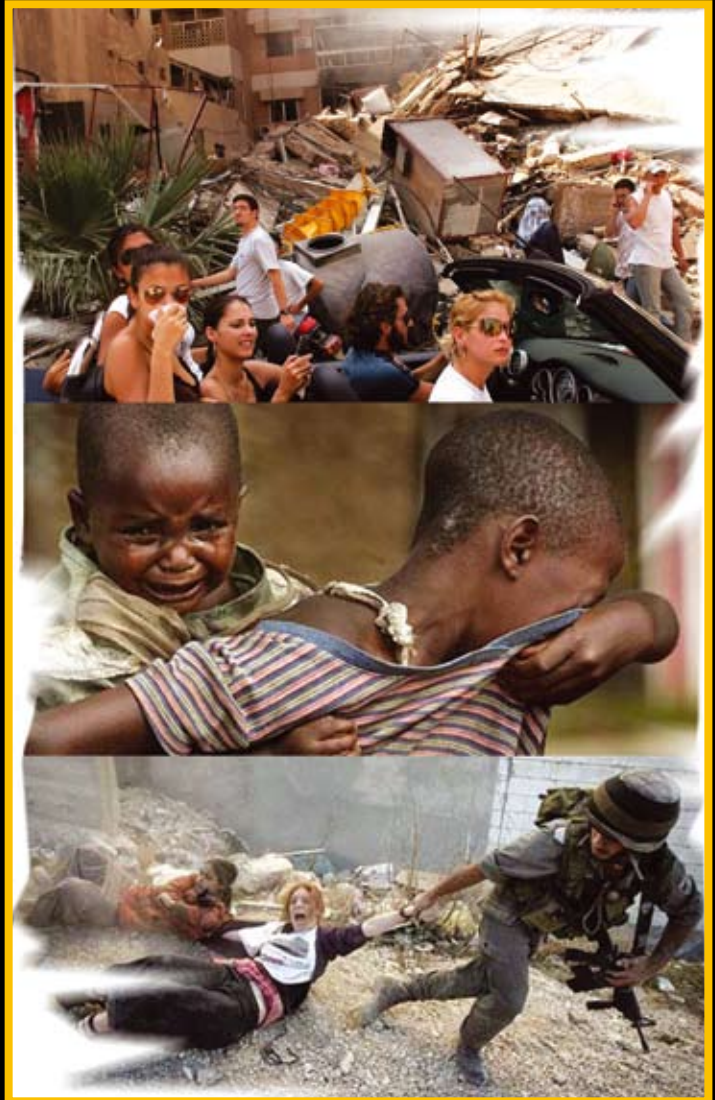


- Güç, İktidar ve Travma
- Psikiyatri ve Sağlık Politikaları
- Basın Çalışmaları





Türkiye Psikiyatri Derneği adına sahibi

Şeref Özer

Yazı İşleri Müdürü

Burhanettin Kaya

Yayın Kurulu

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

Yazışma adresi

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

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

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

Tasarım ve Uygulama

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

Baskı

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

Baskı tarihi: 13 Nisan 2009

İçindekiler

1 Sunu

3 DOSYA (Güç, İktidar ve Travma)

- No Pasaran
- İktidar ve Direnişin "Yeri"
- Kadın ve Cinsel Travmalar
- Travmatik Küre: Dünya!
- 12 Eylül Travması
- Türkiye'nin Travma Tarihinden İşlenmemiş Bir Yaprak: Sivas Katliamı

33 Psikiyatri ve Sağlık Politikaları

- Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme

45 Basın Açıklamaları

- 8 Mart Dünya Kadınlar Günü
- Filistin Halkının Yok Edilmesine Hayır
- İsrailin Gazzeye Saldırısı ile İlgili Açıklama
- TPD'nin YÖK Başkanlığının Akademik Kadrolar Konulu Yazısı Hakkındaki Görüşü

49 Basın Bültenleri

- Sigarasız Bir Yaşama Doğru
- Kanser ve Ruhsal Bozukluklar
- Ekonomik Krizin Ruh Sağlığına Etkileri ve Çözüm Önerileri
- İş Yeri Stresinin Özgün Bir Biçimi: Yıldırma (Mobbing)
- Alkol-Madde Bağımlılığı Nedir?
- Alkol Kullanım Bozukluklarının Toplumdaki Yaygınlığı, Risk Etkenleri, Önleme
- Alkol Bağımlılığının Tedavisi
- Savaşların Yol Açtığı Ruhsal Yıkımlar

70 Haberler

Dernekten

- TPD MYK Basın Toplantısı Düzenledi
- Antalya ve Trabzon Şubeleri Ziyareti
- Psikofarmakolojik İlaçlar Hakkında Açıklama
- TPD Psikiyatri Eğitimi BÇB Mezuniyet Öncesi Psikiyatri Eğitimi Güçlendirmek için Çalışıyor
- 4. Yeterlik Sınavı Duyurusu
- Temel Asistan Eğitiminin I. Modülü Bahar Sempozyumunda Yeniden Yapılacak

Şubelerden

- Ankara Şubesi, Antalya Şubesi, Bursa Şubesi, Diyarbakır Şubesi, Edirne Şubesi, Eskişehir Şubesi

Kongrelerden

- 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi
- 18. Anadolu Psikiyatri Günleri
- 6. Ruhsal Travma Toplantısı
- 13. TPD Yıllık Toplantısı ve Bahar Sempozyumu
- 7. Ulusal Biyolojik Psikiyatri Kongresi
- 8. Ulusal Sinirbilimleri Kongresi
- Psikiyatri Güz Okulu
- Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği 2. Ulusal Kongresi

Diğer

- TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu'nun Tam Gün Yasa Tasarısı Üzerine Görüşleri
- TTB Merkez Konseyi, TTB-UDEK Basın Toplantıları
- Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği (APHB) İşleyiş Yönergesi
- TTB Merkez Konseyi, TTB-UDEK Basın Toplantıları

Yitirdiklerimiz (Arka kapak içi)

- Prof. Dr. Esat Göktepe (1942-2009)
- Dr. İbrahim Hakkı Şahinler (1966-2009)

Toplantı ve Duyurular (Arka kapak)

Değerli Üyelerimiz,

TPD Bültenimizin yeni sayısı oldukça zengin bir içerikle elinizde. Bültenimizi gerek içeriği gerek artan sayfa sayısı ile giderek psikiyatri alanında güzel bir dergi haline getirme konusunda yoğun emekleri için Bülten Kurulumuza teşekkür ediyorum.

Bu sayımızda ilginizi çekeceğini umduğumuz bir dosyamız var: *Güç, iktidar ve travma*. Bu dosyamızda gücün psikiyatrik anlamı, iktidar ile ilişkisi ve hedef seçtiği kitlelerde yarattığı travma enine boyuna inceleniyor. Mutlaka okumanızı öneririm.

Yine bu sayımızda “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”nin eleştirel bir değerlendirmesi de yer alıyor. Ülkemiz sağlık politikaları açısından son derece önemli bu konu gündemimizden hiç düşmeyecek..



Bildiğiniz gibi TPD, Eylül 2008’den bu yana bir basın ajansı ile birlikte çalışıyor. Bu çalışma sayesinde TPD yazılı ve görsel basında sürekli yer almaya başladı. Önemli günlerde ve önemli olaylarda hazırladığımız basın bültenleri basın ajansımız aracılığı ile anında tüm medyaya ulaşmakta ve yazılı ve görsel basından yoğun haber, röportaj ve uzman görüşü talepleri gelmektedir. Kendi alanlarında uzman meslektaşlarımızdan oluşturduğumuz listemizdeki arkadaşlarımızla televizyon ve gazetelerde derneğimizin o konudaki görüşlerini ve doğru psikiyatrik bilgiyi dile getirme olanağını bulmaktayız. Hatta zaman zaman yoğunluğundan dolayı bu talepleri karşılamakta zorluk çektiğimizi de belirtmeliyim. Medyada, derneğimiz psikiyatri alanında doğru ve bilimsel bilgiye ulaşmak için bir başvuru kaynağı olarak benimsenmiştir. Özellikle *“ekonomik krizin psikiyatrik yansımaları”* çalışmamız ciddi düzeyde ses getirmiştir. Bültenimizde basın çalışmalarımızın bir bölümünü bulacaksınız.

