. İnsan ilişkileri ve gerçeklik üzerine ortaya koyduğu söylemi ile Raşomon doğu bilgeliğinin sinema aracılığı ile somutlaştığı başarılı bir örnek olarak, öncülük görevini yerine getirmiş oluyor. Siyah beyaz bu filmde ışığın sembolik kullanımındaki başarı, filmin güçlü öyküsünün etkisini daha da artırıyor. Kameranın doğrudan yöneltildiği çıplak güneş ışığı şeytani, kötü ya da impulsif olanı yansıtmakta, bu tarz eylemlerin etkisini artırmakta başarıyla kullanılmıştır. Aktarmayı istediğim bir diğer anekdot ise filmde duygu dışı vurumu etkisine dayanan stilize oyunculuk ile ilgilidir. Yönetmenin yüzleri yakın çekime alarak bu benzersiz etkiyi sağlaması, kayda değer ancak bunu sadece yönetmenin başarısı olarak görmek doğru değil. Kurosawa efsanevi oyuncusu Toshira Mifune (haydut) ve çekim ekibi ile bir mola sırasında Afrika'da geçen vahşi hayvanlarla ilgili bir film izler. Kurosawa o sırada TV'de görünen aslan dikkat kesilir ve oyuncusuna aslanın esnemesi, kükreyip gürlmelerini göstererek, "Ben de senden bunu bekliyorum" der. Raşomon'daki o aşırı kudretli, bir o kadar da abartılı aktörlük, Mifune'nin vahşi, çıldırması, insanlıktan çıkmış performansı, biraz da bu anekdotla anlaşılır hale gelmektedir. Bir başyapıt olarak nitelenebilecek Raşomon filminin 1964 yılında Sydney Lumet tarafından çekilen ve Paul Newman'ın başrolünü oynadığı Hollywood versiyonu "The Outrage" ise bu başarıya pek yaklaşmamıştır.

Sonsöz: Hiçbir Şey Görüldüğü Gibi Değil

Raşomon, Japonların ve doğu kültürünün gizemli dünyasına bir pencere oluşturması, sinematografik başarısı nedeniyle batıdan pek çok övgü ve ödül (Venedik Film Festivali (1951), Altın aslan) almıştır. Japonlar ise filmi fazla Avrupalı bulmuş, geleneksel Japon yaşamını yansıtmaktan çok katı gerçekçi bir nesnellığı seçmesi nedeniyle eleştirmişlerdir. Bilişler ve gerçeğe bakış açısı buradaki farklılıkta da kendini göstermektedir. Neredeyse filmin başından sonuna kadar süren yağmurla ilgili bir bilgiyi aktararak, bu yazıyı tamamlamak uygun olacak. Filmdeki yağmur siyah bir mürekkep aracılığı ile boyanıp bir ton kazandırılarak çekilebilmiştir. Çünkü o zaman kullanılan kameraların lensleri saf sudan oluşan yağmur görüntüsünü yakalayamamaktadır. Ne denebilir? Galiba, hiçbir şey görüldüğü gibi değil...

***Popüler Psikiyatri Dergisi'nde yayımlanmıştır.**



TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ
BASIN AÇIKLAMASI

RUH SAĞLIĞI ÇALIŞANLARI GÖREV TANIMLAMASI 23 Aralık 2010

“Sağlık Bakanlığı'nın ruh sağlığı hizmeti sunan tüm meslekler için görev, yetki ve sorumluluk tanımlarını içeren yasa girişimini destekliyoruz”

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 uygun olmayan biçimde hasta muayene ve tedavi hizmeti vermeye başlamışlardır. Son beş yıl içinde ise bu uygulamalar çığırından çıkmış ve **'yaşam koçluğu', 'eğitim danışmanlığı', 'kişisel gelişim uzmanlığı'** gibi adlar altında **felsefe bölümü mezunları, iktisatçılar** vs. birçok kişi bu alanda çalışmaya, hasta görmeye, tanı koymaya ve tedavi etmeye başlamışlardır. Yapılan bu uygulamalar yasa ihlali ve halk sağlığının ehliyetsiz ve yetkisiz kişilerce suiistimali olarak değerlendirilmektedir. Türkiye Psikiyatri Derneği bu konudaki duyarlılığını bakanlığa bir dilekçe ile ileterek gerekli denetim ve yasal işlemlerin yapılmasını talep etmiştir. Bu gelişmeler ve kamuoyunu yansıyan çeşitli olaylar çerçevesinde son günlerde ruh sağlığı alanında çalışan meslek gruplarının çalışma koşulları ve görev tanımları bazı basın yayın organlarında yoğun biçimde tartışılmaya başlanmıştır. Özellikle Nisan ayında Sağlık Bakanlığı tarafından İl Sağlık Müdürlüklerine gönderilen ve meslek topluluğumuz tarafında olumlu olarak değerlendirilen psikolojik danışma merkezlerinin kapatılması ile ilgili genelge ile bu tartışmaya daha da ivme kazanmıştır. Ruh sağlığı çalışanlarının görev ve yetkilerinin sıklıkla kötüye kullanıldığı ülkemizde bu çalışmaların yapılıyor ve tartışmaların yürütülüyor olması ülkemiz ruh sağlığı hizmetleri açısından büyük önem arz etmektedir.

Ülkemizde toplumun bir çok kesiminde ruhsal sorunlarla uğraşan meslek gruplarının tanımlamasını yeterince bilinmemektedir. Örneğin sıklıkla psikolog ya da psikiyatri hekimi (psikiyatrist) kavramları aynı anlamda kullanılmaktadır. Bu kullanım ile aslında aldıkları eğitim olarak çok farklı olan iki grup sıklıkla birbirine karıştırılmaktadır. Ruh sağlığı ile ilgili sorun yaşayan kişiler nereye başvuracakları hususunda kararsızlık yaşamaktadır. Ruh sağlığı hizmeti bir ekip çalışması içerisinde yürütülmelidir. Ruh sağlığı ekibinin birer parçası olan dünyada ve ülkemizde uzun yıllardır işbirliği içinde çalışan psikiyatri hekimi ve psikologların görev tanımlamaları ile ilgili olarak Türkiye Psikiyatri Derneği basını ve kamuoyunu bilgilendirme sorumluluğu hissetmektedir.

Türkiye Psikiyatri Derneği T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmakta olan Sağlık Meslekleri yasasında ruh sağlığı alanında çalışan meslek mensuplarının görev tanımlamalarına katkı sağlamayı

sürdürmekte, bu amaçla hazırladığı dökümanları ilgili birimlere göndermektedir.

Bilimsel artalan

- 1 - İnsan biyo-psiko-sosyal bir varlıktır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık biyo-psiko-sosyal olarak tam bir iyilik halinde olmak olarak tanımlanmaktadır.
- 2- Bu süreçlere ilişkin ortaya çıkan hastalık durumlarında tanı mutlaka hekim tarafından konur ve tedavi bütün tıp branşlarında olduğu gibi hekimin sorumluluğunda bizzat kendisi ya da koordine ettiği sağlık ekibi tarafından uygulanır.
- 3 - Bir yakınmanın ruhsal mı yoksa bedensel mi olduğu ancak iyi bir tıbbi öykü alma, tam bir fizik muayene ve özellikle de nörolojik muayeneden ve gerekli tetkiklerden sonra anlaşılabilir. Ruhsal hastalık tanısı da iyi bir tıbbi öykü alma ve ruhsal muayeneyi takiben konulabilir. Bu nedenle ruhsal hastalığı olan kişilerin muayene ve tedavi yetkisi ruh sağlığı alanında psikiyatri hekimlerine verilmiştir.
- 4- Dört yıllık fen edebiyat fakültesi psikoloji bölümü mezunları ile eğitim fakültelerinin psikolojik danışmanlık ve rehberlik bölümünü mezunları öğrenimleri süresince hemen hiç bir kurumda yapılandırılmış, müfredatı kabul edilmiş ve uygulaması denetlenen bir klinik stajı yapmamaktadır. Kurumdan kuruma değişen 15 gün veya bir aylık süreler boyunca hastane ortamında bulunmak dışında ruhsal hastalığı olan kişilerle karşılaşmamaktadırlar.
- 5- Nasıl isimlendirilirse isimlendirilsin tıp eğitimi almamış kişi ya da meslek gruplarının hasta muayene etme, tanı koyma ve tedavi yetkisine sahip olarak faaliyet göstermeleri pek çok açıdan evrensel bilimsel görüşe ve halk sağlığının korunmasına aykırı bir durumdur. İnsan sağlığı ile ilgili olmasına karşın sağlık hizmeti dışında tanımlanan her hizmet sağlık bakanlığının yetki ve denetiminden kaçırılmış olur. Sağlık hizmetlerinin tek düzenleyicisi sağlık bakanlığı olmak zorundadır.
- 6- Tıbbi eğitim almamış kişilerin hiçbir şekilde psikiyatrik anlamda ruhsal bozulma/hastalık ile normal/sağlıklı ayrımını yapamayacağı bilimsel bir gerçektir. Tüm ruhsal hastalıkların tanısında “bu durumu açıklayacak fiziksel bir hastalık ya da madde kullanımının dışlanması” hayati öneme sahiptir.

Örneğin hipotiroidi belirtileri ile depresyon belirtilerinin ayrımını hekim dışı meslek gruplarının yapması beklenemez ya da hipertiroidili bir çocuğa dikkat eksikliği yanlış tanısı konulabilir.

Major depresyon fiziksel hastalıklara en çok eşlik eden psikiyatrik bozukluk olarak öne çıkmaktadır.

Depresyon bilinen/akla gelebilecek tüm fiziksel hastalıkların seyrini olumsuz yönde değiştirerek sağlık merkezlerinin kullanımını artırır, kişinin günlük yaşam kalitesini düşürür.

Tedavi edilmeyen depresyonun, özellikle kalp krizi geçirmiş kişilerde hastalığın seyrini kötüleştirdiğine dair bilimsel makaleler yayınlanmıştır.

7- İç hukukumuzdaki mevzuata göre ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı dışındaki ruh sağlığı çalışanları psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavi (psikoterapi ve/veya ilaç tedavisi) sürecinde tek başlarına yer alamazlar. Ruh sağlığı hizmetleri tedavi süresi boyunca da işbirliği içinde ve ekip halinde sürdürülmelidir. "Tedavi süreci" tanının tekrar değerlendirilmesi ve iyileşmenin takibinden ayrı düşünülemez. Tanının psikiyatri hekimi tarafından konulması sonrasında psikolojik tedavinin klinik psikolog tarafından, psikiyatri hekiminin dahil olmadığı bir süreçte yürütülmesi tanının tekrar değerlendirilmesi, eklenebilecek tanılarının takibi vb. gibi konular açısından uygun değildir.

8- Yüksek Öğrenim Kurulunun 16.9.08 gün ve B.30.0.E.Ö.B. 0.00.00.01- 3584 sayılı yazısında psikologların tek başlarına muayenehane açıp psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde yer alamayacakları açıkça belirtilmektedir(Ek-1).

9- "Tedavi süreci" tanının tekrar değerlendirilmesi ve iyileşmenin takibinden ayrı düşünülemez. Tanının psikiyatri hekimi tarafından konulması sonrasında psikolojik tedavinin klinik psikolog tarafından, psikiyatri hekiminin dahil olmadığı bir süreçte yürütülmesi tanının tekrar değerlendirilmesi, eklenebilecek tanılarının takibi vb. gibi konular açısından uygun değildir.

10- Ölçme ve değerlendirme testleri tanıya yardımcı yöntemler olup tek başına hastalık tanısı koydurucu özellik taşımazlar. Örneğin EEG'de belirlenen patolojik bulgu tek başına epilepsi tanısı koymaya yeterli değildir, EEG nin normal olması da epilepsinin olmadığı anlamına gelmemektedir. Bütün bayılmalar ruhsal kaynaklı konversiyon olarak değerlendirilemez. Ayırıcı tanı için tıp bilgisi gereklidir. Ruhsal kökenli bayılmalarla kan basıncı düşmesine bağlı bayılmaları ayırmak için bile tıp bilgisine ihtiyaç vardır.

12- Var olan eğitim mevzuatına göre klinik psikologlar üniversite ve yüksek okulların sosyal bilimler enstitülerinde yüksek lisans ve doktora programlarını tamamlamaktadırlar. Oysa klinik ortamda çalışacak ve hasta görececek psikologların da, psikiyatri hemşirelerinde olduğu gibi diğer tüm sağlık mensuplarıyla birlikte yüksek lisans ve doktora programlarını, sağlık bilimleri enstitülerinde yapmaları gerekmektedir. Sağlık bilimleri enstitüsü bu programlara katılanların klinik ortamda ve hastanede hasta görme ve tanı tedavi sürecine katkıda bulunma eğitimi almalarını sağlayacaktır.

Tanımlar

Ruh sağlığı alanında çalışan kişileri şöyle sıralayabiliriz:

1. Psikiyatri hekimi
2. Pratisyen hekim/Aile hekimi
3. Psikolog/Klinik Psikolog
4. Hemşire/Psikiyatri hemşiresi
5. Sosyal hizmet uzmanı
6. Psikolojik Danışmanlar

Psikiyatri hekimi

Ruhsal rahatsızlıkların önlenmesi, tanınması, tedavi edilmesinde ve rehabilitasyonunda çalışan tıp fakültesi mezunu psikiyatri uzmanlık eğitimi tamamlamış hekimdir. Psikiyatri hekimi, 6 yıllık tıp fakülte-

sinden mezun olmuş ve ondan sonra 4-5 yıl psikiyatri ihtisası yapmış hekimlere denir. Böylece aldığı eğitimle insanın hem genel tıbbi hastalıklar hakkında bilgi sahibi olan hem de ruhsal yapısını değerlendirme tanı koyma, ayırıcı tanı yapma ve tedavi etme bilgisi ve yetkisine sahip olan kişidir.

Psikiyatri hekimi klinik karar verici olarak ruh sağlığı ekibi içinde koordinasyonu sağlamaktadır. Psikiyatrik hizmetin kaliteli olarak verilebilmesi için başvuru, değerlendirme, tedavi, diğer birimlere yönlendirme ve tedaviyi sonlandırma, izlem ve rehabilitasyon aşamaları tanımlanmıştır. Tıbbi süreçleri değerlendirerek psikiyatrik tablolara ilişkin ayırıcı tanı yapmak, tanı koymak, tedaviyi planlamak, ilaç ve diğer tedavi yöntemlerinin yanı sıra, uygun görülen psikoterapiyi uygulamak ve/veya yönlendirmek psikiyatri uzmanlarının sorumluluğu ve yetkisi içindedir.

Psikolog/Klinik Psikolog

Psikolog: Fen-Edebiyat fakültelerinin 4 yıllık psikoloji bölümünden mezun olmuş kişilere psikolog denilmektedir. Psikoloji lisans eğitimi sırasında hasta görüşmesine dayalı uygulamalı klinik eğitim, süpervizyon veya yapılandırılmış standardize psikoterapi eğitimi almaktadırlar. Sosyal bilimler alanında, teoriye dayalı olarak bu eğitimi alan psikologların sağlık alanında tanı veya tedaviye dayalı bağımsız ve bireysel uygulama yapmaları beklenemez. Temel tıbbi bilgileri olmadığından ayırıcı tanı yapmaları ve tedaviyi planlamaları ve sağlıklı olarak yürütmeleri beklenmemelidir. Klinik ortamlarda psikiyatri hekimi ile birlikte ruhsal hastalıklara tanı koyulması ve ve tedavi hizmetleri sırasında tıbbi ekibin bir parçası olarak çalışırlar. Aynı şekilde koruyucu ruh sağlığı ve rehabilitasyon hizmetlerinde ruh sağlığı ekibi içerisinde yer alırlar.

Klinik psikolog: Şu anki tanılamada, lisans eğitimleri üzerine, sosyal bilimler alanında klinik psikoloji üzerine yüksek lisans/doktora yapmış psikologlara denilmektedir. Türkiye'de yüksek lisans eğitimlerinde psikiyatri klinikleri nadiren kullanılmaktadır. Oysa Avrupa Psikolog Dernekleri Federasyonu (EFPA) psikoloji lisans eğitiminde dahi klinik eğitimin esas olduğunu ve bu eğitimlerin de "sağlık kurumlarında" yapılması gerektiğini belirtmektedir. Diğer bir deyişle hasta ile karşılaşmadan, klinik uygulama olmaksızın yapılacak teoriye dayalı doktora programları ile klinik psikolojide yeterli kazanılamaz.

Sosyal bilimler alanında psikolojinin çeşitli yan dallarında yüksek lisans veya doktora programlarını tamamlamış olan psikologlara verilen bilim uzmanı ya da bilim doktoru ünvanları, işletme, hukuk vb. gibi diğer bilim dallarında verilen akademik ünvanlara karşılık gelmektedir. Bu kişiler akademik ortam dışında sağlık kuruluşlarında çalışmak istediklerinde lisans eğitimi almış psikologların görev pozisyonunda çalışabilirler.

Klinik psikologlar bilimsel geçerliliği kabul edilmiş uluslararası tanınırlılığı olan standardize eğitimlerden geçerek belgelendirilirse psikiyatri hekiminin yasal sorumluluğunda ve koordinasyonunda psikoterapi yapabilirler. Aynı şekilde koruyucu ruh sağlığı ve rehabilitasyon hizmetlerinde ruh sağlığı ekibi içerisinde yer alırlar. Klinik psikologlar da psikologlar gibi bağımsız ve bireysel olarak tanı koyamaz ve tedavi yapamazlar.

Psikiyatri hemşiresi

Standart hemşirelik eğitiminin üzerine psikiyatri hemşireliği yüksek lisans yaparak uzmanlaşmış hemşirelerdir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve psikiyatri birimlerinde çalışırlar. Danışmanlık verme, tavsiyelerde bulunma, ruh sağlığının uzun dönemli korunmasında destek verme ve hekimin önerdiği medikal tedavileri uygulama görevlerini yerine getirirler. Psikiyatri hemşiresi bilimsel geçerliliği kabul edilmiş uluslararası tanınırlılığı olan standardize eğitim aldıklarını belgelendirdikleri takdirde bazı psikoterapi yaklaşımlarını psikiyatri hekimi sorumluluğunda uygulayabilirler.

Hemşire

Psikiyatrik hastaların ruh sağlığı ekibi tarafından önerilen günlük bakım ve hemşirelik hizmetlerini veren kişilerdir. Psikiyatrik hastaların tanı ve tedavi aşamalarında tek başlarına yer alamazlar.

Sosyal Hizmet Uzmanı

Ruh Sağlığı alanında hizmet vermek için özel eğitim almış sosyal hizmet uzmanıdır. Hastalara barınma, gündelik yaşam, eğitim alanlarında destek olurlar. Psikiyatri hastalarının sosyal sorunların çözümü aşamasında psikiyatri hekimi sorumluluğunda görev alırlar. Psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavi aşamalarında tek başlarına yer alamazlar. Sosyal hizmet uzmanları bilimsel geçerliliği kabul edilmiş uluslararası tanınırlılığı olan standardize eğitim aldıklarını belgelendirdikleri takdirde ilgili alanda bazı terapi yaklaşımlarını psikiyatri hekimi sorumluluğunda uygulayabilirler.

Danışmanlar

Eğitim fakültelerinin psikolojik danışmanlık ve rehberlik bölümlerinden mezun kişilerdir. Sağlık alanı dışında başta eğitim kurumlarında olmak üzere danışmanlık ve rehberlik verme görevlerini üstlenirler. Ayrıca ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaşam sorunlarıyla daha iyi başa çıkmalarını sağlamaları için danışmanlık verirler. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında aile hekimi, psikiyatri birimlerinde psikiyatri hekimi denetiminde çalışırlar. Danışmanlık ve rehberlik dışında psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavi süreçlerinde yer alamazlar. Danışmanlar bilimsel geçerliliği kabul edilmiş ulusla-

rası tanınırlılığı olan standardize eğitim aldıklarını belgelendirdikleri takdirde ilgili alanda bazı terapi yaklaşımlarını psikiyatri hekimi sorumluluğunda uygulayabilirler.

ÖNERİLER

- 1- Türkiye Psikiyatri Derneği olarak yukarıda belirtilen görüşlerimiz doğrultusunda ruh sağlığı hizmetinin psikiyatri hekimi sorumluluğunda yürütülmesi gereken bir ekip hizmeti olduğunu ve diğer ruh sağlığı çalışanlarının tek başlarına ruh sağlığı hizmeti veremeyeceğini vurguluyoruz. Ayrıca Sağlık Bakanlığının ruh sağlığı hizmeti sunan tüm meslekler için görev, yetki ve sorumluluk tanımlarını içeren bir yasa girişiminin olmasını açıkça destekliyoruz.
- 2- Sınırları yeterince belirlenmediğinde halkın istismarına yol açabilecek nitelikte olan ruh sağlığı alanında hizmet veren mesleklerin görev, yetki ve sorumluluklarının vatandaşın yararına ve bilimsel temelde belirlenmesinde Türkiye Psikiyatri Derneği olarak her türlü katkı ve işbirliğine açık olduğumuzu belirtiriz.

Doç. Dr. Doğan Yeşilbursa

Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Başkanı

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu adına

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ
BASIN AÇIKLAMASI

PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARIN TEDAVİSİNDE NEUROFEEDBACK YÖNTEMİNİN ETKİLERİ VE SORUNLARI 20 Aralık 2010

1960'lı yılların sonu ile yetmişli yılların başında beyin dalgaları örüntülerini yeniden koşullandırma ve şekillendirme çabaları baş göstermiştir. Bu çalışmalar başlangıçta gevşeme sağlama amacıyla alfa dalgaları aktivitesi eğitimi ve kontrol edilemeyen epilepsi (sara) alanında kendini göstermiştir. İşte bu eğitim işlemine "EEG neurofeedback" adı verilmiştir.

Neurofeedback (NF) eğitimi kişinin beyin dalgalarını geri bildirim aracılığıyla şekillendirmeye çalışmasıdır. Bu işlem sırasında kişinin kafa derisi ve kulak memeleri üzerine elektrodlar konularak beyin aktiviteleri bir bilgisayara aktarılır ve görünür hale getirilir. Bu yöntem, normal koşullarda beyin aktivitelerimizin bilincinde olmadığı için onları değiştiremeyeceğimiz, ancak onları bir bilgisayar üzerinde oluştuktan sonra saniyenin birkaç binde biri gibi kısa bir süre sonra görebilsek onları etkileyebileceğimiz ve değiştirebileceğimiz varsayımı üzerine dayanır. Bu da bir tür koşullandırma yöntemi ile mümkündür. Amaç süregelen geribildirim sağlayarak daha sağlıklı beyin dalgaları oluşturmaktır. Bu yöntem ilaçla tedaviye alternatif olarak ortaya çıkmış olup günümüzde dikkat eksikliği aşırı hareketlilik, öğrenme bozuklukları, otizm, felç, kafa travmaları, kontrol edilemeyen sara, alkol ve madde bağımlılığı, depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, uyku bozukluğu, sporcularda, müzisyenlerde, dansçılarda performans artırmak amacıyla kullanılabilen ileri sürülmektedir.

Ancak tüm bu alanlarda yapılan çalışmalar bilimsel açıdan güçlü kanıtlar ve verilerden yoksundur.

Neredeyse 40-50 yıla yakın geçmişi olan bir tedavi yönteminin bilim dünyasının genişçe bir kesimi tarafından kabul görmesini sağlayacak çalışmaların olmayışı düşündürücüdür.

Psikiyatrik ya da nörolojik rahatsızlıklarda hastaların tek bir EEG özelliklerine sahip olduklarını varsayarak aynı tedavi protokolü ile NF tedavisi uygulamanın sakıncaları bilinmektedir. Grup ortalamaları ya da genelleştirmeleri her zaman bireyin değerleriyle örtüşmeyebilir. Yalnızca etkisiz tedavi olmanın yansıması, tedaviye bağlı ters etkiler de söz konusudur. Uygun olmayan NF eğitiminin epilepsi dışındaki klinik durumlarda da ters etkilere yol açacağı aşikardır. NF tedavisi sırasında gözlenen ters etkiler arasında; duygusal değişkenlik ve vokal tikler, bedensel yakınmalar, kas seğirmeleri, alt islatma, uyku bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk belirtileri, kaygı atağı, sinirlilik, depresyon, mizaç değişiklikleri, konuşma bozuklukları vb. sayılabilir. Kötü tedavi riskleri, sadece zaman ve para kaybı olmayıp, bunun ötesine de uzanabilir.

Ülkemizde, Neurofeedback yönteminin, geniş bilimsel verilere dayanmadan ve her türlü hastalığın tedavisinde

etkin bir yöntem olarak tanıtılarak denetimsiz bir şekilde uygulanması toplum ruh ve beyin sağlığı açısından ciddi bir tehdit oluşturmaktadır.

Amerika İlaç ve Gıda İdaresi (FDA) neurofeedback uygulamaları için kurallar koymuştur ve kullanılacak makinelerle uygulayıcılar için ölçütler belirlemiştir. Neurofeedback uygulaması için FDA onayı sadece gevşeme vakalarında ve araştırma amaçlı olarak belirlenmiştir. Onay dışı kullanım araştırmalar için ve özel izne, koşullara tabidir. Ülkemizde ise bu uygulama ile ilgili yasal bir düzenleme bulunmamakta ve bu yöntemin denetimsiz kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görünmektedir.

Özellikle tedavisinde zorluk çekilen yada kesin tedavi yöntemi bulunamayan tıbbi durumlarda bir çok alternatif tedavi yöntemi araştırmacılar tarafından denenmektedir. Bir tedavi yönteminin bilimsel ve kabul edilebilir olması için bağımsız kişiler ya da kurumlar tarafından, çok sayıda katılımcı üzerinde etkinliği ve güvenilirliğinin kontrollü çalışmalarla gösterilmiş olması gerekir. Neurofeedback tedavi yöntemi bu ölçütlere göre değerlendirildiğinde bu şartları yerine getiren araştırmaların ve sonuçların olmadığı saptanmıştır.

Bu yöntem hiçbir psikiyatrik rahatsızlığın tedavisinde "ilk sıra tedavi seçeneği olmayıp" başvuran her hastaya bu yöntemin uygulanmaması gerekir.

Ülkemizde bazı özel sağlık kuruluşlarında psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisinde bu yöntemlerin ilk başvuran hastaya uygulandığı ya da ilk sıra tedavi seçeneği olarak sunulduğu görülmektedir. Ticari amaçlı böyle bir uygulamanın yapıldığını düşündüğümüz ilgili kurum ya da kişiler hakkında Türkiye Psikiyatri Derneği'nin yapmış olduğu yasal girişimler sonucunda bu kurumlara cezalar verilmiştir. Ancak hastaların ve hasta sahiplerinin kendileri için zaman kaybına ve maddi zarara neden olabilecek uygulamaları araştırmaları, daha kolay ve ucuz sağlayabilecekleri tedavi yöntemlerini denemeleri toplum sağlığı açısından önemlidir.

Hasta ve hasta yakınları ile kamuoyunun bilgilerine sunarız.

Saygılarımızla.

Prof. Dr. Bengi Semerci

*Türkiye Psikiyatri Derneği
Psikiyatri ve Medya Bilimsel Çalışma Birimi*

Uz. Dr. Mehmet Yumru

*Türkiye Psikiyatri Derneği
Merkez Yönetim Kurulu Üyesi*



TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ
BASIN AÇIKLAMASI

AMAÇ SİLAHLANMANIN KOŞULLARINI BELİRLEMEK DEĞİL SİLAHSIZLANMA OLMALI

TBMM Silah Alt Komisyonu 2009 yılının ağustos ayından bu yana Silah Yasası tasarsını görüşüyor. Tasarının içeriği ile ilgili iki kez basına yansıyan tartışmalar oldu. Türkiye Psikiyatri Derneği dahil bir çok sivil toplum kuruluşu ve meslek örgütü bu tasarıya tepki gösterdi. Her birinde eleştirilerin dikkate alınacağını beklerken, olumlu gelişmeler olduğu yönünde haberler gelirken ortaya çıkan beklenenlerin çok dışında hayal kırıklığı oldu. Son olarak 2010 yılı ağustos ayında gündeme gelen taslak silah edinmeyi ve ruhsat alımını kolaylaştırıyor, taşınan ve bulundurulan silah sayısını beşe çıkartıyordu. Bu tasarıya gösterilen tepkilerle yeniden komisyonlara dönen tasarı izleyenleri şaşkınlığa iten değişikliklerle yine gündeme geldi. Siyasi otoritenin sık yaptığı gibi tasarının orijinal halini görebilmek ve üzerine çalışmak olanaklı değil. Bu durum, eleştirilere yönelik olarak tasarıyı oluşturanların "tasarının içeriğinde böyle bir şey yok basın abartıyor" gibi yorumlar yapmalarına, gelen tepkilere göre bazı süslemeler yapılmasına olanak veriyor. Bugün basına yansıyan haberlere baktığımızda çok daha ürkütücü bir durum görüyoruz. Yeni silah yasa tasarisında yapılan değişikliklerle, silah taşıma ruhsatı sayısı ikiye, silah bulundurma ruhsatı sayısı beşe çıkarılmış, silah almak için heyet raporu gerekliliği kaldırılmış, sabıka kaydı olanlara silahlanma izni verilmiş, silah bulundurma yaşı 18 yaşa çekilmiş ve internette silah reklamı yapabilmemin önü açılmış görünmektedir. Bunun yanında Emniyet ve MİT'in silah, mühimmat veya benzer malzemeyi kendisi ya da aracı şirketler aracılığıyla ithal etmesinin serbest bırakılmasının temel işlevi kamu güvenliğini sağlamak olan bir kurumun adeta silah ticareti ile uğraşan bir şirkete dönüşmesine yol açtığı izlenimi vermektedir. Diğer dikkat çekici bir nokta ise ruhsat başvurusu yapan kişinin ruhsat çıkana kadar altı ay süreyle geçerli olmak üzere silah edinme izni kazanması, eş deyişle geçici izin dilekçesini imzaladığı gün silah(lar)ı beline takabilmesidir. Ruhsat işlemlerinin 30 gün içinde başlatılabileceği belirtilmekte, 6 ay içinde tamamlanacağı öngörülmektedir.

Basında yer alan haberlere göre yasa tasarisında dikkat çeken bir yeni değişiklik ise yalnızca kapalı yerlerin yasak kapsamına alınması, bu yerlerin açık mekanlarının kapsam dışında bırakılmasıdır. Diğer bir deyişle düğün salonlarının, lokantaların vs. bahçeleri, balkonları yasak kapsamı dışına çıkarılmıştır. Özetle bu tasarı "maganda kurşunu" atılmasını serbest bırakmıştır.

Tüm bu düzenlemeler şunu işaret etmektedir. Silahlanmanın önüne geçen düzenlemelerin yapılması yerine silahlanmayı daha da artıran, teşvik eden, meşruiyet kazandıran, bu bağlamda şiddetin denetimsiz bir biçimde insan yaşamına kastedecek düzeyde yaygınlaşmasına zemin hazırlayan düzenlemeler yapılmaktadır. Bu son derece ürkütücü ve anlamlıdır. Temel işlevi ülke insanların güvenliğini sağlamak, toplumsal barışı güçlendirmek ve şiddetin olmadığı bir dünya yaratmak olan devletin ilgili kurumlarının şiddeti kolaylaştıran, meşrulaştıran düzenlemeleri yaşama geçirmesi, üzerinde ciddi biçimde tartışılması gereken önemli bir noktadır.

Toplumda silahlanma arttıkça silahla ilişkili suçların arttığını gösteren örneklerin ve verilerin sayısı her geçen gün artmaktadır. Özellikle gelenek, görenek gibi kavramlarla birleşen silahlanmanın yarattığı kültürel yapı içinde yasalarla silahlanmayı kolaylaştırmak, bireyi ve toplumu onarılması güç biçimde yaralayan bir noktaya taşıyacaktır. Şiddetin giderek yaygınlaşması, silahın bir sorun çözme yöntemi olarak kullanılması, saldırganın kendi adaletini yaratması şiddet sarmalının daha da büyümesine, kalıcılaşmasına yol açacaktır.

Sayıların dili

Silah sorununun ulaştığı korkutucu boyutu bireysel silahlanmanın ulaştığı dehşet verici rakamlardan da gözlemek mümkündür. Son nüfus sayımı verilerine göre Türkiye'de ortalama her 65 kişiden biri silah taşımakta ya da bulundurmaktadır. Ükelere göre, silaha sahip olma sıralamasında Türkiye tüm dünya ülkeleri sıralamasında 20. sıradadır. Ruhsatlı ve ruhsatsız silah sayısı son 10 yılda yaklaşık 10 kat artmıştır. Halen Türkiye'de 2,5 milyon üzerinde ruhsatlı silah olduğu bilinmektedir. Yasa tasarisında yer alan son düzenlemelerle bu sayı en az iki kat artacaktır. Ruhsatlı silah sayısının iki katından daha fazla oranda ruhsatsız silah olduğu öngörülmektedir.

Can alıcı bir diğer veri ise cinayet olgularının yarısının ateşli silahla gerçekleşmiş olmasıdır. Umut Vakfı'nın 2009 verilerine göre her yıl yaklaşık 4 bin kişi silahla ölmekte, 10 binlercesi yaralanmaktadır. Ateşli silahlarla işlenen suçların yaklaşık üçte ikisi ruhsatsız, üçte biri ruhsatlı silahlarla işlenmektedir. Silahlanma çığırının dehşet verici boyutlarının günlük yaşamda karşımıza çıktığı alanlardan biri aile içi şiddettir. Silahlanma, aile içi şiddet olaylarının yaralanma ve ölümlerle sonuçlanmasına yola açmakta, intiharları kolaylaştırmakta, kaza sonucu ölüm ve yaralanmalara neden olmaktadır. Aile içi şiddet ve eş öldürmeyle sonuçlanan olayların yüzde 35-40'ında silah kullanılmıştır. Ateşli silah bulunması ölüm riskini en az 12 kat artırmaktadır. Silahla işlenen cinayet olaylarının %25'i 'faili meçhul' kalmaktadır. Bu oran gelişmiş ülkelerde %10'dur.

Basına ve kamuoyuna yansıyan örneklerde de görüldüğü gibi şiddet ve ölümler sıradanlaşmakta, insanlar ölüme karşı duyarsızlaşmaktadır.

Tüm yayın ve uyarılara karşın, toplumda silahlanma merak ve isteği her geçen gün artmaktadır. Bu merak ve istek bu yasal düzenlemelerle adeta teşvik edilmekte, insanların acıları ve ölümü üzerinden büyüyen yeni bir pazarın, ticari alanın geliştirilmesine çalışılmaktadır. Siyasi otorite Amerikan silah şirketlerinin taleplerine boyun eğmiştir. Türkiye’de en yaygın olarak kullanılan pompalı tüfek edinme yaşının 18’e çekilmesi ile bu silahlanma merakı satışa dönüşecek ve silah üreticilerinin amaçları yerine getirilmiş olacaktır. İnsan yaşamının bir metaya dönüşmesinin, bir ticari ilişkinin nesnesi haline gelmesinin belki de en acı veren örnekleri silah edinmenin kolaylaştırılması ve yaygınlaştırılmasıyla yaşanacaktır.

Ülkenin politik önderlerinin, toplum liderlerinin, sanat ve bilim insanlarının ateşli silahlarla kamuoyu karşısına çıkmaları, bunun yanında medyanın silahlı kahramanları örnek modeller olarak sunması, en iyi sorun çözüm yönteminin öldürmek olduğu yanlışmasının yaratılmasına olanak vermektedir. Son yasal düzenlemelerle ateşli silahlara ulaşmanın giderek kolaylaşması gibi bir çok etken şiddet sorununun boyutlarını daha da artıracaktır.

İnternette şiddetin önüne geçilmeye çalışılırken, yasa tasarısı ile birlikte bu iletişim aracını yaygın olarak kullanan özellikle genç kuşaklar silaha özendirilmiş olacaktır. Sabıka kaydı bulunan kişilerce silah edinmenin kolaylaştırılması ve silah edinme sırasında hekimlerin bilirkişilik rolünün kaldırılması ile birlikte şiddet sarmalının giderek yükseleceği açıktır.

Türkiye Psikiyatri Derneği olarak taleplerimizi bir kez daha yineliyoruz.

1. Temel amaç ve strateji, bireysel sivil silahlanmanın kontrol altına alınması değil bireysel silahlanmanın önlenmesi, eşdeyişle **bireysel silahsızlanma** olmalıdır.
2. Bireysel silahlanmayı önlemek amacıyla uzun erimli ve etkili bir eğitim programının geliştirilmesi ve daha fazla gecikmeden yaşama geçirilmesi gerekmektedir. Bu geniş kapsamlı eğitim programında okuldan aileye, medyadan politikacılara, sivil toplum kuruluşlarından silahlı kuvvetlere kadar her kurum ve ortamda silahlanmanın riskleri, barış toplumu olmada silahsızlanmanın rolü işlenmelidir.
3. Ruhsatlandırmada pratik ve teorik eğitimi kapsayan sertifika programı tartışmaya açılıp geliştirilmeli ve zorunlu hale getirilmelidir.
4. Ruhsatsız silahların kayıt altına alınabilmesi için acil önlemler alınmalı belirli bir süre içerisinde ruhsatsız silahlar kayda alındıktan sonra, ruhsatsız silahlarla ilgili yaptırımlar konusunda mevzuat ağırlaştırılmalıdır.
5. Toplumun bu amaca hazır hale gelmesini sağlarken ilk adım olarak; hazırlanmakta olan yasal düzenlemede öngörülen silahlanmayı kolaylaştıran tüm değişiklik ve düzenlemelerden hızla vazgeçilmelidir.
6. Bu yasada silah bulundurma yaşı, silah edinecek meslek grupları, silah edinmenin gerekçeleri olabildiğince daraltılmalıdır.
7. Taşıma ruhsatları kısıtlanmalı, kapsamı daraltılmalı, bulundurma ruhsatına çevrilmeli, ancak yasal olarak izin verilen yerlerde silah bulundurulabilmelidir.
8. Var olan ateşli silahların toplanmasına yönelik yasal düzenlemeler beklenmeden yapılmalı, yeni yasal düzenlemelerle silah edinme ve bulundurma koşulları zorlaştırılmalı, silahların iade edilmesiyle ilgili özendirici önlemler alınmalıdır.
9. Silah kaçakçılığı ve ruhsatsız silah edinmenin ceza karşılıkları artırılmalı, emniyet birimlerinin etkin mücadelesi sağlanmalıdır.
10. İlgili meslek örgütlerinin ve demokratik kitle örgütlerinin konu hakkındaki görüşleri ve hazırladıkları raporlar değerlendirmeye alınmalıdır.
11. Silah edinmek isteyenlerin önceki suçları ve olası suç eğilimleri emniyet birimlerince dikkatli bir şekilde sorgulanmalıdır.
12. Dünyanın gelişmiş hiçbir ülkesinde olmayan “silah ruhsatlandırmasında hekimlerin sorumluluk alması” uygulaması kaldırılmalı, silah ruhsatı almak isteyen kişilerin muayeneleri ve silah edinme kararları tek hekim sorumluluğuna bırakılmamalı, temel sorumluluğun emniyet birimlerinde olduğu, hekimlerin sadece tıbbi muayene ve bilirkişilik uygulamalarını yürüttüğü ayrı bir kurumsallaşma yapısı tesis edilmelidir.
13. Alt yaş sınırı yukarı çekilmeli, üst yaş sınırı getirilmeli, kişiye kayıtlı silah sayısı sınırlandırılmalıdır.
14. Silah ve mermilerin muhafazası ve denetimlerine ilişkin kontrol mekanizmaları oluşturulmalıdır.
15. Silah bulundurmanın yasak olduğu yerlerin kapsamı genişletilmeli, kapsama kamuya açık tüm alanlar dahil edilmelidir.
16. Medya, şiddeti özendiren ve teşvik eden yayınlara izin vermemeli, bu konuda duyarlı ve sorumlu davranmalı, bireysel silahsızlanmayı öne çıkaran etkinliklerde bulunmalıdır.
17. Konuyla ilgili doğrudan ve dolaylı her türlü ortamda yapılan reklam ve benzeri programlar yasaklanmalı, televizyon programlarında silahların özellikle bir sorun çözme aracı olarak gösterilmesinin önüne geçilmelidir.

Biz ruh hekimleri, yeni nesillerin sorunları şiddetle değil tartışarak, konuşarak, uzlaşarak ve hukuki yollarla çözmeyi öğrenmiş ve benimsemiş olmasını arzu etmekte ve meslek örgütü olarak bu yönde çaba göstermeye devam etmekteyiz.

Acının, şiddetin ve ölümlerin ruh sağlığı ve toplumsal barış üzerine yıkıcı etkisini biliyoruz. Silahlanmayı kolaylaştıran tüm yasal düzenlemelerden derhal vazgeçilmesini, silahsızlanmaya yönelik çalışmaların hızla yaşama geçirilmesini istiyoruz.

Ruh sağlığının geliştirilmesi, korunması ve ruhsal sorunların önlenmesi konusunda ilk sırada sorumluluk hisseden biz ruh hekimleri, toplumun tümüne ulaşan kampanyalarla silahsızlanmanın özendirilmesini, konu ile ilgili tüm yasal düzenlemelerin bu amaçlarla yeniden gözden geçirilmesini, toplumumuz ve topluluğumuz adına talep ediyoruz.

Bu soruna toplumun hiçbir kesiminin sessiz kalmamasını talep ediyoruz.

Saygılarımızla...

Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu



TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ ve ANKARA TABİP ODASI
BASIN AÇIKLAMASI

TPD ve ATO Silah Kanunu Tasarısı ile ilgili ortak basın toplantısı yaptı:
ŞİDDETSİZ, SAVAŞSIZ, SİLAHSIZ VE BARIŞÇIL BİR DÜNYA YARATMALIYIZ

15 Aralık 2010, Çarşamba

Ankara Tabip Odası ve Türkiye Psikiyatri Derneği, TBMM İçişleri Komisyonu'nda görüşülen Silah Kanunu Tasarısı nedeniyle 15 Aralık 2010 tarihinde Ankara Tabip Odası'nda basın toplantısı düzenlediler. Toplantıda, Ankara Tabip Odası Başkanı Bayazıt İlhan ve Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Sekreteri Burhanettin Kaya, tasarının bireysel silahlanmayı kolaylaştırıcı düzenlemeler içerdiğine dikkat çekerek, silah edinmenin kolaylaştırılmasıyla şiddet kültürünün daha da yaygınlaşacağını vurguladılar...

Basında yer alan haberler silah yasaının içeriğinin insanlık adına son derece rahatsız edici maddeler içerdiğini, TBMM İçişleri Komisyonu'nda görüşülen tasarının Meclis'te bu biçimde yasalaşması durumunda ülkede şiddet ve saldırı suçlarında artışa yol açacağını, problem çözme yöntemi olarak şiddetin, araç olarak da silahın daha kolay kullanılacağını gösteriyor. Hekim sorumluluğumuz; bu duruma karşı çıkmamızı, savaşın ve şiddetin olmadığı, insanların fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığının yaygınlaşan şiddet içinde zarar görmediği bir dünya için mücadele etmemizi gerektiriyor. Bu nedenlerdir ki, bugün burada siz değerli basın mensuplarıyla görüşlerimizi ve değerlendirmelerimizi paylaşıyoruz...

Yaklaşık 6000 yılı bulan insanlık tarihinde 15 binden fazla savaş yaşanmıştır. Bu her yıla 3 savaş düşmesi anlamına gelir. Bu ürkütücü durumun insanlığa olan maliyetini, ödediği bedeli anlayabilmek için elimizde çok fazla veri olduğunu hepimiz biliyoruz. Bu hesaba baktığımızda neredeyse yaşamında savaş görmemiş ya da tanık olmamış insan yok gibidir. İnsanlığa büyük kayıplar verdiren ikinci dünya savaşından sonraki "huzur ve barış" ortamında bile (1945-1992 arası) irili ufaklı 150'nin üzerinde savaş gerçekleşmiş ve bu savaşlarda 60 milyonun üzerinde insan ölmüştür. 1992'den sonraki yıllarda çıkan savaşlar ve çatışmaların önceki yıllara göre iki kat arttığı söylenmektedir. Bu sayıların içinde çeşitli ülkelerde var olan kent şiddetinin ve küçük grup terörizminin sayıları mevcut değildir.

Şiddet kültürünün gelişmekte ve yaygınlaşmakta olduğunu, şiddetin birey ve grupların kendi adaletlerini yaratmak için etkin kullanıldığını, silahın bu süreçte en önemli şiddet üreten araç olduğunu görüyoruz. Son beş yılda bu saptamayı yapmamıza olanak veren çok örnek var. Yaygın biçimde varlığını sürdüren aile içi şiddet, kadına yönelik şiddet, artan yoksulluk, işsizlik ve ekonomik krizle ilintili olarak artan intihar oranları, trafikte öfkeli davranışlar... Silah edinmenin kolaylaştırılmasıyla silahın bu süreçlerde sık kullanılması, acı verici deneyimlerin yaşanma sıklığını artıracaktır.

Silah Yasa Tasarısı son 10 yıldır yaşama geçirilmeye çalışılan ve süslü sözcüklerle bir yanılsama yaratılarak kamuoyunda meşruiyet kazandırılmaya çalışılan, sağlıktaki dönüşüm, eğitimde düzenlemeler, kentsel dönüşüm vb. projelerden farklı değildir. Burada da neo-liberal politikalar ekseninde insanın güvenlik duygusu ve tehlike algısı ve yaşamını koruma güdüsü üzerinden bir ticari ilişki yaratılmak istenmekte, insanların güvenlik gereksinimleri metalaştırılmaktadır. Bu yasal düzenlemelerin ana motivasyonu uluslararası silah endüstrisine yeni ve etkin bir pazar yaratmaktır. Bireysel silahlanmayı teşvik eden bu düzenlemeler devletin insanlarını koruyamadığını ve herkesin kendi kendisini koruması gerektiğini, bu süreçte devletin aracılık edebileceğini gösteren bir durum oluşturmaktadır.

Şimdi soruyoruz, ülkelerin silahlanma yarışının yanına bir de bireysel silahlanmada artışa yol açabilecek bu düzenlemeleri getirmenin kamusal bir yararı var mıdır? Şüphesiz ki yoktur. Bu düzenlemelerden, çılgınlık boyutuna varan silahlanma yarışından yararlanan halklar değil, silah şirketleridir, silah tüccarlarıdır. Şiddetin hiçbir sorunun çözümüne olumlu katkısı olmayacağını bilen hekimler olarak, her türlü silahlanmaya karşı olduğumuzu ve silahlanmayı kolaylaştıracak düzenlemelere karşı mücadele etmeyi mesleğimizin ve insanlığımızın gereği saydığımızı kamuoyuna saygılarımızla belirtiriz.

**Ankara Tabip Odası
Türkiye Psikiyatri Derneği**

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ
BASIN AÇIKLAMASI

HEKİME YÖNELİK HER TÜR DEN BASKI VE ŞİDDETİ KINIYORUZ! TEHDİTLERİN VE SİLAHLARIN GÖLGESİNDE SAĞLIK HİZMETİ VERİLEMEZ!

28 Kasım 2010

Yıllardır uzmanlık eğitimi alan hekimlerin yetiştirilmesinde ve binlerce hastanın tedavisinde büyük emekleri olan **Dr. Hüseyin Soysal İstanbul'da 26.11.2010 tarihi akşam saatlerinde; muayenehanesinde tedavi ettiği bir hastasının saldırısına uğramış ve bıçaklanmış. Değerli meslektaşımıza acil şifalar ve yakınları, hastaları ve tüm halkımıza geçmiş olsun dilekelerimizi iletiyor; her geçen gün hekime yönelik şiddetin hızla artmasına göz yuman gerekli tedbirleri almayan sorumluluk ve görev sahiplerini kınıyoruz.** Hatırlanacağı üzere, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 11.11.2010 Perşembe günü hekimlere yönelik iki ayrı şiddet olayı daha meydana gelmişti. Neredeyse hemen her gün ve her sağlık kurumunda, tüm sorumluluğu o anda sağlık hizmeti sunmak olan hekimlere yönelik şiddetin ve bu şiddet eğiliminin nereden kaynaklandığı ve nasıl meşrulaştırılıp, sıradanlaştırıldığı açık ortadadır; mevcut sağlık politikaları ve onun uygulayıcıları!

Son yılların, ülkemiz için kendisini bir olgu şeklinde duyurduğu en önemli alan şiddettir. Bunda şaşılacak bir şey olmaması gerekir. Çünkü ülkemizin içinde bulunduğu toplumsal süreçte siyasi iktidar, kendisini şiddet kavramı etrafında kurarak biçimlendirmektedir. Ergin ve kaderine hükmedecek eleştirel, sorgulayıcı bir özne olarak yurttaş; kurumsal tasarım, denetim ve kısıtlamalarla; çalışma hayatında özlük haklarının gasp edilmesinden, dinleme cihazları ile özel yaşamının mahremiyetine tacizde bulunulmasına kadar şiddetin çeşitli biçimlerine maruz bırakılmıştır. Bireyin bir yurttaş olarak sahip olduğu haklar unutturulurken, güçlü olanın kazandığı bir yaşam biçiminin kanıksatılmaya çalışıldığı görülmektedir. Tüm bunlar devleti baskıcı bir aygıtla dönüştürürken, kamusal alanda şiddeti bir yaşam biçimi olarak benimseyen grup ve kişilerin çoğalmasına neden olmuştur.

Gençlerimize çok küçük yaşlardan itibaren okullarda ve hatta tüm kamusal alanda yaygın bir biçimde yazılı ve görsel medya araçları ile şiddetin bir sorun çözme biçimi olarak sunulduğu, içten içe kültürel yapımıza sindirildiği görülmektedir. Olağan bir sonuç olarak şiddet olayları; hiç olmaması gereken eğitim ve sağlık kurumlarına da sızmış, günlük yaşamın bir parçası haline gelmiştir. Artık egemenlerin şiddetten beslendiği anlaşılan gizli gündemlerine hizmet eden "örtük müfredat" tüm sınırları ile deşifre olmuştur.

Hekimleri hedef almış saldırıların artışında güvenlik tedbirlerinin eksikliğinin çok daha ötesinde sebepler olduğu açıkça ortadadır. Özellikle; aşırı hasta yükü, hasta başına ayrılan sürenin kısalığı, son yıllarda toplumda madde kullanımının artışı, ayrıca ekonomik kriz ve buna bağlı olarak yoksulluğun ve alkol-madde kullanım sıklığı ve yaygınlığının artması, son 30 yıldır sistematik olarak iktidarlar tarafından sağlık sistemindeki aksaklıkların suçlusu olarak hekimlerin ve sağlık çalışanlarının gösterilmesi, sağlıkta dönüşüm programları ile serbest piyasa ekonomisinin hiçbir sınırlama olmadan uygulanması sonucunda hekim-hasta ilişkisinin işletme-müşteri ilişkisine dönüşürülmesi gibi etkenlerin de önemli ve belirleyici olduğunu düşünmekteyiz.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kaliteli hizmet üretimi yerine, hekimlerin özlük haklarını ve saygınlıklarını azaltmış, adeta kişisel bir saldırıya dönüşmüştür. Sağlık yöneticileri, sağlık kurumlarının sayı ve alt yapı eksikliklerini gizlemek için hekimlerin ve hekim sayısının yetersizliğini öne süren açıklamalar yapmış ve dolaylı olsa hekimleri halkımıza karşı hedef göstermişlerdir. Tarihsel olarak eşi görülmedik bu deneyim, kimi hasta ve hasta yakınlarının hizmete ulaşamayınca, haklarını arama adına, hekimleri hedef alan şiddet ve tehdide başvurmalarına neden olmuştur.

Veriler sağlık çalışanlarının şiddete uğrama sıklığının arttığını gösteriyor.

Hekimler küfür ve hakaret gibi sözel şiddete, aşağılayıcı davranışlara, sözel veya yazılı tehdit davranışları ve darp, yaralama, hatta ölümlerle sonuçlanan fiziksel şiddet olaylarıyla karşılaşmaktadırlar. İsparta-Burdur Tabip Odası'nın 2008 yılında yaptığı bir araştırmaya göre:

- Çalışma yaşamları boyunca en az bir defa şiddet içeren olaya tanık olduğunu söyleyen sağlık çalışanı oranı % 96 iken, bunların %64'ü en az bir defa şiddete maruz kalmıştır.

- Hasta ve hasta yakınları, ama özellikle erkekler şiddet uygulamaktadırlar. Şiddet uygulayanların % 86'sı hasta ve hasta yakınıdır. Sadece hastaların uyguladığı şiddetin oranı ise % 6 civarındadır. Bunların arasında da %54 ile en fazla hasta yakını görülmektedir. Şiddet uygulayanların %92'sini erkekler oluşturmaktadır. % 86'yı 100'e tamamlayan grup ise sağlık idare ve yöneticileridir. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin % 14 ünü sağlık idarecileri gerçekleştirmişlerdir.

- Yalnızca 2008 yılı içinde; çalıştıkları kurumda şiddet içeren en az bir olaya tanık olduğunu söyleyen sağlık çalışanı oranı %56 iken, bunların %45'i şiddete maruz kalmıştır. Kadınlar arasında bu oran %58, erkekler arasında ise %26'dır. Kamu sağlık hizmetlerinde çalışan uzman hekimler arasında bu oran %45, özel sağlık hizmetlerinde çalışan uzman hekimler arasında %5'tir. Hemşireler arasında %53, hekim ve hemşire dışında kalan sağlık personeli arasında %33'tir. Pratisyen, uzman ya da asistan olsun her grupta şiddete maruz kalma oranı kadınlarda erkeklerden çok daha fazladır. En fazla şiddete maruz kalan grup ise % 81 ile kadın pratisyen hekimlerdir.

- Özellikle kamuda çalışan hekimlerde, kadınlarda ve genç hekimlerde şiddete maruz kalma sıklığının yüksek olduğu görülmektedir.

- İstanbul'da yapılan bir araştırmada ise (Aren A, 2008): Sağlık çalışanlarının sözlü saldırıya uğrama oranı %100, Fiziksel saldırıya uğramış olanların oranı ise % 87, Hemen her gün fiziksel ya da sözel saldırıya uğradığını söyleyenlerin oranı % 29, Bunların polise bildirilme oranı % 40, dava açılma oranı % 33 olarak belirlenmiştir.

- Öte yandan, bir çok araştırmada psikiyatri hekimlerinin daha sık şiddete uğradığı vurgulanmaktadır. Türkiye'de psikiyatri kliniklerinin birçoğunda hizmet yükünün büyük bölümünü sırtlayan asistanların

meslek yaşamları boyunca şiddete uğrama sıklıklarını araştıran bir çalışmada (Altınbaş ve ark. 2008);

Psikiyatri asistanlarının %89.7'si asistanlık süresince sözel (%42.6), fiziksel (%2.9) veya hem sözel hem de fiziksel (%44.1) şiddete uğrarken; %15.9'u hafif, orta veya ağır şekilde yaralandığı saptanmıştır.

Psikiyatri asistanlarına yönelik şiddet oranları oldukça yüksek olmasına karşın yalnızca % 4.1'i hukuki yollara başvurmuştur.

Sağlık çalışanlarının %67'si kendisine yapılan şiddet konusunda şikayetçi olmamıştır.

- Hekimler işlerini kaybetme, tekrarlayan saldırılara karşı güvenliklerinin sağlanamayacağı ve kendilerine yönelik husumete yol açmamak kaygısıyla bireysel olarak davacı olmaktan kaçınmaktadır. Bireysel olarak davacı olunmadığı durumlarda, zaman zaman olayın yargı tarafından bir kamu davası olarak ele alınmaması suç işleyen kişilerin serbest kalmasına neden olmaktadır. İşlenen benzer saldırı suçlarında, hekimin Sağlık Bakanlığı çalışanı olarak, hastanede görev yaptığı sırada ve görevinden kaynaklanan bir işlem nedeniyle ortaya çıkmış olması dikkate alınmaksızın, yalnızca kişinin mağdur olduğu basit bir etkili eylem (müessir fiil) olarak ele alındığı ve kamu davası açılmadığı birçok örnek vardır. Ayrıca, hekimler ve sağlık çalışanları bu saldırıları çoğunlukla, hizmet verdikleri insanları korumak alışkanlıkları olduğundan ya da işlerinin sevimsiz bir tarafı olarak görmelerinden dolayı şikayet etmemektedirler.

- Şikayetçi olmamanın bir nedeni de meselenin bireysel değil sosyo-ekonomik koşullardan beslendiğinin kavranmasından olsa gerek. Hekimlerin % 78'i toplumda şiddetin yaygınlaşmasının en önemli ilk üç sebebi olarak ekonomik sıkıntıları, sosyo-kültürel problemleri, eğitim problemlerini göstermişlerdir. Bu problemleri; kişilerin devlet yönetimi ve adalet sistemine güvensizliği, medyanın yanlış yayınları, işsizlik ve ülkemizdeki terör olayları izlemektedir. Tüm nedenler arasında toplumda şiddetin en fazla yaygınlaşma sebebi olarak %35 ile ekonomik sıkıntılar dile getirilmiştir.

Neden şiddet!

Sağlık çalışanlarına şiddet uygulanması sıklıkla tedaviden memnuniyetsizlik, muayene sırasında fazla bekleme, gecikme hissi, kötü haber alma, muayene sırasında ihmal edilme düşüncesi, şiddet uygulayan kişinin alkol veya uyuşturucu etkisi altında olması gibi sebeplerle ortaya çıkmaktadır. Tüm bu gerekçelerin altında yatan aşığıda açıklayacağımız siyasi iktidarın son yıllarda hız verdiği sosyo-ekonomik politikalarıdır.

1- Sağlıkta Dönüşüm Projesinin yarattığı olumsuz sağlık ortamı ve zorlaştırılmış çalışma koşullarını önemli ve belirleyici bir etken olarak görmekteyiz. Kamu sağlık hizmetlerinde niceliksel iyileşmelerle birlikte, yapılan değişikliklerin net sonucu, niteliksiz ve kalitesiz hizmet üretimi olmuştur. Örneğin;

-Performans sisteminin baskısı altında olan hekim, daha çok hasta bakabilmek için hastalarına daha kısa süre ayırmak zorunda kalmakta, kendisine az zaman ayrılan hastada ise iyi bakılmadığı hissi uyandırarak gerginlik yaratmaktadır. Hasta-hekim ilişkisinden, işletme-müşteri ilişkisine geçilmesi, hastaları daha çok talepkar ve istedikleri olmadığında da şiddete başvurur hale getirmektedir.

-Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) verilen hizmete yaptığı ödemeleri sınırlandırması, hekimin mesleki özerkliğini ortadan kaldırmıştır. Gerekli olduğu halde yapılması gereken tetkikler için beklemek zorunluluğu, hastaların çözüme ulaşma sürelerini uzatmıştır. Ödenmeyen hizmetlerin masrafı hastanelere kaldığı için, masrafları azaltmak amacıyla sunulacak hizmetin kalitesi düşmüştür.

2 – Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin de bir parçası olan özelleştirme hekime yönelik şiddetin artışında bir başka tetikleyici unsurdur.

Kamu yararı gözetilmeden, önceliği, ne olursa olsun "özelleştirme" olan politikalarla kamuya ayrılan kaynaklar azaltılmakta, önemsiz hale getirilmekte, kamu kaynakları özel sağlık sektörüne aktarılmakta, öte yandan kamudaki sağlık çalışanları sağlık yöneticilerince sürekli şekilde hedef haline getirilmektedir. Güvenlik bakımından, yine kamusal sağlık alanı, özel sağlık alanından daha kötü durumdadır. Kamusal sağlık alanında çalışanlar, özel sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışanlara göre daha uzun süre çalışmalarına, daha fazla hastaya bakmalarına, hizmet vermelerine, daha az maddi gelir elde etmelerine, daha az işyeri sağlık ve güvenlik tedbirlerine sahip olmalarına rağmen, işyerlerinde daha fazla şiddete maruz kalmaktadır. Örneğin yukarıda da bahsettiğimiz bir çalışmada (Isparta-Burdur Tabip Odası, 2008.) belirttiğimiz gibi, **kamu sağlık hizmetinde çalışan uzman hekimler arasında şiddete maruz kalma sıklığı %45 iken, özel sağlık hizmetlerinde çalışan uzman hekimler arasında bu oran %5'tir.**

3 – Sosyo-ekonomik krizler, yoksulluk, işsizlik, alkol- madde kullanımının yaygınlaşması, işkence uygulamalarına ve ardı arkası kesilmeyen çatışmalar sonucu şiddete maruz kalma ve şiddeti bir yaşam biçimi, çözüm olarak görme oranının giderek artması da hekime yönelik saldırıların en önemli nedenleri arasındadır.

4 - Sağlık yöneticileri ve siyasi yetkililer, sağlık sorunlarının nedeni olarak hekimleri görmek ve göstermek eğilimindedirler. Siyasi iktidar ve kimi yandaş yöneticiler, sağlık alanındaki yapısal eksiklikler ve kaynak yetersizliğinin neden olduğu sorunların üstünü kapatmak için, popülist politikalar ve uygulamalar benimsemiş, hekimleri halka karşı ve karşı bir meslek grubuymuş gibi gösterecek tutum ve davranışlar sergilemişlerdir.

Örneğin;

-Hekimlerin muayenehane açma ve özel sağlık sektöründe çalışma gibi haklarını ortadan kaldıran Tam-gün yasasının kimi maddelerinin Anayasa Mahkemesi'nin yürütmeyi durdurma kararı ile hukuka aykırı bulunması üzerine siyasi iktidar ve yandaşlarınca adeta bir intikam duygusu ile halkı hekimlere karşı kısırcı, hekim saygılığını zedeleyici açıklamalar yapılmış, hekimler üzerindeki baskılar artırılmıştır. Kararın hemen sonrasında alelacele hazırlanan yönetmeliklerle anayasal haklar ihlal edilmiş, muayenehane açmak neredeyse imkansız hale getirilmiştir.

- Geçici görevlendirmeler, uygunsuz atamalar, sürgünler, mecburi hizmet uygulamalarına; branş dışı nöbetler, çalışma saatlerinin uzatılması, muayenehane kapatmalar ve tehditkar soruşturmalar gibi yep yeni baskı ve şiddet araçları eklenmiştir.

Ne yazık ki trajediyle sonlanabilecek bir kaba komediyi andıran hekimlerin maruz kaldığı bu çok yönlü şiddet, engellenmediği gibi, neredeyse kamuoyunda olağan bir durummuş gibi karşılanmıştır. Çünkü yaşananlar yeni bir deneyim değil, maalesef yıllardır süren baskıların, hak gasplarının devamı gibi kabullenilmiş, deyim yerindeyse, şiddetin kurumsallaşması namına bir teyit olmuştur.

Olağanüstü ve gerçek anlamda eşi görülmedik bu baskı ve şiddet ile hekimlere yönelik bireysel saldırıların artışındaki ilişki tereddüte yer bırakmayacak denli açıktır. Aynı zamanda bu ilişki, sağlık yöneticilerinin sağlık kuruluşlarındaki şiddet olaylarını görmezden gelerek ciddiye almayıp, neden önlem almadıkları (?) sorusunun da yanıtıdır aslında.

Uyarıyoruz!

Mesleğimizi, meslektaşlarımızı hedef alan saldırıların neredeyse sistematik bir şekilde arttığını gözlemlemekte ve üzüntü duyuyoruz. Daha vahim olanı ise Sağlıkta Dönüşüm ile, sağlık sisteminin kurumsal ve yapısal bir yenilenmeye, gelişmeye evrilmesi yerine, kelimenin tam anlamıyla, kamusal alanda giderek yaygınlaşan şiddetin, sağlık sisteminde de özümsemesi ve benimsenmesine hizmet etmiştir.

Yetkililer için hekimlere yönelen saldırıları, gerçek hale getirmenin, onu önemsemelerini ya da ona ilgi göstermelerini sağlamanın, ısrarla sürdürülmekte olan "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nı durdurmalarının yolu nedir?

Bu programla ne hedeflenmektedir ki halkımız ve sağlık çalışanları yoksullaşırken, işsiz kalırken, sağlık hizmetlerinden faydalanamazken, yaralanırken, ölümlerle tehdit edilirken ve hatta öldürülürken bu acımasız politikalara hergün yeni birisini eklemektedirler?

Tüm sağlık çalışanları gibi biz psikiyatri hekimleri de üstlendiğimiz sorumluluğun bilinciyle, cesaretle, vakarla, kararlılıkla, maruz kaldığımız her türden baskı ve şiddete rağmen imkanlar ölçüsünde, olabilecek en verimli şekilde sağlık hizmetlerine olan katkımızı sürdürmekteyiz. Bu uysal bir ruh hali ya da teslimiyetçi bir dünya görüşünden değil, eğitimimiz boyunca aldığımız tıp terbiyesi, halkımıza karşı taşıdığımız sorumluluk bilinci ve yaptığımız işin ciddiyetinden kaynaklanmaktadır. Ancak bu tutumumuz, ciddiyetsiz politikalara uyum sağlayacağımız, sessiz kalacağımız anlamına da gelmemelidir.

Talep ve önerilerimiz:

- Güvenli çalışma ortamları yaratılmalıdır. Silahların ve tehditlerin gölgesinde sağlık hizmeti verilemez.
- Sağlık yöneticileri ve siyasi yetkililer, sağlık sorunlarının nedeni olarak hekimleri görmek ve gösterme tutumundan vazgeçmeli, gerçekçi politikalar üretmelidir.
- Sağlık idarecileri ve yetkililer, sağlık çalışanlarına yönelik şiddette hekimlere sahip çıkıcı tutumlar içinde olmalıdır.
- Uygulanan "Sağlıkta Dönüşüm Projesi"nden bir an önce vazgeçilmeli ve Sosyal Devlet anlayışına uygun, sosyal sağlık politikaları devreye konmalıdır. Herkese erişilebilir, kaliteli, eşit sağlık hizmeti verilecek düzenlemeler yapılmalıdır.
- Sosyal adaletsizlik, açlık, yoksulluk ortadan kaldırılmalı, işsizlik önlenmelidir.
- Toplumsal barış sağlanmalıdır.
- Sağlık çalışanına yönelik saldırıya karşı suçun yeniden tanımlanmalı ve bu suçlara verilecek cezalar ağırlaştırılmalıdır.

Sonuç olarak:

Siyasi iktidar ve destekçisi sağlık yöneticilerini yürüttükleri politikaların, hekimlere karşı benimsenen tutumun, sağlık çalışanlarının maruz bırakıldıkları şiddet olaylarının ve baskıların toplum sağlığını tehlikeye atan bir fiili durum yarattığını, kamuoyu önünde bir kez daha yineliyor, ilgilileri mevcut tutumlarından vazgeçmeleri ve şiddete karşı acil önlemler almaları için göreve çağırıyoruz.

Türkiye Psikiyatri Derneği olarak kamuoyuna, "sağlığımıza" yönelik gerçek bir saldırının olduğunu, gerçek saldırının gerçek tehlikeleri olduğunu hatırlatmaya ve mücadeleye devam edeceğimizi bildirir saygılarımızı sunarız.

Basına ve kamuoyuna saygı ile duyurulur.

Uz. Dr. Agah Aydın

TPD Merkez Yönetim Kurulu üyesi

Türkiye Psikiyatri Derneği adına

Bu metin de ;

- 1- Isparta-Burdur Tabip Odası (Aydın M). Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Şiddet ve Şiddet Algısı, 2008. (www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/rapor/isparta.doc)
- 2- Türkiye Psikiyatri Derneği, İstanbul Tabip Odası, Sağlık Emekçileri Sendikası, TPD İstanbul Şubesi ortak basın açıklaması. Hekime ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet önlenmelidir. 22.12.2009 (<http://www.psikiyatri.org.tr/PressPopUp.aspx?Id=28>)
- 3- K Altınbaş, G Altınbaş, A Türkcan, ET Oral. Psikiyatri Asistanı Şiddetle Başa Çıkmayı Yaşayarak Öğreniyor Türk Psikiyatri Dergisi 2010;21(2):176-177
- 4- Aren A. Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliği İstanbul Tıp Dergisi 2008 3

yayınlarından kaynak olarak faydalanılmıştır.



TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ
BASIN AÇIKLAMASI

25 Kasım Kadına Yönelik Şiddete Karşı Mücadele ve Uluslararası Dayanışma Günü

Kadınların öldürül(e)meyeceği bir toplum için;
“Adlarını ve anılarını unutmayacağız”

“Belki de bize en yakın şey ölüm; fakat bu beni korkutmuyor, haklı olan her şey için savaşmaya devam edeceğiz” (Maria Teresa Mirabel 1936)

“Bunca acıyla dolu ülkemiz için yapılacak her şeyi yapmak bir mutluluk kaynağı; kollarını kavuşturup oturmak ise çok üzücü” (Minerva Argentina Mirabel 1926).

“Çocuklarımızın, bu yoz ve zalim sistemde yetişmesine izin vermeyeceğiz. Bu sisteme karşı savaşmak zorundayız. Ben kendi adıma her şeyimi vermeye hazırım; gerekirse hayatımı da” (Patria Mercedes Mirabel 1924)

Tarihçe;

25 Kasım, Dominik Cumhuriyeti'nin de Clandestina Hareketi'nin öncülerinden olan Patria Mercedes, Minerva Argentina ve Maria Terasa isimli üç kız kardeş (Mirabel kardeşler)'in Trujillo diktatörlüğüne karşı yürüttükleri rejim karşıtı mücadelelerinin sembolleşmiş günüdür. Trujillo diktatörlüğünün, Mirabel Kardeşler'in kendileri için büyük bir tehlike olduğunu açıklamasının ardından, 25 Kasım 1960 yılında, Dominik Cumhuriyeti'nin kuzey bölgesinde, bir uçurumun dibinde üç kadının cesedi bulunur. Bu katliam, hükümet yanlısı gazeteler tarafından kayıtlara “araba kazası” olarak geçirilirken, gerçek başka türdür. Ülkelerinde siyasal özgürlük adına kararlılıkla mücadele ettikleri için Rafael Leonidas Trujillo yönetimindeki diktatörlük tarafından pek çok kez hapsedilip, işkenceye maruz kalmış Mirabel kardeşler, en sonunda hapis-hanede ki eşlerini ziyarete gittikleri sırada arabalarından zorla indirilerek tecavüz edilmiş ve işkenceyle katledilmişlerdir.

Önce 1981 yılında Kolombiya'nın başkenti Bogota'da toplanan 1.Latin Amerika ve Karayip Kadınlar Kurultayı'nda, daha sonra da bu kararı benimseyen Birleşmiş Milletlerin 1999'daki Genel Kurulu'nda alınan karar ile her yıl Mirabel kardeşlerin öldürüldüğü gün olan 25 Kasım tarihi “Kadına Yönelik Şiddete Karşı Mücadele ve Uluslararası Dayanışma Günü” olarak anılmaktadır. 25 Kasım, toplumsal cinsiyet eşitsizliğine, ayrımcılığa, ataerkil toplumsal şiddete, aile içi şiddete, savaşa, ırkçılığa ve kadınları, kadın haklarını yok sayan sistemlere karşı kadınların eylem günüdür.

Ve bugün, 25 Kasım 2010'da, ülkemizdeki kadın ve insan hakları örgütleri, “12 Mart”da, “12 Eylül”de, “1 Mayıs”lar da ve töre cinayetlerin de katledilen “bizim kadınlarımız” ın hesabını soruyorlar. Türkiye Psikiyatri Derneği olarak Bogota'da, Tahran'da, Londra'da, İstanbul'da ya da Van'da; 7, 17, 27 ya da 67 yaşında; pantolon giydi, evlenmek istemedi, saçları gözüktü, yemeği yaktı ya da maaşını onlara vermedi diye; babası, komşusu, patronu, sevgilisi, kocası ve onları koruyan, kollayan, destekleyen ve cezalandırmayan sistem tarafından; kurşunla, taşla, bıçakla, testereyle ya da tecavüz ve hakaretle; aşağılanan, eziyet edilen, yaşam hakkı gasp edilen, adları sayılamayacak kadar çok kadının hakkını savunup, hesabını soran kadın ve insan hakları örgütlerinin yanındayız ve hep orada kalacağız.

Şiddet nedir ve sıklığı ne kadardır?

Kadına yönelik şiddet “kamusal veya özel yaşamda kadınlara fiziksel, cinsel veya psikolojik acı, ıstırap veren ya da verebilecek olan cinsiyete dayanan bir eylem, tehdit, zorlama, keyfi olarak özgürlükten, ekonomik gereksinimlerden yoksun bırakma” olarak tanımlanıyor. BM Kadınlara Yönelik Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi kadına yönelik şiddetin “kadınlara yönelik, toplumsal cinsiyete dayalı ve bir kadına sırf kadın olduğu için yöneltilen ya da oransız bir şekilde kadınları etkileyen bir şiddet” olduğunu belirtiyor.

Dünya ve Türkiye’de kadınlara yönelik şiddet her geçen gün artmaktadır. Ülkemizde kadınlar, işyerinde, evinde, cezaevlerinde, hastanede, okulda kısacası yaşamın her alanında şiddete maruz kalmaktadır. Türkiye’de 2007 yılında Ayşe Gül Altınay ve Yeşim Arat

tarafından yapılan “Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet” başlıklı geniş ölçekli araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

-Her üç kadından birinin fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır.

-“Hayatı boyunca” eşinden en az bir kez fiziksel şiddet görmüş kadınların oranı Türkiye genelinde % 35 bulunmuştur.

-Kocalarından boşanmış veya ayrılmış kadınlarda fiziksel şiddet deneyiminin % 78 gibi çok yüksek bir orana ulaştığı bildirilmektedir.

-Eğitim düzeyi arttıkça fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların oranı azalmaktadır. Okuma yazma bilmeyen kadınlar arasında en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldığını söyleyenlerin oranı %43 iken, yüksek öğrenim görmüş kadınlar arasında bu oran % 12’dir.

-Gelir düzeyi arttıkça fiziksel şiddet gördüğünü söyleyen kadınların oranı düşmektedir.

-Kadınların % 14’ü en az bir kez “istemediği zamanlarda cinsel ilişkiye zorlandığı”nı belirtmiştir. Cinsel şiddete uğradığını söyleyenlerin % 67’si aynı zamanda fiziksel şiddete de maruz kaldığını ifade etmektedir.

Adalet Bakanlığı verilerine göre 2002 yılında 66 olan kadın cinayeti, 2007 yılında 1077’ye, 2009 yılının ilk 7 ayında 953’e ulaşmış durumdadır. Adalet Bakanlığı verileri de kadına yönelik şiddet ve cinayetlerin sayısının arttığını doğrulamaktadır. Resmi olmayan rakamlara göre 2009 yılında 1126 kadın öldürülmüştür.

Birleşmiş Milletlerin verilerine göre tüm dünyada kadının şiddete uğrama oranı %17.75 arasında değişmektedir. Bu oran Kanada’da % 25, Japonya da %59 iken, Hindistan’da %75’e çıkmaktadır. Tüm dünyada sıcak çatışmaların yaşandığı bir çok yerde kadınlar taciz, tecavüz, karın deşme, cinsel organların tahribi gibi cinsel şiddetin bir çok biçimine maruz kalmaktadırlar. İkinci Dünya Savaşında ve Kore’de kadınlar “cinsel tutsaklığa” mahkum edilmiştir. 1971 de Bangladeş’te savaş sırasında 250 - 400 bin kadının ırzına geçilmiş, buna bağlı 25 bin gebelik oluşmuştur. Bosna Hersek’te 20 binden fazla kadına tecavüz edilmiştir. Rwanda’da bir yıl içinde tecavüze uğrayan kadın sayısı 15 binin üzerindedir. Günümüzde, 2009 yılında hala bazı ülkelerde kadınlar o ülkelerin kanunlarına göre taşlanmaya, kırbaçlanmaya, öldürülmeye devam ediyor. Şiddet cezasının nedenleri olarak Sudan’da pantolon giymek, İran’da erkeklerle birlikte müzik dinlemek, Suudi Arabistan’da tek başına araba kullanmak gibi gerekçeler kullanılmaktadır.

Kadına yönelik şiddetin sıkça fark edilmeyen bir boyutu ekonomik şiddettir. Tüm dünyada kadınların para kazanmaları engellenmekte, eğitim almaları, meslek sahibi olmaları zorlaştırılmakta, ev içi emekleri ise güvencesiz ve ekonomik açıdan karşılıksız bırakılmaktadır. Kadınlar tarım, ev işleri, gündelik yevmiyeli işler gibi alanlarda erkeklerden çok daha uzun saatler boyunca hiç durmadan çalışsalar da emeklerinin hak ettiği maddi karşılığı ve sosyal güvenceyi alamamaktadırlar. Dünya toplamında kadınlar eşit işe karşılık yaklaşık %20 oranında daha az para kazanmaktadır. Tüm dünyadaki sermayenin %10’u, taşınmaz malların sadece %1’i kadınların elindedir.

Şiddet neden bu kadar yaygındır?

25 Kasım günü, dünya üzerinde yaşayan tüm kadınların ve kız çocuklarının giderek artan ve hayatın her alanında maruz kaldıkları cinsiyete dayalı şiddetin, hem kadını hem de tüm toplumu saran sosyoekonomik koşullar, politik gelişmeler ve kültürel etkenlerle birlikte değerlendirilerek, **topyekun sistemin şiddetine karşı bir duruş olarak algılanmalıdır.** Çünkü, bir ülkedeki sosyoekonomik yapı ve onun bir parçası, devami olan kültürel ortam ancak o ülkedeki siyasi erk ve onun belirlediği ekonomik sistem tarafından biçimlendirilebilir. Dolayısıyla, kadına yönelik şiddetin kamusal alanda yaygınlaşması ve/veya meşruiyet kazanması bizzat devlet otoritesini elinde bulunduranların belirleyebileceği bir olgudur.

Bütün toplumlarda toplumsal cinsiyete dayanan roller iktidar ilişkilerini yansıtan, hükmetmeyi meşrulaştıran ideolojik tasarımlardır. Ancak, her türden iktidarın kurulması için araçsallaştırılan

bu kurgusal yapı, gerçek yaşamda da fiili bir durum yaratmaktadır. En temel araç ise “dil” ve onun dolayımın da dizayn edilen kültürel ortamdır. İnsanlık tarihi boyunca erkek egemen dilin dayattığı -kadın ve kadınsı olanın mutlak yenilgisiyle sonuçlanan- kültürel ortam, oransız güç ilişkilerinin doğuşuna ve sürdürülmesine yataklık etmiştir. Erkek egemen dil ve kültür ortamı, hem özel hem de toplumsal alanda cinsiyete dayalı ayrımcılığın bir araç olarak kullanılmasının ve yeniden üretilmesinin temel taşıyıcıları olmuştur. Devletlerin, hem özel alanda hem de kamusal alanda mevcut olan şiddeti görmezden gelmesi/yok sayması ise cinsiyete dayalı şiddeti sürekli kılan bir etkiye sahiptir. Bu şiddetin, erkekler ve kadınlar arasındaki eşit olmayan güç ilişkilerinin bir göstergesi, kadınları zorla bağımlı bir konuma sokmanın toplumsal mekanizmalarından biri olarak kadını ekonomik ihtiyaçlarından, sosyal haklarından yoksun bırakmaktadır.

Günümüzde medya araçları gerek popüler dizileri, gerek 3. sayfa gazete haberleri ve özellikle de reklamlar aracılığıyla ‘ev işlerini kadınlar yapar’, ‘ancak hafif ya da kötü kadınlar cinsellikle rahatlar’, ‘eğlence mekanlarına gidenler kötü kadınlardır’, ‘kadının yeri ne kadar kötü de olsa kocasının yanındır’, ‘iyi kadınlar hayatları boyunca tek erkeğe bağlı kalırlar’, ‘iyi kadınlar iyi annelik yapar, güzel yemek yapar, her daim güzel ve bakımlıdırlar’ gibi kadına yönelik şiddeti doğuran ve yaygınlaştıran inançları ve kabullenişleri toplumda yaygınlaştırmaktadırlar. **Bir çok medya organı tecavüz ve tacizin, tüketim ve sömürüye açık bir konu olduğunu görmezden gelerek ya da bizzat bu bilişle bunu kullanarak yaptıkları haber ve magazin programlarıyla tecavüzü meşrulaştırıp, kadın kimliğini yaralamaktadırlar.** Tüm kanallarda okul öncesi dönemdeki çocukları hedef alan çizgi filmlerde bile cinsiyet ayrımcılığı göze çarpmaktadır. Okul çağı çocuklarını hedefleyen ve şiddeti olağanlaştıran ve yücelten çizgi filmler denetimsiz olarak günün her saatinde yayınlanmaktadır. Medyada cinsel taciz ve tecavüz kurbanı kadınlara ilişkin yayınlananlar tecavüze dair mitler oluşmasına neden olmaktadır: a. Kadın baştan çıkarmaktadır, b. Kadının hatasıdır, c. Kadın tecavüze uğramak istemektedir, d. Kadın tecavüze uğradığına dair yalan söylemektedir, e. Tecavüzcünün psikolojik ya da biyolojik olarak dürtülerini kontrol altına alamamasına yol açan bir hastalığı vardır. Örneğin ulusal bir kanalda Ali Poyrazoğlu’nun sunduğu “*Gölgede Muhabbetler*” programında “Fatmagül’ün Suçu Ne?” adlı bir dizideki tecavüz sahnesi komedi unsuru haline getirilmiştir. Bu ve benzeri programlar cinsel şiddet karşısındaki duyarsızlığın ve normalleştirilmenin, toplumsal cinsiyet rollerinin pekiştirilmesinin, kadına yönelik şiddetin -bilerek ya da bilmeyerek- nasıl sistematik hale getirildiğinin en açık örnekleridir.

Mevcut eğitim sisteminde okul öncesi dönemden başlayan “örtük müfredat”, sistemin kendini yeniden yeniden üretmesinin en önemli taşıyıcılarındandır. Eğitim sisteminin her aşamasında oyunlar, cinsiyetlere yönelik hazırlanan oyuncaklar ve özellikle de eğitim araçları en yalın örneğiyle ders kitapları cinsiyet ayrımcılığını ve erkek egemen toplumu genç zihinlere yaşamlarının başında yerleştirmektedir.

Dolayısıyla mevcut sistem kendi elleriyle toplum ve kültürel ortam kadına yönelik şiddeti sistematize etmekte ve kadının her alanda ve her şekilde ‘eşit bir yurttaş’ olarak haklarını kazanmasını engellemekte, yaşam hakkını elinden alıp şiddeti olağanlaştırmaktadır. Yıllardır ülkemizde devlet erkini elinde tutan iktidarların kadına bakışı, yürürlükte olan ya da değiştirilmiş yasal düzenlemelerde kendini göstermekte ve eğitim sisteminde açık veya örtük olarak dayatılan müfredattan hiç de farklı olmadığı, **cinsiyete dayalı bir şiddeti normalleştirdiği görülmektedir.** Örneğin 2002’ye kadar Medeni Kanun’da, erkeğin aile reisi ilan edilmesiyle kadının statü olarak erkekten alt bir sınıfa konumlandırılması, evli kadının kocasının izni ile çalışabileceğinin kanunda yer alması ya da 5237 sayılı TCK’nın 29. maddesinde düzenlenen ‘haksız tahrik’

indirimi baştan beri sözünü ettiğimiz kadının eşit bir yurttaş olarak görülmemesinin ve devlet erkinin cinsiyetler arası eşitsizliğe dayanan erkek egemen bir dil kullandığının göstergeleridir. Diğer taraftan kanunlar değişse bile bunun uygulamalara yansımadağı ya da farklı yorumlandığı görülmektedir. Örneğin kadına yönelik şiddette 'haksız tahrik indirimi'nin uygulandığı davalarda, kadının tüm davranışları – elbise seçimi, ses tonu, öfke ile söylenen sözleri, boşanmak istemesi gibi- failin işlediği suçun hafifletilmesine gerekçe teşkil edecek şekilde kullanıldığı, dolayısıyla bürokratik güçlerin ve toplumun da iktidarlar gibi cinsiyete dayalı bir şiddete eğilimli oldukları görülmektedir.

Şiddete uğramak kadınlarda birçok ruhsal hastalığın oluşumunu tetiklemektedir. Kadın ruh sağlığını etkileyen en temel iki sosyal faktör şiddete maruz kalma ve yoksulluktur. Günümüzde en ilkel toplumlardan en gelişmiş toplumlara kadar bütün kadınlar geleneksel kavramların da etkisiyle fiziksel, cinsel, ekonomik, psikolojik şiddete maruz kalmaktadır. Kadınların ne yapması, nasıl davranması, ne kadar eğitim alacağı, parasını nasıl harcayacağı, nasıl giyineceği hatta kimle evleneceği gibi temel seçimleri kural koyucu, yasa koyucu erkekler tarafından belirlenmektedir. Kadınların eğitilmemeleri, emekleri karşılığında ücret almamaları ya da erkeklerden daha düşük ücret almaları, daha düşük sosyal konumda yer almaları şiddete uğramalarını arttırmaktadır. **Kadınlara en sık eşleri, cinsel partnerleri tarafından fiziksel ve cinsel şiddete maruz bırakılmaktadır.** Kadına yönelik şiddet sonucunda kadınların bedensel, ruhsal, cinsel ve üreme sağlıkları bozulmakta, gebelik ve lohusalık döneminde sağlık problemleri ile karşılaşmaktadır. **Yoksulluk, eşitsizlik ve sosyal adaletsizlik dünyada kadınları erkeklerden daha çok etkilemektedir. Yoksulluk ve eşitsizlik, depresyon, şizofreni ve iki uçlu bozukluk gibi bir çok ruhsal hastalığın kadınlarda daha sık görülmesine yol açmaktadır.** Panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve fobiler başta olmak üzere anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi toplumda sık görülen bazı ruhsal hastalıklar kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. **Kadınlara erkeklerden üç kat daha fazla intihar girişiminde bulunmaktadırlar. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda depresyon erkeklerden iki kat daha sıktır.**

Türkiye'de halen olması gereken sayının otuz da biri kadar yani 40 civarında sığınma evi vardır: Sığınma evlerinin yetersizliği nedeniyle, şiddet mağduru kadınların, şiddet gördükleri ortamda yaşamlarını sürdürmek zorunda kaldıkları görülmektedir. Şiddet mağduru kadınlar için yeterli sayıda sığınma evi yapılmayışını, gerçek bir korumanın sağlanmamasını; sistemin, kadına yönelik şiddetin devam etmesine, yaygınlaşmasına ve olağanlaşmasına zemin hazırladığının açık bir kanıtı olarak görmekteyiz.

Türkiye'de gelmiş geçmiş tüm hükümetler, bugüne dek kadına yönelik şiddeti önlemeye ilişkin bir çok uluslararası sözleşmeye imza koymuş olmalarına karşın bu sözleşmelerin gereğini yapmamakta, zaman içinde çıkarılan bazı yasaların, genelgelerin yaşama geçirilmesine katkıda bulunmamakta, gereken ilgi ve çabayı göstermemektedir. Diğer taraftan, kadın hakları konusunda yasal düzeyde önemli adımlar atılmış olmakla birlikte "kadın cinayetleri ve kadına yönelik şiddete ilişkin" veriler kadın cinayetlerinin arttığını göstermektedir.

Kısacası, şiddetin yaygınlaşması eğitimin, yargının, kolluk kuvvetlerinin, medyanın kısacası tüm toplumun yapılanmasında etkisi olan 'ataerkil' sistemin, meşruiyet kazandırdığı 'erkek üstünlüğü inancına

dayanan cinsiyetler arası eşitsizlik' anlayışından kaynaklanmaktadır.

Türkiye Psikiyatri Derneği olarak tüm bu olumsuzlukların giderilmesi için öneri ve taleplerimiz;

- *İlk olarak, imzalanmış olan uluslararası sözleşmelerin yaşama geçirilmesi sağlanmalı ve 2006/17 sayılı Başbakanlık Genelgesi gibi olumlu yöndeki tüm hukuksal düzenlemeler köklü yapısal çözümler üretilmesi beklenmeden uygulamaya konmalıdır.
- *Kadınların yaşam haklarını garanti altına almak üzere ciddi ve kapsamlı bir **eylem planı** hazırlanmalı, gerekli tüm adımlar atılmalı ve fiili olarak yaşama geçirilmelidir.
- *Kadına yönelik şiddet davalarında uygulanan 'haksız tahrik indirimi' kaldırılmalı, 5237 sayılı TCK'nın 29. Maddesi uygulanmamalıdır. Namus cinayetleri, uluslararası hukuk açısından yargısız infaz olarak kabul edilmektedir. Bu cinayetleri engellemek için farklı düzeylerde stratejiler geliştirilmelidir.
- *Şiddet gören, ölümle tehdit edilen kadınlar tüm yasal haklarını kullanmalarının sağlanması yanında özel önlemler alınarak koruma altına alınmalı ve sığınma evlerinin sayısı gereksinimleri karşılayacak şekilde artırılmalıdır.
- *Kadın ve erkeklerde cinsiyet rollerinin ruhsal hastalıkların sıklığı ve oluşturduğu sorunlar üzerine etkilerine dair geniş çaplı epidemiyolojik çalışmalarla desteklenmelidir. Kadının ruh sağlığı üzerinde koruyucu ve iyileştirici etkisi olan faktörler belirlenmelidir. Kadın, erkek ve çocuk tüm vatandaşların sosyal güvenceleri olmalı, sağlık hizmetlerine engelsiz ulaşmalı ve ücretsiz, herhangi bir katkı payı ödemeksizin bu hizmetlerden yararlanabilmelidir.
- *Kadına yönelik şiddetin önlenmesinde yazılı ve görsel basın büyük görev düşmektedir. Medya, kadına yönelik şiddet ve tecavüz haberlerini kamuoyuna aktarırken, haber dilini doğru kullanmalı, etik değerlere uymalı, tecavüzün içerdiği şiddeti arka plana itmeli ve tecavüzü erotize edici tutumlardan uzak durmalıdır.
- * Yazılı, görsel basın, film ve müziklerin erkek egemen ve kadını aşağılayıcı ifadeler içermemesine dikkat edilmelidir. Okul öncesi eğitim de dahil olmak üzere tüm eğitim birimlerinde uygulanan müfredat cinsiyete yönelik ayrımcılığı pekiştirecek ifade ve imalardan arındırılmalıdır.
- *Kadınlara yönelik her tür düzenleme kadınların ve kadın örgütlerinin görüşleri alınarak yapılmalıdır. Sivil Toplum Kuruluşlarının talepleri karşılanmalı, çalışmalarına destek verilmelidir.

Sonuç olarak;

Kadına yönelik şiddetin ve sonuçlarının ortadan kaldırılması, öncelikle devletin ve siyasal iktidarların ilgili tüm kurumlarıyla sorumluluk üstlenmesi, ilgili tüm sivil ve resmi kuruluşlarla işbirliği yaparak, yaşamsal öneme sahip bu sorunun ortadan kaldırılması için gerekli sosyal politikaların yaşama geçirilmesi ile mümkün olacaktır.

Basına ve kamuoyuna saygı ile duyurulur.

Uz. Dr. Ağah Aydın

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Devrim Başterzi

Türkiye Psikiyatri Derneği

Merkez Yönetim Kurulu adına



TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ
BASIN AÇIKLAMASI

HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN GÜNDEMİNDEN ÇIKARILDI TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİ KAPATILYOR

11 Kasım 2010

Sağlık hizmetlerinin eksiksiz yürütülmesi ve toplumun tamamını kapsayabilmesi, sağlığa bütüncül bir yaklaşım gösteren ve bütüncül sağlık hizmetini amaçlayan kurumlar varsa mümkündür. Ülkemizde yıllardan beri bulaşıcı hastalıklar ve çeşitli çevre felaketleri geniş bir çerçevede ele alınması gereken önemli halk sağlığı sorunları olmuştur. Koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin bütünü sağlık ocakları, dispanserler (Verem Savaş, Sıtma Savaş) gibi kurumlar tarafından üstlenilmiş ve geçmiş yıllarda çok önemli hizmetler vermişlerdir. İkinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri ise birinci basamak da verilen koruyucu sağlık hizmetlerinin üstüne bina edilmesi gerektiği ilkesinden hareketle daha çok üniversite ve devlet hastanelerinde olmak üzere özel hastanelerinde katkısıyla sunulması gereken bir hizmet türü olarak planlanmış ve yapılandırılmıştır.

Ancak Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde başlatılan "sağlığı" yeniden inşa girişimiyle; yeterli planlama yapılmadan ve nitelikli insan gücü yetiştirilmeden Aile Hekimliği modelinin pilot uygulamaları çerçevesinde birçok ilde sağlık ocaklarının kapatılması, hastalarımızın ödediği katkı/katılım paylarının artırılması, sağlık çalışanlarının özlük haklarının gaspı, hekimlerin sözleşmeli olmaya zorlanması, performans sistemi, özel hastanelerin yaygınlaştırılması, kamu hastanelerine kaynak aktarımının azaltılması gibi kamu sağlığını tehlikeye atan bir dizi uygulama yürürlüğe konarak, başta birinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere ülkemizdeki sağlık sistemi tam bir kaosa sürüklenmiştir. Son olarak, sürdürülen sağlık reformları çerçevesinde Toplum Sağlığı Merkezleri'nin sayılarının azaltılması, sağlık sisteminde ki odak değişiminin ve diğer dönüşümlerinde yönünü belirler niteliktedir. Bu dönüşümün tamamlayıcısı sayılabilecek sırada bekleyen Kamu Hastane Birlikleri yasa tasarıları ise devletin sağlık hizmetlerinden tamamen çekileceğinin en gerçek kanıtı ve son halkasıdır.

TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİ'NİN GÖREVLERİ

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın önemli bir parçası olan Aile Hekimliği modeliyle birlikte, bu önemli hizmetler Toplum Sağlığı Merkezleri'ne devredilmiştir. Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge'nin 4. Maddesinin (1). bendinde; Toplum Sağlığı Merkezi, "bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum

ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu" olarak tanımlanmaktadır.

İlgili yasal mevzuatta, Toplum Sağlığı Merkezleri'nin sunması veya sunulmasını sağladığı hizmetler ise; a) İdari ve mali işler, b) Kayıt ve istatistik, c) Plan ve program yapma, ç) Üniversitelerle işbirliği, d) İzleme ve değerlendirme, e) Bulaşıcı hastalıkların kontrolü, f) Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, g) Üreme sağlığı hizmetleri, ğ) Ulusal programlar, h) Adli tıp hizmetleri, ı) Acil sağlık hizmetleri, i) Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri, j) Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri, k) Çevre sağlığı hizmetleri, l) İş sağlığı ve güvenliği hizmetleri, m) Afet hizmetleri, n) Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki, o) Sağlık eğitimi hizmetleri, ö) Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri, p) Sosyal hizmet çalışmalarını yapmak olarak sayılmıştır.

Toplum Sağlığı Merkezleri yukarıda sayılan işlevleri göz önüne alındığında, -belirlenen ilkeler doğrultusunda gerçekleştirildiği takdirde toplumun sağlığını geliştirecek ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyecek, bu sorunları gidermek için planlama yapacak, bu planları uygulayacak olmasından dolayı sağlık sistemimizin vazgeçilmez ve en temel unsurlarıdır. Ne yazık ki bu ve buna benzer tüm kurumlar, Sağlıkta Dönüşüm Programı'na kamuoyu nezdinde sahici bir görüntü kazandırmak için yasa ve yönetmeliklerde isimleri ve işlevleri korunan ancak kaynak aktarılmayarak, nitelikli ve yeterli sayıda personelden mahrum bırakılarak hatta son yönerge ile sayıları azaltılarak işlevsiz hale getirilmektedirler.

Nitekim Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yaptığı 21 Eylül 2010 tarihli yönerge değişikliğiyle söz konusu yönergeye geçici bir madde eklenerek her ilçede bir Toplum Sağlığı Merkezi kalmasının ve diğerlerinin kapatılmasının planlandığı anlaşılmaktadır.

"Geçici madde 2: Birden fazla Toplum Sağlığı Merkezi kurulmuş olan ilçede, müdürlükçe uygun görülecek olanın dışındaki Toplum Sağlığı Merkezleri bir ay içerisinde kapatılır."

Oysa kamuoyuna duyurulan ve pilot bölgelerde uygulamaya konan ilk yönerge de Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulma Usul ve Esasları, açılma ve kapatılmasına dair 5. Madde'sin de "Aynı ilçede birden fazla toplum sağlığı merkezi kurulabilir." deniliyor ve aynı Madde'nin devamında Toplum Sağlığı Merkezleri'nin bölgenin coğrafyası ve nüfus yapısı, sağlık alt yapısı, sağlık göstergeleri, bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, turizm ve sanayi bölgesi mevcudiyeti gibi durumlar değerlendirilerek açılmasına, tipine veya kapatılmasına karar verilebileceği belirtiliyor.

Acaba, söz konusu ölçütlerde bir değişiklik olmadan, Toplum Sağlığı Merkezleri kapatılıp, sayıları neden azaltılmaktadır?

Toplum Sağlığı Merkezleri kapatılmaktadır, çünkü Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel güdüsü toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, iyileştirilmesi değil, kârlılıktır; çünkü, sağlık hizmetlerinin planlanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, üreme sağlığı hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi gibi pek çok konuda faaliyet göstermesi gereken Toplum Sağlığı Merkezleri, gerekli alt yapı ve eğitilmiş insan gücünden yoksundur; çünkü, program hazırlanırken alt yapı ve nitelikli insan gücü yetiştirilmesine yönelik planlamalar yapılmadığı gibi hiçbir somut adım da atılmamış, çıkan her sorun anlık uygulamalar, yönerge-yönetmelik-yasa değişiklikleri ile kapatılmaya çalışılmıştır; çünkü, yönergeler-yönetmelikler-kanunlar bir planlama çerçevesinde değil sosyal devlet görüntüsü vermek için hazırlanmakta, böylelikle nihai hedef olan sağlık kurumları ve işlevindeki "özeleştirme", toplumsal faydayı ilke edinen demokratik güçlerin ve kamuoyunun engelinden kurtulmak için bir "oldu bittiyse" getirilmektedir.

Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması Ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge'nin 4. Maddesinin (3). bendinde "Toplum sağlığı merkezi kişilerin kolay ulaşabileceği merkezi yerlerde, verdiği hizmetlere yetecek büyüklükte olan bina veya binalarda hizmete açılır. Öncelikle uygun kamu binaları kullanılır. Buralarda yeterli sayıda oda, eğitim salonu ile araç, gereç, tıbbi donanım, büro malzemeleri ve sarf malzemeleri bulundurulur." denilmektedir.

Ancak, mevcut binaların sayıları yetersiz olduğu halde bu açığın giderilmesi için herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Benzer şekilde Sağlık Ocakları yerine Aile Sağlığı Birimleri açılması planlanmakta ve bunun içinde bir kaynak aktarımı yapılmamaktadır. Örneğin İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, yirmi beş yılı aşan Sağlık Ocağı uygulaması süresince ancak 560 Sağlık Ocağı açabilmişken, **İstanbul'da 1 Kasım 2010 günü başlatılan Aile Hekimliği uygulaması kapsamında** yaklaşık 1000 Aile Sağlığı Merkezi belirlenmiştir. Yıllardır İstanbul'un gereksinimi olan Sağlık Ocağı sayısı tamamlanamazken, **gereksinim duyulan bu binalar birkaç günde nasıl sağlanacaktır?**

Sağlık Bakanlığı'nca, sağlık hizmeti verilen alanların modernleştirilmesi gerektiği ileri sürülerek hekimlere muayenehane açmaları için dahi izin verilmeyen apartman dairelerinde, uygunsuz binaların kiralanması ile binlerce kişinin hizmet alacağı söz de Aile Sağlığı Birimleri ile Aile Hekimliği uygulaması, eksiklikler ve boş kalan bölgeler dikkate alınmadan başlatılmıştır. Öte yandan, söz konusu **Aile Hekimliği uygulaması hükümetin iddiaları ve hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilebilse dahi, devlet en temel görevlerinden biri olan birinci basamak sağlık hizmetlerinden çekilmiş ve "taşeron" hizmet satın alıyor demektir.** Sosyal devlet ilkeleri ile bağdaşmayan bu tutum, bir yanı sıra, GSS primlerini ve katkı/katılım paylarını ödeyemeyenlerin sağlık hizmetlerinden faydalanamaması anlamına gelir ki bu, sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin derinleşmesinin ve yoksulların sağlık haklarının daha baştan gözden çıkarıldığını gösterir.