Yine her sayımızda olduğu gibi bu sayımızda da derneğimiz merkezi ve şubelerimizden haberleri okuyabilirsiniz. Şubelerimiz düzenledikleri, konferans ve kurslarıyla psikiyatri eğitiminde ağırlıklarını giderek hissettirmeye başladılar. TPD web sitesi bu etkinliklerin duyurularıyla dolmaktadır. Bu çalışmaların yoğunluğu hepimizi gururlandırıyor. Sesi çıkmayan tek bir şubemiz bile kalmasın istiyoruz.

Yakınlarda yitirdiğimiz iki değerli meslektaşımız, Esat Göktepe ve İbrahim Hakkı Şahinler’i bir kez daha anmak isteğiyle özgeçmişlerini bültenimize aldık. Anıları yolumuza ışık tutsun.

Gelen baharla birlikte “kongreler mevsimi” de başladı. Mart ayından itibaren arka arkaya bir çok kongre gerçekleştirilmeye başlanıldı bile.

TPD olarak önce 15-18 Nisanda Antalya’da 13. Yıllık Toplantı-Bahar Sempozyumumuzu, 17-20 Haziranda Afyon’da Anadolu Psikiyatri Günlerimizi ve en son da 20-24 Ekimde Ankara’da Ulusal Psikiyatri Kongremizi gerçekleştireceğiz. Kongrelerin çok fazla sayıda, özellikle birbirine yakın –hatta bir birinin peşi sıra- olduğu gerçeği bir çok meslektaşımız tarafından dile getirilmekte ve hangi kongreye gideceklerini planlamakta zorluk çekildiği belirtilmektedir. Bu değerlendirmenin doğru olduğu düşüncesindeyiz. TPD olarak, farklı alanlardaki bu kongrelerin özellikle birbirine çok yakın tarihlerde yapılıyor olmasının olumsuzluğunu ortadan kaldırmak için kongre düzenleyen derneklerle işbirliği yapmaya, kongreleri sene boyunca uygun zamanlara yerleştirmek üzere senelik bir “kongre takvimi” çalışması yapmak üzere bir araya gelmeye hazır olduğumuzu belirtmek istiyorum.

Bir sonraki bültende görüşmek dileklerimizle.

Şeref Özer

TPD Genel Başkanı

Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) Bülteni yılda üç sayı olarak yayımlanır ve dernek üyelerine ücretsiz gönderilir. Her sayıda psikiyatri dünyasından haberlerle, 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: Taylor R. Depression and gynaecological disorders. In *Textbook of Gynaecology*, Robertson MM, Katona CLE (editors). 5th ed., New York: John Wiley & Sons, 1997: 133-144. Diener HC, Wilkinson M (editors). Drug-induced headache. In *Headache*. 5th ed., New York: Springer-Verlag, 1988: 45-67.
3. Tezden alıntı için: Yumru M. İkiçüklü 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

No Pasaran*

Uz. Dr. Halis Ulaş

TPD Merkez Yönetim Kurulu Dış İlişkiler Sekreteri,

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir

Bilimsel ilerlemenin, insan yaşamını kolaylaştıracağını düşünürken, savaş teknolojisi tarafından kullanılması ile “teknoloji harikası” uçaklarla, füzelerle, bombalarla tanıştık. Tıpkı Edison’un ampülü keşfetmesi ile herkesin aydınlık bir dünyaya kavuşacağını düşünmemiz gibi; ama çok geçmeden karanlık hücrelerde elektriğin insan vücudundaki etkilerini öğrenmeye başladık. Ya da Einstein’ın maddenin en küçük parçası olarak bildiğimiz atomun da parçalanabileceğini saptadığında, bu buluşun Hiroşima ve Nagazaki’de ölüm kusacağını tahmin bile etmiyorduk. Yani bilimdeki tüm bu ilerlemelerin kim tarafından ve nasıl kullanıldığı yaşam ve ölüm arasındaki çizgiyi belirliyor.

Yaşam ve ölüm arasındaki çizginin ne kadar ince olabileceğini belki de en iyi hastasını iyileştirmeye çalışan bir hekim bilir. Dinine, ırkına, rengine ve dünya görüşüne bakmadan insanlara yardım edeceğine yeminli bir hekim. Oysa bilimsel çerçevede edindiği bilgileri kimden yana ve nasıl kullandığı yaşatmaya yeminli bir hekimi de binlerce insanın katili yapabilir. Bu durumun en iyi bilinen örneği Auschwitz kampında binlerce insanı “bilimsel deneyler” ve “arı Alman ırkı” adına ölüme gönderen Doktor Mengele’dir. Nazi doktoru Mengele henüz deneylerine başlamadan birkaç yıl önce İspanya’da iç savaş tüm şiddeti ile sürüyordu. İç savaşın bitmesine yakın bilimsel donanımını General Franco’dan yana kullanarak direnişçilerin deliliğini ispatlamaya çalışan Antonio Vallejo Nagera adlı bir psikiyatrist “bilim dünyasına” yayınladığı bir makaleyle adını yazdırdı. “Marksist fanatizmin biyo-psişisi”.

Nagera ve Franco’unun da ana vatani olan İspanya, 14. yüzyıldan bu yana, Avrupa’da filizlenip gelişen fikir akımlarını tüm yoğunluğuyla yaşamış bir ülkedir. Kuzeyden gelen Avrupa ve Akdeniz kabileleri ile, Güneyden gelen Araplar’ın, Roma’nın ve Kartaca’nın tarihsel mirasını harmanlamış ve kendi toplumsal tarihiyle bütünleştirmeye çalışmıştır. İspanya’daki bölgesel ve sınıfsal çelişkilerin derinliği, pek çok halkın, törenin, yaşam bi-

çiminin, geleneklerin tarihsel mirasıyla birleşince sınıfsal-siyasal çelişkiler, ölüm ve yaşam çelişkisine ulaşmıştır.

“Hiç düşmanım kalmadı, çünkü hepsini öldürdüm.” cümlesi, Endülüs’te halkı sonuna kadar kılıçtan geçirerek Arap egemenliğine son veren İspanyol komutanına mal edildiği kadar, köylü ayaklanmalarını bastıran bir hükümet askerine, 1934 yılında Asturias maden işçileri ayaklanmasını bastıran ve binlerce işçiyi öldüren birliklerin komutanına ya da yüz binlerce insanın kanının eline bulaştığı Franco’ya da yakıştırılmıştır. Orada yenilenler hep ölümüne kadar gittiler, yenilenlerse aman tanımadılar.

1931 yılı, İspanya’da kültürel, bölgesel, siyasal ve sınıfsal çelişkilerin doruk noktaya ulaştığı bir dönemin kırılma noktasıdır. Şubat 1931’de İspanya kralı yerini, halkın yönetimine bırakmak zorunda kaldı. Böylece İspanyol halkı bir kilim dokur gibi ilmek ilmek dokumaya başladı İspanya’yı. Artık toprak bolluğunda topraksızlıktan ölünmemeliydi ve hep beraber işlenmeliydi toprak, hep beraber paylaşılmalıydı ekmek. En güzel çocuklar hep beraber büyütülmeli ve hep beraber söylenmeliydi en güzel türküler. Böylece toplumsal ve iktisadi tüm ayrıcalıklar kaldırılmaya başlandı. Daha bir gün öncesine kadar ayrıcalıklara sahip olan büyük toprak sahipleri, kilise, ticari çıkar çevreleri ve askerler ayrıcalıklarını yeniden kazanmak için harekete geçmekte geç kalmadılar.

1931-1936 yılları arasında çeşitli ayaklanmalarla halk yönetimini yıkmaya çalıştılar. 17 Temmuz 1936 günü ise Fas’ta bulunan İspanyol askerlerinin ayaklanmasını sağlayarak İspanya’yı iç savaşa sürüklediler. Böylece General Franco, Kanarya adalarından Fas’a gelerek ayaklanmanın liderliğini ele aldı. Yaklaşık 3 yıl süren kanlı çatışmalar, milliyetçilerin 1939 yılında Madrid’e girmesi ve 1 Nisan günü milliyetçilerin savaşı kazandıklarını bir şaka gibi haykırmaları ile sonlandı. İç savaşın bitmesi ile İspanya’da 1979 yılına kadar faşizm hâkimiyetini sürdürdü.



İç savaşta vurulan Cumhuriyetçi...

1936-1939 İspanya'sı üzerine çok şey yazıldı, çok şey söylendi; ama hala savaşta ölenlerin sayısı bile belli değildir. Ya boğanın ya da matadorun ölüm çığlığının duyulmadan arenaların terk edilmediği İspanya'da, Cumhuriyetçilerin ve Milliyetçilerin ayrı iç savaş tarihleri vardır. Bu yüzden ölenlerin sayısının iki yüz bin ile bir milyon arasında değiştiği söylenir.

İç savaş sırasında faşizmin ayak seslerinin duyulduğu Almanya ve İtalya, İspanyol Milliyetçilerine olan desteğini asla esirgemedi. Toplarıyla tüfekleriyle, tanklarıyla uçaklarıyla ve on binlerce askeriyle Cumhuriyetçilere karşı Milliyetçileri desteklediler. Oysa İspanyol halkının türküsünü dünyanın dört bir yanında hep bir ağızdan söylemek isteyenler de vardı. Milliyetçilere verilen desteğin karşısında, 65 ülkeden on binlerce insan İspanyol halkının türküsünü paylaşmak için İspanya'ya akın etti ve Uluslararası Tugayları oluşturdu. İnsan desteğinin yanı sıra Avrupa'dan, Amerika'dan ve Sovyetler Birliğinden para, silah, gıda ve sağlık yardımları da büyük güçlüklerle cumhuriyetçilere aktarıldı. Cumhuriyetçilere verilen bu destek; uluslararası alanda sanat, bilim, felsefe ve siyaset alanlarına isimlerini kazınmış olan Hemingway, Malraux, Caudwell, Tito, Sartre, Picasso, Miro, Brecht, Yves Montand, Dolores gibi binlerce aydın tarafından da perçinlendi. Tüm bu aydınlar bir süre için de olsa düşüncesinin, üretiminin ve kimliğinin merkezine İspanya'yı yerleştirdi. Faşizme karşı aynı türkü farklı dillerde milyonlarca insan tarafından söylenmeye çalışıldı.

Uluslararası Tugaylar, dayanışmanın somutlanması kadar, özgür bir dünya için yaşamını feda edebilme düşüncesinin de simgeleriydi. Özgürlük için ırk, milliyet ve sınır tanımayan dayanışma hiçbir zaman ve hiçbir yerde İspanya iç savaşında olduğu kadar ete kemiğe bürünmedi. Ancak adeta efsaneleşen uluslararası dayanışmaya rağmen, hiçbir halk hareketi de bu kadar göz göre göre yenilmedi.

İç savaşın sonlanmasına yakın Uluslararası Tugaylar'dan sağ kalan direnişçiler ülkelerine dönmeden önce Barselona'da hüznünlü bir veda geçidi düzenlediler. On binlerce arkadaşlarını İspanyol topraklarına gömmenin ve belki binlerce arkadaşlarını tutsak vermenin hüznü yüzlerinden okunuyordu. 65 fark-

lı ülkeden aynı amaç uğruna gemilerle, trenlerle, otobüslerle sanki yüzyıllar önce gelmişlerdi. Gelirken yanlarında arkadaşları vardı. Şimdi kimisi toprağın altında, kimisi de tutsak.

İşte Bob Doyle'de Uluslararası Tugaylara katılmak için İrlanda'dan İspanya'ya gelen ve tutsak düşen 21 yaşında bir gençti. Özgürlüğe ve eşitliğe inanıyordu, yalnızca İspanyol halkının özgürlüğüne değil tüm dünya insanların özgürlüğüne inanıyordu. Çünkü faşizmin bir kanser gibi yayılabileceğinin ve eğer sessiz kalınırsa gelecekte tüm insanlık için de tehdit oluşturabileceğinin farkındaydı. Bob Doyle yüzünü bile görmediği insanlara destek vermek için İspanya'ya gidecek olan geminin güvertesinde limandan ayrılacağı anı beklemiş olmalıydı. Belki dirseklerini güvertenin küpeştesine dayamış ve yüzünü avuçları içine alarak rıhtımdaki kalabalığın içinde tanıdık bir yüz aramıştı. Geride bıraktığı 4 kardeşini, sıcak ve güvenli yatağını, sevdiklerini düşünmüş olmalıydı. Ölüm de gelmiş olmalıydı aklına, çünkü gidip de dönmek vardı İspanya'dan. Belki büyüdüğü şehir olan Dublin'i bir daha hiç göremeyecek olmanın hüznü, belki asla doğamayacak çocuğunun yüzü, belki arkadaşları, belki de sevdiği kadının gözleri İspanya'ya kadar kafasından çıkmamıştı. Kim bilir belki de İngiliz şair W.H.Auden'in 1937'de yazdığı "İspanya" şiirinden aşağıdaki dizeleri martılarla paylaşmış ve kendini cesaretlendirmeye çalışmıştı.

*"Bir intibarsa, bir romantik ölümse ya da teklifiniz
Kabul, ona da varım.
İspanya senin tercihin, senin kararınım ben,
Ben İspanya'yım."*

İspanya toprağına ayak bastığında iç savaş tüm şiddetiyle devam etmekteydi. Topların, tüfeklerin, tabancaların gürültüsü uçak seslerine karışıyordu; vurulmuş insanların acı çığlıkları, oluk oluk akan kanın vahşetinde boğuluyordu; sokaklarda kol gezen ölümün tarifsiz sessizliği mutlak içini kaplamış olmalı. Kendini savaşın acımasız gerçekliği içinde bulan Doyle, Zaragoza yakınlarındaki Belchite kasabasında, bir kilisenin içinde elindeki Rus yapımı tabancayla kiliseyi mi, yoksa kendini mi koruduğunun farkında olmadan çatışmaya başladı. Savaştan yıllar sonra öldürülmemiş olduğuna çok şaşıracaktı. Evet Bob Doyle ölmemişti; ancak 30 Mart 1938 günü faşistler tarafından yakalanmış ve tutsak düşmüştü. Burgos yakınlarındaki San Pedro de Cardena manastırına hapsedilmişti. Bob Doyle gibi on binlerce insan İspanya'ya gelmiş; adlarını, dillerini, kültürlerini bilmedikleri insanların özgürlüğü için savaşmış ve büyük çoğunluğu ölmüş, bir kısmı tutsak düşmüş ve azınlıkta kalan bir grup insan da ülkelerine dönebilmişti. On binlerce insan ölümü göze alarak neden İspanya'ya gelmişti? Bu insanlar deli miydi?

General Franco'ya göre kendisine karşı savaşmak için farklı ülkelerden gelen bu insanların kesinlikle aklımdan zoru olmaydı. Hemen bu savını ispat edebilmek için kolları sıvadı. General Franco baş psikiyatristi Dr Antonio Vallejo Nagera'yı cumhuriyetçilere destek veren yabancıların deliliğini ispatlaması için görevlendirdi. Nagera'ya göre gerçek ortadaydı; General Franco ve destekçileri, adalet, Tanrı ve doğruluk için savaş vermişlerdi, o halde muhaliflerinin kesinlikle ka-



DÜN: 1945...

BUGÜN: 2009...

çık, psikotik ya da doğuştan özürlü olması gerekirdi. Böylece Nagera “bilimsel çalışmasını” gerçekleştirmek için yabancı mahkûmların tutulduğu Burgos yakınlarındaki San Pedro de Cardena manastırına gitti.

Toplama kampı niteliğindeki bu manastırda yüzlerce tutsak bulunuyordu. Bob Doyle da küçücük hücrelerinde yaşam mücadelesi veriyordu. Dışarı ile tek bağlantısı küçük, demir parmaklıkları bir pencereydi. Ancak camı çerçevesi olmayan bu pencereden içeri dolan soğuk içine işliyordu. Uyuyabileceği bir yatak olmadığı gibi, taş zemin üzerinde uyumak yaşamını daha da zorlaştırıyordu. Günde yalnızca bir parça ekmek ya da bir tas fasulyeyle karnını doyurmak zorundaydı. İşte umudun Pandora'nın kutusunda kapalı kaldığının hatırlandığı bu zor günlerin birinde Bob Doyle'nin kapısı açıldı. Sivil giyimli iki kişi Bob Doyle'yi alarak küçük bir ofise götürdüler. Öncelikle kafatasının çapını, sonra gözleri arasındaki mesafeyi, burun uzunluğunu ölçtüler. Deri rengini, vücut yapısını, vücudundaki yara izlerini kaydedip, fotoğraflarını çektiler. Sonra günlerce sürecek sorular ve testler başladı ve Bob Doyle'ye yaklaşık 200 civarında test uyguladılar. Bob Doyle yaşadıklarına pek anlam verememesine karşın faşistlerin İngiltere'yi işgal etmesi halinde bu bilgilerden yararlanabilecekleri yorumunda bulundu. Manastırda bulunan yüzlerce tutsak da Bob Doyle gibi uygulanan testlere katlanmak zorunda kaldı.