Aile Hekimliği Modelinin ana bileşenleri olan Aile Sağlığı Birimleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri'nde, ayrıca "Toplum Sağlığı Merkezi-

nin diğer görevleri ile birlikte belli hizmet alanlarında yoğunlaşmış **Toplum Sağlığı Merkezine bağlı yapı" olarak tanımlanan Verem Savaş Dispanserleri, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri, Halk Sağlığı Laboratuvarları ve benzeri Toplum Sağlığı Merkezi Birimleri'nde görevlendirilecek nitelikli insan gücü ve sayısı tanımlanmamış ve diğer sağlık kurumlarından aktarılan personel, o kurumlarda bırakılacak boşlukların nasıl doldurulacağı da planlanmamıştır.** Örneğin, **hastane acil servisleri ve 112 ambulans hizmetlerinde çalışan birçok hekim Aile Hekimliği uygulaması kapsamına alınarak görevlendirilmiş ve acil sağlık hizmetlerinde ciddi hekim açığı oluşmuştur.** Toplum Sağlığı Merkezleri, hekim açığı (bu hekimler Aile Sağlığı Merkezlerinde görevlendirildiklerinden dolayı) nedeniyle kapatılma yoluna gidilirken, **hastane acil servislerinde meydana gelen açık ise uzman hekimlere branş dışı nöbet tutturularak giderilmeye çalışılmaktadır.** Hastane acil servislerinde görevlendirilen bu hekimlerin çoğunluğu yıllardır acil sağlık hizmetlerinde çalışmamalarına rağmen herhangi bir uyum eğitimi verilmeden çalışmaya zorlanmıştır. Bu plansız uygulama da Sağlık Bakanlığı'nın diğer günlük ve hesapsız kararları gibi hem hekimlerin hem de hastalarımızın mağduriyeti ile sonuçlanmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla şimdiye kadar ne oldu bundan sonra ne olacak?:

1- Bütün toplumu sosyal güvenlik şemsiyesi altına alma vaadiyle sosyal güvenlik sistemleri Genel Sağlık Sigortası çatısı altında birleştirildi. Sonuç; **teminat paketi daraltılarak hastalarımızdan katkı/katılım payı adı altında ek ödeme talep edilmiş böylelikle özel sağlık kuruluşlarına ve özel sigorta şirketlerine "müşteri" yaratılmaya çalışılmıştır.**

2- Aile Hekimliği modelinin uygulamaya konması ile **hekim hasta ilişkisi satıcı-müşteri ilişkisine dönüştürülerek taşeron hizmet alımına gidilmektedir.** Sonuç; birinci basamak sağlık hizmetlerinden **devlet tamamen çekilmiş**, dolaylı da olsa **özeleştirilmiştir.**

3- Kamu Hastane Birlikleri yasa tasansında öngörüldüğü şekliyle bakanlık bünyesindeki sağlık kuruluşlarının bir anlamda özerk sağlık işletmesi statüsüne geçirilmesive daha sonra da işletme hakları devredilmek yoluyla özeleştirilmelerinin yani ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin özeleştirilmesiyle sağlık alanında kamu hizmeti sona erdirilecektir.

SONUÇ OLARAK ...

Toplum sağlığı merkezlerinin sayısının azaltılmasına yönelik düzenlemenin ve kontrolsüz bir biçimde yaygınlaştırılan aile hekimliği uygulamalarının toplum sağlığı hizmetlerini olumsuz etkileyecek olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın geri dönüşsüz ve önemli değişikliklerinden biri olduğunu görüyoruz. Ve sorun emarelerinin şimdiden birikmeye başladığını kamuoyu ile paylaşıyor ve yetkilileri bir kez daha; sömürülenlerin, ezilenlerin yaşamı konusunda sürdürdükleri kesin suskunluktan vazgeçip sorumluluk almaya, mevcut sağlık politikaları ve uygulamalarına son vermeye davet ediyoruz.

Uz. Dr. Agah Aydın

*Türkiye Psikiyatri Derneği
Merkez Yönetim Kurulu Üyesi
TPD MYK adına*

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ ve ADLİ TIP UZMANLARI DERNEĞİ
ORTAK BASIN AÇIKLAMASI

TECAVÜZ İNSANLIK SUÇUDUR

Basına ve Kamuoyuna

Geçtiğimiz hafta üniversite öğrencisi bir kadını zorla kaçıraparak tecavüz ettikleri iddiasıyla tutuklu yargılanan iki kişinin, tecavüz ile ilgili kanıtlar sabit olmasına, mağdurun ruhsal yönden etkilendiğine ilişkin iki üniversite hastanesinin Psikiyatri Anabilim Dallarından alınan raporlar bulunmasına rağmen yerel mahkeme tarafından serbest bırakılmaları hem kamuoyunda hem meslek grubumuzda tepki yaratmış ve kamuoyu vicdanında derin bir yara açmıştır. Son duruşmada yerel mahkeme Adli Tıp Kurumu'ndan bilirkişi görüşü istenmesine karar vermiş, ayrıca bu değerlendirme süresinin 18 ay süreceğini ve sanıkların mağdur olacağını gerekçe göstererek her iki sanığın tutukluluk hallerini kaldırmıştır. İçerdiği büyük hukuksal yanlış dışında, ülkedeki bilimsel kurumların değerlendirmelerini yok sayan, saygısızlık içeren bu karar kadına yönelik şiddetin en uç biçimi olan tecavüzü teşvik edici ve özendirici bir nitelik kazanmıştır. Bunun yanında yeterince kanıt olmadığı halde yıllarca mahkeme önüne çıkarılmadan insanların tutukluluk hallerinin sürmesine karar veren mahkemeler neredeyse adaletin tecellisinden çok bu davada sanıkların "mağduriyetini" önleme telaşına düşmüşlerdir.

18 Mart 2010 akşamı kaçırılarak tecavüz edilen mağdurun Ankara Adli Tıp Kurumunda yapılan muayenesinde cinsel saldırının kanıtları saptanmış, Numune Hastanesi tarafından ruhsal sağlığı bozulduğuna ilişkin rapor verilmiş, Ankara Üniversitesi ve Gazi Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlıkları yaptığı değerlendirmede mağdura "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" tanısı konarak ruhsal durumunun bozulduğu belgelenmiştir. Buna rağmen yerel mahkemenin son yıllarda verdiği yanlış ve siyasi kararlar nedeniyle niteliği, yapılması ve işlevi tartışılan Adli Tıp Kurumu'ndan görüş istenmesi, üst yargının tüm verilere rağmen Adli Tıp Kurumu görüşünü özellikle istemesi ve ciddiye alması adalet sisteminin içinde bulunduğu durumu göstermek açısından da dikkat çekicidir. Bu eğilim bilimsel ve hukuksal açıdan büyük bir hata içerdiği gibi bir çok yanlış da beraberinde getirmektedir. İlgili yasal düzenlemelerde yer alan ruhsal bozukluk kriteri, uygulayıcılar tarafından, yasada açıkça belirtilmemiş olmakla birlikte, kalıcı bir hasar biçiminde yorumlanmakta, dolayısıyla da uzmanların yaptıkları inceleme sonrasında "bozukluk meydana gelmemiştir veya bozukluk saptanmamıştır" değerlendirmesi, mağdur bu olaydan etkilenmemiştir, biçiminde hatalı olarak basit bir etki olarak algılanmaktadır.

Adalet Bakanlığı tarafından yapılan açıklamada cinsel suç mağdurlarının muayene ve raporlama süreçleri Adli Tıp Kurumu 6. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından yerine getirildiği, Savcılıklar ve mahkemelerden bu konuda çok sayıda dosya 6. Adli Tıp İhtisas Kuruluna gönderildiğinden randevu tarihlerinin uzamaması için Sağlık Bakanlığı ile görüşmeler yapıldığı, görüşmeler sonucunda Adli Tıp Kurumuna ve özellikle 6. Adli Tıp İhtisas Kuruluna, "Zorunlu Devlet Hizmeti Yükümlülüğü Kurası" ile "uzman psikiyatr" takviyesi yapıldığı ifade edilmektedir. Bu destek önemli olmakla birlikte hem bakanlık hem de mahkemeler tarafından üniversite ve eğitim hastanelerinde çalışan deneyimli psikiyatristlerin yer aldığı kurulların kararlarını yok saymaya ve önemsizleştirmeye yönelik bir gerekçeye dönüştürüldüğünün örnekleri sık sık görülmektedir. Adalet Bakanlığı uzmanlara dayanarak "**cinsel suçlarda beden ve ruh sağlığının kalıcı bozulup bozulmadığının tespiti için bilimsel olarak 18 yaş altındaki çocuklar için 6-7 aylık, erişkinler için ise 12 aylık sürenin beklenmesi gerektiği**" iddiasında bulunmakta ve yerel mahkemenin kararını doğru bulmaktadır. Bakanlığın bu ifadesi de bilim dışıdır. Adalet Bakanlığının en kısa zamanda hangi uzmanlara ve hangi bilimsel verilere göre bu belirlemeyi yaptığını kamuoyuna açıklaması gerekmektedir.

Bilirkişilikle ilgili yasal düzenlemelerde değerlendirmenin altı ay içinde yapılmaması halinde başka bir bilirkişiden görüş istenmesi gerekirken, mahkemelerin Adli Tıp Kurumu'ndan görüş beklemesi yasaları hiçe saymaktır. Adalet Bakanlığı tarafından yapılan açıklamada yanlışlar savunulmakta, tecavüzcüleri sokağa bırakan, ve adalet duygusunu zedeleyen kararın gerekçeleri büyük bir özenle hazırlanmakta, yasaların çiğnenmesine göz yumulmaktadır. Bu açıklama içerdiği ciddi bilimsel yanlışlar yanında, seçkin bilim kurumlarının kararlarına büyük bir saygısızlık içermekte, bu kurumların görüşlerini değersizleştirmekte, yerel mahkemelerin tecavüzcüleri koruyan kararlarını ısrarla savunmaktadır. Bu haliyle son derece üzücü ve kamuoyu vicdanı yaralayıcıdır.

Tecavüz eyleminin kendisi herhangi bir ruhsal belirti olmasa bile bireyin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü tehdit eden, insanlık suçu olan bir eylemdir. Fiziksel ve ruhsal belirtilerin olmaması bu eylemin suç niteliğini kaldırmayacağı gibi tecavüzcünün serbest bırakılması için gerekçe değildir. İlgili raporlarda belirtilen "Travma Sonrası Stres Bozukluğu" tanısı için belirtilerin bir aydan uzun sürmesi, Akut Stres bozukluğu için ise iki günden uzun sürmesi yeterlidir. Bu belirtilerin üç aydan uzun sürmesi durumunda bozukluk kronik nitelik kazanmaktadır. Belirtilerin eşik altı sürdüğü ve travmadan altı ay sonra bozukluğun daha görünür hale geldiği geç başlangıçlı olguların sayısı görece daha düşüktür. Bu durum dahi ruhsal etkilene olmadığını göstermemektedir. Bir çok koruyucu etkenin ruhsal belirtilerin tanı konacak düzeye çıkmasını önlediği anlamına gelmektedir. Ruhsal travmanın olumsuz etkilerinin süreç içinde gerilemesi de tecavüzün gerçekleşmediği ve suç olmadığı anlamına gelmemektedir. Bireyin sahip olduğu başa çıkma becerileri, gördüğü ruhsal ve sosyal destek bu belirtilerin azalmasına katkı sağlayabilir. Fakat mahkemelerin tecavüzcülerinin mağduriyetini önlenmesi gerekçesiyle adaletin tecelli etmesini engelleyerek tecavüze uğrayanları bir kez daha mağdur etmesi, re-travmatizasyona, eş deyişle bu kişilerin yeniden travmaya uğramasına ve ortaya çıkan ruhsal sorunların sürengelik kazanmasına yol açacaktır.

Adalet Bakanlığının bilim dışı açıklamalarla yerel mahkemelerin hukuk dışı kararlarını desteklememesini, tıp fakültelerinin psikiyatri ve Adli tıp anabilim dallarının raporlarını yok sayan saygısız, hukuk dışı ve suç oluşturabilecek uygulamalarından derhal vazgeçmesini, Adli Tıp Kurumu'ndan rapor alınması yönündeki hukuksal süreci uzatacak kararlarından vazgeçecek girişimlerde acilen bulunulmasını talep ediyoruz...

Doç. Dr. Doğan Yeşilbursa

Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Başkanı
TPD Merkez Yönetim Kurulu adına

Prof Dr. Ümit Biçer

Adli Tıp Uzmanları Derneği Başkanı
ATUD Yönetim Kurulu adına

TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ ve CİNSEL EĞİTİM TEDAVİ ve ARAŞTIRMA DERNEĞİ
ORTAK BASIN AÇIKLAMASI

TECAVÜZÜN SIRADANLAŞTIRILMASINA ve MAGAZİN MALZEMESİ YAPILMASINA İZİN VERİLMEYELİDİR

Basına ve Kamuoyuna;

Fatmagül'ün Suçu Ne? adlı dizinin yayına girmesi ile bir insanlık suçu olan tecavüzün giderek bir magazin malzemesi haline geldiği ve bunun her geçen gün arttığını görmekteyiz. Son olarak bir ulusal kanalda Ali Poyrazoğlu'nun sunduğu "Gölgede Muhabbetler" programında tecavüz sahnesi futbol maçı gibi ele alınmış ve komedi unsuru haline getirilmiştir. Bu durum insan hakları, insanın bedensel/ruhsal sağlığı ve toplumun geleceği açısından son derece tehlikeli bir gidiştir. Cinsel şiddet karşısındaki duyarsızlığın ve yok saymanın geldiği boyut ise endişe verici ve öfke yaratıcıdır.

Son dönemlerde ülkemizde şiddet içeren suçlarda artış gözlenmektedir. Şiddet kişinin yaşamını, ruhsal ve bedensel sağlığını tehdit eder. Tecavüz ağır bir ruhsal ve bedensel travmadır. Kadın, erkek, çocuk ya da erişkin herkes için bedensel ve ruhsal acı demektir. Hiç kimse böyle bir acıyı ne hak eder ne de ister. Tecavüzün ve onu alkışlamanın hiçbir haklı gerekçesi yoktur.

Toplumda özelliklere kadınların maruz kaldığı cinsel şiddetin sıradan bir olaymış gibi sunulması, mizah malzemesi yapılması görmezden gelinmesi ve pornografik uyarıcı eylem gibi kullanılması doğrudan ya da dolaylı olarak cinsel şiddet suçunun yaygınlaşmasına ve onay görmesine neden olmaktadır.

Şiddetin fiziksel, cinsel, duygusal, sosyal ve ekonomik her yönü ile yoğunluğu artarken medya kurumlarına büyük sorumluluk düşmektedir. Uygun olmayan içerikteki programlar şiddetin engellenmesinden çok yaygınlaşmasına ve olağanlaşmasına neden olacaktır. İzlenme kaygısı ile hazırlanmış bazı programlar kadına yönelik şiddeti özendirilmekte, sıradanlaştırmakta, normalleştirmekte, toplumsal cinsiyet rollerini pekiştirmekte ve desteklemektedir. Medya kurumlarının şiddetin ve toplumsal cinsiyet rollerinin son derece yoğun olduğu ve temsil edildiği programlara, reklamlara, dizilere, filmlere, yarışmalara yer vermemeleri, bu konuda toplumsal sorumluluklarını yerine getirmeleri gerekmektedir.

Sanılanın aksine ülkemizde cinsel şiddet oldukça yaygın ve gizlidir. Mağdurların yaşadıkları şiddeti gizlemeleri toplumun birçok kesiminin hala tecavüz mağdurlarını aşılaması etiketlemesi, dışlaması ve mağdur olduğu olay nedeniyle suçlaması ile ilgilidir. Gerek kurumlar gerek toplum tecavüz mağdurunu korumalı desteklemeli ve suçun önlenmesi için gerekli tedbirleri ivedilikle almalıdır. Çok ağırlıklı olarak kadınların maruz kaldığı cinsel şiddet ile eğlenmek yerine kadının bedeninin tek sahibinin kendisi olduğu kabulünden yola çıkarak; kadını ve bireyi şiddetten koruyan, önleyici ve koruyucu politikalar geliştirilmelidir. Özellikle cinsel şiddet mağdurları için cinsiyete duyarlı ilk başvuru merkezleri ve sosyal destek kurumları oluşturulmalıdır. Kadın ve erkek eşitliği temelinde kadın hakları geliştirilmeli, bu bir devlet politikası olmalıdır. Kadının sağlığı, yaşamı ve hakları güvence altına alınmalı, cinsel suçlar indirimine uğramamalı, tahrik indirimi hafifletici neden gibi bahanelerle suç dolaylı olarak onaylanmamalıdır.

Buradan tüm kurumlara ve sorumlulara şiddete-tecavüze ortak olunmamasını, özellikle kadınların maruz kaldığı bu tür şiddet eylemlerinin övülmemesini ve teşvik edilmemesini söylüyoruz. Bu ve benzer programlarla ilgili meslek örgütlerinin ve yasal mercilerin harekete geçmesinin gerekliliğini hatırlatıyoruz.

Kamuoyuna Saygı ile duyurulur.

Dr. Nesrin Yetkin

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği Genel Başkanı

Dr. Şahika YÜKSEL

Türkiye Psikiyatri Derneği Kadın Ruh Sağlığı Bilimsel Çalışma Birimi Koordinatörü

Dr. Ejder Akgün YILDIRIM

Türkiye Psikiyatri Derneği Cinsellik ve Cinsel Sorunlar Bilimsel Çalışma Birimi Koordinatörü

Doğan ŞAHİN

Türkiye Psikiyatri Derneği İnsan Hakları ve Etik Bilimsel Çalışma Birimi

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ
BASIN AÇIKLAMASI

YAŞLANMAK KAÇINILMAZ, DEMANS (BUNAMA) KAÇINILMAZ MI? 1 Ekim Dünya Yaşlılar Günü

Ortalama yaşam süresi uzuyor. Bununla birlikte dünyada yaşlı nüfusun oranı da giderek artıyor. Ortalama yaşam süresi 20. yüzyılın başında 40 civarında iken, 1950-2000 yılları arasında 66 yıl olmuştur. 2050 yılında ise ortalama yaşam süresinin 76 yıl olması beklenmektedir. **1998 yılında yaşlı nüfus oranı tüm dünyada % 10 iken 2025 yılında % 15 olacağı öngörülmekte, 2000 yılında dünyada 600 milyon olan 60 yaş üzeri nüfusun, 2050 yılında 2 milyara ulaşacağı beklenmektedir.**

Ülkemizde Devlet İstatistik Enstitüsünün nüfus sayımı sonuçlarına göre, **65 yaş üstü nüfus 1985'de % 4.2 iken, 2000 yılında bu oran % 5.6'dır. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) 2008 yılı verilerine göre ise 65 yaş ve nüfus oranı %7.1'dir. 2020 yılında yaşlı nüfusun Türkiye nüfusunun yaklaşık % 7.7'sini oluşturacağı öngörülmektedir.** Nüfusun yaşlanması yeni sorunlar ortaya çıkarmakta, yeni tutum ve hizmet gereksinimlerini gündeme getirmektedir

Kentleşme, aile yapısında değişimler, istihdamın biçimindeki değişimler, ekonomik güçlükler, göç vb. süreçler önceden ailenin temel parçası olan ve aile içinde belirleyici bir rolü olan yaşlının giderek ikincil kalmasına ve bir yük olarak algılanmasına yol açmaktadır. Bu süreçte her alanda baskın hale gelen rekabetin toplumsal dayanışma duygusunu ortadan kaldırmasının ve bu durumun insan ilişkilerine yansımalarının da önemli bir katkısı vardır. Yaşlıların yalnızlaştığı bu süreçte en önemli sorun yaşlılara yönelik sosyal destek sistemlerinin yetersizliği, akılcı ve insani politikaların yokluğudur. Ayrıca yaşlılara yönelik sosyal devlet anlayışının çok önemli bir ögesi olan kamusal nitelikli barınma olanaklarının yeterli olmayışı gibi nedenlerle giderek daha fazla oranda yalnız ve sosyal destekten yoksun biçimde yaşamalarını sürdürmek zorunda kalmaktadırlar. **Yaşlıların önemli bir bölümü yoksulluk riski altındadır. Toplumun %10'nu oluşturan 65 yaş üstü bireyler yoksulların %20 sini oluşturmaktadır.** Yaşlı bireylerde yoksulluk, genç nüfusa göre daha sık, daha ağır biçimde yaşanan ekonomik ve toplumsal bir sorun haline gelmiştir. Önemli bir kısmının sosyal güvenceden yoksun olması, gelir düzeylerinin düşük olması yaşlılık döneminde yaşanan sorunları katbekat artırmaktadır. **Önemli sorunlardan biri sağlık hizmetine ulaşmadaki güçlüklerdir. Örneğin psikiyatrik tanı konan erişkin bireylerde hekime ulaşma %40 iken, yaşlılarda bu oran %3'tür.** Yaşlılar ve yakınları, yaşlılık döneminde ortaya çıkan ruhsal hastalıkların belirtilerini sıklıkla doğal yaşlanma sürecine bağlayarak da bu belirtiler için tıbbi yardım aramamaktadırlar. Oysa yaşlılar kendilerine göre düzenlenmiş hizmetlere, ayrıca eşlik eden hastalıklar nedeniyle sürekli bir destek ve bakıma sürekli gereksinim duymaktadırlar. **Bir çok ülkede çoğunlukla kamusal hizmetin bir parçası olarak sunulan yaşlı evleri, destekli yaşam üniteleri, geriatri klinikleri, yarı yol hastaneleri, gündüz bakım merkezleri ve huzurevleri gibi kurumların benzerleri ne yazık ki ülkemizde mevcut değildir. Ülkemizde yaşlılara yönelik düzenlenmiş bu kapsamda bir sistem bulunmamaktadır.** Bunu muştulayan bir çalışma da izlenmemektedir.

Yaşlı nüfus arttıkça, kişinin zaman içerisinde başta bellek olmak üzere bilişsel işlevlerinin bozulması ile birlikte karar verme, yargılama, konuşma, kendi bakımını sağlama ve günlük işlerini yürütme gibi temel işlevlerini etkileyerek bireyi bağımlı ve sürekli bakım gereksinir hale getiren ilerleyici nitelikte önemli bir hastalık olan de-

mansın (bunama) yaygınlığı da giderek artmaktadır. Demans, erken tanı konduğunda ve tedaviye başlandığında ilerlemesi önlenebilen, yavaşlatılabilen yaşlı bireyin daha uzun süre bağımsız yaşaması olanaklı kılınabilen bir hastalıktır. Tüm dünyada bunamanın oluş nedenleri, önlenmesi ve tedavisi ile ilgili yoğun araştırmalar sürmektedir. Ülkemizde henüz ileri teknoloji gerektiren bu çalışmalar yaygın değildir. Daha çok hekimlerin ve toplumun bilgilendirilmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır.

65 yaşından sonra demans görülme sıklığı her yıl 2 kat artmakta, 85 yaş ve üzeri bireylerde demans görülme sıklığı % 30 ile 50 arasında değişmektedir. Dünyanın bir çok bölgesinden gelen sağlam kanıtlara dayalı araştırmaların sonuçlarına göre günümüzde tüm dünyadaki **demansı olan birey sayısı 30 milyon üzerindedir.** Her yıl **4.6 milyon yeni olgu** bu sayıya eklenmektedir. Bu da **her yedi saniyede bir yeni olgu** anlamına gelmektedir. Demanslıların sayısının **2050 yılında 100 milyon üzerine çıkacağı öngörülmektedir.** Demansı olan olguların büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Bu oran **2001 yılında %60 iken 2040 yılında %71'e çıkacağı öngörülmektedir.** Bu artış oranlarının ülkelere göre de farklılık göstereceği belirtilmektedir. Örneğin bu artışın **Hindistan, Çin, diğer Güneydoğu Asya ve Batı Pasifik ülkelerinde %300'ün üzerinde olacağı** düşünülmektedir.

Demansın hem bireyde hem de ailesinde yarattığı değişiklikler göz önüne alındığında evde bakım hizmetleri de dahil olmak üzere kamu kaynaklı kurumsallaşmış bakım hizmeti politikalarının geliştirilmesi, uygun modellerin oluşturulması gerekliliği açıktır. Türkiye'de yaşlılara yönelik hizmetler ilk olarak 1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü'nün kurulması ile sağlanmış ve kamu hizmetleri kapsamına alınmıştır. Ne yazık ki her geçen gün kamunun sorumluluğu azalmakta, yönetimler tarafından sağlık ve sosyal hizmetler kamu hizmeti dışında bırakılmakta, sağlıktaki dönüşüm projesi bağlamında yaşlılara yönelik hizmetler piyasanın insafına terk edilmektedir. Günümüzde yaşlılara yönelik hizmetlerin Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu bünyesinde yürütülmesi yaşlıların ne denli ihmal edildiğini göstermektedir. 2006 yılı verilerine göre ülkemizde toplam 201 kurumda 17394 yaşlıya kurum bakımı sunulmaktadır. Bu sayılar kamuya ait kurumlarda azalırken, özel sağlık kurumlarında artış dikkati çekmektedir. Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında bu sayılar son derece düşüktür.

Yaşlılarla ilgili politikaların oluşturulabilmesi, hizmetlerin planlanması, yönetimi, ve insan gücü yetiştirilmesi için bu alanda kapsamlı çalışmalara, projelere gereksinim vardır. Özellikle Geriatri'nin bir bilgi ve hizmet alanı olarak Avrupa ülkelerinde ve ABD'de olduğu gibi bir uzmanlık alanı olarak kurulması, farklı tıp disiplinlerinde üst uzmanlık alanı olarak geliştirilmesi, koruyucu hekimlik uygulamaları içinde yer bulması gereklidir. Bu alanda her düzeyde insan gücü yetiştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. **Kamusal nitelikli kurumsal politikaların geliştirilmesi, yaşama geçirilmesi devletin ilgili kurumlarının önceliği olmalıdır.**

**Türkiye Psikiyatri Derneği
Merkez Yönetim Kurulu**

TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ BASIN BÜLTENİ

ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA PSİKIYATRİ HİZMETLERİ ÖZEL HASTANELER YÖNETMELİĞİ

Erişkin nüfusun % 20-30'unun psikiyatrik bozukluklardan dolayı sorunlar yaşadığı araştırmalarla bildirilmektedir. Ancak psikiyatrik bozukluğu olanların ise çok az kısmı psikiyatristler tarafından değerlendirilebilmektedir. Çoğunlukla başta nörologlar olmak üzere, genel pratisyenler, diğer tıp dalları ve psikiyatri dışı ruh sağlığı çalışanları tarafından tedavi edilmeye çalışılmaktadır.

Dünya sağlık örgütünün 2004 yılında yayınlamış olduğu hastalık yükü adlı yayında depresyonun hastalık yükü açısından üçüncü sırada yer aldığı gözlenmektedir. Aynı yayının 2030 öngörüsünde depresyon birinci sıraya yükselmektedir. Yine Dünya sağlık örgütü tarafından sağlık harcamalarının artışına en çok neden olan tüm tıbbi hastalıklar sıralamasında psikiyatrik hastalıklar tüm kardiyolojik sorunların ardından "2.sırada" yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığının verilerine göre 2009 yılında sağlık hizmetinin %33'ü özel sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir. Buna karşın özel sektörde psikiyatri uzmanı istihdam oranı yok denilecek düzeyde kalmıştır. Bu durum bir yandan kamu hastanelerinin yükünü artırmış, diğer yandan psikiyatrik hasta muayene ve tedavilerinin özel hastanelerde başka tıp uzmanlıkları tarafından yerine getirilmesine yol açmıştır.

Özel hastanelerdeki önemli sayıdaki psikiyatrik hasta nüfusunün nöroloji, iç hastalıkları ve diğer tıp uzmanları tarafından muayene ve tedavi edilmek zorunda bırakılmasının uzun vadede ciddi sakıncalar ortaya çıkaracağı, hastaların tanı ve tedavilerinde aksamalar yanında tedavi maliyetlerini de önemli ölçüde arttıracığı değerlendirilmektedir.

Bu gerekçelerle TPD son 2 yıl içerisinde Özel Hastaneler Yönetmeliği (ÖHY) ile ilgili değişiklik önerilerini Sağlık Bakanlığının ilgili birimlerine iletilmiştir. Sağlık Bakanlığı ÖHY ile ilgili Mart 2009 tarihinde yaptığı düzenlemeden sonra en son olarak 23 Eylül 2010 tarihinde yönetmelikte yeniden değişikliğe gitmiştir. Son yapılan yönetmelik değişikliğinde psikiyatri alanına özgü bir yeni düzenleme yapılmamıştır. Bu durum psikiyatri alanına özgü sorunların sürmesi anlamına gelmektedir. Yönetmelikle özel hastanelerin açılma koşulları ağırlaştırılmıştır. Özel hastane açılabilmesi için en yüz yatak şartı getirilmiştir. Bununla birlikte Şubat 2008 tarihinden

beri kısıtlanmış olan kadrolar için özel sağlık kuruluşları arasında transfere izin verilmiştir.

Yaz döneminde özel sağlık kuruluşlarını ilgilendiren ikinci değişiklik 3 Ağustos 2010 tarihinde yayınlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliktir. Yönetmelikte başta muayenehaneler olmak üzere ayakta teşhis ve tedavi yapan tıp merkezleri ve polikliniklerin fiziksel koşullarında değişikliğe gidilmiştir. Mevcut muayenehane ve merkezlerin bu koşullara uymadığı takdirde bir yıl sonra kapatılacağı belirtilmektedir. Öncelikle, yönetmelikte yapılması istenen değişikliklerin sadece özel sağlık kuruluşlarını ilgilendiren değişiklikler olmadığı vurgulanmalıdır. Resmi ya da özel tüm sağlık kuruluşlarında benzer değişiklikler yapıldığı takdirde bu değişikliklerin anlam kazanması söz konusudur. Kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında hasta muayene koşulları bu yönetmelikte tanımlanan ölçütleri karşılamamaktadır. Bu ölçütlerin sadece özel sağlık kuruluşlarından isteniyor olması adil ve hukuka uygun değildir. Yönetmelikte tıbbi uygulama farklılıkları olan tıp dalları arası farklılıklar gözetilmemiştir.

Sağlık Bakanlığı "Tam gün yasası" olarak bilinen yasanın iptalinden sonra başta muayenelerde olmak üzere özel sağlık kuruluşlarında çalışmayı nerede ise olanaksız hale getirmiştir. Özel olarak psikiyatri, genel olarak ise tüm sağlık alanında yaşanan bu durum hastaların hekime ve sağlık hizmetlerine ulaşmasına engel olacaktır. Tam gün yasasının iptalinin hemen arkasından yapılan bu değişiklikler sağlık sisteminin düzenlenmesinden çok bir cezalandırma olarak görünmektedir.

Türkiye Psikiyatri Derneği olarak sağlık hizmetinin üçte birinin verildiği özel sağlık kuruluşlarında psikiyatrik hizmetlerinin daha sağlıklı olarak verilebilmesi için psikiyatri hekimi istihdam artışını öngören yasal düzenlemelerin yapılmasını ve başta muayenehaneler olmak üzere psikiyatri alanı için gerekli olmayan fiziki koşulların yer aldığı yeni yasal düzenlemelerin yeniden gözden geçirilmesini talep etmekteyiz.

Dr. Mehmet Yumru

Türkiye Psikiyatri Derneği

Merkez Yönetim Kurulu adına

TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ BASIN BÜLTENİ

2010 DÜNYA YOKSULLUK VE SOSYAL DIŞLANMA İLE MÜCADELE YILI

Dünya genel olarak her geçen yıl zenginleşse de birçok insan temel yaşamsal ihtiyaçlarını karşılayamadan hayatlarını sürdürmektedir. Yoksulluk; insanların temel gereksinimlerini karşılayamama durumu olarak tanımlanmaktadır. Dünyanın en zengin yerleşim bölgelerinden Avrupa'da bile temel ihtiyaçlarını karşılayamayan insanların genel nüfusa oranı %17'dir. Sosyal dışlanma; eşitsizlik, güvencesizlik ve dengesizliğe yönelik yeni bir kavramdır. Ekonomik, sosyal, siyasal, hukuki, kültürel ve davranışsal boyutları olan; nesnel olduğu kadar öznel değerlendirmelere de açık bir süreç olup, belirli kesimlerin toplumsal bütünden ve sermaye birikim sürecinin dışında kalarak, gelir dağılımından kendisinin ekonomiye yaptığı katkı doğrultusunda yararlanamamasıdır. Birey ve grupların çeşitli özellikleri nedeniyle yaşadıkları toplumun sosyal hayatının dışında bırakılmaları, toplumda yaşayan diğer yurttaşların yararlandığı temel haklardan yoksun bırakılmalarıdır. Sosyal dışlanmaya uğrayan birçok grup aynı zamanda yoksul kalmaktadır. 2010 yılında Avrupa Birliği yılın temasını **“Yoksulluk ve sosyal dışlanma ile mücadele”** olarak ilan etmiş ve tüm üye ülkelerde yoksulluğa karşı etkinlikler, kampanyalar ve projeler düzenlenmesi planlanmıştır.

Yoksulluk araştırmalarında kullanılan iki temel kavram **“açlık sınırı”** ve **“yoksulluk sınırı”**dir. Açlık sınırı kavramı; kişinin yaşamı için gerekli temel besin maddelerini karşılayamamasıyken, yoksulluk sınırı; temel besin maddelerini sağlasa da, barınma, ulaşım, haberleşme, giyim ve temizlik gibi yaşamı sürdürmenin temel alanlarında kişilerin gereksinimlerini sağlayamamasıdır. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2008 yılında hazırlanan “Tüketim Harcamaları, Yoksulluk ve Gelir Dağılımı” raporuna göre; 2006 yılında Türkiye nüfusunun % 0.74'ü açlık sınırının, % 17.84'ü ise yoksulluk sınırının altında yaşamını sürdürmektedir. TÜİK'in 2009 yılında uluslararası ölçütleri kullanarak yaptığı **“Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması”** sonuçlarına bakıldığında ise **Türkiye’de yoksulluk oranı %15,4 (10,5 milyon kişi)**’ tür.