Nagera, aralarında Bob Doyle'nin de olduğu, İngiliz, İrlandalı, Amerikalı, Portekiz ve Kanadalı yaklaşık 200 mahkûm üzerinde yaptığı testlerin sonuçlarını askeri bir tıp dergisinde yayınladı. “Marksist fanatizmin biyo-psişizi” adıyla yayınladığı makale yıllarca kütüphanenin tozlu raflarında kaldı. Ancak Richard Vinyes adlı bir tarihçi İspanyolca yazılmış bu makaleyi geçtiğimiz yıllarda gün ışığına çıkardı. Nagera ideolojilerin fizyolojik yansımalarını saptamak için başladığı bu “bilimsel çalışmada” oldukça çarpıcı sonuçlara vardı.

“Ormanların tarihini aslanların değil, avcılarının belirlediği; tarihi de haklıların değil kazananların yazdığı bir dünyada yaşamaya devam ediyoruz. “Kazananlar” ellerindeki kan kurumadan kaleme sarılarak resmi tarihlerini yazdılar ve yazmaya devam ediyorlar. Bilim de bu kanlı tarihin yazılmasında kimi zaman araç oldu. Bilimsel ilerlemenin ışığında gelen biyoteknolojik noktada, öjenik kadınlar ve erkekler yaratma olasılığı artık faşist siyasetçilerin hayali olmaktan çıktı.”

Kendilerini demokrat, anarşist ya da komünist olarak tanımlayan tüm mahkûmlar Nagera için Marksistti. Nagera'ya göre öncel olarak tüm olası psikopatlar Marksist saflara katılmıştı; ne de olsa ona göre Marksizm sosyal ahlaksızlıkla eşdeğerd. Marksistlerin ideolojik eğilimlerinin dar kafalılıklarından ve kültürsüzlüklerinden kaynaklandığını saptadı. İspanya'ya gelen İngilizlerin bazıları Nagera'ya göre; onları paranoid, sizoid ya da psikopat yapan dejeneratif beyin hastalığına sahipti. Ayrıca İngilizlerin % 29'unun sosyal embesil olduğunu belirledi. Kısacası Nageraya göre İspanya'ya gelerek Cumhuriyetçilere destek veren bu insanlar “deliydi”. Nagera'nın bu “bilimsel çalışmasının” sonuçları sayıları 30 bin ile 50 bin arasında değişen Cumhuriyetçi sempatizanlarının ölüm mangaları tarafından öldürülmesine zemin hazırladı. Sürekli Hitler'in psikiyatristleri ile dirsek temasında olan Nagera 1960 yılında ölene kadar İspanyol ırkını daha asil ve daha arı bir hale getirebilmek yani öjenik bir ırk oluşturabilmek için çalıştı.

Nagera'nın ve dirsek temasında olduğu diğer psikiyatristlerin arı ve asil bir ırk oluşturulabilmesine çerçeve çizen öjeni kavramının kökeni eski Yunan'a kadar gitmektedir. Yunanca “iyi doğum” anlamına gelen öjeni kavramı Charles Darwin'in “Türlerin Kökeni” adlı kitabını yayınlamasından sonra, Darwin'in kuzeni Sir Francis Galton tarafından tanımlanmıştır. Galton'a göre öjeni; insan soyunun arttırılması ve soyluluğunun yükseltilebilmesi için aktif olarak müdahaleyi gerektirmekteydi. Böylece “iyi nitelikte” olanların doğup yaşamda kalmasını, “kötü nitelikte” olanların da doğmamasını, ürememesini sağlamak için her türlü müdahaleyi onaylayan bir hareket başlamış oldu.

Sir Francis Galton 1870'lerde öjeniyi tanımlarken, bu kavramın 20. yüzyılın başlarında on binlerce göçmenin ABD'de kısırlaştırılmasına, Hitler Almanya'sında milyonlarca insanın yakılmasına, Mussolini İtalya'sında ya da Franco İspanyası'nda



DÜN: 1945...

BUGÜN: 2009...

yaşanan katliamlara zemin hazırlayacağını öngörmüş müdür bilinmez. Ancak 1937 yılında Cambridge Üniversitesinde eğitim gören genç bir aydın “İspanya’da ilk kez, faşizme karşı, beyaz eldivenler ve smokinler çıkarılarak savaşıyor.” saptamasını yaptı. Hemen sonrasında da eğitimini yarıda bırakıp, adeta öjeni kavramından kendini de sorumlu tutarak, İspanya’ya savaşmaya, ölmeye gitti. İşte bu gencecik aydın Sir Francis Galton’un üçüncü kuşaktan torunuydu. Bu da yaşamın acı bir çelişkisi olarak tarihe yazıldı. Torun Galton, özgürlüğe olan inancı nedeniyle tıpkı Bob Doyle gibi İspanya’ya gelmişti. Ancak Bob Doyle kadar şanslı değildi. Çünkü torun Galton İspanya’da yaşamına veda ederken; Bob Doyle bir yıllık esaret sonrasında özgürlüğüne kavuştu ve özgürlüğe olan inancını asla yitirmeden, her yıl İspanya’yı ziyaret ederek yaşamına devam etti.

Ormanların tarihini aslanların değil, avcılarının belirlediği; tarihi de haklıların değil kazananların yazdığı bir dünyada yaşamaya devam ediyoruz. “Kazananlar” ellerindeki kan kurumadan kaleme sarılarak resmi tarihlerini yazdılar ve yazmaya devam ediyorlar. Bilim de bu kanlı tarihin yazılmasında kimi zaman

araç oldu. Bilimsel ilerlemenin ışığında gelinen biyoteknolojik noktada, öjenik kadınlar ve erkekler yaratma olasılığı artık faşist siyasetçilerin hayali olmaktan çıktı. Genetik müdahalelerle öjeni ulaşılabilir bir tüketici tercihi ve kazançlı bir pazara dönüştürülme yolunda. Dolayısıyla, bilimsel ilerlemenin kim tarafından ve nasıl kullanılacağına belirlenmesi savaşı, sömürsüz ve özgür bir dünya için zorunluluktur. ■

* “Geçemeyecekler”

Yararlanılan Kaynaklar

1. Ali Babaoğlu. Psikiyatri Tarihi; Okuyan Yayınları, 2002.
2. Giles Tremlett. “Children stolen by Franco finally learn the truth”; The Guardian, 29.10.2002.
3. Giles Tremlett. “Marxists are Retards”; The Guardian, 1.11.2002.
4. Oya Baydar. “Madrid’de ölmek”. Sosyalizm ve Toplumsal Mücadeleler Ansiklopedisi; İletişim Yayınları, 1988.
5. Özge Yenier Duman. “Genetik Devrim mi? Biyolojik Faşizm mi?”; Hekim ve Yaşam, 2002/1.
6. Türk ve Dünya Ünlüleri Ansiklopedisi: Kişiler, dönemler, akımlar, yapıtlar; Anadolu Yayıncılık, 1983.

İktidar ve Direnişin "Yeri"

Prof. Dr. Cem Kaptanoğlu

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir

İktidar sözcüğü, Arapça “kudret” ten köken alır. Kudret; Tanrının bütün varlığı kaplamış olan ezeli gücü, Tanrı yapısı, insan eli karışmadan yapılan şeylerin kaynağı, güç anlamındadır(1). Bu anlamda iktidar, bilmenin ve yapabilmenin atfedildiği yüce “yer” dir. İnsanlık tarihinde en uzun süre bu “yer”de oturan Tanrı olmuştur. Genel olarak dinler Tanrıyı, kudret yanında iyi ve güzel olan her şeyi içeren bir öz (esence), hiçbir adın adlandıramayacağı kadar aşkın bir varlık olarak tanımlar. Yaratılanı yani insanı akıllı, iyi ve ahlaklı kılan şey ise, bu Tanrısal özün ondaki yansımasıdır. Tüm kutsal kitaplarda insanlar, Tanrının mutlak iktidarına sığınmaya çağırılır. Örneğin, Kur’an-ı Kerim’in çağırısı şöyledir: “*De ki Sığınırım insanların Rabbine, İnsanların hükümdarına, İnsanların ilahına, Sinsice vesvese verenin o kötülüğünden, İnsanların sinelerine vesvese veren, Gerek cinlerden, gerek de insanlardan*” (2). İktidar başlangıçtan bu yana hiç, yalnızca korkunun, yasağın, “hayır”ın yeri olmamıştır. Her iktidar biz insanları bir şeylerden mahrum bırakır, ama karşılığında bir şeyler verir, en azından vaat eder. Tanrıyla kulun ilişkisinin bir iktidar ilişkisi olabilmesi için, kulun da bir eylem alanının “özgürlüğünün” olması gerekir, yani iktidar yalnızca zora dayalı bir boyun eğdirme değildir. Dolayısıyla iktidar, kimlikleri, davranışları ve davranışların mümkün sonuçlarını yönlendirmektir. Tanrının hükümdarlığına yalnızca şeriat veya engizisyon korkusuyla boyun eğmez insanlar. Kötülükten, cinlerden, insanlardan korunmak için sığınır ve cehennem yanında cennet de vardır. İktidar, zor ve şiddetle kurulan tahakkümün tersine bedenlerden çok, ruhlarda kendine yer bulur. Bir başka deyişle insanlar, Tanrının iktidarına boyun eğmekle kalmaz onu arzularlar. Çünkü iktidar, arzumuzu bastırarak veya nasıl arzulanacağımızı belirleyerek iktidar olur. Mümin, ego ideali olan, “Bir” olmayı arzuladığı Tanrıya ve onun yasalarına, iktidarına boyun eğerek kimliğini kurar ve iman eder, arzusunun ekonomisi Tanrının, dinin iktidarınca düzenlenir.