Bir ülkenin iktisadi gelişiminden farklı olarak yoksullukla ilgili temel göstergelerinden biri gelir dağılımıdır; ülkenin toplam gelirinin vatandaşlar arasında nasıl dağıldığına dair veriler yoksullukla mücadele içinde önemlidir. 2010 yılın-

da **Boğaziçi Üniversitesi** tarafından hazırlanan **“Türkiye’de Eşitsizlikler: Kalıcı Eşitsizliklere Genel Bir Bakış”** çalışmasının raporunda aktarılanlara göre: 2008 yılında OECD tarafından hazırlanan “Eşitsizlik Artıyor mu? OECD Ülkelerinde Gelir Dağılımı ve Eşitsizlik” raporunda 1980’lerden 1990’lara kadar **Türkiye’de en yüksek gelir grubunun gelirinin yükseldiğini, en düşük gelir grubunun gelirinin en çok düştüğü 3’ncü OECD ülkesi olduğunu ve orta gelir gruplarının da gelirinin düştüğü bildirilmektedir.** 1990-2000 arasında orta gelir grubunun üst gelir grubu karşısındaki göreceli durumu bir miktar düzelerken, **en yoksul kesimler daha da yoksullaşmıştır.** Aynı rapora göre **2000’li yılların ortalarında Türkiye 30 ülke arasında Meksika’dan sonra gelir dağılımının en eşitsiz olduğu 2’nci ülke** olmaktadır. **2003 yılında ülkemizdeki %20’lik en alt gelir grubunun, % 20’lik en üst gelir grubuna oranının neredeyse 1/10 olduğu görülmektedir. 2006 da bu oran 8 kate düşmektedir. Türkiye’nin gelirinin %47’si en zengin %20’nin elindedir.**

Yoksulluğun ruh sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Psikiyatri araştırmalarında yoksulluğun göstergesi olarak sosyoekonomik düzey, sosyal sınıf ve düşük yaşam standardı parametreleri kullanılmaktadır. Yoksulluk ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile ilişkili değildir. Örneğin, **Dünya Sağlık Örgütü 2001 yılı verilerine göre Etiyopya, Finlandiya, Almanya, Hollanda, Amerika Birleşik Devletleri ve Zimbabwe’de gelir düzeyi düşük olan bireylerde yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre 1,5-2 kat daha fazla depresyon gözlenmektedir.** Brezilya’da okur-yazarlık, eğitim, meslek, gelir durumu, yaşanan evin koşulları gibi yaşam standartlarını belirleyen parametrelerle sık ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki araştırıldığında; **hem eğitim düzeyinin düşüklüğü hem de gelir düzeyinin düşüklüğü 2,5’er kat ruhsal bozukluk sıklığını artırdığı saptanmıştır.** İlker Belek tarafından ülkemizde yapılan ve 2000 yılında yayımlanan bir araştırmada ise, **ruhsal sıkıntının sosyal sınıf, eğitim, gelir ve yaşanan bölgenin gelişmişlik düzeyi ile ters ilişkili olduğu** saptanmıştır.

Dünya üzerinde yoksulluğun en çok etkilediği gruplar kadınlar ve çocuklardır. Halen tüm toplumlarda kadınlar daha az eğitim almakta, okuma yazma öğrenmeleri engellenmek-



te, yoksulluğa mahkûm kılınmakta, aynı işi yaptıkları halde daha az para kazanmaya devam etmektedirler. Kadına yönelik ekonomik şiddet bireysel olduğu kadar, toplumsal olarak da sürdürülmektedir. **Türkiye, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı “İnsani Gelişmişlik Raporu”nda toplumsal cinsiyet eşitliği açısından 115 ülke içinde 109.sırada yer almaktadır.** Bu raporda Türkiye’de kadınların kazandıkları gelirin erkeklerin kazandığının %26’sı olduğu görülmektedir. **Kadınlar ve çocuklar Türkiye’de gelir dağılımı eşitsizliğinden en çok etkilenmekte olan gruptur.** Yoksulluk kadın ve kız çocuklarının eğitim alması önünde de bir engel oluşturmaktadır.

Tüm dünyada gelir dağılımı eşitsizliğinden en çok etkilenen gruplardan biri de **yaşlılardır**. Yoksul yaşlılar hayatlarını daha erken yaşlarda kaybetmekte, geliri ve emekli maaşı olanlar ise daha uzun süre hayatta kalmaktadırlar. Türkiye’de de 66-75 yaş arasındaki yaşlıların genel gelir oranı toplumun genel gelir oranından düşüktür ve bu düşüş devam etmektedir.

Duygudurum bozuklukları içinde özellikle major depresyon sosyoekonomik parametrelerle ilişkilidir. Depresyon sıklığı giderek artmaktadır. **Her 5 kadından biri her 7-8 erkekten biri yaşam boyu en az bir defa depresyon geçirmektedir.** 2020 yılında Dünya Sağlık Örgütüne göre dünyada en acil sağlık sorunları içinde ikinci sıraya yükselecek olan **depresyon düşük sosyoekonomik sınıflarda daha yaygın** görünmektedir. Depresyonun kadınlarda erkeklerden iki kat sık görüldüğü bilinmektedir. Yoksulluğa ve özellikle kadın yoksulluğuna karşı alınacak etkin tedbirlerin hem bütün olarak

duygudurum bozukluklarında ve kadın ruh sağlığında olumlu düzelmelere yol açacağı öngörülmektedir.

Yoksulluk ve şizofreni arasındaki ilişki de uzun yıllardır bilinmektedir. Yoksulluğun dolaylı göstergeleri olarak kabul edilebilecek; **ailenin sınıfsal konumunun düşük olması, annenin vitamin depolarının yetersizliği, gebelik sırasında geçirilen viral enfeksiyonlar, hipoksiye neden olan doğum travması ve göç etmiş bir ailenin çocuğu olarak dünyaya gelmek gibi değişkenler** araştırmalarda sık olarak sorgulanmıştır ve şizofreni oluşumu ile ilişkisi gösterilmiştir. Ancak bu ilişkinin neden mi yoksa sonuç mu olduğu yönünde farklı görüşler bulunmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalar yoksullukla ilişkili bu değişkenlerin şizofreniye neden olduğu yönünde kanıtlar sunmaktadır.

Yoksulluğun ruhsal sorunlara neden olduğu konusunda çok fazla veri bulunmaktadır. Bunun yanı sıra ruhsal soruna ya da sorunlara sahip olmanın da yoksullukla ilişkisi bulunmaktadır. Ruh sağlığı sorunu olan hastaların yoksulluk nedeniyle var olan ruhsal sorunlarına yönelik uygun tedavi girişimlerinden daha az yararlanabilmektedirler. Bu nedenle de hastalıklarının gidiş ve sonlanması olumsuz etkilenmektedir. Örneğin yoksul olan şizofreni hastalarında iyileşme daha kötüdür, hastane yatış oranları ve yatış süreleri daha uzundur ve daha fazla sosyal yalıtılmışlık ve damgalama yaşamaktadırlar.

Ruhsal hastalıkları olan bazı kişiler toplumda damgalanmakta ve ayrımcılığa ve dolayısıyla sosyal dışlanmaya mahkûm edilmektedirler. Ruhsal hastalıkları nedeniyle bu kişiler çalışabilir durumda oldukları zaman bile çok daha az iş bulabil-

mekte, çalışmadıkları için yoksulluğa ve güvencesizliğe daha kolay maruz kalmaktadırlar.

GEÇEN GEÇSİN, BİZ RUHUMUZDAN VAZGEÇMEYİZ

Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) kurulduğu günden beri ülkemizin önemli ruh sağlığı sorunlarını, ruh sağlığı politikalarını ve ilişkili konuları siyasi iktidarların ve kamuoyunun gündemine taşımak amacıyla defalarca girişimler de bulunarak ve **ruh sağlığını ve ruh sağlığı hizmetlerini toplumun tüm kesimlerinin öncelikli konusu yapmak, öncelikli bir konu haline getirmek** için gereken çabaları sürdürmektedir.

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

RUH SAĞLIĞININ TOPLUMSAL BOYUTLARI

Ruh ve beden sağlığı bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Bedensel hastalıklar ciddi ruh sağlığı sorunları oluşturma riski taşımakla birlikte tedavi sürecinde kişinin düşünce ve duyguları ile karşılıklı etkileşim içindedir. Ciddi bedensel hastalıklar insanda belirsizlik, gelecek endişesi, umutsuzluk; ağrı veya ameliyatla başa çıkma, tedaviye alışma, hastalığın yarattığı yeti yitimine uyum sağlama güçlüğü, başkasına bağımlı olma korkusu yaratır.

Öte yandan, ruh sağlığı genel sağlıkla bağlantılıdır. Ruhsal hastalığı olan kişilerde bedensel sağlığa yönelik olumsuz zararlı davranışlar artar, ruhsal sorunlar ve stres diğer bazı bedensel hastalıklara zemin hazırlar ya da var olan bedensel hastalıkların gidişini kötüleştirir. Ruhsal hastalıklar kişinin gerçekle ilişkilerini bozacak derecede ağır akıl hastalıklarıyla sınırlı değildir. Hatta bu tür ağır hastalıklar bütün ruhsal sorunların küçük bir oranını oluşturur. Öte yandan söz konusu ağır ruhsal hastalıklar da günümüzde tedavi edilebilen hastalıklar kapsamındadır ve bu hastalığı olanların tedavi haklarını eksiksiz kullanmaları yönünden etkin bir toplumsal düzenlemeye gereksinim duyulmaktadır.

Ruhsal hastalıklar toplumun bütününe ilgilendirecek denli yaygın bir toplum sağlığı sorunudur. Ruhsal hastalıklar sık görülür. Sıklığı ve yaygınlığı giderek artmakta toplumun her kesimini etkilemektedir. Ruhsal hastalıklar tedavi edilmezse bireysel, toplumsal ve maddi kayba neden olmaktadır. Günümüzde insanların % 25’i- **her dört kişiden biri-** yaşamlarının bir döneminde ruhsal hastalıklardan etkilenmektedir. Belli bir zaman diliminde nüfusun %10’unda ruhsal hastalık görüldüğü bildirilmektedir.

Bugün dünya üzerinde **450 milyonu aşkın insanın ruhsal sorunları olduğu, 20 milyonu aşkın kişinin de ruhsal sorunlar nedeniyle yardım arayışı içinde olduğu** bilinmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran yaklaşık

her **dört kişiden birinin ruhsal sorunlar nedeniyle** başvurduğunu ve yeterli tedavi hizmeti alamadığı bilinmektedir. Ruh sağlığı sorunu olanların en az bir yakını olduğu düşünülürse ruh sağlığı sorununun toplumun önemli bir kesimini, hatta tamamını doğrudan ilgilendirdiğini söylemek abartı sayılmamalıdır.

Ruh sağlığı sorunları yeti yitimine yol açar: Dünya Sağlık Örgütü’nün bir araştırmasına göre, **dünyada yeti yitimine en çok yol açan 10 hastalıktan beşini ruhsal hastalıklar** oluşturmaktadır. Bu hastalıklar sırasıyla **Depresyon, Alkol kullanımı, Bipolar bozukluk, Şizofreni ve Obsesif Kompulsif Bozukluk**ur. **Anksiyete bozuklukları, Depresyon, Bipolar Bozukluklar ve Şizofreni** yeterince tedavi edilemediği zaman daha çok işlev ve işgücü kaybı ve ailesel sorunlara yol açmakta, hastalığının yaygınlığının ve tedavi maliyetlerinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün geleceğe yönelik öngörülerine göre; 2020’de depresyon, kadınlar ve gelişmekte olan toplumlarda başta gelen yeti yitimine yol açan hastalık olacaktır. Ayrıca 2020’de tütün kullanımına bağlı hastalıklardan kaynaklanan yeti yitiminin de öne geçeceği öngörülmektedir.

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

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

Ülkemizde yüz bin kişiye düşen ruh sağlığı uzmanı sayısı yaklaşık 1,7’dir. Halen uzmanlık eğitimi almakta olan asistan hekimleri de eklediğinizde bu sayı “iki”nin biraz üzerine çıkmaktadır. Bu, Dünya ortalamasının yarısı, Avrupa ortalamasının ise ancak 1/6’sıdır. Çocuk ruh hekimlerinin oranı ise bir milyon nüfusa 2 düşecek kadar azdır. Aynı şekilde ruh sağlığı hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, psikolog vb. diğer ruh sağlığı çalışanları sayısı da oldukça düşüktür.

Ruh sağlığı politikalarını çağdaş bir tıp ve sağlık anlayışı çerçevesinde yeniden biçimlemek ve uygun yasal düzenlemeleri yapmak önemlidir. Ülkemizin bir **“ruh sağlığı yasaasına” acilen gereksinimi vardır.** Derneğimizin büyük bir özen ve özveriyle hazırladığı üzerine tartışılabilir bir ruh sağlığı yasa tasarısı da vardır. Hazırlanan yasa taslağı Aralık 2006 ‘da TBMM gündemine getirilmiş olmasına karşın hiçbir değişiklik olmamıştır. Biz bu yasa taslağının acilen meclisin gündemine gelmesini ve yasalaşmasını istiyoruz. Yeni



anayasa çalışmalarında bu konunun da gündemde olmasını ve gözetilmesini istiyoruz.

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

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

Tüm gerçeklikler yalnızca 10 ekimlerde değil, hayatın her bir gününde psikiyatrinin gündeminde ruh sağlığına öncelik vermeyi, ruh sağlığını bozan **ekonomik, sosyal ve siyasal konuları ele almayı** gerektirmektedir.

Türkiye Psikiyatri Derneği olarak:

- Yoksulluğa karşı mücadelede tüm toplumu ve özellikle riskli grupları kapsayan etkin devlet politikaları geliştiril-

mesi gerektiğini, gelir dağılımı eşitsizliklerinin giderilmesi için her aşamada etkin çalışmalar yürütülme düşünüyoruz.

- Toplumda gelir dağılımı açısından eşitsiz gruplarda (kadınlar, çocuklar, yaşlılar, engelliler) pozitif ayrımcılık yapılmalı, yoksullara ve gelir dağılımı açısından eşitsiz gruplara iş istihdamında öncelik tanınmalıdır
- Ruhsal hastalıkları olan kişilere karşı damgalanmayı engelleyecek ruh sağlığı politikaları hayata geçirilmeli, Ruhsal hastalığı olan kişilere pozitif ayrımcılık sağlayacak her alanda kamusal politikalar geliştirilmelidir.
- **Ruh Sağlığı Yasası'nın en kısa zamanda çıkarılması ve ilişkili yasal mevzuatın düzenlenmesi için TBMM'ni ve ilişkili tüm kurumları yeniden göreve ve sorumluluk almaya çağırıyoruz.**

- Temel ruh sağlığı sorunlarının çözülmesi ve bir insan hakkı olarak ruh sağlığının geliştirilmesi için **ruh sağlığına ayrılan kaynağın artırılmasını** talep ediyoruz.
- Ruh sağlığı alanında var olan **personel eksikliğinin giderilmesini**, hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diğer yardımcı sağlık çalışanı sayısının ve niteliğinin artırılmasını istiyoruz.
- Genel hastanelerde **psikiyatri yatak sayısının** artırılmasını, **gündüz hastaneleri ve ayaktan tedavi birimlerinin sayısının ve niteliğinin artırılmasını** istiyoruz
- Ruhsal hastalıklar henüz ortaya çıkmadan önleyen, risk etkenlerini ortadan kaldıran ya da bu etkenlerle karşılaşmayı engelleyen, **koruyucu ve önleyici çalışmaları destekleyen bir yaklaşımın yaygınlaştırılmasını, koruyucu ruh sağlığı ve ruhsal destek birimlerinin kurulmasını** talep ediyoruz.
- Tüm bu düzenlemelerin **devletin asli sorumluluğu olarak kabul edilmesi**, hükümetlerin öncelikli konusu olması gerektiğini düşünüyor, **kamusal bir sağlık sistemi anlayışı içinde çözülebileceğine inandığımızı** vurgulamak istiyoruz.

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

Ruh ve beden sağlığı bir bütündür.

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Devrim Başterzi

Dr. Halis Ulaş

Doç. Dr. Burhanettin Kaya

Türkiye Psikiyatri Derneği

Merkez Yönetim Kurulu adına

Türkiye Psikiyatri Derneği “Aklın Halleri” Teması ile Kısa Film Yarışması Düzenledi

■ Türkiye Psikiyatri Derneği Kısa Film Yarışması için başvuran 96 film Ahmet Şefik Güngör, Tahsin İşbilen ve Halis Ulaş'tan oluşan seçici kurul tarafından değerlendirilmiş, 25 film seçkiye alınmış ve jüri üyelerine değerlendirme amacıyla gönderilmiştir. Tunç Alkın, Fatih Altınöz, Özer Kızıltan, Zuhâl Çetin Özkan ve Enis Rıza'dan oluşan jüri üyelerinin değerlendirmesi sonucunda 5 film ödül almaya hak kazanmıştır.

1. İik Ödülü:

Filmin Adı: **Bİsqİlêt (Bisiklet)**
Türü: **Kurmaca**
Yönetmen: **İ. Serhat Karaaslan**

2. İik Ödülü:

Filmin Adı: **Dut Zamanı – Dema Tûya**
Türü: **Kurmaca**
Yönetmen: **Fırat Yavuz-Seren Gel**
ve
Filmin Türü: **Özgürlüğe Mahkûm**
Türü: **Belgesel**
Yönetmen: **Nurullah Dinçer**

3. İük Ödülü:

Filmin Adı: **Güneşin Karanlığı**
Türü: **Kurmaca**
Yönetmen: **Ayşegül Yadigar**

Jüri Özel Ödülü:

Filmin Adı: **İnsanın Deli Deddiği**
Türü: **Belgesel**
Yönetmen: **Egemen Adak – Hira Selma Kalkan**

2010 Yılı TPD - Yeterlik Sınavı Yapıldı

■ TPD- Yeterlik Kurulu Sınav Alt Kurulu tarafından düzenlenen 2010 yılı yeterlik sınavı yapıldı. **Amacı kısaca** psikiyatri uzmanlarının bilimsel gelişmeleri yakından izlemelerini ve güncel bilgiye ulaşmalarını teşvik etmek olarak tanımlanabilecek **Psikiyatri Yeterlik Sınavı, 2006 yılından bu yana Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) Psikiyatri Yeterlik Kurulunun düzenlemesiyle gerçekleştirilmektedir.** Bu yıl beşincisi yapılan sınava toplam 32 Kişi başvurmuştur. Yeterlik sınavına giderek daha fazla sayıda meslektaşımızın katılması TPD-Yeterlik Kurulu'nu sevindirmektedir. TPD- Yeterlik sınavı 2006 yılından bu yana yılda en az bir kez düzenlenmektedir. Yazılı sınav ve uygulama sınavı olmak üzere iki bölümden oluşan bu sınavın uygulama bölümüne yalnızca yazılı sınavda başarılı olmuş psikiyatri uzmanları girebilirken, yazılı sınavta son yıllarında bulunan uzmanlık öğrencileri de katılabilir. Sınavla ilgili ayrıntılı bilgiye http://www.psikiyatri.org.tr/ShowPage.aspx?Id=Yeterlik_sınav_aciklama adresinden ulaşabilirsiniz.

5 Ekim 2010 tarihinde 46. Ulusal Psikiyatri Kongresinin ilk gününde yapılan yazılı sınava 14'ü asistan, 14'ü uzman olmak üzere toplam 28 kişi girmiş ve bunların tamamı başarılı olmuştur. 5 Kasım 2010 tarihinde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalında yapılan uygulama sınavında ise 15 meslektaşımız başarılı olarak Yeterlik Belgelerini almışlardır. Bu sınavda Yeterlik belgesi alan üyelerimizi kutlar başarılarının devamını dileriz.

46. Ulusal Psikiyatri Kongresi Yapıldı

■ Ruhsal hastalığı olanlarda bedensel sağlık, bedensel hastalığı olanlarda ruhsal sağlık” ana teması ile 5-9 Ekim 2010 tarihleri arasında İzmir’de gerçekleşen kongreye 1688 kişi katıldı. Kongreye toplam 244 kişi sponsor desteği olmadan kendi imkanları ile kayıt yaptırmıştır. Kongre 46 yıllık ulusal psikiyatri kongreleri arasında en yüksek katılımı kongre olup, ayrıca İzmir’de düzenlenen en büyük tıp kongresi olmuştur. Kongre Swiss otel Grand Efes ve Hilton otelde ortak düzenlenmiştir. Kongrenin Açılış Konferansı “Psikiyatrinin Anlamı ve Konumu Üzerine Görüşler” konusu ile Prof.Dr. Engin Geçtan tarafından verilmiştir. Kongrede 9 adet hotel kongre misafirlerine hizmet vermiştir. 12 Swiss otel, 5 adet Hilton otel de olmak üzere 17 Salon aynı anda kullanılmıştır. Kongre’de 44 adet panel, 16 konferans, 9 çalışma grubu, 5 adet uzman ile buluşma ve 30 adet TPD kurumsal toplantısı gerçekleşmiştir. Ayrıca 28 adet sözel bildiri, 235 adet poster bildiri ve 14 adet ödüle aday bildiri sunulmuştur.

Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) Tarafından Psikiyatri Asistanları ve Uzmanlarına Yönelik İstanbul Protokolü Eğitimi Yapıldı

■ Türkiye Psikiyatri Derneği, Adli Tıp Uzmanları Derneği ve Türkiye İnsan Hakları Vakfının işbirliği ile 6-7 Kasım 2010 tarihlerinde İzmir’de ve Ankara’da eş zamanlı olarak psikiyatri asistan ve uzmanlarına yönelik, işkence ve kötü muameleyi önleme ve raporlamada uluslararası nitelikte bir Birleşmiş Milletler metni olan İstanbul Protokolü eğitimini gerçekleştirdi.

Türkiye Psikiyatri Derneği 46. Ulusal Psikiyatri Kongresi’nde Ruh Sağlığı Yürüyüşü Düzenlendi

■ 5-9 Ekim 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilen 46. Ulusal Psikiyatri Kongresi kapsamında Ruh Sağlığı Yürüyüşü ve Basın Açıklaması düzenlenmiştir. Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından düzenlenen yürüyüşe İzmir Tabip Odası ve Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası İzmir Şubesi de katılmıştır. Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Başkanı Doç. Dr. Yeşilbursa, grup adına yaptığı basın açıklamasında, dünyanın her geçen yıl zenginleşmesine karşın, birçok insanın temel yaşamsal ihtiyaçlarını karşılayamadan hayatlarını sürdürdüğünü, Avrupa Birliği’nin 2010 yılı temasının “Yoksulluk ve sosyal dışlanmayla mücadele” olarak ilan edildiğini belirtti.

Yoksullukla mücadelenin, ruhsal hastalıklar ile mücadelede büyük önem taşıdığına işaret eden Yeşilbursa, depresyon, düşük sosyoekonomik sınıflarda daha yaygın görüldüğünü ve Türkiye Psikiyatri Derneği olarak, ruh sağlığı hizmetlerini, toplumun tüm kesimlerinin öncelikli konusu yapmak için çaba harcadıklarını belirtti.

TPD Psikoterapi Eğitici Eğitimi programı başlıyor

■ Psikiyatri uzmanlık eğitimi veren kurumların önemli bir bölümünün yeterli düzeyde bir psikoterapi eğitimi veremiyor olmaları, psikiyatri alanında faaliyet gösteren pek çok ulusal ve uluslar arası meslek örgütüncü kabul edilen bir gerçektir. Bu alandaki eksikliğin önemli nedenlerinden biri, sinirbilim ve psikofarmakoloji alanlarında son dönemde kaydedilen ilerlemelerin, psikiyatri uzmanlık eğitimi programlarında psikoterapötik yaklaşımlara verilen önemin azalmasına yol açmış olmasıdır. Diğer nedenler ise, özellikle ülkemiz gibi yerleşik bir psikoterapi geleneği olmayan ülkelerde, psikoterapi eğitimi verebilecek kişi ve kuruluşların; sayıca yetersizliği, hemen hepsinin birkaç büyük kentte toplanmış olmaları ve psikoterapi eğitiminin genellikle uzmanlık eğitimi veren kurumların dışında, mesai dışı saatlerde ve ücretli olarak alınabilmesidir. Bu durumun, psikiyatri uzmanlık eğitimi veren kurumlardaki eğiticiler ve özellikle de uzmanlık öğrencilerinde kaygı uyandırdığı bilinmektedir.

Türkiye Psikiyatri Derneği olarak psikoterapi alanında beceri kazanmanın, deneyimli bir psikoterapistin denetimi altında yıllarca sürebilecek bir çalışmayı gerektirdiğinin bilincindeyiz. Bununla birlikte, uzmanlık eğitimi sırasında her uzmanlık öğrencisinin temel psikoterapötik araçları nasıl kullanacağını öğrenmesinin ve bir psikiyatri uzmanı olarak hastalarına bu araçları kullanarak tedavi sunabilmesinin, bir mesleki gereklilik hatta zorunluluk olduğunu da düşünüyoruz.

Psikiyatri uzmanlık eğitimi alanında yaşanan bu sorunun çözümü için başka ülkelerde ne gibi çalışmalar yapıldığını araştırdığımızda bunun psikiyatri eğitiminin genel bir sorunu olduğunu gözlemledik. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde benzer kaygılar nedeniyle 2002 yılında psikiyatri uzmanlık eğitiminde yeniden düzenlemeye gidildiğini saptadık. ABD'de 2002 yılında Psikiyatri Uzmanlık Denetim Kurulu (Psychiatry Residency Review Committee-RRC-) tüm psikiyatri uzmanlık eğitim programlarının, öğretim ve klinik uygulama programlarını, altı çekirdek yeterlik başlığı çerçevesinde yeniden düzenlemelerini zorunlu kılan bir karar aldı. Söz konusu çekirdek yeterliklerin bir parçası olarak psikiyatri uzmanlık öğrencilerinin beş farklı psikoterapi türünde -uzun süreli psikodinamik psikoterapi, destekleyici psikoterapi, bilişsel davranışçı psikoterapi, kısa psikoterapi ve psikofarmakoloji ile kombine psikoterapi- kabul edilebilir düzeyde yeterlik edinmelerinin psikiyatri uzmanlık eğitiminin bir parçası olması gerektiği kabul edildi. Bu zorunluluğun kabulü üzerine ABD'de bir çok eğitim kurumu söz konusu psikoterapi alanlarında uzman öğretim elemanı ve öğrenme sürecine yardımcı olacak eğitim materyali arayışına girdi. Amerikan Psikiyatri Birliği, psikiyatri uzmanlık eğitiminde öğretilmesi zorunlu kılınmış beş psikoterapi alanının her birine yönelik olarak temel metinler hazırlatarak yayımladı. Psikiyatr, psikoterapist Prof. G.O. Gabbard'ın editörlüğünü yaptığı bu beş kitaptan dördünün yayın hakları TPD tarafından satın alınmış ve Türkçe'ye çeviri çalışmalarına başlanmıştır. Bu kitapların ülkemizdeki temel psikoterapi eğitiminin gelişip yaygınlaşmasına katkıları olacağını düşünüyoruz.

TPD, psikoterapi eğitimi konusundaki ikinci adımını, TPD Yeterlik Kurulu tarafından belirlenmiş olan Çekirdek Kuramsal Eğitim Programı'nda yer alan ancak eksikliği hissedilen psikoterapi alanlarında temel kuramsal eğitimleri vermeleri planlanan meslektaşlarımıza yönelik bir psikoterapi eğitim programı düzenleyerek attı. Aşağıda ayrıntıları verilen söz konusu psikoterapi eğitim programı, Ocak 2011 tarihinde başlayacaktır.

Programın Amacı: Belirlenen bölgelerde TPD Çekirdek Eğitim Programı'na uygun şekilde temel psikoterapi eğitimi verebilecek meslektaşlarımızın eğitilmesi ve bu meslektaşlarımızın buldukları bölgelerde üyemiz olan diğer meslektaşlarımıza düzenli olarak temel eğitim vermeleridir. Bu eğitimleri alanların süpervizyon altında yeterli sayıda vakası izleyebilmeleri için gerekli sistemin kurulabilmesi amacıyla ön çalışmalara başlanmıştır. İlk aşamada üç psikoterapi alanında temel eğitimlere başlanacaktır. Bu alanlar, bilişsel davranışçı psikoterapi, destekleyici psikoterapi, ve cinsel terapilerdir. Bu eğitimler sırasında eğitim alan kişilerin eğitici becerilerini geliştirmek amacıyla 5 günlük bir eğitim programı da düzenlenecektir.

Katılımcıların seçileceği bölgeler: Üyelerin sayısal dağılımı ve ulaşım olanakları göz önüne alınarak oluşturulan 7 bölgeden meslektaşlarımızın belirlenmesi ve eğitimlerini tamamladıktan sonra kendi bölgelerinde eğitim sürecine başlamaları kararlaştırılmıştır.

Psikoterapi alanında yaşanan eğitim sıkıntısını aşmak amacıyla başlattığımız eğitim projesinin uygulama sürecinde tüm üyelerimizin destek vereceğini umuyor, her türlü önerilerinizi tpd-myk@psikiyatri.org.tr adresine iletmenizi diliyoruz.

Saygılarımızla

TPD MYK

3. Toplum Ruh Sağlığı Günleri Bolu'da yapıldı

Ruh Sağlığında 'Toplum Temelli' Hizmet Modeli

■ "Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve uygulamaları" başlıklı 3. Toplum Ruh Sağlığı Günleri sempozyumu Bolu'da Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Türkiye Psikiyatri Derneği Bolu Şubesi işbirliği ile yapıldı. Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi desteğiyle gerçekleşen sempozyum, alanında uzman birçok doktoru ve bilim adamını bir araya getirdi. Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimi Dr. Hülya Ensari, bugün dünyada hastaneye dayalı kurumsal tabanlı ruh sağlığı hizmet modelinin artık yerini toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline bıraktığını belirtti.

222 ruh sağlığı çalışanının (psikiyatr, psikolog, hemşire ve sosyal çalışmacı vb.) katılımcı olduğu sempozyumda Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde öncü olan ülkelerden davetli konuşmacılar yer aldı.

Prof. Dr. Graham Tornicroft İngiltere'den video-konferansla sempozyuma katılırken; İtalya Verona Üniversite'sinden Prof. Dr. Lorenzo Burti yine İtalya Trieste'den Dr. Barbra Bavdaz ile Yunanistan'dan İbrahim Onsunoglu'nun bizzat katıldığı sempozyumda dünyadaki toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri uygulamalarına değinildi.

Dünya Psikiyatri Birliği Genel Sekreteri Doç. Dr. Levent Küey ile Dünya Sağlık Örgütü Temsilcisi Dr. Toker Ergüder'in de katıldığı sempozyumda Türkiye'de ki son yıllardaki toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş süreci tartışıldı.

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Kültür Merkezi'nde yapılan sempozyumda konuşan Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimi Uzman Dr. Hülya Ensari, bugün dünyada hastaneye dayalı kurumsal tabanlı ruh sağlığı hizmet modelinin artık yerini toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline bıraktığını belirtti.

Bu yeni dönemde kendilerinin de toplum merkezli çalışmalar yürüteceklerini kaydeden Dr. Hülya Ensari, şunları aktardı: "Ancak hala ülkemizde ruh sağlığı hizmetleri hastaneler üzerinden yürümekte; hasta hastaneye başvurduğu sürece hizmet alabilmektedir. Dolayısı ile özellikle tedavi uyumu bozuk olan ve içgörüsü az olan ağır ruhsal hastaların takibinde zorluklar yaşanmaktadır."

Toplum temelli modelde ise tedaviye gelmeyen hastaları gerekirse evlerinde ziyaret ederek tedaviye ikna etmeye çalıştıklarını belirten Ensari, şunları kaydetti: "Toplum ruh sağlığı merkezleri 150-200.000 nüfusun dahil olduğu bölgelerdeki özellikle yeti yitimine sebep olan tüm ağır ruhsal hastaların tek tek kayıt altına alındığı; hastaların bireysel ihtiyaçlarının tespit edildiği; tedavilerinin düzenli takip edildiği; merkezlerde psikoegitim ile hastalıkları hakkında bilinçlendirildikleri; ailelerinin eğitildiği; sosyal beceri eğitimleri ile kaybedilen becerilerin yeniden kazandırılmaya çalışıldığı; resim, müzik, el-sanatları gibi uğraşı tedavilerinin uygulandığı; bireysel görüşmelerin yapıldığı merkezler olup; burada amaç kendisi yardım alamayan o coğrafi bölgedeki hastalara tek tek ulaşım; önce tedavilerini düzenlemek ardından düzenli takipleri ile tedavide sürekliliği kazandırmak ve rehabilitasyon çalışmaları ile yeniden işlevsel hale getirip; toplumdaki dışlanan hastaları yeniden topluma kazandırmaktır."

Bu modelde kurumlararası işbirliğinin de rolü büyük olup; Bolu'da bu modelin yerleşmesinde de Valilik basta olmak üzere Bolu Belediye'si, Bolu İzzet Baysal Vakfı, Bolu Bağışçılar Vakfı ile işbirliği yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın benimsemiş olduğu toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin ilk basamağı olan toplum ruh sağlığı merkezlerinin yaklaşık Türkiye'de 220 yerde açılması ve yaygınlaştırılması kararlaştırılmış ve nisan ayından bu yana da bu hizmetler sağlık bakanlığı tarafından ücretlendirilmiştir. Toplum ruh sağlığı merkezleri yönetmeliğinin yayınlanması ile bu süreç hızlanacaktır."

Geleceğe yönelik hedefler başlıklı forumda ise Dr. Gazi Alataş tarafından Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan toplum ruh sağlığı merkezleri yönetmeliği tartışıldı.

Dr. Hülya Ensari

TPD Bolu Şubesi Başkanı



Toplum Ruh Sağlığı Günleri Abant İzzet Baysal Üniversitesi'nde Başladı

25-28 Kasım tarihleri arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Kültür Merkezi'nde devam edecek olan '3. Toplum Ruh Sağlığı Günleri' Mavi Salon'da yapılan açılış töreni ile başladı.

Açılış törenine, Bolu Valisi İbrahim Özçimen, Bolu Belediye Başkanı Alaaddin Yılmaz, AİBÜ Rektörü Prof. Dr. Hayri Coşkun, Bolu İl Sağlık Müdürü Dursun Koç, İzzet Baysal Vakfı Başkanı Ahmet Baysal, Bolu Bağışçılar Vakfı Başkanı Şerafettin Erbayram, akademisyenler ve öğrenciler katıldı.

3. Toplum Ruh Sağlığı Günleri'nin açılış konuşmasını yapan Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimisi Dr. Hülya Ensari, Toplum Ruh Sağlığı Günleri'ni Bolu'da gerçekleştirilmesinden dolayı son derece mutlu olduğunu belirterek, organizasyonda emeği geçen herkese teşekkür etti. Hülya Ensari, dünyada artık hastane merkezli tedavinin yerine toplum merkezli tedavinin kabul gördüğünü ifade ederek, bu yeni dönemde kendilerinin de toplum merkezli çalışmalar yürüteceklerini kaydetti.

AİBÜ Rektörü Prof. Dr. Hayri Coşkun, Abant İzzet Baysal Üniversitesi adına, tüm katılımcılara hoş geldiniz diyerek, iyi bir çalışma dönemi geçirmelerini temenni etti.

Bolu Belediye Başkanı Alaaddin Yılmaz, İzzet Baysal'ın sayesinde, Bolu'nun eğitim ve sağlık alanında çok ileride bir konumda olduğunu hatırlatarak, yapılacak çalışmalarla Bolu'nun, toplum ruh sağlığı açısından geniş bölgesinde önemli bir merkez olacağını söyledi.

Bolu Valisi İbrahim Özçimen de konuşmasında ruh sağlığının önemine değinerek, görevi sırasında karşılaştığı olaylardan örnekler verdi. Günümüzde, hastane merkezli ruh sağlığı tedavisinin yerini toplum merkezli ruh sağlığı tedavisinin aldığını belirten Özçimen, Bolu'da İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ile vatandaşlara, modern dünya standartlarında hizmet verildiğini ifade etti.

Konuşmaların ardından Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi üyeleri tarafından mini bir konser ve piyes gösterisi gerçekleştirildi. Açılış töreni, moderatörlüğünü Medaim Yanık'ın yaptığı, Bülent Coşkun, Gazi Alataş ve Hülya Ensari'nin konuşmacı olarak katıldığı açılış konferansının ardından sona erdi.





Tedavi Olurken Üretiyorlar

■ Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine tedavi için gelen hastalar, tedavileri süresince toplumdan uzak kalmamaları ve daha önceki el becerilerini kaybetmemeleri için kendilerine yaptırılan bez bebek, resim ve el işi malzemelerinin satışıyla gelir elde ediyor.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezine gelen hastalara, tedavi oldukları sürede toplumdan uzak kalmamaları için çeşitli iş kollarında çalışma imkanı sunuluyor.

Merkezde verilen resim, el sanatları, takı ve Türkçe kurslarında hastalarla bire bir ilgilenerek toplumdan uzak kalmalarını önleyen yetkililer, hastaların yaptıkları resim, takı ve bez bebekleri toplayarak Atatürk Orman Parkı'ndaki merkeze ait olan ofiste satışa sunuyor. Özel olarak alınan siparişler hastalar tarafından yapılıyor ve yapılan ürünlerden elde edilen gelirler, hastalara dağıtılıyor.

-"HASTALARIN AİLELERİNİ EĞİTİYORUZ"

Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekim Uzm. Dr. Hülya Ensari yaptığı açıklamada, 2008 yılında açıl-

an Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yapılan çalışmalar içerisinde hastaların düzenli olarak tedavilerini kontrol etmek, bunların takiplerini yapmak, merkeze gelmedikleri zaman evlerine giderek hastaları evlerinde izlemek ve tedavi sürecine dahil etmeyi planladıklarını belirtti.

Ensari, "Hastaları, merkezimizdeki psiko eğitim gruplarına alıyoruz. Aileleri eğitiyoruz, aile eğitimi yapıyoruz. Hastaların hastalıkları nedeniyle kaybetmiş oldukları becerileri kazandırmaya yönelik sosyal beceri eğitimlerini veriyoruz" dedi.

-"TOPLUMA VE ÇALIŞMA HAYATINA ÖN HAZIRLIK YAPIYORUZ"

Türkiye'de ilk defa uygulanmakta olan Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri ile amaçlarının ağır ruhsal hastalığı olan hastaların düzenli bir şekilde takip, tedavi ve rehabilitasyonu ile topluma yeniden kazandırmak olduğunu anlatan Ensari, şöyle konuştu:

"Bu rehabilitasyon çalışmalarını içerisinde bir çok faaliyete de yer veriyoruz. Resim ve müzik çalışmalarına katılıyor, el sanatları atölyelerinde çalışıyorlar, bilgisayar kurslarına, beden eğitimi ve Türkçe derslerine katılıyorlar. Böylece hastalık öncesinde sahip olduğu yeteneklerini canlandırıyorlar. Biz burada





hastanın bireysel anlamda ihtiyacını tespit ediyoruz. Bu ihtiyaç doğrultusunda hangi konuda yeteneği ya da ilgisi varsa veya hastalık öncesinde uğraştığı bir alan varsa burada kaybettiği yeteneklerini yeniden canlandırmaya çalışıyoruz. Çalışma hayatlarına atılabilmeleri için ön hazırlık çalışması yapıyoruz.”

‐2 BİN ADET BEZ BEBEK ÜRETECEKLER‐

Resim atölyesinde hastaların çok güzel resimler yaptığını ifade eden Ensari, şunları kaydetti:

‐Daha önce ellerine kağıt, kalem ve fırça almamış hastalar, çok güzel tablolar yapıyor. El sanatları atölyelerinde hastalar, önceleri basit işler olan kolye, küpe, yüzük ve bilezik tarzında bir şeyler yapmaya çalıştı. Amacımız meşguliyet aşamasında hastaları gözlemlemektir. Daha sonra seri bir takım ürünleri üretmeyi planladık ve bez bebek üretimi yapmaya başladık. Düzenli olarak takibe giren hastalar, bir fabrika ve atölye di-

siplininde plan içerisinde çalışmaya başladı. Akşama kadar da belli bir prensipte bu çalışmalarını yürütüyorlar. Bir ilaç firması sponsorluğunda bir çalışma başlattık. Bu ilaç firmasına 2 bin adet bez bebek üreteceğiz. Bu bebekler karşılığında firmanın bize ödeyeceği parayı bebeklerin yapımında emeği geçen hastalara dağıtacağız.”

‐HASTALARA İŞ İMKANLARI SAĞLANSIN‐

Ensari, tedavi olan hastalara iş imkanlarının da sağlanması gerektiğini vurgulayarak, ‐Merkezimizde tedavi olan hastalarımızın tekrar topluma kazandırılması için iş yeri ve fabrika sahiplerine büyük işler düşmekte. Fabrikalarda çalıştırılması gereken engelli kontenjanlarından bizim hastalarımızın da yararlanmasını istiyoruz. Hastalarımız fabrikalarda gözetmenler eşliğinde çalıştırılabilir. Daha sonra saatlik, yarım gün ya da tam gün olarak çalıştırılabilir. Hastalarımızın topluma tekrar kazandırılması için toplumdaki destek istiyoruz” diye konuştu.

TPD-Psikiyatrik Rehabilitasyon BÇB 2. Çalıştayı 28 Kasım 2010'da Bolu'da gerçekleştirildi

Ana başlık olarak Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde uygulanacak Rehabilitasyon çalışmalarının standardizasyonu olarak seçilen çalıştayda Prof. Dr. Mustafa Yıldız tarafından hazırlanan "Ruhsal İyileştirim Sertifika Programı" sunularak tartışmaya açıldı.

Ruhsal İyileştirim Sertifika Programı

İçerik: Genel psikiyatrik rehabilitasyon eğitimini içeren program toplam 80 saat olmak üzere yılda iki kez (örneğin kasım, mayıs aylarında) 2 haftalık bir sürede konunun uzmanları tarafından temel eğitimi kapsadığı; Kocaeli Üniversitesinde başlanması planlandığı ve katılım ücretinin de 1000 TL olarak düşünüldüğü ifade edilmiş; bu eğitim süreci sonunda Psikiyatrik Rehabilitasyon Kitabının da ana taslağının tamamlanmış olmasının planlandığı şeklinde özetlenmiştir.

Tartışma

-Ücretlendirme: *Katılım ücretinin yüksek olmasının katılımı olumsuz etkileyebileceği ifade edildi. Devlet çalışanlarına oluşturulacak fon ile katılımdan ücret alınmayabileceği belirtildi. Programın ücretlendirilmesi ile ilgili olarak farklı kurumların farklı fiyat uygulamasında bulunabileceğini ifade edildi. Programın tek merkez yerine birden fazla merkezde uygulanabileceği yönünde görüşler iletildi.

-Belgelendirme: Programın Sağlık Bakanlığı'ndan belgelenmesi ile ilgili olarak onayı gündeme getirildi. Bu belgenin programı güçlendirici etki olabileceği görüldü.

-İçerik: Programın içeriğinde toplum ruh sağlığı merkezlerinde uygulanacak rehabilitasyon eğitimine yeterince yer verilmediği belirtildi. Programın psikiyatrik rehabilitasyon temel eğitimini ağırlıklı yansıttığı ve daha çok psikiyatrik rehabilitasyon kitabının ön hazırlığı niteliği taşıdığı izlenimi yarattığı belirtildi. Özellikle toplum ruh sağlığı merkezlerinde mutlaka olması gereken Psikoeğitim, Aile Eğitimi ve Sosyal Beceri Eğitimi'nin programda eksik olduğu ifade edildi. Yine toplum ruh sağlığı merkezlerinde olması gereken gezici ekip ve evde takip-tedaviye yönelik eğitimin programda eksik olduğu; ve mutlaka programa eklenmesi gerektiği belirtildi. Program içeriğinin hemşire ve sosyal çalışmacılar açısından uygun olmadığı belirtildi. Program içeriği oluşturulurken bundan faydalanacak olan özellikle sahada çalışacak olan hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacıların da ihtiyaçlarının da göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulandı. Eğitim programında bilimsel psikiyatrik görüşme ilkelerinin

de yer alması gerektiği ifade edildi. Programa yerinde pratik eğitimin mutlaka eklenmesi gerektiği belirtildi. İş sıralaması olarak; Eğitimin ana standartlarının belirlenmesi; sonra formatının belirlenmesi; sahaya uygulanması ve projenin tüm illere göre uygulamasının ayarlanması gerektiği vurgulandı. Başlangıç olarak çok başlı olmamak gerektiği, şuan da bulunanlarla ortak bir şeylerin geliştirilebileceğinin daha doğru olduğunu belirtilerek, temel olarak yapının tek olması gerektiğini ifade edildi. Sertifika programı sonrasında kişilerin okullara devam etmesi gerektiği; programın devamlılığının ancak bu yolla sağlanabileceği görüşü iletildi. Eğitim içeriğinin geliştirilmesi açısından yoğun çalışma toplantılarının yapılması gerektiği belirtildi.

İkinci bir gündem konusu olarak Psikiyatrik Rehabilitasyon kitabının oluşturulması düşüncesi üzerine tartışıldı.

Özet-Sonuç-Öneriler

1. Psikiyatrik Rehabilitasyon Genel Eğitiminin herkese verilmesi gerektiği;
2. Toplum Ruh sağlığı Merkezlerinde Uygulayıcı konumunda olacak olanların daha ileri ayrıntılı eğitim alması gerektiği;
3. Toplum Ruh sağlığı Merkezlerine yönelik teorik ve pratik eğitimlerin uygulamanın bizzat olduğu merkezlerde olmasının daha faydalı olacağı;
4. Eğitici ekibin belirli bir uygulamayı yapan kişilerden oluşması gerektiği;
5. Eğitim sürecinde uluslar arası işbirliğinin mutlaka sağlanması gerektiği;
6. Toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinin üniversiteler tarafından da yapılması gerektiği;
7. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin başarılı olabilmesi için kurumlararası işbirliğine mutlaka önem verilmesi gerektiği;
8. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde görev yapan ekibinin vaka süpervizyonu mutlaka sağlanmalı; bunun için başlangıçta kongrelerin uygun ortam sağlayabileceği önerildi.

Dr. Hülya Ensari

TPD Bolu Şubesi Başkanı,

TPD psikiyatrik rehabilitasyon BÇB Koordinatörü

TPD Merkez Yönetim Kurulu

3. Üç Aylık Raporu

(Haziran 2010 – Ağustos 2010)

Genel Başlıklar

1. SUT ile ilgili Psikiyatrik Hizmetlerin Ücretlendirilmesi GG'den gelen görüş SGK'ya, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hiz. Gen. Müd.'e ve T. Eczacılar Birliği'ne gönderildi.
2. Klinik şef, şef yardımcısı ve başasistan atamaları konusunda TTB ile ortak hareket edilmesine, bunun dışında herhangi bir işlem yapılmamasına, bireysel dava açanlara hukuksal destek verilmesi kararlaştırıldı.
3. Sağlık Meslek Yasası hakkında hazırlanan dernek görüşü Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Daire Başkanlığına gönderildi (Ek 1).
4. TPD Malzemeleri satın alma konusunda organizasyon firması ile görüşme yapıldı. Kongrelerde sürekli kullanılan bazı malzemeler satın alındı.
5. Dr. K.D.'in şikayeti doğrultusunda İstanbul şubeye soruşturma için yazı gönderildi.
6. 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı günü hazırlıkları için yok-sulluk ve ruh sağlığı, uzun süreli hastalıklar, süregen ve bütünleştirilmiş bakım gereksinim ve kongre teması ile ilgili olarak Hayri Elbi Mete'den metin ve konuşma istendi.
7. Silah Yasası, Ruh Sağlığı Yasası konularının Kasım ayında Bolu'da yapılacak toplantıda ele alınmasına karar verildi.

Bilimsel Toplantılar

1. 20. APG Ödül Jürisinde MYK'yı temsilen Dr. Ömer Aydemir'in yer almasına karar verildi.
2. 15. YT-BS Sözel Bildiri Ödül jürisinde MYK'yı temsilen Dr. Işın Baral Kulaksızoğlu'nun asil üye Dr. Kemal Yazıcı'nın yedek üye olarak, Araştırma Projesi Teşvik Ödülü'nde Dr. Alp Üçok'un asil üye, Dr. Cem Atbaşoğlu'nun yedek üye olarak yer almasına karar verildi.
3. 47. UPK Sözel Bildiri Ödül jürisinde MYK'yı temsilen Dr. Ahmet Rifat Şahin'in asil üye, Dr Halise Devrimci Özgüven'in yedek üye olarak yer almalarına karar verildi.
4. TPD Bolu Şubesinin 26-28 Kasım 2010 tarihleri arasında yapmayı planladığı Türkiye ve Dünyada Toplum Ruh Sağlığı Modeli Uygulamaları başlıklı sempozyum ile ilgili taleplerinin kabul edilmesine, DK'da MYK'yı temsilen Dr. Mustafa Sercan'ın yer almasına karar verildi.
5. Güz Okulunun bu yıldan itibaren Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından düzenlenmesine karar verildi. Ayrıca Örgüt Belleği kitabında Güz Okuluna yer verildi.
6. 18. APG'yi düzenleyen Organizasyon firması Interium

Organizasyon'a hesaplarla ilgili bir yazı gönderildi.

7. Ödül Yönergesine değişiklikler yapıldı.
8. 9. Adli Bilimler Kongresine bir panel önerilmesine ve panele katılacak kişilerin masraflarının dernek merkezi tarafından karşılanmasına karar verildi.
9. 46. UPK TPD forumu ile ilgili olarak; Özlük hakları çerçevesinden Tamgün yasası, Performans ve SUT uygulamaları forum konusu olarak belirlendi.
10. Kocaeli şubesinin düzenleyeceği "Ruhsal İyileştirme Sertifika Programı" adlı toplantıya konuşmacı olarak katılacak üyelerimizin derneğimize başvurmaları durumunda ulaşım ve konaklamaları tarafımızdan düzenlenebileceğine karar verildi.

Sınır İhlalleri

1. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği hakkında Mesleki Roller Tanımlaması GG'den görüş istenmesine ve gelen görüşün TTB'ye gönderilmesine karar verildi.
2. Dr. Haydar Dümen hakkında Cinsel Boz. BÇB'den gelen rapor Avukat Ziyet Özçelik'e gönderilip oradan gelen rapor doğrultusunda İTO'na gereği için yazı yazıldı.
3. Kadrosunda psikiyatri hekimi olmadığı halde, psikiyatrik hastalıkları tedavisi ettiğini yazılı olarak beyan eden sağlık kuruluşu hakkında yasal işlemler başlatıldı.
4. Dernek avukatından gelen görüşler doğrultusunda Haydar Dümen ve Kadir Sivrioğlu konusunda girişimler başlatıldı.
5. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik konusunda ki dernek görüşü TTB-UDEK'e gönderildi. TTB'nin açmış olduğu dava sürecine müdahil olundu.

Bülten

1. 2010 yılının 2 sayısının dosya konusu "12 Eylül: Toplumsal bir travmanın güncel sonuçları" olarak belirlendi.

Yeterlik Kurulu

1. 25-26 Haziran tarihlerinde, İzmir'de yapılacak YK Sınav Altkurulu toplantısına katılacak kişilerin ulaşım ve konaklama giderlerinin dernek merkezi tarafından karşılanmasına karar verildi.
2. 23 Haziran 2010 tarihinde YK Ziyaret Kurulu'nun Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri AD ziyareti ile ilgili ulaşım ve konaklama masraflarının dernek merkezi tarafından karşılanmasına karar verildi.

Görev Grupları

1. Merkez Onur Kurulu'nun talebi doğrultusunda "Ruh Sağlığı Hizmeti Veren kurumları Değerlendirme GG" kurulmasına ve GG koordinatörü olarak Dr. Şeref Özer'in görevlendirilmesine karar verildi.
2. APHB'nin Zonguldak'ta yapacağı çalışma ile ilgili Dr. Tamer Aker'den ayrıntılı bütçe istenmesine karar verildi.

Bilimsel Çalışma Birimleri

1. Dr. Murat Demet'in Adli Tıp rotasyonu ile ilgili sorusu hakkında Adli Psikiyatri BÇB'den Bilirkişilik hizmetlerinde Adli Tıp AD.'lerde izlenecek yol konusunda görüş istenmesine karar verildi.
2. TPD Tıp Öğrencileri ve TPD Psikiyatri Dizini BÇB'lerinin kurulmasına ve TPD Psikiyatri Dizini BÇB koordinatörlüğüne Doç. Dr. Lut Tamam'ın atanmasına karar verildi.
3. Orada Bir Uzman Var Uzakta GG'nin talebi doğrultusunda, kamu, özel hastane, diğer özel ve kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan psikiyatri uzmanlarının özlük hakları, SUT uygulamaları, bilirkişilik, adli ve idari görevlendirmeleri ile ilgili konular üzerine çalışmak ve bu konularla ilişkili olarak görev grupları ile birlikte ortak çalışmalar yürütmek amacıyla "Uzmanlık Hizmetleri Bilimsel Çalışma Birimi" adıyla yeni bir BÇB kurulmasına karar verildi.
4. Şizofreni BÇB'nin talebi uygun bulundu. Hazırlanmış oldukları "Güncellenmiş olan Şizofreni Tedavi Klavuzunun" dernek tarafından yayımlanmasına, ayrıca önerdikler çalıştayın desteklenmesine karar verildi.
5. SKIP-TÜRK projesi hakkında Dr. Ayşegül Özerdem'in talebi uygun bulundu. Bu projenin Türkiye Psikiyatri Derneğinin bir hizmeti olarak başlatılmasına karar verildi.
6. İntiharlar ve Medya konusunda İntiharı Önleme ve Kriz BÇB tarafından önerilen basın çalışmalarının desteklenmesine ve 10 Eylül 2010 tarihinde Dünya İntiharı Önleme Günü nedeniyle İstanbul Şube ile birlikte etkinlik yapmalarının önerilmesine karar verildi.
7. Anksiyete Bozuklukları BÇB'nin Ankara'da düzenleyeceği toplantının ulaşım giderlerinin karşılanmasına karar verildi.

Basın-Tanıtım

Aşağıdaki konu başlıklarında basın açıklamalarında bulunuldu. Anadolu Psikiyatri Günleri'nde basın toplantısı yapıldı.

1. Türkiye Psikiyatri Derneği Basın Açıklaması: Yapılması Gereken Silahlanma Değil Silahsızlanma Olmalı
2. Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı
3. SUT psikiyatri hizmetini değersizleştiriyor
4. Psikiyatride Tedavi Yöntemleri
5. Gazze'de Yaşanan İnsanlık Dramına Sessiz Kalınmalıdır.
6. Ancak Güvenceli Ve Güvenli Bir Çalışma Ortamında Çalışanın Beden Ve Ruh Sağlığı Korunur
7. TPD Ve ATUD Ortak Basın Açıklaması: Çocukların Cinsel İstismara Uğramasını Önlemek Devletin Asli Sorumluluğudur
8. Çocukluktan Erişkinliğe Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunu Anlamak
9. Uyuşturucu Bağımlılığı Bir Suç Değil, Tedavi Edilebilen Ciddi Bir Sağlık Sorunudur!
10. İki Uçlu Bozukluk (Bipolar Bozukluk) Ve Mevsimsellik

11. Sınav Kaygısı Karşısında Neler Yapılabilir?
12. Toplumda Yaygın Görülen Ruhsal Bozukluk: Depresyon
13. Ruh Sağlığı Sorunları Olanlar Önce Kime Başvurmalı?

Eğitim-Araştırma

1. İnternet üzerinden eğitim vermek amacıyla TPD Açık Eğitim Programı yapılmasına karar verildi. Programın yürütme kurulu İstanbul Şube'den Dr. Doğan Şahin, MYK'dan Dr. Doğan Yeşilbursa ve YK Eğitim Programları Geliştirme Altkurulu'ndan Dr. Ayşe Devrim Başterzi olarak oluşturuldu. Oluşturulan modülleri başta BÇB koordinatörleri ve bu alanda çalışan yetkin isimlerin koordine ederek, bu modüldeki hedeflerin gerçekleştirilmesi için gerekli dersleri ve eğitimcileri oluşturulmalarına karar verildi. Bu amaçla Program yürütme kurulu ve MYK tarafından modüllerin eğitim sorumluları belirlendi ve 21.08.2010 tarihinde İstanbul'da katılabilen koordinatörlerle bir toplantı yapıldı.
2. Sanal eğitim programının öncelikle asistan çekirdek eğitim programını hedef alması ve bu amaçla yeterli kurulu müfredatı temel alınarak hazırlanan modüllere
3. TPD Açık Eğitim Programı için UPK'da eğitimci toplantısı yapılmasına, yapılandırma ve akış şemalarının hazırlanmasına karar verildi.
4. Sağlık Bakanlığı'ndan Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Eğitim ve Müfredat Komisyonu'nun raporunun istenmesine karar verildi.
5. Asistan eğitimi süreleri ile ilgili Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri AD'den, Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri AD'den ve İstanbul Üniv. Çapa Tıp Fak. Psikiyatri AD'den görüş istendi.
6. Dr. Aylin Uluşahin tarafından Doçentlik sınavı ile ilgili hazırlanan yazının Üniversitelerarası Kurul'a gönderildi ve konu ile ilgili olarak kurum yöneticileri ile görüşüldü.
7. XVI. TUEK için "SUT'un Uzmanlık Eğitimine Etkileri" ve "Sanal Öğrenme" konu başlıklarının önerildi.
8. DSÖ-ICD Hazırlık çalışmaları için Türkiye'den seçilen İntern Dr. Elif Keleş'e maddi destek sağlandı.
9. TPD Terapi Programı Eğitici Eğitimlerin planlanması ile ilgili olarak BDT Eğitimini İngiltere'de "East London NHS Foundation Trust Newham Psychological Treatment Centre" adlı kurumda çalışmakta olan eğitim ekibi ile üyelerimizden Dr. Hakan Türkçapar, Dr. Burhanettin Kaya, Dr. Selçuk Aslan ve Dr. Aslıhan Sayın'dan oluşan bir eğitim ekibinin birlikte yürütmesine karar verildi.
10. APPI kitaplarının sözleşmeleri imzalanarak APA' ya gönderildi. Çeviriler için editöryal ekip belirlendi. Çeviri çalışmalarına başlandı.

Web

1. TPD web sitesinin yenilenmesine karar verildi. Yeni web sitesi çalışmaları ile ilgili olarak alınan teklifler değerlendirilerek LookUs firması ile anlaşma sağlandı.

TPD MYK uygulamaları ilgili bilgilere www.psikiyatri.org.tr web sayfası MYK kararları başlığı altında ve TPD Bülteni aracılığıyla ulaşabilirsiniz.

TPD Merkez Yönetim Kurulu

TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ

KLİNİK UYGULAMADA RUH SAĞLIĞI ÇALIŞANLARININ GÖREV TANIMLARI İLE İLGİLİ GÖRÜŞÜ

Kapsam

Bu doküman T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmakta olan Sağlık Meslekleri yasasında ruh sağlığı alanında çalışan meslek mensuplarının görev tanımlamalarına katkı sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.

Bilimsel Artalan

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 iyi bir tıbbi öykü alma ve ruhsal muayeneyi takiben konulabilir. Bu nedenle bir hastanın muayene ve tedavi yetkisi psikiyatri hekimlerine verilmiştir. Öğrenimi süresince hasta ile karşılaşmadan, klinik uygulama olmaksızın eğitimlerini tamamlayan dört yıllık fen edebiyat fakültesi psikoloji bölümü mezunları ile eğitim fakültelerinin psikolojik danışmanlık ve rehberlik bölümünü mezunları değişik ad altında bile olsa hasta muayene etme, tanı koyma ve tedavi yetkisine sahip olarak faaliyet göstermeleri bilimsel görüşe aykırı bir durum olduğunu düşünmekteyiz. Tıbbi eğitim almamış meslek üyelerinin psikiyatrik anlamda ruhsal bozulma/hastalık ile normal/sağlıklı ayrımını yapamayacağı bilimsel bir gerçektir. Örneğin hipotiroidi belirtileri ile depresyon belirtilerinin ayrımını hekim dışı meslek gruplarının yapması beklenemez. Major depresyon fiziksel hastalıklara en çok eşlik eden psikiyatrik bozukluk olarak öne çıkmaktadır. Depresyon bilinen/akla gelebilecek tüm fiziksel hastalıkların seyrini olumsuz yönde değiştirerek sağlık merkezlerinin kullanımını artırır, kişinin günlük yaşam kalitesini düşürür. Tedavi edilmeyen depresyonun, özellikle kalp krizi geçirmiş kişilerde kalp krizinin tekrarlama riskini artırdığı yayınlanmış bilimsel makaleler göstermektedir. Dünya sağlık örgütünün 2004 yılında yayınlamış olduğu hastalık yükü adlı yayında tekuçlu depresif bozuklukların hastalık yükü açısından üçüncü sırada yer aldığı gözlenmektedir. Aynı yayının 2030 öngörüsünde tekuçlu depresif bozukluklar birinci sıraya yükselmektedir.

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

Tüm bu bilimsel verilerin ışığında diğer tıbbi rahatsızlıklarla yakından ilişkili psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisinde ,

eğitimleri boyunca klinik uygulama eğitimi almamış ve hasta ile karşılaşmamış psikiyatri uzmanı dışındaki diğer ruh sağlığı çalışanlarının görev alması bilimsel olarak kabul edilemez. Bilimsel verilerin yanında iç hukukumuzda yer alan 1219 Sayılı Yasa, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde yer alan hükümler ruh sağlığı hizmeti veren meslek dallarının pek çoğunun görev, yetki ve sorumluluklarını tanımlamıştır. Psikiyatri uzmanı dışındaki ruh sağlığı çalışanları psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavi (psikoterapi ve/veya ilaç tedavisi) sürecinde tek başlarına yer alamazlar. Yüksek Öğrenim Kurulunun 16.9.08 gün ve B.30.0.E.Ö.B. 0.00.00.01- 3584 sayılı yazısında psikologların tek başlarına muayenehane açıp psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde yer alamayacakları açıkça belirtilmektedir. Yasalarla çelişen bir yönetmeliğin yürürlüğe girmesi kişilere yasal sorumluluklar getirecektir.

Psikiyatrik hastalıkların tanı aşamasından sonra gelen tedavi aşamasında günümüzde sıklıkla ilaç tedavileri ve psikoterapi uygulamaları yer almaktadır. Hem etimolojik hem de kullanım olarak "therapy" ve "treatment" kavramları aynı kökten gelmektedir. Hastalığın iyileştirilmesi anlamına gelen bu kavramlar tıbbi terimlerdir. İlaç tedavileri psikiyatri hekimi tarafından yapılırken, psikoterapiler ise hem psikiyatri hekimi hem de aşağıda tanımlanan özelliklere sahip klinik psikologlarca yapılabilir.

Türkiye Psikiyatri Derneği, ruh sağlığı hizmetini bir ekip olarak görmekte ve bütüncül bir yaklaşımı benimsemektedir. Ruh sağlığı hizmetinin yürütülmesinde görev alan psikiyatri, pratisyen hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve danışmanların her biri çok değerli ve vazgeçilmez üyeleridir. Ruh sağlığı hizmetini etkin ve nitelikli olarak yürütülmesinde ekip içinde yer alan tüm meslek gruplarının görev tanımlarının doğru biçimde yapılması ve sınırlarının belirlenmesi büyük önem kazanmaktadır.

Tanımlar

Ülkemizde insanlar çoğunlukla ruhsal sorunlarla uğraşan meslek gruplarının tanımlamasını yeterince bilememektedir. Örneğin sıklıkla psikolog ya da psikiyatrist kavramları aynı anlamda kullanılmaktadır. Bu kullanım ile aslında aldıkları eğitim olarak çok farklı olan iki grup birbirine karıştırılmaktadır. Ruh sağlığı ile ilgili sorun yaşayan kişiler sıklıkla nereye başvuracakları hususunda kararsızlık yaşamaktadır. Ruh sağlığı hizmeti bir ekip çalışması içerisinde yürütülmelidir. Ruh sağlığı alanında çalışan kişileri şöyle sıralayabiliriz:

1. Psikiyatri hekimi
2. Pratisyen hekim/Aile hekimi
3. Psikolog/Klinik Psikolog

4. Hemşire/Psikiyatri hemşiresi
5. Sosyal hizmet uzmanı
6. Danışmanlar

Psikiyatri Hekimi

Ruhsal rahatsızlıkların önlenmesi, tanınması, tedavi edilmesinde ve rehabilitasyonunda çalışan tıp fakültesi mezunu psikiyatri uzmanlık eğitimini tamamlamış hekimdir. Psikiyatri hekimi, 6 yıllık tıp fakültesinden mezun olmuş ve ondan sonra 4-5 yıl psikiyatri ihtisası yapmış hekimlere denir. Böylece aldığı eğitimle insanın hem genel tıbbi hastalıklar hakkında bilgi sahibi olan hem de ruhsal yapısını değerlendirme tanı koyma, ayırıcı tanı yapma ve tedavi etme bilgisi ve yetkisine sahip olan kişidir.

Psikiyatri hekimi klinik karar verici olarak ruh sağlığı ekibi içinde koordinasyonu sağlamaktadır. Psikiyatrik hizmetin kaliteli olarak verilebilmesi için başvuru, değerlendirme, tedavi, diğer birimlere yönlendirme ve tedaviyi sonlandırma, izlem ve rehabilitasyon aşamaları tanımlanmıştır. Tıbbi süreçleri değerlendirerek psikiyatrik tablolara ilişkin ayırıcı tanı yapmak, tanı koymak, tedaviyi planlamak, ilaç ve diğer tedavi yöntemlerinin yanı sıra, uygun görülen psikoterapiyi uygulamak ve/veya yönlendirmek psikiyatri uzmanlarının sorumluluğu ve yetkisi içindedir.

Pratisyen Hekim/Aile Hekimleri

Ruhsal yakınmalarda sıklıkla ilk başvuru olan kişidir. Birinci basamak sağlık sistemine başvuran hastaların ruhsal durum değerlendirmesinin başlangıç aşamalarını yerine getirebilir, gerektiğinde bazı antidepressan gibi ilaçları reçete edebilir, uygun görürse danışmanlık ve daha ileri tedaviler için psikiyatri hekimine sevk eder.

Pratisyen Hekim 6 yıllık standart tıp eğitimi almış hekimdir. Aile hekimi 6 yıllık standart tıp eğitiminin üzerine 3 yıl aile hekimliği ihtisası yapmış uzman hekimdir.

Psikolog/Klinik Psikolog

Psikolog: Fen-Edebiyat fakültelerinin 4 yıllık psikoloji bölümünden mezun olmuş kişilere psikolog denilmektedir. Psikoloji lisans eğitimi sırasında hasta görüşmesine dayalı uygulamalı klinik eğitim, süpervizyon veya yapılandırılmış standardize psikoterapi eğitimi almamaktadırlar. Sosyal bilimler alanında, teoriye dayalı olarak bu eğitimi alan psikologların sağlık alanında bağımsız ve bireysel uygulama yapmaları beklenemez. Temel tıbbi bilgileri içeren kapsamlı bir tıp eğitimi almamış olmalarından dolayı ayırıcı tanı yapmaları ve tedaviyi planlamaları beklenmemelidir. Klinik ortamlarda ruh sağlığı ekibinin bir parçası olarak çalışırlar, tanı koyma ve tedavi planı yapma sürecine katkıda bulunurlar. Aynı biçimde koruyucu ruh sağlığı ve rehabilitasyon hizmetlerinde ruh sağlığı ekibi içerisinde yer alırlar.

Klinik psikolog: Lisans eğitimleri üzerine, eğitim veren bir psikiyatri kliniğinde klinik psikoloji üzerine yüksek lisans yapmış psikologlara denilmektedir. Türkiye’de yüksek lisans eğitimlerinde psikiyatri klinikleri nadiren kullanılmaktadır. Oysa Avrupa Psikolog Dernekleri Federasyonu (EFPA) psikoloji lisans eğitiminde dahi klinik eğitimin esas olduğunu ve bu eğitimlerin de “sağlık kurumlarında” yapılması gerektiğini belirtmektedir. Diğer bir deyişle hasta ile karşılaşmadan, klinik uygulama olmaksızın yapılacak teoriye dayalı doktora programları ile klinik psikolojide yeterli kazanılamayacağı açıktır.

Sosyal bilimler alanında psikolojinin klinik psikoloji dışındaki çeşitli yan dallarında yüksek lisans veya doktora programlarını tamamlamış olan psikologlara verilen bilim uzmanı ya da bilim doktoru ünvanları ise işletme vb. gibi diğer bilim dallarında

verilen akademik ünvanlara karşılık gelmektedir. Bu kişiler akademik ortam dışında sağlık kuruluşlarında çalışmak istediklerinde ancak lisans eğitimi almış psikologların görev pozisyonunda çalışabilirler.

Klinik psikologlar bilimsel geçerliliği kabul edilmiş uluslararası tanınırlılığı olan standardize eğitimlerden geçerek belgelendirilirse bütüncül bir yaklaşımla sürdürülen ruh sağlığı hizmeti kapsamında ekip anlayışı çerçevesinde ve psikiyatri hekiminin yasal sorumluluğunda psikoterapi uygulayabilirler. Aynı şekilde koruyucu ruh sağlığı ve rehabilitasyon hizmetlerinde de ruh sağlığı ekibi içerisinde yer alırlar. Klinik psikologlar da psikologlar gibi bağımsız ve bireysel olarak tanı koyamaz ve tedavi yapamazlar.