Modernlik yada kapitalizm öncesi feodal dönemde insanlar, kendilerini büyük bir ilahi düzenin parçası olarak hissederdiler. Melekler, cinler, periler ve diğer dünyasal varlıklardan

oluşan “Büyük varoluş zinciri”nin bir halkasıydı insan. Evren ve toplum, en üstte Tanrı’nın yer aldığı hiyerarşik bir yapıydı ve insanlar, genellikle doğuştan gelen bir konum, rol ve sınıfa hapsedilmişlerdi. Modernlik öncesi toplumlarda insan, topluluk içinde eriyip yutulmuş, cemaatle göbek bağıni kesememişti. Doğa güçleri karşısında güçsüz ve çaresiz olan insanın Tanrı ve onun yeryüzündeki vekillerinin iktidarına boyun eğmesi olağandı. Ortaçağ insanının en büyük korkusu, aforoz edilmek yani cemaatten dışlanmaktı, çünkü dışarısı yoktu. Direnmek veya isyan ise, başka bir Tanrı veya peygambere inanmak veya kutsal metinleri “öteki”lerden farklı yorumlamakla mümkündü. Bir başka deyişle ortaçağ boyunca iktidar gibi, direniş veya isyanın da, Tanrının iktidarının dışında bir “yer”i olamadı.

Tanrının Ölümü ve İnsanın Yeniden Doğuşu

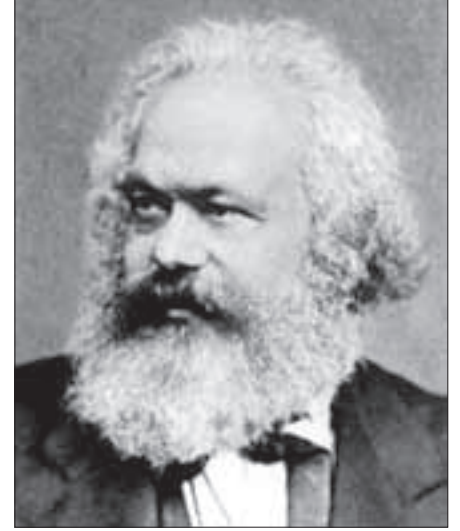
Ortaçağın tarımsal üretime dayalı “donmuş” toplumlarını çözüp dağıtan, tek tek bireylerin zenginleşip özgürleşerek kapalı toplulukların dışında kendilerini var edebileceklerini gösteren tüccarlar oldu. XVI. yüzyılda sayıları iyice artan tüccarları L. Febvre şöyle tanımlar: “*Tüccar bir maceracıdır. Ani karar veren olağanüstü fizik ve manevi enerjiye, rakipsiz cesaret ve kararlığa sahip bir kişidir. Böyle olmak zorundadır. Aksi taktirde meslek onu ezer. Bu kişi bu günün tüccarı gibi yerleşik bir aracı değildir. Bir mal kaşifi, bir trafik mucididir. Hepsinden öte bir spekülâtördür*” (3). Tüccar, maceracıdır, çünkü, kentler arasında kelle koltukta, evinden uzak, yıllarca durmadan dolaşır. Soyulur, esir alınır, öldürülür. Sadece yola çıkarken yanına aldığı malları satmaz, yolda yakaladığı fırsatları değerlendirir, alır-satar, alır-satar. Bu nedenle mal kaşifidir, spekülâtördür. Trafığın yalnızca bu dünya ile öbür dünya arasında olduğu bir düzende, tüccar yolun, yolculuğun, trafiğin mucididir. Kapitalizmin gelişimiyle birlikte büyük kutsal zincir kırılmıştır. Tepede Tanrının yer aldığı hiyerarşi dağılmıştır. Kendi gücüne güvenen, akıl yürüten, dünya zenginliklerini ele geçiren birey, Tanrıdan boşalan yere, tepeye tırmanmaktadır. Ressamlar, İncil’den tasvirler yapmayı bırakmış, altın tartan, para sayan burjuva portreleri yap-



Hz. İsa



F. Nietzsche



K. Marx

maktadırlar. Tarih, İnsan'ın yeniden doğuşuyla, Rönesans'la Aydınlanmaktadır. Teknolojinin ilerlemesi ve sanayi devrimi, tüccarı, burjuvaya dönüştürür. Rönesans insanının rol modeli, benlik ülküsü, gittikçe güçlenen burjuva bireyin kimlik özellikleridir. Birey; özgür, aklına hayran, benlik saygısı yüksek, şişkin egosuyla tarih sahnesindedir. Artık iktidarın “yeri”, gücü ve aklıyla doğaya hükmederek Tanrıya meydan okuyan bir soyut insandır. Hümanizm veya Aydınlanma ideolojisi bu tümgüçlü Tanrı insan üzerine kurulacaktır.

F. Nietzsche “Tanrı öldü! Tanrı öldü! Onu öldüren biziz!”(4) derken, iktidarın “yeri” ile ilgili tarihsel değişimden söz ediyordu. Hümanizm, “doğüstü güçlere inanmayı reddeden, onurlu değerli ve akli yoluyla kendini gerçekleştirebilen” insanı Tanrının yerine geçirdi. Hümanist düşüncenin yanıtlamakta zorlandığı soru ise, her insanda olması beklenen evrensel insani özelliklerin neler olduğudur. Bir başka deyişle, prototipini tüccar/burjuvanın oluşturduğu Rönesans insanının, iktidardan indirdiği Tanrıya atfedilen nitelikleri içeren evrensel, bir özü, doğası var mıdır? Hümanizmin buna yanıtı; insanın evrensel, akılcı, ahlaki bir doğası, özü olduğu şeklindedir. Hümanistlere göre dinin Tanrıya atfettiği özellikler gerçekte insanın türsel özellikleridir. Din, insanın tüm bu özsel nitelik ve güçlerini soyut bir Tanrıya yansıtarak insanı yoksullaştırmış ve kendi özüne yabancılaştırmıştır. Hümanist düşünür Feuerbach, “İrade, sergi, iyilik ve düşünceyi insandaki özsel nitelikler olarak görüyordu, insandan soyutlanmış bu nitelikleri eski yerine koymak istiyordu. İnsan, Feuerbach’ın gözünde, bu niteliklerin nihai ifadesi haline gelir. Her şey kadir, kutsal, mükemmel, sonsuz, kısaca Tanrı haline gelir. Feuerbach, insani evrenin merkezindeki doğru yerine yeniden yerleştirmeye ilişkin Aydınlanma hümanizmi projesini somutlaştırır.” (5). Hümanizm Tanrıyı alıp yerine İnsanı yerleştirerek dini otoriteyi yıkmak istemiş ancak Tanrıya atfedilmiş nitelikleri insanın özüne, doğasına atfederek dinin yarattığı yabancılaşmayı farklı biçimde yeniden üretmiştir. Hümanizmi bu açıdan eleştirenler, insani bir özün varlığı, “ötekini” yani gayri-insani olanı da üreteceğinden, hümanizmin akıl ve ahlaki öze sahip soyut insanının en az Tanrının iktidarı kadar baskıcı bir iktidar yeri olabileceği uyarısını yaptılar. S. Freud, aydınlanma öğretisinin, hümanizmin, evrenin merkezine yerleştirdiği, özgür, akılcı, tümgüçlü

insanın durumunu, “Uygarlık ve Huzursuzlukları”nda şöyle tanımlar. “İnsan deyim yerindeyse bir tür protezli tanrı haline gelmiştir. Yardımcı organlarının tümünü kuşandığında hayli mükemmeldir. Ama bunlar kendi bedeninin parçası değildir. Gelecek çağlar, uygarlığa bu alanda düşünilemeyecek kadar büyük ilerlemeler getirecek, Tanrıya benzerlik artacaktır. Ancak günümüz insanının Tanrıya benzemesinin kendisine mutluluk getirmediğini unutmamamız gerekiyor.”(6) Hümanizm, evrensel insan hakları, insanlığın eşitlik, özgürlük ve kardeşlik ilkelerini söylem düzeyinde göklere çıkarsa da, bir yanıyla “insani özelliklere” sahip olmak açısından insanların eşit olmadıklarını, yani gayri-insani olanın varlığını da kabul etti ve ona göre davrandı. İnsani veya insani olmayanın niteliklerinin, bu ayrımı yapanların sınıfsal, etnik, dini, ırksal, cinsel, mezhep vb kimliklerine göre farklılık göstermesi kaçınılmazdı. Hümanizmin evrensel insanı ve onun evrensel akli adına iktidarı elinde tutanların yani devletlerin yüzyıllardır nasıl insani trajedilere yol açtıklarını biliyoruz. Her insanda “insanlık çekirdeği” gibi bir öz’ün bulunduğunu kabul eden bir ideolojinin, bu özsel çekirdeğe göre insanları; normal/anormal, akıllı/deli, zenci/beyaz eşcinsel/heteroseksüel... gibi ayırmak, ötekileştirmek ve kapatıp cezalandırmak veya “normalize” etme uygulamalarına girmesi sürpriz olmadı. Artık iktidarın, delilik, hastalık, suçluluk, cinsellik, ebeveynlik gibi deneyimlerin denetimi üzerinden yaşamın her alanına yayılmasının yolu açılmıştı. Modernite ile birlikte iktidar, bireylerin veya grupların davranışlarının yönlendirilmesi olarak artık her yerdeydi. Bu iktidar ilişkilerinde fail olarak en çok öne çıkan ve gittikçe güçlenen ise kurum olarak devlet oldu. Ayrıca psikiyatri ve psikiyatrik kurumların, hapishanelerin tarihsel olarak bu dönemde ortaya çıkmaları da tesadüf değildi.

“İnsani çekirdek” den Ego Kimliklerine İnsanın Özü

Aydınlanma öncesi Tanrıya atfedilen ve ancak insanın iman ederek yakınlaşabileceği ilahi öz, Aydınlanmayla birlikte insana “insani öz” olarak iade edilmiştir. Bu “öz”ün niteliklerini tanımlayanlar, bireyi, kendilerince “insanın özüne”, doğasına uygun olan ahlak ve davranış kalıplarıyla sınırlamak dışında,

bu kalıplara uymayan kimlik ve davranışları da “normalize” etme iktidarına sahip olmuşlardır. Hepimizin bir özsel kimliği olduğu ve buna uygun davranmamız gerektiğinde ısrar eden bir söylemin insani ve toplumsal heterojenliği kapsayabilmesi olanaksız olduğundan, normal dışı olarak damgalananların acı çekmeleri, hatta yok edilmeleri, iktidar sahipleri tarafından “normal” kabul edilebilmiştir. Modernizm, “insanın özü”nü kendine göre tanımlayıp “öteki”leri şeytanlaştıran ideolojilerin ve kimlik savaşlarının fitilini ateşlemiştir. Modern zamanların bu iktidar hastalığının doruk noktası ise, Nazizm ve Stalinizm olmuştur.

Modernizmin önemli düşünürlerinden K.Marx, erken dönem eserlerinde, Aydınlanmacı hümanist ideolojinin etkisinde kalmıştır. Marx’ın “1844 Ekonomik ve Felsefi Elyazmaları”, Feuerbach’ın “Türsel varlık” ve “yabancılaşma” kavramları üzerine kuruludur. Genç Marx, insani, türsel olarak, özgür ve yaratıcı emek yoluyla kendisini gerçekleştiren, tamamlanmış, mutlu bir varlık olarak tanımlar ve özel mülkiyete dayalı üretim ilişkileri nedeniyle insanın bu özüne yabancılaştığını ileri sürer. Marx’a göre “*İnsan kendi türsel varlığından özel mülkiyet gibi soyut güçler yüzünden uzaklaşır ve özel mülkiyetin devrilmesiyle insan kendisini yeniden geri kazanır, böylece her şey insanileşir, insan özünde komünal, toplumsal bir yaratıktır.*” (7) Marx daha sonra bu hümanist, özcü bakıştan uzaklaşacak, sınıf, üretici güçler, üretim ilişkileri, üretim tarzı gibi kavramlarla insanı ve toplumu açıklamaya çalışacaktır. Marx, Feuerbach’ı eleştirdiği “Feuerbach Üzerine Tezler” de kendi özleştirisini de yapar: “*Feuerbach, dinsel özü, insan özüne indirger. Ama insan özü; tek tek her bireyde doğuştan bulunan bir soyutlama değildir. Bu öz gerçekte toplumsal ilişkiler bütünüdür*” (8). Marx’a göre insanın bir “öz”ü varsa bu ilişkiler ve kültür içinde inşa edilen bir “öz”dür. Ancak Marx’ın erken dönem eserlerindeki “insanın doğası”, “yabancılaşma” gibi metafizik kavramlar bu gün bile Marksistler tarafından sık kullanılan teorik araçlardır. Hatta N. Geras, İnsanın doğasında sosyalizme yakınlık yoksa, sosyalizmin “insan türü” için mümkün olmadığı yargısına bile varır: “*Tapkı hiçbir balığın Mozart olamayacağı gibi, üyelerinin çoğunluğu doğuştan gelen niteliklerinden ötürü sosyalizme uygun erdemlere hiçbir koşulda sahip olamayacak olan hiçbir tür, sosyalizmi gerçekleştiremez*” (9). Bu iddiaya Freud’un 1900’lerin başlarında verdiği yanıt şöyledir: “*Komünistler kötülüğün kurtulma yolunu bulduklarına inanırlar. Onlara göre insan açıkça iyidir, komşusuna iyi duygular besler ama özel mülkiyet kurumunun iyi doğasını bozmuştur*” (6)

Modernizmin en büyük projesi ideal toplumu kurmaktır. Marksistler, ideal toplumu kuracak olan failin evrensel bir sınıf: proletarya olduğunu söylerken, liberaller, insanın özündeki hırs, rekabet, özerklik gibi özelliklerin özgür bırakılmasının yeterli olduğunu gerisini piyasanın halledeceğini ileri sürdüler. E.Laclau, bu süreci şöyle tanımlar: “*Modernlik, kusursuz bir toplumsal düzeni, bir bütünlüğü başarmaya muktedir, sınırsız bir tarihsel eyleyici hayaliyle ortaya çıktı. Bu tamığa giden yol nasıl bir şey olursa olsun, dağılmış bir bireysel iradeler çoğunluğunu bir arada tutacak bir ‘görünmez el’ ya da saydam ve akılcı bir toplumsal ilişkiler sistemi kuracak bir evrensel sınıf*” (10) Liberal düşüncenin iktidarına koşulsuz boyun eğmemizi istediği, seçimlerini özgürce yapan, kendi çıkarları peşinde koşarken toplumsal çıkarlara hizmet

ettiği iddia edilen o özgür, girişimci insan’ın veya piyasanın “görünmez el”inin, yol açtığı büyük kriz yine dünyanın gündeminde. Liberalizmin devlet iktidarının yerine geçirmek istediği kutsal “görünmez el”, daha önce bir çok kez olduğu gibi bu günlerde de devletin eline bakıyor. Devleti, devletin iktidarını, insanın “özgür seçimler” yapmasının önünde en önemli engel olarak gören liberalizm için devlet otoritesine sığınmak büyük bir yenilgi. Pratikte piyasanın görünmez elinin, hep devletin silah tutan eli ile el ele olduğu bilirse de, liberalizmin en azından teorik olarak derin bir iktidar krizi içinde olduğunu söyleyebiliriz.