Psikiyatri Hemşiresi

Standart hemşirelik eğitiminin üzerine psikiyatri hemşireliği yüksek lisansı yaparak uzmanlaşmış hemşirelerdir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve psikiyatri birimlerinde çalışırlar. Danışmanlık verme, tavsiyelerde bulunma, ruh sağlığının uzun dönemli korunmasında destek verme ve hekimin önerdiği medikal tedavileri uygulama görevlerini yerine getirirler. Psikiyatri hemşiresi bilimsel geçerliliği kabul edilmiş ve uluslararası tanınırlılığı olan standardize eğitim aldıklarını belgelendirdikleri takdirde bazı terapi yaklaşımlarını bütüncül bir yaklaşımla sürdürülen ruh sağlığı hizmeti kapsamında ve ekip anlayışı çerçevesinde psikiyatri hekiminin yasal sorumluluğunda uygulayabilirler.

Hemşire

Psikiyatrik hastaların ruh sağlığı ekibi tarafından önerilen günlük bakım ve hemşirelik hizmetlerini veren kişilerdir. Psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavi aşamalarında tek başlarına yer alamazlar.

Sosyal Hizmet Uzmanı

Ruh Sağlığı alanında hizmet vermek için özel eğitim almış sosyal hizmet uzmanıdır. Hastalara barınma, gündelik yaşam, eğitim alanlarında destek olurlar. Ruh sağlığı hizmetinin bütüncül bir yaklaşımla sunulduğu klinik alanlarda psikiyatri hastalarının sosyal açıdan değerlendirilmesi ve var olan sorunların çözümü aşamasında, ekip anlayışı çerçevesinde ve psikiyatri hekiminin sorumluluğunda görev alır, tanı ve tedavi sürecine katkıda bulunurlar. Psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavi aşamalarında tek başlarına yer alamazlar. Sosyal hizmet uzmanları da bilimsel geçerliliği kabul edilmiş ve uluslararası tanınırlılığı olan standardize eğitimler aldıklarını belgelendirdikleri takdirde ilgili alanda bütüncül yaklaşım ve ekip anlayışı çerçevesinde bazı terapi yaklaşımlarını psikiyatri hekiminin yasal sorumluluğunda uygulayabilirler.

Danışmanlar

Eğitim fakültelerinin psikolojik rehberlik ve danışmanlık bölümlerinden mezun kişilerdir. Sağlık alanı dışında başta eğitim kurumlarında olmak üzere danışmanlık ve rehberlik verme görevlerini üstlenirler. Ayrıca kişilere yaşam sorunlarıyla daha iyi başa çıkmalarını sağlamaları için danışmanlık verirler. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında aile hekimi, psikiyatri birimlerinde psikiyatri hekimi denetiminde çalışırlar. Danışmanlık ve rehberlik dışında psikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavi süreçlerinde yer alamazlar. Danışmanlar bilimsel geçerliliği kabul edilmiş ve uluslararası tanınırlılığı olan standardize bir eğitim aldıklarını belgelendirdikleri takdirde ilgili alanda bütüncül yaklaşım ve ekip anlayışı çerçevesinde bazı terapi yaklaşımlarını psikiyatri hekiminin yasal sorumluluğunda uygulayabilirler.

TPD Merkez Yönetim Kurulu

4. Üç Aylık Raporu

(Eylül 2010 – Kasım 2010)

Genel başlıklar

- 1- Derneğimizin Avrupa Psikiyatri Birliği'nin (EPA) kuruluş aşamasında tüzel üye olarak görev aldı.
- 2- Dernek Merkezinde bulunan toplantı salonuna Murat Rezaki Toplantı salonu isminin verilmesine ve Dr. Murat Rezaki'nin ölüm yıldönümünde bir toplantı düzenlenmesine karar verildi.
- 3- Dr. Burhanettin Kaya'nın psikolojik rehberlik ve danışmanlık yapmak üzere görevlendirilmesi ile ilgili YÖK'e Gazi Üniv. Rektörü hakkında suç duyurusunda bulunulmasına karar verildi.
- 4- Ventio Organizasyonun danışman firmamız olarak çalışması için hazırlanan sözleşme kabul edildi.
- 5- Muayenehane Yönetmeliği için TTB'nin açmış olduğu dava sürecinin beklenmesine karar verildi.
- 6- Kısa film toplu gösterimi-festivali için MEK'de şubelere öneri götürüldü.
- 7- Vadeli EURO hesabımızda bulunan miktarın TL'ye çevrildi. Şube paylarını gönderdikten sonra kalan miktar vadeli TL hesabına aktarıldı.
- 8- TTB Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu Toplantısına derneğimizi temsilen, Dr. Ayşe Devrim Başterzi katıldı.
- 9- Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği ile ilgili Türk Tabipleri Birliği'ne yönetmeliğin iptali ile ilgili bir yazı gönderilerek TTB'nin açmış olduğu dava sürecine müdahil olundu.
- 10- Oğuz Miraç Sönmez tarafından gelen şikayet ile ilgili İzmir Şube'nin incelemesi üzerine Dr. F. K. hakkında soruşturma açılmasına yer olmadığına karar verildi.
- 11- İTO'nun Özel Sağlıklı Yaşam Polikliniği ile ilgili gelen yazıda belirtilen uygulamanın etik olmadığına dair görüş bildirildi.
- 12- Ankara Şube'den gelen, bir dernek üyesinin üyelik aidatını bir ilaç firmasına ödetmesine ilişkin yazının görüş için TPD Etik Kurulu'na gönderildi.
- 13- Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nden gelen akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yazıya cevaben derneğimiz tarafından basılan tedavi kılavuzları gönderildi.
- 14- Hazırlanan Şiddet İzleme ve Önleme Yönergesinin kabul edildi. TPD Şiddet İzleme ve Önleme Kurulu'nda Dr. Fatih Öncü, Dr. Ahmet Türkcan, Dr. Burhanettin Kaya, Dr. Agah Aydın ve Dr. Umut Karasu'nun yer aldı.
- 15- TPD tarafından yayınlanacak olan dergi ve bültenlerin 2011'den itibaren online olmasına karar verildi.
- 16- Derneğimiz bünyesinde yürütülen hukuki işlemlerin hangi aşamada olduğuna dair üyelerimize 3 aylık çalışma raporu içerisinde bilgi verilmesine karar verildi.

Bilimsel Toplantılar

- 1- "Ruhsal hastalığı olanlarda bedensel sağlık, bedensel hastalığı olanlarda ruhsal sağlık" ana teması ile 5-9 Ekim 2010 tarihleri arasında İzmir'de gerçekleşen uluslararası kongreye yaklaşık 1700 kişi katıldı.
- 2- 24-27 Kasım 2010 tarihleri arasında Berlin'de yapılan Invitation to the Psychiatry Kongresine Türkiye Psikiyatri Derneği'ni temsilen Dr. Halis Ulaş'ın katıldı.
- 3- 2011 Kongreleri kayıt ücretlerinin Asistan için 125, uzman için 200 TL olmasına karar verildi.
- 4- 15. Bahar Sempozyumuna konuşmacı olarak "İlaçla tedavi efsanesinin sonu" adlı kitabın yazarı "Dr. S. Moncrief'in davet edilmesi ile ilgili olarak BTDK'ya öneride bulunuldu.
- 5- Bilimsel Çalışma Birimlerinden gelen 15. Yıllık Toplantı –Bahar Sempozyumu öncesi sempozyum yapma taleplerinin BTDK'ya gönderildi.
- 6- XVI. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı'na (TUEK) maddi katkıda bulunuldu.
- 7- Türk Alman Psikiyatri Derneği'nin 2013 yılında gerçekleştireceği kongrenin desteklenmesi ve kongre hazırlıkları ile ilgili işbirliği yapılmasına karar verildi.
- 8- UEMS'in Valencia'daki toplantısına Dr. Halis Ulaş'ın katılmasına karar verildi.

Sınır İhlalleri

1. Nörolog Dr. MY hakkında veri toplanarak hukuki işlem başlatılmasına ve Türk Nöroloji Derneği'ne yazı gönderildi.
2. www.panikatakason.com isimli web sitesinde reklamı ve satışı yapılan "No Attack" isimli ilaç ile ilgili ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne yazı gönderildi.
3. Dr. SP'nin web sitesi ve etik ihlaller ile ilgili T. Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği'ne yazı gönderildi.

Bülten

1. Hekime yönelik şiddet konusundaki TTB broşürünün bültene konulmasına karar verildi.
2. TPD Bülteni 30. Yılında 12 Eylül: Toplumsal bir travmanın güncel sonuçları dosya konusu ile yayınlandı.

Görev Grupları

- 1- Psikiyatrik Hizmetlerin Ücretlendirilmesi GG'den TTB Asgari Ücret tarifesi hakkında önerilerinin istendi.

Bilimsel Çalışma Birimleri

- 1- Psikiyatride Rehabilitasyon BÇB'nin düzenleyeceği ça-

lıştayın bazı katılımcılarının ulaşım ve konaklama masraflarının dernek merkezi tarafından karşılanmasına ve çalıştay sonrası bir rapor göndermelerinin istenmesine karar verildi.

- 2- Anksiyete BÇB'nin 25 Aralıkta yapmayı planladığı toplantının masraflarının dernek merkezince karşılandı.
- 3- Ruhsal Travma ve Afet Psikiyatrisi BÇB'den 15. Bahar Sempozyumunda bir panel düzenlemeleri istendi.
- 4- Krize Müdahale ve İntiharı Önleme BÇB ve Kadın Ruh Sağlığı BÇB'leri tarafından basına ve sağlık muhabirlerine yönelik bir atölye çalışması yapılmasının ve bununla ilgili hazırlıklara başlanmasının istenmesine karar verildi.

Basın-Tanıtım

Aşağıdaki konu başlıklarında basın açıklamalarında bulunuldu. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde basın toplantısı yapıldı. Ayrıca 10 Ekim Dünya Ruh Sağlığı Günü çerçevesinde Ulusal Psikiyatri Kongresinde İzmir'de Ruh Sağlığı yürüyüşü yapıldı.

1. 1 Eylül Dünya Barış Günü Basın Açıklaması
2. 10 Eylül İntiharı Önleme Günü Basın Açıklaması
3. 1 Ekim Dünya Yaşlılar Günü Basın Açıklaması
4. Özel Sağlık Kuruluşlarında Psikiyatri Hizmetleri Özel Hastaneler Yönetmeliği
5. 2010 Dünya Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma ile Mücadele Yılı
6. TPD ve CETAD Ortak Basın Açıklaması: Tecavüzün sıradanlaştırılmasına ve mağazın malzemesi yapılmasına izin verilmemelidir.
7. TPD ve ATUD Ortak Basın Açıklaması: Tecavüz insanlık suçudur.
8. Halk Sağlığı Hizmetleri Sağlık Bakanlığı'nın gündeminden çıkarıldı. Toplum Sağlığı Merkezleri Kapatılıyor.
9. 25 Kasım Kadına Yönelik Şiddete Karşı Mücadele ve Uluslararası Dayanışma Günü
10. Hekime yönelik her türden baskı ve şiddeti kınıyoruz!

Eğitim-Araştırma

1. TPD Yayınları içerisinde yayınlanan, Temel Psikofarmakoloji, Şizofreni Tedavi Kılavuzu ve Türkiye'de

Psikiyatri'nin Örgütsel Belleği adlı kitaplar Ulusal Kongre'de üyelerimize ücretsiz olarak dağıtıldı.

2. İzmir ve Ankara'da İnsan Hakları Vakfı desteği ile 6-7 Kasım 2010 tarihlerinde İstanbul Protokolü Eğitimi yapıldı.
3. Açık Öğretim Projesi için firmalara destekleme koşullarının iletildi.
4. Psikoterapi Eğitimine Ocak 2011 tarihi itibari ile başlanmasına karar verildi. Üyelere duyuru metni gönderildi.
5. Psikoterapi eğitimi ile ilgili olarak Cinsel Terapiler için Dr. Sultan Doğan ile programa başlanmasına karar verildi.
6. APA'dan telif hakları alınan kitapların çevirisini üstlenen üyelerimizle 11 Aralık 2010 tarihinde İstanbul'da toplantı yapıldı.
7. TPD tarafından bastırılan kitapların Ocak 2011'den itibaren satışa sunulması ve üyelik aidatını ödeyen üyelerimize %50 indirimli ödemeyenlere ise gerçek fiyattan satılması yönünde girişimlerde bulunulmasına; konu ile ilgili MEK grubundan görüş alınıp, yazarların bilgilendirilmesine karar verildi.
8. TPD Temel ve Oryantasyon Eğitiminin 2011'den itibaren yılda bir kez Mayıs ve Haziran aylarında olmak üzere yapılmasına karar verildi.
9. Bundan sonra TPD tarafından bastırılacak kitapların yazarları ile devir sözleşmesi yapılmasına karar verildi.
10. Dr. Lut Tamam tarafından önerilen iki kitabın yayın haklarının alınmasını ve çeviri işlemlerine başlanmasına karar verildi.
11. Bağcılar psikiyatri kliniğindeki eğitim koşulları ile ilgili kurumun ziyaret edilmesine karar verildi.

TPD MYK uygulamaları ilgili bilgilere www.psikiyatri.org.tr web sayfası MYK kararları başlığı altından ve TPD Bülteni aracılığıyla ulaşabilirsiniz.

TPD Merkez Yönetim Kurulu

TPD Hukuk Bürosu

2010 Yılı Çalışma Raporu

A. Devam eden davalar ile 2010 Yılında Açılan Davalar ve aşamaları

1. Derneğinizi Yapı Kredi Bankası A.Ş.'nin Gaziantep şubesinde açtığı vadeli mevzuat hesabından üçüncü kişilerce çekilen paranın ödenmesi istemiyle İstanbul 9. Asliye Ticaret Mahkemesinde 2005/488 E. ile görülmekte olan dava, mahkemenin verdiği 21.11.2006 gün ve 2006/681K. sayılı kararla reddedilmiştir. Bu karar tarafımızca 15.05.2007 tarihinde temyiz edilmiştir. Yargıtay 11. Hukuk Dairesi 2007/7474 E. 2009/2177 K. sayılı ve 26.02.2009 tarihli kararı ile 'eksik bilirkişi raporuna dayanılarak hüküm kurulmasını' gerekçe göstererek yerel mahkeme kararını bozmuştur. Bozma kararı üzerine dosya aynı mahkemede 2009/825 E. ile kayda alınmıştır. Yargıtay 11. Hukuk Dairesinin bozma kararına karşı da davalı vekili tarafından karar düzeltme isteminde bulunulmuş, tarafımızca 01.07.2009 tarihinde karar düzeltme istemine ilişkin yanıt dilekçesi mahkemeye sunulmuştur. Yargıtay 11. Hukuk Dairesi davalının karar düzeltme istemini 2009/9645 E. 2009/11123 K. sayılı ve 28.10.2009 tarihli kararı ile reddetmiştir. Yerel mahkeme tarafından yapılan ve tarafımızın hazır bulunduğu 01.04.2010 ve 20.07.2010 tarihli duruşmalarda ise, aynı konu ile Gaziantep Cumhuriyet Savcılığınca yürütülen 2005/15114 numaralı soruşturma dosyasının akıbetinin sorulmasına, dosyanın bir örneğinin istenmesine ve bu yazılara yanıt geldiğinde Yargıtay bozma kararı doğrultusunda bilirkişi incelemesi için karar verileceği hükmüne bağlanmıştır. Duruşması 14.12.2010 günü yapılacaktır.
2. Tarafımızca, Derneğinizde bulunan soruşturma dosyalarındaki hasta kayıtlarını İç İşleri Bakanlığı yetkililerinin inceleme yetkisi bulunmadığı, bu hususun denetim görevlilerine bildirilmesi istemiyle yapılan başvurunun reddine dair 06.07.2007 gün ve 2205 sayılı işlemin iptali için açılan davada; Ankara 1. İdare Mahkemesinin 2007/1131 E. sayılı dosyasında görülen bu davada İdare 02.11.2007 tarihinde savunmasını sunmuş, bu savunmaya ilişkin cevap dilekçemiz ise 03.01.2008 tarihinde mahkemeye sunulmuştur. Ankara 1. İdare Mahkemesi verdiği 2008/994 K. ve 07.05.2008 tarihli kararı ile '5253 sayılı Kanuna göre İç İşleri Bakanlığının dernekleri denetlemek konusunda yetkili olduğu, bu incelemeye konu bakımından ise bir sınırlama getirilmediği, bu nedenle Derneğimize ait belgelerin denetçiler tarafından denetlenmesi işleminde hukuka aykırı bir yön bulunmadığı gerekçesiyle açığımız davayı reddetmiştir. Bu karar tarafımızca 11.09.2009 tarihinde temyiz edilmiştir. Dosyamız Danıştay 10. Dairesinde 2008/10815 E. sayı ile temyiz kaydına alınmış olup, dosyanın temyiz incelemesi hala sonuçlanmamıştır.
3. Dernek Üyesi Dr. İ. V. Hakkında, savcılık talimatlarına aykırı olarak şizofreni hastası şüpheliyi hastanede gözlem altına almadığı ve şüphelinin kaçmasına neden olduğu gerekçesiyle görevi kötüye kullanmak suçundan kamu davası açılmıştır. İnceleme sonucunda hekimli değerlerine ve sağlıkla ilgili mevzuata uygun davrandığı düşünülen üyenin vekili olarak Ağrı 1. Asliye Ceza Mahkemesinde açılan davaya katılmıştır. Mahkemenin E.2008/200, K.2008/532 sayılı ve 21.11.2008 günlü kararıyla, İnci Vural hakkında atılı suçu işlediğine dair kesin ve inandırıcı delillerin bulunmaması nedeniyle beraat kararı verilmiştir. Beraat kararının atılı suçun unsurları oluşmadığı gerekçesiyle verilmesi gerektiğini düşündüğümüzden gerekçe yönünden mahkeme kararını temyiz ettik. Temyiz talebimiz

üzerine Dosya Yargıtaya gönderilmiş olup halen Yargıtay Savcılığı dördüncü bölümde inceleme sırasını beklemektedir.

4. Ağrı Savcısı B. E. hakkında Psikiyatri Uzmanı İ. V.'a karşı tutum ve davranışlarında 'savcılık sıfatı ve gereklerine uymayan hal ve hareketlerde bulunduğu ve görevinin gereklerini yerine getirmeye çalışan bir hekimi adli tatbikata maruz bırakacağı şeklinde tehdit ettiği ve hakkında haksız olan bir kamu davası açtığı' gerekçesiyle Hâkimler ve Savcılar Yüksek Kurulu'na tarafımızca şikâyetinde bulunulmuştur. Şikâyetin işleme konulmamasına ilişkin Adalet Bakanlığı Ceza İşleri Genel Müdürlüğünün 20.03.2008 olur tarihli işleminin iptali istemiyle açılan davada Ankara 12. İdare Mahkemesi 2008/704 E. 2008/1570 K. sayılı ve 25.12.2008 tarihli kararı dava konusu işlemin hukuka uygun olduğu savıyla davamızın reddine karar vermiştir. Bu karar tarafımızca 17.06.2008 tarihli dilekçemiz ile temyiz edilmiştir. Dosya Danıştay 5. Dairesinde 2009/4413 E. sayılı ile kayda alınmış olup, halen temyiz incelemesinin sonucu beklenmektedir. 2010 yılı Temmuz ayında Ağrı Cumhuriyet Başsavcısı tarafından şikâyet edilen Bülent Elibol Hakkında soruşturma açıldığı bildirilerek konuya ilişkin Dr. İ. V.'ın ifadesine başvurulmuş ve vekili olarak bizden istediği belgeler Başsavcılığa gönderilmiştir.
5. Pratisyen hekim C. K. hakkında Psikiyatri uzman hekimi olmadığı halde cinsel terapist ve uzman unvanlarını kullanarak kendisini cinsel terapist eğitmeni olarak tanıttığı ve vajinismus konusunda hastalara kesin tedavi garantisi verdiği gerekçesiyle Ankara Cumhuriyet Savcılığına suç duyurusunda bulunulmuştur. Savcılık bunun üzerine 2009/27693 sayılı ile soruşturma başlatmış ve soruşturma sonucunda hazırlanan iddianame kabul edilerek C. K. hakkında kamu davası açılmıştır. Ankara 7. Sulh Ceza Mahkemesinde 2010/682 E. sayı ile görülmekte olan davada 23.12.2010 tarihinde saat 9:30'a duruşma günü verilmiş bulunmaktadır.
6. Medyum K. S. hakkında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun hükümlerine aykırı olarak 'hekim olmadığı halde hasta tedavi etmesi' ve internet sitesinde bunun reklamını yapması nedeniyle Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne şikâyetinde bulunulmuştur. Bu davranışın 1219 sayılı Yasa'nın 25. maddesinde suç olarak düzenlenmesi nedeniyle de, hakkındaki kamu davasının açılması istemiyle Ankara Cumhuriyet Savcılığına suç duyurusunda bulunulmuştur. Ankara Cumhuriyet Savcılığı tarafından konu ile ilgili soruşturma başlatılmış ve kişi hakkında Ankara 4. Sulh Ceza Mahkemesinde 2010/2373 E. Sayılı dosya ile görülmekte olan kamu davası açılmıştır. Bu dava için 31.03.2010 tarihinde saat 10:10'a duruşma günü verilmiştir.
7. H. D. hakkında ise, vajinismus tedavisinde bilimsel olmayan yöntemler kullandığı, hekimler için belirlenmiş reklâm ve tanıtım kurallarına aykırı davrandığı gerekçesiyle 10.08.2010 tarihinde İstanbul Tabip Odasına şikâyetinde bulunulmuştur. Oda, şikâyetimiz üzerine oluşturduğu HUB-1288 sayılı soruşturma dosyasını Onur Kurulu'na sevk etmiş, yapılan değerlendirme sonucu Kurul 17.08.2010 tarihli 1214 sayılı kararı ile H. D.'e para cezası vermiştir.

Aynı konu ile ilgili H. D. hakkında yasal şartları oluşmadığı halde "Tedavi Amaçlı Denemede Bulunduğu" ve bu suretle Türk Ceza Kanunu'nun 90 maddesinin 4. fıkrasında düzenlenen suçu işlediği

gereğesiyle İstanbul Cumhuriyet Savcılığına suç duyurusunda bulunulmuştur. Savcılığın konuyla ilgili incelemesi devam etmektedir.

8. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine mesai takibi için konulan kart okuma sistemlerine kamera yerleştirilmesi yönündeki 30.03.2009 tarih ve 10767 sayılı işlemin iptali istemiyle C. Ç., E. E. B., G. Ö., E. E. ve D. S. isimli hekimler adına İstanbul 4. İdare Mahkemesinde 2009/887 E. sayı ile görülmekte olan dava açılmıştı. Yanı sıra aynı işleme karşı Dr. Ş. Ö. adına da İstanbul 3. İdare Mahkemesinde 2009/859 E. sayı ile görülmekte olan dava açılmıştı. Her iki davada mahkemeye sunmuş olduğumuz dilekçelerde, Başhekimliğinin mesai takibini bu yöntemle yapa yetkisinin bulunmadığına, hastanenin hastalar tarafından da kullanılan giriş-çıkışlarının kamera ile izlenerek kayıt altına alınmasının özel hayatın gizliliğinin, kişisel verilerin korunması ile ilgili uluslar arası sözleşmelerin ve hasta haklarına ilişkin düzenlemelerin ihlali niteliğinde olduğu ayrıntıları ile açıklanmıştır.

Ancak İstanbul 4. İdare Mahkemesi 2009/887 E. 2010/824 K. ve 30.04.2010 tarihli kararıyla davanın reddine karar vermiştir. Karar gereğesinde, uygulanan sadece mesai denetimine yönelik olduğu ve mesainin etkin ve düzenli yürütülmesini amaçladığı, hastanelerin giriş açısından herkese açık olduğu, dolayısıyla işlemin özel hayatın gizliliğini ihlal eden bir yönünün bulunmadığı ve dava konusu işlemin hukuka uygun olduğu ifade edilmiştir. Bu karar tarafımızca lehe yargı kararlarını eklediğimiz 08.07.2010 tarihli dilekçemiz ile temyiz edilmiş olup, temyiz incelemesinin sonuçlanması beklenmektedir.

Şeref Özer adına açılan davada ise, tarafımızın ve davalı idarenin dilekçelerini sunma aşaması geride bırakılmış olup, dosyanın 27.10.2010 tarihinde yapılan duruşmasında dava konusu işlemin hukuka aykırılığı mahkemeye bir kez de sözlü olarak aktarılmıştır. Mahkemeye duruşmadan önce, Diyarbakır İdare Mahkemesinin, 2010 yılında vergi dairesine Kaymakamlık tarafından kamera konulması işleminin iptaline dair kararı da bir dilekçe ekinde sunulmuştur. Bu dosyada da mahkemenin dosyanın esasına ilişkin karar vermesi beklenmektedir.

9. Derneğinize adına, Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün 05.07.2010 tarih ve 9382 sayılı yazısı ekindeki Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun 21-22-23.06.2010 günlü ve 82 sayılı kararı ile Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık alanı için belirlenen rotasyonların ve bu işlemin dayanağı olan Tıpta ve Dişhekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nin Ek-1 numaralı "Tıpta Uzmanlık Ana Dalları ve Eğitim Sürelerine Dair Çizelge'nin" 34. sırasındaki Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık dalının eğitim süresinin "4" yıl olarak belirlenmesine ilişkin düzenlemenin yürütülmesinin durdurulması ve iptali istemiyle dava açılmıştır. Bu dava Danıştay 8. Dairenin 2010/7143 E. Sayılı dosyası olarak kayda alınmış olup, mahkemece verilen 08.10.2010 tarihli ara karar gereği yürütmenin durdurulması isteminin görüşülmesi davalı idarelerin savunmasının alınmasından sonra bırakılmıştır.

B. Görüş Yazıları, Toplantılar ve Diğer Hukuksal Çalışmalar

1. Derneğinize adına, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı olan B. U. isimli hekimin, psikiyatri uzmanlık alanına giren hastalıklara yönelik tıbbi girişimde bulunarak uzmanlık dışı faaliyet yürütmesi ve hekimler için belirlenmiş reklam ve tanıtım kurallarına aykırı davranması nedeniyle hekim hakkında Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne, Ankara Tabip Odasına ve Sanayi ve Ticaret Bakanlığı Reklam Kuruluna 21.01.2010 tarihinde üç adet başvuru yapılmıştır.
2. Derneğinize ile İzmir Hilton Enternasyonel Otelcilik A.Ş. ile 46. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nin düzenlenmesi işini yürüten BURKON Turizm & Kongre Organizasyon Ltd. Şti. arasında imzalanacak sözleşme, Derneğinize hak ve yükümlülükleri ile genel hukuk kuralları çerçevesinde değerlendirilmiş ve konuya ilişkin önerilerimiz yazılı şekilde Derneğinize iletilmiştir.
3. Ceva Kargo Ltd. Şti. ile imzalanması düşünülen kargo taşıma

sözleşmesi Derneğinize hazırlanan taslak metin üzerinden yeniden düzenlenmiş ve ek olarak konuya ilişkin önerilerimiz ve sözleşmede yaptığımız değişikliklerin gerekçeleri yazılı bir metin halinde tarafınıza sunulmuştur.

4. Derneğinize düzenlenecek olan 2011 yılı organizasyonları kapsamında yapılacak etkinliklere ilişkin 'bilimsel toplantılar düzenleme sözleşmesi' ve '2010-2011 Yılı Danışman Firma Sözleşmesi' adı altında iki sözleşme hazırlanmıştır.
5. Derneğinize hekim olmayan kişilerin değişik isimlerle ruh sağlığı ve hastalıkları alanında tanı ve tedavi hizmeti kapsamında faaliyetlerde bulunmaları hakkında bilgilendirme amacıyla Hakimler ve Savcılar Yüksek Kurulu'na başvuru yapılması düşünülmüş, konuya ilişkin görüşümüz istenmiştir. İlgili mevzuat çerçevesinde konunun Kurulun görev alanına girmediğine ilişkin bilgi verilmiş ve başvurulabilecek hukuki yollar hakkında tarafınıza yazılı görüş verilmiştir.
6. E. A. tarafından, derneğinize e-posta grubuna 09.07.2010 günü gönderilen ileti metninde yer alan ifadelerin ceza hukuku, tazminat hukuku ve dernekler hukuku çerçevesinde değerlendirilmesi yapılmış, söz konusu şahıs hakkında başvurulabilecek hukuki yollar hakkında bilgi verilmiştir.
7. Özel MCA Sağlık Hizmetleri A.Ş. ve Özel Npi Nöropsikiyatri İst.Sağ.Eğitim Dan. A.Ş. şirketlerinin vekili tarafından Derneğinize gönderilen Beyoğlu 13. Notalığı'nın 08.02.2010 tarih ve 01781 yevmiye numaralı ihtarnameye yanıt hazırlanmıştır.
8. Denizli Devlet Hastanesi'nde tedavi gören S. A. isimli hastayla ilgili NTV televizyonunda yayımlanan haberlere ilişkin hukuksal görüşlerimizi içeren metin 18.03.2010 tarihinde Derneğinize gönderilmiştir.
9. Psikiyatri uzmanı A. N. E. tarafından elektronik posta yolu ile yapılan başvuruda hasta bilgilerinin korunması ve buna ilişkin hekim sorumluluğu ile hukuksal görüşümüz 14.10.2010 tarihinde Derneğinize iletilmiştir.
10. A. A. isimli hekimin Derneğinize sağlık hizmetlerinin geri ödenmesine ilişkin başvurusu tarafımızca 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 63 ve devamı maddeleri ile bu Kanununa dayanılarak hazırlanan Sağlık Uygulama Tebliği çerçevesinde değerlendirilmiş, derneğinize yazılı görüş sunulmuştur.
11. Derneğinize hukuk büromuza yönlendirilen iletide, Dernek Bilimsel Toplantı Düzenleme Kurulu Yönetmeliği'nin Düzenleme Kurulunun oluşumu ile ilgili 21. maddesinin b, c, d ve h bendlerinin, Genel Sekreteriniz Burhanettin Kaya'nın bu konudaki düşünceleri dikkate alınarak hukuken değerlendirilmesi istenmiştir. Yaptığımız değerlendirme 19.01.2010 tarihinde tarafınıza iletilmiştir.
12. İnterium Tic. Ltd Şti'ne Afyon'da düzenlediği 18. Anadolu Psikiyatri Günleri kongresinin organizasyonuna ilişkin Sözleşmeden kaynaklanan yükümlülüklerini tam olarak yerine getirmemeleri nedeniyle ihtarname çekilmiştir. Sonrasında ilgili şirket tarafından mali yükümlülükler yerine getirilmiştir.
13. Kongre gelirlerine KDV ve Gelir Vergisi, gecikme faizi ve para cezası tahakkuk ettirilmesi üzerine konuya ilişkin görüş yazısı hazırlanmış, devamında uzlaşma görüşmesinde danışmanlık yapılmıştır.
14. Asistan Okulunda psikiyatri uzmanının hak ve sorumlulukları konusunda katılımcılara bilgi verilmiştir.
15. Tunceli Devlet Hastanesi'nde Psikiyatri Uzman Hekimi olarak görev yapan Dernek üyesi Dr. İ. Y.'ın yönlendirilen başvurusu üzerine; Tunceli Emek Gazetesi'nin internet sayfasında 28.01.2010 tarihinde "PTT Başmüdüründen İddialara Yanıt" başlıklı bir haberde, Tunceli Devlet Hastanesi Psikiyatri Servisinde tedavi gören iki PTT çalışanının, hasta oldukları için değil, kendi kurumundaki bir personelin doktorla tanışıklığı ve samimiyeti sonucunda hastaneye yatırıldığını ifade eden Başmüdürlüğe yönelik tazminat davası için dava dilekçesi taslağı hazırlanarak gönderilmiştir.
16. Zaman zaman özellikle asistan okullarında tanıştığımız hekimler tarafından, uzman olup zorunlu hizmetlerini yapmak üzere atanmalarından sonra karşılaştıkları sorunlarla ilgili olarak sorudukları sözlü sorulara yanıt verilmektedir.

TPD Bursa Şubesi 2010 Dönemi Bilimsel Etkinlikleri



Türkiye
Psikiyatri
Derneği
Bursa
Şubesi

YAYIN KURULU
Uzm. Dr. İbrahim Afif Karakılıç
Uzm. Dr. Ali Algın Köşkdere
Doç. Dr. Cengiz Akkaya
Uzm. Dr. Cengiz Albayrak
Dr. Şener Mercan
Uzm. Dr. Hatice Akova

YAZIŞMA ve İLETİŞİM ADRESİ
TPD Bursa Şubesi
İhsaniye Mah. FSM Bulvarı Aksele Sitesi
B Blok No:10/1 Nilüfer - Bursa
Tel: 224 2323370
www.psikiyatribursa.org
bpsikiyatri@yahoo.com

Bu bülten, bilgilendirme amacıyla hazırlanmıştır ve
herhangi bir klinik amaçla kullanılmamıştır.
Buradaki bilgiler tanı ve tedavi amacıyla kullanılmamıştır.

Yıl: 1 Sayı: 1 Eylül 2010 Türkiye Psikiyatri Derneği Bursa Şubesi tarafından hazırlanmıştır.

Bursa'daki psikiyatri

Uzm. Dr. İbrahim Afif Karakılıç

TPD Bursa Şubesi, Türkiye genelinde 20 Şubesi ve 2150 Üyesi ile etkinlik gösteren 1995 yılında kurulmuş olan Ankara merkezli Türkiye Psikiyatri Derneği'nin Bursa Şubesi, 16-17 Ocak 2010 tarihinde Bursa'da "Neden Psikanaliz?" başlıklı konferans düzenledi.



Bipolar okulu

Doç. Dr. Cengiz Akkaya

Bipolar Okulu 5-6 Haziran tarihlerinde Mudanya Montania Hotel'de gerçekleşti. Eğitim, 5-6 Haziran tarihlerinde Bursa'da gerçekleştirildi. Eğitim mezunları sonrasını eğitim etkinliği.