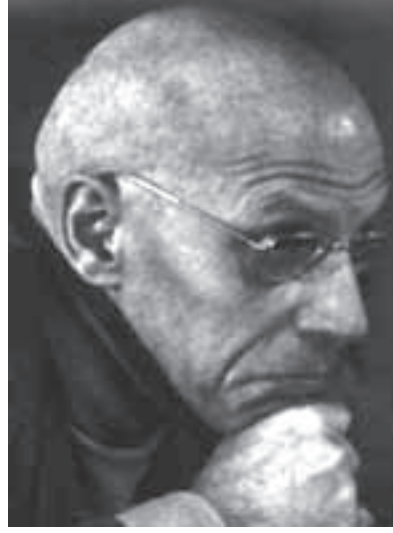
Marksizm, ideal toplumsal düzenin, liberalizmde olduğu gibi soyut insanın “özgür” seçimleriyle değil, tam aksine proletaryanın diktatörlüğüyle kurulabileceğini ileri sürdü. Marx, insana “komünal” bir öz atfedip, bu özün önündeki özel mülkiyet engelini ortadan kaldırarak kurulabilecek ideal toplum fikrini terk etmişti. Fakat daha sonra bu özü bir sınıfta, işçi sınıfında yeniden keşfetti. Proletarya veya işçi sınıfının, evrensel sınıf olarak kabul edilmesi, tüm diğer sınıf ve kimliklerin belki de kendilerinin bile farkında olmadıkları çıkarlarını da temsil etme gücünü, iktidarını proletaryaya veriyordu. Evrensel sınıf proletarya daha doğrusu onun partisi, toplumsal gerçekliğin en doğru bilgisine sahipti. E.Laclau, C. Mouffe bu konuyla ilgili şu saptamayı yapar: “*Sosyalizmde otoritaryenizm yönelme olasılığı, bir bakıma Marksist ortodoksluğun başlangıcından beri yani sınırlı, tikel bir aktörün –işçi sınıfının- evrensel sınıf statüsüne yükseldiği momentten beri vardır*” (11). Proletarya iktidarının, nasıl parti diktatörlüğüne dönüştüğünü ve bu diktatörlüğün trajik çöküşünü 80’lerin sonunda yaşadık. Marksizm Sovyetler Birliği’nin çöküşüyle daha da derinleşen bir kriz yaşıyor ve krizinin odağında liberalizmde olduğu gibi iktidar sorunsalı yer alıyor.

İnsanın Özü ve Psikanaliz

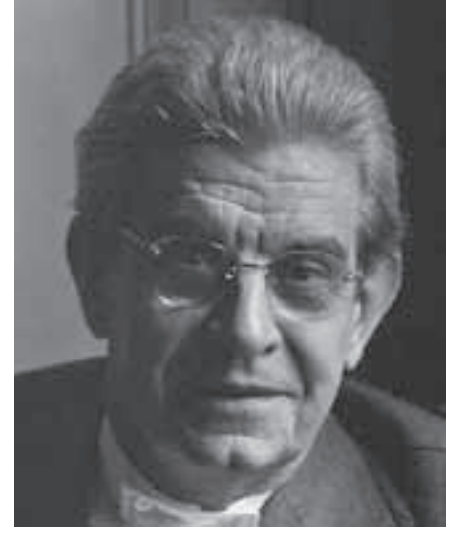
Modernizmin ürünü olan psikanaliz, onun kutsal insanına, en az Darwinizm kadar sert bir darbe vurdu. Modern insan “düşündüğü için vardı” ve bu düşünen yer, onu var eden, insan kılan “öz”, egodan başkası olamazdı. Aydınlanmacı hümanist düşüncenin Tanrısal insanının, düşündüğü yeri, “öz”ü nü yani egoyu, psikanaliz, akıldışının yani bilinçdışının bir uzantısına indirgedi. Bir başka deyişle psikanaliz insana, hakikatinin, anlamın, iktidarın, “düşündüğü yerde”, egoda olmadığını söyledi. Freud, modernitenin getirdiği bunca acı, ölüm, savaş, kutsanan aklın, egonun ürünü değil midir? diye sorar ve modernitenin ilahlaştırdığı insanın “öz”ünün yani egonun bütünlük, özgürlük, özerklik illüzyonuna saldırır; “*Normalde kendilik duygusundan, kendi benimiz duygusundan daha sağlam hiçbir şey yoktur bizim için. Bu ben kendi başına ayakta duran, bütünlüklü, diğer her şeyden kesin sınırlarla ayrılmış bir şey olarak görünür bize. Ancak ben-ego- id’e –akıldışına- bir ön cephe görevi görür*” (6) Psikanaliz için ego, ardında bilinçdışını “Ötekini” saklayan yalnızca bir maskedir. Bu maske, bilinçdışını bastırarak, inkar ederek, görmezlikten gelerek, kendisini “kendi evinin efendisi” yani iktidarın yeri ilan etmiştir. Ego’ya “kendi evinin efendisi” olmadığını söyleyerek bu yanılsamayı yıkan Psikanalizdir. I. Dünya savaşını yaşayan II. Dünya savaşının eli kulağında ol-



S. Freud



M. Foucault



J. Lacan

duğunu fark eden Freud, egonun dünyayı yıkıma sürükleyen ölümcül iktidar tutkusunun karşısına direnmenin yeri olarak Eros'u koyarken çok da umutlu değildir. “*Artık diğer ‘semavi güç’ ün, ebedi Eros’un kendisi gibi ölümsüz rakibiyle giriştiği kavgada kendi üstünlüğünü göstereceğini umabiliriz. Ama zafer ve sonucu kim önceden kestirebilir ki?*” (6) Freud’un Eros’tan beledikleri şunlardır: “...ayrık durumdaki bireyleri, giderek aileleri, ardından boyları, halkları, ulusları büyük bir birlik, insanlığın birliği şeklinde birleştirme amacına sahip bir süreç” (6)

1968, kitlelerin modernitenin acımasız öteki yüzüne isyan ettikleri, okuldan fabrikaya, tımarhaneden, hapishaneye oradan aşk ve cinselliğe, aileye, devlete yani yaşamın her alanında, iktidarı sorguladıkları bir otoriteye isyan dönemi idi. 1968’in önemli isimlerinden H. Marcuse, Freud’tan yaklaşık 40 yıl sonra “Eros ve Uygarlık”ta Freud’un bıraktığı yerden sınırsız narsisizmi, doymak bilmez iştahıyla insanın sözde özünü, ego’yu –aklı- eleştirir. Modernliğin ölümcül öteki yüzüne karşı isyan ve direnişin yerini araştırır. Marcuse’e göre “*Psikanaliz, ego-kişilik fikrini temel bileşenlerine ‘çözmekle’ bireyi gerçekte meydana getiren birey-altı ve birey öncesi etkenleri açığa çıkarır. Bu modern kültürün en güçlü ideolojik kalelerinden birini yani bağımsız özne görüşünü temelden sarsar.*” (12) Marcuse da Freud gibi direniş ve isyanın yeri olarak yaşam içgüdüsünü, Eros’u işaret eder. “*Hayal, haz ilkesinin dilini sürdürmeye, baskıdan kurtuluşun, engellenmiş istek ve doygunluğun türküsünü söylemeye devam eder.*” (12)

Direnış ve İsyanın “Yeri”

Freud gibi Marcuse de ego’nun veya “ego-kişilik”in yani “evrensel insan özü”nün iktidarının karşısına onun dışında onun tarafından kirletilmemiş bir başka “öz”ü, Eros’u geçirir. Eros’un güçleri nedir, kimlerdir? Kimlerin hayalleri, hangi arzusunun haz ilkesi bizi baskıdan kurtarır? tam olarak açıklayamaz. İktidara karşı direnen veya isyan edenlerin bu özcü tuzaga sık düştüklerini biliyoruz. Tanrının karşısına insanı, müdahaleci devletin karşısına serbest piyasayı, burjuvazinin karşısına “evrensel sınıf”ı, burjuva devletin karşısına proletarya diktatörlüğü’nü hatta erkeğin karşısına kadını çıkaran

özcü ideolojiler hep iktidarı veya tahakkümü yeniden onaylamak durumunda kalırlar. Özcülük, görünüşteki farklılıkların yanıltıcı olduğunu, bu farklılıkların hep dışsal, genellikle de kötü güçlerce üzeri örtülmüş bir insani özü, asıl kimliği gizlediği düşüncesidir. Bu kötü güçlerden arındığımızda insanın, insanlığın özünün serpilip gelişeceğine inanılır. İktidardaki kötü güçlere karşı direnmenin kirlenmemiş, tertemiz yeri ise bu tamamen iyi özün temsilcisi olduğunu iddia edenlerdir.