- 16-17 OCAK 2010
I. BURSA PSİKANALİZ GÜNLERİ "NEDEN PSİKANALİZ?"
- 10 ŞUBAT 2010; 25 ŞUBAT 2010; 16 MART 2010
"SOSYAL HİZMET VE TOPLUMA DESTEK" Projesi kapsamında, Nilüfer Kent Konseyi Kadın Meclisi üyelerine yönelik eğitim düzenlendi.

"Kadınlarda Cinsel Gelişim" Dr. İbrahim Afif Karakılıç – Dr. Ali Algın Köşkdere
"Erişkin Kadında Cinsellik" Dr. Ali Algın Köşkdere
"Kadına Yönelik Şiddet" Dr. İbrahim Afif Karakılıç
- 29 MAYIS 2010
"Psikiyatride Uygulamalı Hipnoz Kursu" Dr. Şeref Özer
- 5-6 HAZİRAN 2010
"TANIDAN TEDAVİYE BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTAYI ANLAMAK, İYİLEŞTİRMEK VE YAŞAM KALİTESİNİ ARTTIRMAK"
İsbd üyesi Bipolar Bozukluklar Derneği ile birlikte düzenlenmiştir.
Etkinlik TTB STE Kredilendirme kurulu tarafından "9,5" TTB-STE Kredi puanı ile kredilendirilmiştir.
- 18-19 EYLÜL 2010
"SANATLA TERAPİ VE YARATICILIK" I. ULUSAL SANATLA TERAPİ VE YARATICILIK SEMPOZYUMU,
U.Ü Tıp Fakültesi Psikiyatri AD ile birlikte gerçekleştirilmiştir.
- 25-26 ARALIK 2010
"GERİATRİK DEPRESYON KURSU"
Etkinlik TTB STE Kredilendirme kurulu tarafından "9,5" TTB-STE Kredi puanı ile kredilendirilmiştir.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI RUHSAL İYİLEŞTİRİM SERTİFİKA PROGRAMI (RİSEP)

Program Yöneticisi: **Prof. Dr. Mustafa Yıldız**

GEREKÇE

Süreklilik kazanmış olan ciddi ruhsal hastalıklar genellikle yetiyitimiyle gitmekte ve hastaların yaşam kalitelerini oldukça fazla düşürmektedir. Sürekli hastalık belirtilerini yaşayan ruhsal yetiyitimli bireyler kendi yaşadıkları ıstırap yanı sıra aile ve toplum için de önemli oranda yük teşkil etmektedirler. Hastalığın bireye, aileye ve topluma olan yükünü azaltmak için yalnızca hastane tedavileri yeterli olmamaktadır. Hastanede tedavisi tama yakın ya da kısmen sağlanmış olan ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavide kalmalarının sağlanması, tedavi ve diğer sağlık alanlarında çıkacak sorunların çözümlenmesi, bireysel ve bağımsız yaşama becerilerinin geliştirilmesi ve son hedef olarak da toplumsal işlevselliklerinin artırılarak yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için ruhsal iyileştirme çalışmalarına gereksinim vardır. Psikiyatrik tedavi ruhsal iyileştirmeyle bütünleştirilmediği zaman eksik kalmakta, hastaların yeniden hastalanma, hastaneye yeniden yatma ve yaşam kalitelerinin giderek düşme olasılıkları artmaktadır. Ruhsal iyileştirme psikiyatrik tedavinin önemli bir bileşeni olmak durumundadır.

Ne yazık ki ülkemizde ruhsal iyileştirme alanında yetişmiş personel bulunmamakta ve bu konuda eğitim olanakları çok yetersiz kalmaktadır. Son yıllarda TC Sağlık Bakanlığı'nın Toplum Ruh Sağlığı Merkezi uygulamaları ve geri ödeme sistemindeki yeniliklerle birlikte ruhsal iyileştirme çalışmalarının da ücretlendirilmesi sonucunda bu alanda personel yetiştirimi ve uygulamaların başlatılması için yeni bir ivme oluşmuştur. Alandaki eksiğin kapatılması için KOÜ Psikiyatri AD olarak Ruhsal İyileştirme Sertifika Programının açılmasını önemsemekteyiz. Bölümümüz 2004-2007 yıllarında Gündüz Hastanesi uygulamaları ile Psikiyatrik Rehabilitasyon alanında deneyim kazanmış ve Türkiye psikiyatrisine önemli katkılar sağlamıştır. Bölümümüzde ruhsal iyileştirme çalışmaları halen devam etmektedir. Açılan kursla birlikte eğitim alanların gözlem ve uygulama yapma şansları da olacaktır.

AMAÇ Katılımcıların ruhsal iyileştirme felsefesini kavramalarının, ruhsal iyileştirme konularında uzmanlaşmalarının ve ruhsal alanda iyileştirme uygulamalarını öğrenmelerinin sağlanmasıdır.

KATILIMCILAR Bu programa tıp, hemşirelik, psikoloji, psikolojik danışmanlık ve rehberlik, sosyal hizmetler yüksek okulu ve özel eğitim mezunları katılabilir. Her kurs dönemi için katılımcı sayısı 20 ile sınırlıdır.

YER KOÜ Sürekli Eğitim Merkezi, ÜNİBEL, Anıtpark, Kocaeli

ZAMAN – SÜRE RİSEP her eğitim döneminde Kasım ve Mayıs aylarında 2 haftalık (10 gün – toplam 80 saat) temel eğitimler şeklinde uygulanacaktır. Eğitimi tamamlayan katılımcılara program sonunda bir sınav yapılarak katılım belgeleri (Ruhsal İyileştirme Sertifika Programı - Temel Eğitimi başarı ile tamamlamıştır) verilecektir.

KATILIM ÜCRETİ Kişi başına 800 TL dir.

PROGRAM

| KONU | Saat | ÖĞRETİM ÜYESİ | |
|------|--|---------------|---------------------------------------|
| 1 | Ruhsal iyileştirimin tanımı | 1 | Mustafa Yıldız |
| 2 | Terminoloji | 1 | Mustafa Yıldız |
| 3 | Ruhsal iyileştirimin ilke ve uygulamaları | 2 | Mustafa Yıldız |
| 4 | Ciddi ruhsal hastalıklar ve yetiyitimi | 2 | Köksal Alptekin |
| 5 | CRH olan hastalara yaklaşım ilkeleri | 2 | Haldun Soygür |
| 6 | CRH olan hastayı anlama ve tedavi sürecinde tutma | 2 | Ayla Yazıcı |
| 7 | İşlevsel değerlendirme | 2 | Ayşen E. Danacı |
| 8 | İşlevsel değerlendirme örneklemeler | 3 | Ayşen E. Danacı |
| 9 | Hastalık özyönetimi | 3 | Mustafa Yıldız |
| 10 | İyileştirimde ilaç tedavileri | 3 | İrem Yalug |
| 11 | Psikotik bozukluklarda grup tedavileri | 2 | Alp Uçok |
| 12 | Psikotik bozukluklarda bilişsel davranışçı tedaviler | 3 | Tamer Aker |
| 13 | Toplumsal işlevsellik | 2 | Gül Ünsal |
| 14 | Toplumsal beceri eğitimi | 6 | Mustafa Yıldız, Ayla Erol, Ayşe Kırca |
| 15 | Olgu yönetimi | 1 | Bülent Coşkun |
| 16 | Hasta ve ailelerde çeşitli tekniklerle farkındalık geliştirme | 2 | Bülent Coşkun |
| 17 | Şiddet davranışı yönetimi | 2 | M. Emin Önder |
| 18 | Bilişsel işlev bozulmaları | 2 | Almila Erol |
| 19 | Bilişsel iyileştirme | 4 | Özlem Yıldız |
| 20 | Ruhsal iyileştirimde ailenin katılımı | 3 | Aslı Sarandöl |
| 21 | Sanat tedavileri | 4 | Nevin Eracar |
| 22 | Mesleki iyileştirme ve uğraş tedavileri | 4 | Alev Kılıçoğlu |
| 23 | Destekli işyeri uygulamaları | 2 | Haldun Soygür |
| 24 | Beden sağlığı ve tıbbi bakım | 3 | Ümit Tural |
| 25 | Alkol-madde kullanım sorunları, çifte tanıda iyileştirme | 4 | Kültegin Ögel |
| 26 | CRH olan hastalarda cinsel yaşam | 1 | Aslıhan Polat |
| 27 | Ruhsal travmada iyileştirme | 1 | Tamer Aker |
| 28 | Çocuk ergen psikiyatrisinde iyileştirme çalışmaları | 2 | Belma Ağaoğlu |
| 29 | Yaşlı hastalarda ruhsal iyileştirme | 1 | İrem Yalug |
| 30 | Damgalamaya karşı mücadele | 2 | Aslıhan Polat |
| 31 | Toplum ruh sağlığı merkezi uygulamaları | 2 | Hülya Ensari |
| 32 | Ruhsal iyileştirimde yasal sorunlar | 1 | Doğan Yeşilbursa |
| 33 | Ruhsal iyileştirimde etik konular | 1 | Mustafa Sercan |
| 34 | Ruhsal iyileştirme çalışmalarının birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilişkilendirilmesi | 1 | Bülent Coşkun |
| 35 | Genel gözden geçirme, sınav ve belge verilmesi | 3 | Öğretim üyeleri |

TTB-UDEK XVI. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı

11-12 Aralık 2010; İstanbul

Sonuç Bildirgesi

TTB-UDEK tarafından İstanbul Tabip Odası ev sahipliğinde İstanbul Tıp Fakültesi 14 Mart Amfisinde 11-12 Aralık 2010 tarihlerinde yapılan XVI. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı (TUEK) TTB-UDEK üyesi derneklerin ve tabip odalarının 298 temsilcisinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Bu kurultayda tıpta uzmanlık eğitimi ve sağlık ortamına dair güncel konular tartışılmış, geleceğe dair planlamalar yapılmıştır. Kurultayda konuşulan konu başlıkları ve öneriler aşağıda sunulmuştur.

I. 2010 yılında TTB ve Hekimlik Ortamı

1. 2010 yılında hekimlik ortamını konuşurken sağlık iş gücü, hizmet satın alma, finansman, artan harcamalar, katkı/ katılım payları kısaca "Sağlıkta Dönüşüm Programı"ndan söz etmek kaçınılmazdır.
2. Sağlık hizmetlerinde başat rol alan Özel Sektör ve yabancı sermaye Tıp eğitimine de el atmış; niteliğin gün geçtikçe azaldığı, sayı ve kontenjan artışının hedeflendiği piyasa mantığına uygun tıp eğitimi özendirilmektedir.
3. Kamu Hastane Birlikleri ile amaçlanan da sağlık hizmeti ve uzmanlık eğitiminin "özerklik" adı altında özelleştirilmesidir.
4. İlaç tekelleri ile kurulan ilişkiler, dışa bağımlılık, kamu-özel sektör ortaklığı, sağlık kampüsleri ile ülkemiz "cazib bir yatırım alanı" haline getirilmektedir.
5. Performans uygulamaları, geri ödeme sistemleri her geçen gün sağlığa erişimi güçleştirmekte, eşitsizlikleri artırmakta ve hekimlerin özlük haklarında ciddi kayıplar getirmektedir.
6. Döner sermaye uygulamalarını işletme mantığı ile yürütüldüğünü göz ardı etmeden; tavan/tabana tartışmalarına sıkışmadan değerlendirmek gerekmektedir.

II. Tamgün Süreci ve Beklentiler

III. Resertifikasyon, Kurum Ziyaretleri, Müfredat Programları

1. Hekimler bir kamu hizmeti yapmış olduklarından toplum önünde yetkinliklerini açıklıkla göstermekle de sorumludurlar. Bu nedenle hekimlerin klinik bilgi ve becerilerini

sürekli olarak iyileştirmeleri ve bunu meslektaşları ve ulusal kriterler düzeyinde göstermeleri beklenir.

2. Hekimi öğrenme odaklı, verimliliğe dayalı bir klinik pratiğe yönlendirir, iyi hekimlik uygulamalarını destekler, hastalar için kalite güvence sisteminin bir parçasıdır, uygulamada standartların kullanımını sağlar.
3. Kesintisiz ve aktif çalışmanın belgelendirilmesi demek olan Re-sertifikasyon'da değişik parametreler kullanılabilir ama 'sürekli tıp eğitimi' ve 'kendi kendini değerlendirme' puanlarının toplanması bugün için önemlidir.
4. STE kredilendirilmesinde kongreler, kurslar, sempozyumlar, mobil uygulamalar, öğrenme modülleri, web-casting, Kendi kendini değerlendirme modülleri kullanılabilir.
5. Bilişsel yetkinlik yazılı, sözlü sınavlar ve NÖKS-CORE uygulamaları ile olur.
6. Nitelik geliştirici projelerde yer almak da önemlidir.
7. STE, KKD ve NGP ler ile yeniden belgelendirme mümkün olacaktır.
8. Kurum ziyaretlerinin eğitimin değerlendirilerek niteliği belirlenmiş ölçütlerin karşılanıp karşılanmadığının saptanması açısından önemli bir geri bildirim mekanizması olduğu için yapılmasının UYEK tarafından arzu edildiği,
9. Bugün için sadece 8 derneğimizin yeterli kurulunun, 21 kuruma ziyareti gerçekleştirip 19 kuruma belge verdiği,
10. 2010 yılı içerisinde ilk kez kurum ziyaretini gerçekleştiren 4 ayrı yeterli kurulunun bulunmasının önemi,

11. Bu yıl içerisinde bir yan dalımızın ilk kez kurum ziyareti yapmış olmasının önemi,
12. Kurum ziyaretinin çok öncesinde derneklerin yeterli kurullarının kurum ziyaret programlarını oluşturmuş olmalarının gerekliliği,
13. Ziyaret edilecek kurumun ziyaret için hazırlıklarının bazen yıllarca sürebileceğini ama bu hazırlıkların tamamlanmadan ziyarete gidilmemesinin önemi,
14. Eğitim kurumlarının ziyaret edilme yönünde özendirilmesinin gerekliliği,
15. Kurumun ziyaret edilme talebinde bulunmasının, değişimi ve gelişimi kabul etmek olduğu,
16. Ziyaret edilecek kurum hazırlandıktan sonra ziyaret ekibinin oluşturulması, TTB-UDEK/UYEK temsilcisinin de bu ekipte gözlemci olarak yer alması,
17. Ziyaretin gerçekleştirilmesinde uzmanlık öğrencileri ile birebir konuşma ve dekan/başhekim ile de görüşmenin önemi
18. Ziyaret sonunda kurumun ziyaret ekibinin düşünceleri konusunda bilgilendirilmesi,
19. Ziyaret raporunun yazılarak ilgili yeterlik yürütme kurulu- dernek ve TTB-UYEK ve UDEK'in durumdan haberdar edilmesi,
20. En sonunda kuruma belgesinin, biri kongre gibi ulusal bir organizasyon ile diğeri kurumun kendisinde 2 ayrı organizasyonla verilmesinin önemi belirtildi.
21. Uzmanlık eğitimi sırasında edinilmesi gereken minimum gereksinimlerin belirlenmesi, uzmanlık eğitiminin yöntemi, uzmanlık eğitiminin süresi, ülke gereksinimleri ve özelliklerinin belirlenmesi, insan gücü özellikleri ile paydaşların gereksinim ve önerileri; Sağlık Bakanlığı, YÖK, TTB, Uzmanlık Dernekleri, UEMS, EFNS, WFME nin önemi,

IV. TTB-UDEK Çalışma Grupları Çalışmaları

1. Sağlık hizmetinde esnek, uzun çalışmayı dayatan, hizmetin niteliğini değil sayısını önceleyen, mesai içi/ mesai dışı hizmete göre ödeme, vardiyalı çalışma uygulamalarını gündeme getiren Tam Gün kabul edilemez.
2. Hasta zararının kusur aranmaksızın sağlık kurumlarından toplanan kamusal bir fondan karşılanması; kast ve ağır kusur halleri dışında sağlık personeline tazminat yükümlülüğü getirilmemesi gerekmektedir.
3. Hekim ücretlerinin büyük kısmının döner sermayeden ödenmesi, hastanelerin kendi kendine yetmeleri konusundaki dayatmalar kabul edilemez.
4. Performans ödemeleri kaynak üretimi, gelir getiren/getirmeyen işler üzerinden yapılmakta, asıl ödeme yöntemi haline getirilmektedir.
5. Hakediş anlayışının bu alanda belirginlik kazanması, roller üzerinden ödeme yaklaşımı sağlık hizmetine ve eğitim faaliyetlerine çok büyük zararlar vermektedir.
6. Bütün bu uygulamalar sağlığı satın alınan bir hizmet, sağlıktan faydalananları müşteri konumuna düşürmüştür.

1. Resertifikasyon konusunda;

2. Kurum Ziyaretleri konusunda;

3. Müfredat Programları ile ilgili olarak;

2. Çekirdek yetkinliklerin, hekimlerin, alanlarında sahip olmaları gereken en az yetkinlik için, uygulamada neler yapması gerektiği,
3. Tıpta uzmanlık eğitimi için uzmanlık alanlarının ilgili dernekleri ve sivil toplum örgütleri tarafından geliştirilmiş çok değerli eğitim programlarının bulunduğu,
4. Toplumumuzun değişen ve gelişen sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında bu programların da dinamik ve paylaşımcı bir süreç içinde geliştirilmesine gereksinim duyulduğu,
5. Bu gereksinimi karşılamak üzere bu güne kadar hazırlanmış olan eğitim programlarının da ışığında uzmanlık alanlarının müfredatlarının oluşturulması için internet tabanlı bir elektronik ortam oluşturulması planlanmış ve çalışmaları başlatıldığı,
6. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü tarafından oluşturulan bu elektronik ortam Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Sistemi (TUKMOS) olarak adlandırılmakta olduğu,
7. Uzmanlık derneklerinin tümünün önceden hazırlanmış çekirdek müfredatının olmamak ile birlikte var olan eğitim programları ile hazırlanması istenen eğitim programlarının farklı yöntemlere dayanıyor olması,
8. Eğitim programları hazırlanırken oluşturulan komisyonların uzmanlık derneklerinin görüşünü yansıtamaması,
9. Eğitim programlarının oluşturulma aşamalarının üyelerle etkin olarak paylaşılabilmesi,
10. TUKMOS sisteminde oluşan teknik aksamlar nedeniyle sürecin yavaşlaması veya sekteye uğraması,
11. Rotasyonlara dair oluşturulan görüşlerin multidisipliner ortamlarda yeterince tartışılmaması ve ortak sonuçlar oluşturulamadan TUK' a yansıtılması,
12. Yan dallara ilişkin eğitim programlarının ortak anadalların tümünün eşit katılımı sağlanmadan hazırlanması (komisyonların eşit katılımı sağlayacak şekilde belirlenmemesi),
13. Eğitim sürelerinin kesinleşmemiş veya kısaltılmış olması nedeniyle yaşanan zorluklar,
14. İnsan gücü alt yapısı bilinmeden yapılan eğitim programlarının yapılandırılmasının getirdiği güçlükler,
15. Eğitim programları hazırlanırken uzmanlık dernekleri ve yeterlik kurulları ile Sağlık Bakanlığı, TTB ve YÖK işbirliğinin daha etkin olarak sağlanabilmesi,
16. Dünya ve Avrupa örneklerinin incelenmesi ve ülkemiz koşulları ve gereksinimlerine göre düzenlemeler yapılması,
17. Daha önce yapılmış olan çalışmaların değerlendirilmesinin sağlanması,

18. Eğitimde kullanılacak insan gücü ve dağılımının mevcut durumunu belirlenmesi ve gelecek planlarının yapılandırılması,
19. Daha aktif bir katılımı uzmanlık dernekleri eğitim komisyonlarının sürece aktif katılımlarının sağlanması,
20. Oluşturulan programların yenilenebilir bir elektronik altyapı içinde geliştirilebilmesi konularının önemli olduğu vurgulandı. TTB-UDEK ile işbirliği içinde uzmanlık derneklerinin olanaklarını da kullanarak çalışmaların sürdürülmesi ve geliştirilen görüşlerin uygulamaya geçirilebilmesi için Sağlık Bakanlığının yasal düzenlemelerin yapılması yönünde çalışmalar başlatmasına dikkat çekildi.

10 Aralık 2010 tarihinde düzenlenen ve TTB-UDEK üyesi 175 temsilcinin katıldığı TTB-UDEK Çalışma Grupları Genel Kurulu'nda 8 çalışma grubu toplantı düzenlemiş ve geleceğe dair planlamalar yapmıştır. İlgili metinlere Çalışma Grupları Genel Kurulu Raporundan ulaşılabilir.

V. TTB-UDEK Üyesi Derneklerin Etkinliklerinden Örnekler

VI. Asistan Hekimlerin Sorunları ve Çözümler

1. Elektronik Öğrenme

1. Sanal akademi etkinliği; e-öğrenme, ölçme değerlendirme kolaylıkları olan bu sistemde e-makaleler, e-derleme kılavuzları, e-olgu, e-ameliyat gibi olanaklar sunabilmektedir.
2. Türk Plastik Cerrahi Derneği tarafından kongre katılım sürecinde ve genel kurulda elektronik altyapı kullanımını deneyimi paylaşmıştır. Bu sistem özellikle kredilendirme sürecindeki teknik aksaklıkları çözebilmek adına üretilmiş bir uygulama olabilir. Radyofrekans Kimliklendirme kongre takip sistemi olarak kullanılmaktadır. Bu uygulama sonucunda dinleyici katılım raporu, dinleyici raporu, dinleyici profili, oturum raporu, kongre sonrası anketler gibi ayrıntılı çalışmaların yapılabileceği aktarıldı. Elektronik oylama sistemi de genel kurulların kısa sürede tamamlanması açısından önemli bir uygulamadır.
3. Türkiye Çocuk Cerrahisi Derneği; e-kurs deneyimini aktarmıştır. E-öğrenme uygulamaları dünyada hızla artmaktadır. Derneğin yeterli kurulu ve eğitim kurulu ortak çalışmaları sürdürülmüştür. E-kurslarda kurs bir süre için internette açık kalmakta, herkese bir şifre verilmekte, her sunum metnine internetten ulaşılabilen, kurs öncesi ve sonrası sınav yapılabilme, başarılı olanlar bir üst seviyedeki kursa yönlendirebilme olanağı bulunmaktadır. Maliyet, zaman-ışgücü-tekrar izlenebilirlik, kursun tekrarlanma kolaylığı, ders içerik kontrolü gibi avantajlar bulunmaktadır. Bununla birlikte bireyler arası etkileşim olmaması, katılımcıların kursa konsantrasyonunda zorluklar, internet erişimine bağımlılık, teknik sorunlar, maliyet sistemin kısıtlılıkları arasındadır.

2. Toplumsal Sorumluluklar

1. Türk Toraks Derneği Sağlık Politikaları Çalışma Grubu kurma çalışmalarını aktardı. Uzmanlık derneği halkın sağlığını geliştirmek amacıyla sağlık politikalarına dair çalışmalar yapmaktadır. Hekimlerin hukuki sorumlulukları, hekim-ilaç endüstrisi, sağlık dönüşüm programının sağlık ve uzmanlık alanına olan etkilerinin saptanması ve sürece kamu yararına müdahil olunması gerektiği aktarıldı.
 2. Türkiye Psikiyatri Derneği; basın ve medya çalışmaları ile ilgili bilgiler aktardı. Dernek; psikiyatri gündeminde olan konuların yanı sıra politikayı etkileyen konularda basında yer aldı. Çalışmalardan bir süre geçtikten sonra yapılan çalışmalar uzmanlık derneğine kendiliğinden başvurular olmaktadır. Çalışmalar bazı kriterler üzerinden değerlendirilmektedir (basında aylık yer alma, kampanya zamanlarında basında yer alma sıklığında artma, vb). Türkiye Psikiyatri Derneği deneyimlerinin değerlendirmesi yapılarak geliştirici çalışmaların yapılması konuşuldu. TTB-UDEK TSG Çalışma Grubu tarafından VIII. Genel Kurul'da medya çalışmalarının önemini vurgulandığı, bu çalışmaları TTB-UDEK bünyesinde geliştirebilmek adına kısa dönem içinde bir çalıştay yapılabileceği aktarıldı.
 3. Türkiye Romatizma Araştırma Savaş Derneği; TRASD-İzleme Programı hakkında bilgi verdi. Uzun dönemde Ankilozan Spondilit ve Romatoid Artrid hastalarını çok merkezli kayıt sistemi ile izleme çalışması yapılmıştır. Bu çalışma sürecinde multidisipliner yaklaşım öncelenmiştir.
 4. Bu bölüm ardından yapılan tartışmada hastalık sıklıklarının toplumda ne sıklıkta görüldüğünün belirlenmesine dair çalışmaların yapılması gerektiği vurgulandı.
- #### 3. Etik çalışmalar başlığında;
1. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği Etik Kurul çalışmalarını anlatmıştır. Bu çalışmalarında TTB-UDEK tarafından derneklere önerilen Etik Çalışma Grubu önerisi değerlendirilmiş ve çalışmalar bu bağlamda başlamıştır.
- #### 4. Bilimsel Dergi Çalışmaları başlığında;
1. Türk Geriatri Derneği ve Türkiye Biyokimya Derneği deneyimlerini aktarmışlardır. Bu aktarım sonrasında uzmanlık derneklerinin yayın organlarının bilimsel çalışmaların aktarılması konusunda önemli araçlar olduğu tartışılmıştır. SCI-expanded, SSCI başta olmak üzere uluslararası ve ulusal dizinlenmenin önemi vurgulanmıştır. Bunun yanı sıra Pubmed dizinlenmesinin dergilerin gelişimi için önemli olduğu belirtilmiştir. Yayın hakkı devir formunda yazarların katkılarının ne ölçüde olduğunun ayrı ayrı alınmasının uygun olabileceği önerildi.
- #### 5. SMG etkinliği başlığında;
1. Türk Farmakoloji Derneği Eczacılık Fakültesinde Farmakologlara ve Serbest Eczacılar Yönelik Akılcı İlaç Eğitimi Modeli çalışmasını aktardı. Çalışmalarında uzmanlık derneğinin meslek odaları ve üniversite ile işbirliği yaptığı aktarıldı. Eğitici eğitimi ve sonrasında da diğer hedef gruplara yönelik eğitimler verildiği belirtildi.

2. Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği tarafından yapılan Uzmanlık Eğitimi Gelişim Sınavı ile ilgili ayrıntılı bilgiler paylaşıldı. Çalışmalar başlamadan önce sınav yönergesinin hazırlandığı, daha sonrasında sınav için bilgilendirme içeriği ile birlikte davet gönderildi, soru hazırlama komisyonu hazırlandı, kaynak kitap önerisinde bulunuldu, sorular ÇEP ile uyumlu şekilde hazırlandı, 25 farklı ilde 75 eğitim biriminde sınav yapıldı. Sınava 615 asistan girdiği (toplam asistan sayısının %80'i) ifade edildi. Yanıtlar optik okuyucularda taranarak sonuçların değerlendirildiği paylaşıldı. Kişisel ve kurumsal sonuç belgelerinin düzenlendiği paylaşıldı.
3. KLİMİK tarafından KLİMİK okulları deneyimini paylaşmıştır. Toplam 11 okul düzenlemesine toplam 500 katılımcı ve 300 eğitici görev almıştır. Okullara katılımcılar ücretsiz olarak katılmaktadır. Etkinlikler TTB tarafından kredilendirilmektedir.
6. *Diğer etkinlikler başlığında Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği tarafından farklı alanlarda yapılmış olan etkinliklerin özetlendiği bir sunum paylaşılmıştır.*

Bu oturumda asistan hekimler kendilerinin yaşadıkları sorunları aktarmışlardır. Olası çözüm önerileri geliştirilmiştir. 2010 yılı sonunda asistan hekim örgütlenmesinde gelinen nokta aşağıda özetlenmiştir:

1. TTB-UDEK altında Asistan ve Genç Uzmanlar Çalışma Grubu oluşturuldu, TTB-UDEK YK'ya sunulmak üzere iç yönerge ve çalışma ilkeleri hazırlandı, uzmanlık dernekleri vasıtasıyla temsilcilere ulaşılması planlandı. 2011 yılı içerisinde TTB-UDEK AGUH Yürütme Kurulu'nun seçilmesi, uzmanlık dernekleri temsilcileri tarafından uygulanmak üzere bir anket çalışması başlatılması, tüm Türkiye'deki asistan ve genç uzmanların yer alacağı bir veri tabanı oluşturulması kararlaştırıldı.
1. 12 Aralık 2010 10:30-12:00 arası kurultaya katılan tüm asistanlar, İTO sekreteri ve TTB Merkez Konsey üyesi bir araya geldi. Farklı şehirlerde yaşanan deneyimler aktarıldı. İstanbul Tabip Odası Asistan Komisyonu faaliyetleri değerlendirildi. 2011 yılı itibarıyla tüm Türkiye'deki tabip odaları asistan komisyonu faaliyetlerinin örgütlenmesi, iletişimin artırılması ve ortak eylem planları oluşturulması planlandı.
 1. Asistan Hekim tanımının yeniden ele alınması gerektiği;
 2. Yabancı uyruklu asistanlığın 21. yy'da köleliğin farklı bir boyutunu oluşturduğu;
 3. Yaşanan mobbing ve şiddet problemlerinin tahammül edilemez boyutlara ulaştığı;
 4. Örgütlenmede sadeleşme, güçlerimizi birleştirip belli noktalara yoğunlaştırma ve üretme ihtiyacının olduğu;
 5. Çalışma sürelerinin standardize edilmesi ve insanca yaşanabilir saatlere çekilmesi konusunda harekete geçilmesi gerektiği;
 6. Eğitim sürecindeki aksaklıklarının belirlenmesi ve kamuoyuna yansıtılmasının önemli olduğu;
 7. Sorunları öneriler çerçevesinde ele alıp çözümlerini bulma zorunluluğu bulunduğu;

VII. Tıp Eğitiminde Standartlar

3. 16. TUEK Asistan Forumu'nun ardından asistan hekimlerin eğitim, özlük hakları ve insan hakları açısından çok ciddi sorunlarla karşı karşıya oldukları ve bu sorunlara tüm hekim gruplarının duyarlılığı ile acil olarak eğilmenin gerekliliği ortaya konuldu. Asistan Hekim Forumu'nda; "Sağlık Sisteminde Asistan Hekim in Yeri ve Eğitim Engelleri", "Tıpta Uzmanlık Eğitimi Nasıl Olmalı", "Eğitimi Engellenen Diğer Faktörler (mobbing ve hekime yönelik şiddet)", "Yabancı Uyruklu Asistan Hekimlerin Sorunları", "Asistan Hekimler Ne Yapmalı" başlıkları ile yapılan sunumlar yer aldı.
4. TTB ve Tabip Odaları çatısı altında;

Kurultayda yapılan sunularda başlatılan taslak çalışmaların temel öğeleri paylaşılmıştır.

1. Mezuniyet öncesi ile ilgili;

Türkiye'de mezuniyet öncesi tıp eğitiminin eşyetkilendirme çalışmaları 2002 yılından beri yapılmaktadır. Bu çalışmaları bugün kurumların eşyetkilendirilmesi noktasına gelmiştir. Eşyetkilendirmenin yapılabilmesi için "ulusal" standartlara ihtiyaç vardır. Bu standartlar tüm kurumlarda karşılanabilir asgari standartlar olmalıdır. Amaç eşyetkilendirme ile sürekli gelişimin özendirilmesidir. Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (UTEAK) 2009 yılında yoğun bir çalışma ile "Türkiye Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartlarını belirlemiştir. Bu standartlar Temel ve Gelişim Standardı olmak üzere iki ana başlıkta toplanmıştır. Temel Standart mutlaka olması gereken standardı, Gelişim Standardı ise geliştirilmesi gereken standardı tanımlamaktadır. Toplam 71 standart tanımlanmıştır.

Standartlar mezuniyet önce tıp eğitiminin tüm paydaşlarını kapsayan 9 başlık içermektedir. Bu başlıklar aşağıda sunulmuştur:

1. Amaç ve hedefler: 5 alt başlık (5 Temel, 1 Gelişim Standardı)
2. E.itim Programı: 8 alt başlık (8 Temel, 6 Gelişim Standardı)
3. Öğrencilerin Değerlendirmesi: 5 alt başlık (5 Temel, 3 Gelişim Standardı)

2. Mezuniyet sonrası ile ilgili;

Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için mezuniyet sonrası tıp eğitimi kurumlarında eğitim ve öğretiminin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi, kurumlara yol gösterilmesi, gelişiminin desteklenmesi ile işlevi ve sürekliliğin izlenmesi yoluyla ulusal düzeyde sağlık hizmetlerinin niteliğinin artması sağlanabilecektir.

Bu amaçlarla 23 Ekim 2010 tarihinde Ankara'da UDEK ve UYEK yönetim kurulları işbirliğinde Ulusal Uzmanlık Eğitimi ve STE/SMG standartları çalıştay yapılmıştır. 28 uzmanlık derneğinin temsilcileri ile yürütülen çalıştayda Ulusal Uzmanlık Eğitimi için evrensel standartların Türkiye'ye uyarlanması ve öncelikle temel

standartların belirlenmesi amacıyla bir ön çalışma gerçekleştirilmiştir. Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu tıp eğitiminde niteliğin geliştirilmesi için evrensel standartlar Avrupa spesifikasyonları belgelerinden de yararlanılarak üç küçük grupta yapılan çalışmaların ardından her grubun değerlendirme sunumu paylaşılmış, çalışmaların bundan sonraki süreçte devamı konusunda görüş oluşturulmuştur.

Grupların önerilerini içeren raporlardan yararlanarak dokuz ana başlıktan oluşan taslak bir belge oluşturulmuştur. Her bir ana başlık altında farklı sayıda alt başlık yer almaktadır. Bu alt başlıklar içinde mutlaka olması gereken temel standartlar yanında niteliği artırmaya yönelik gelişim standartları için taslaklar yer almaktadır. Bundan sonraki süreçte üzerinde çalışılması gereken bu taslak belge aşağıdaki ana ve alt başlıkları içermektedir.