Psikanaliz, iktidarın egoda olmadığını göstermesinin yanı sıra bizatili egonun, iktidarın bir ürünü olduğunu öğretti. Freud’a göre iktidar yalnız dışarıda değildi, hatta daha çok içerideydi. “*Önce dış otoritenin saldırganlığından duyulan korku sonucu içgüdünün yadsınması, ardından iç otoritenin kurulması, bundan duyulan korku nedeniyle içgüdünün yadsınması, vicdan korkusu. Bu ikinci durumda kötü eylemler kötü niyet eşdeğer sayılır ve ortaya suçluluk duygusuyla cezalandırılma gereksinimi çıkar. Vicdanın saldırganlığı, otoritenin saldırganlığını içinde barındırır.*” (6) Ego, bırakın eylemlerini, niyetlerini bile sorgulayan bir iktidarın kölesidir. Bu iktidar egonun bastırıldığı her arzusuyla biraz daha güçlenir. “*Vicdan, içgüdü yadsınmasının sonucudur: ya da (bize dışarıdan dayatılan) içgüdü yadsınması, daha sonra bizden başka içgüdü yadsınmaları talep eden vicdanı yaratır.*” (6). Freud, dışarıdaki iktidarın, ego ideali yoluyla içselleştirildiğini ve üstben tarafından gözetlendiğini belirtir. Ego, cezalandırılmaktan korkar, iç otorite ondan bazı şeyler talep eder ve ona bu intrapsişik iktidar tarafından yaptırımlar uygulanır. Ego ideali ve üstben’in ortaya çıkışıyla egonun da sahnede görüldüğünü ve bu sürecin ödipal karmaşanın çözülüşüyle veya “insanlaştırıcı kastrasyon”la doğrudan ilişkili olduğunu biliyoruz. Yani ego, ancak onu arzusunun bastırmaya zorlayan bir iktidarın varlığında ve ona boyun eğerek doğar ve özne(subject) böylece ortaya çıkar. Psikanalizden sonra, insanın “öz”, egosu artık bir iktidar mücadelesinin yeridir. Bu bir bakıma iktidarın “yersiz-yurtsuz”laşmasıdır. İktidarın “yeri” alt üst olmuştur. İktidara başkaldıranlar, iktidarla mücadelelerini insanın öznelliğine doğru genişletmek zorundadırlar. En bilinçliler, öncüler vb de dahil her öznelliğin bir iç iktidara boyun eğmenin ürünü olduğunu kabul etmek, atılması gereken ilk adımdır. Bu, ik-

tidarı yalnızca kapitalist ekonomi, sınıf , emperyalizm, karşı cins veya “öteki”nin çıkarlarının bir işlevine indirgemeksizin kendi başına incelemeyi gerektirir. Bu da Foucault’a göre “... bir grup içinde, bir sınıf içinde bir toplumda iktidarın halkalarının nasıl işlediğini bilmektir. Yani her bir bireyin iktidar ağının neresine yerleştiğini iktidarı nasıl yeniden uyguladığını, nasıl yansıttığını bilmektir.”(13) Foucault’nun sözünü ettiği bu bilme çabası, iktidar mücadelesini iç dünyalarımıza hapsetmez, aksine iktidar ilişkileri kitlesel ölçekte nasıl düzenlenebiliyorsa direnişler de kitlesel düzeyde düzenlenebilir.

Foucault, iktidara direnişin iktidarın sınırları içinde gerçekleşmesi gerektiğini ve iktidarın dışarısında kirlenmemiş bir direnme mekanının olmadığını gösterdi. Ancak Foucault, direniş için tutunmamız gereken yer olarak “bedenler ve hazlar”ı önererek ironik bir şekilde, kıyasıya eleştirdiği özcülüğün tuzağına düştü. Foucault’u izleyen Deleuze ve Guattari, belirsiz “bedenler ve hazlar” kavramı yerine, başkaldırının “yeri” olarak arzu veya özgürleştirilmiş arzu’yu önerirler. Deleuze ve Guattari’ye göre, “Devlete karşı siyasal eylem arzu düzeyinde gerçekleşmelidir: kendimizi devlet arzusunun tabakkümü altına alınmaya duyduğumuz arzudan kurtarmalıyız.”(5) Deleuze ve Guattari’nin sözünü ettikleri, ödipal öznenin içmiş, iktidara boyun eğmiş ödipal arzusu değildir. Tam aksine ödipal arzu, bizatihi ego iktidarının temsilcisi olan bir arzudur. Deleuze ve Guattari, ödipal arzunun karşısına anti-ödipal bir arzuyu, “gerçek arzu”yu, koyarlar. “Gerçek” arzu, ödiple kurulan ego iktidarına dışsal, devrimci bir arzudur. Anti-Ödip adlı kitaplarında vurguladıkları gibi şizofrenik bir arzudur “gerçek” arzu. Deleuze ve Guattari, bizleri, “Kıyıyı çarpıp dışarı çıkmaya, şizofrenik bir açık hava gezisine” çağırırlar. Yani bastırılmış ödipal arzunun kölesi olan sabit bir özne konumundan dışarı çıkmayı önerirler. Ancak Deleuze ve Guattari’nin ileri sürdüğü, tarihin zincirlerini kırabilecek “gerçek arzu” aynen Eros gibi tarihdışı, metafizik bir kavramdır.

Lacan, öznelikte yaşanan iktidar mücadelelerinde bir dışarının olmadığını söyler. Ego, öznenin eksiksiz bir temsili değildir. Yani egonun iktidarı eksiklikle malüldür. Özneliğimizde, egonun ve onunla birlikte sahneye çıkan “iç otoritenin” iktidarını kuramadığı bir artık, boşluk vardır. Özne, sembolize edilemeyen dolayısıyla iktidara direnen ve dışarıda kalan imkansız “artık”ın etkisiyle sürçer, rüya görür, semptom verir. Lacancı terminolojide bu “artık” “gerçek” olarak adlandırılır. Sembolize edilmeye direnen , bilinçdışının bedende kayıtlı travmatik, imkansız unsurudur gerçek. S. Newman, gerçek’i, eksiklik veya boşluk olarak adlandırır. “Özneyi oluşturan bu eksiklik ya da boşluk, bir doluluk ya da öz değildir. Tersine bir namevcüdiyet, bir boşluk, radikal bir eksikliktir. Başka bir deyişle öze direnen bir yer-olmayandır. Çünkü sabit bir kimliğin meydana gelmesine izin vermez. Özne asla tamamlanmış ya da dolu bir kimlik oluşturamaz. Çünkü eksik asla doldurulamaz.” Sembolize edilmesi imkansız olan gerçek nedeniyledir ki sabit, tamamlanmış bir ego kimliğimiz olamaz. Tüm kimliklerimiz başarısız ve eksik olmaya mahkumdur. Ego kimliklerimizi sürekli yeniden kurmamız gerekir. Öznenin kuruluşundaki bu yarı, başarısızlık, iktidar için de geçerlidir. İktidar Foucault’un dediği gibi “Her yerde” değildir. “İktidar, gerçekte sınırlı ve eksiktir, yine de her yerde mevcuttur ve mutlak olduğunu iddia eder. Foucault’a göre, iktidarın her yere yayılmışlığı eksiklikle gizlenmiştir. Oysa Lacan’a göre iktidardaki eksiklik onun bütün her yere yayılmışlığı ile maskelenir”(5) Bu maskenin düştüğü yerde iktidar, yerini şiddete bırakır. Hayatımızdaki şiddetin yoğunluğu, iktidarın eksikliğinin derinleştiğinin göstergesi. Tek yönlü, zorbaca bir tabiyet, bir iktidar (power) ilişkisinden çok bir tahakküm (domination) ilişkisidir. Her ne kadar tahakküm, iktidarla aynı yerden gelse de, iktidar çıplak şiddetten uzak durabildiği sürece iktidar olarak kalabilir. H.Arendt’in deyişiyle “İktidar ve şiddet birbirinin karşıtıdır. Birinin mutlak hakimiyetini kurduğu yerde diğeri barınmaz. Şiddet, iktidarın tehlikeye girdiği anda ortaya çıkar. Ama kendi başına bırakılırsa, iktidarın kayboluşuna yol açar.”(14).

Deleuze ve Guattari’nin davet ettiği dışarısı, Lacan’a göre dışarıda değil içeride, daha doğrusu içerinin dışarısında yani yanıbaşımızdadır. Özneyi ve tüm kimliklerini alt üst eden, sürekli akış ve oluş halindeki “gerçek”in, idealize edilecek bir içeriği, özü, bir vaadi yoktur. O, Öznenin eksikliğinin travmatik etkisi, kimlik arayışının dinamiğidir. Uzlaşmazlığı, ele geçirilemezliği, imkansızlığıyla yeni özneleri, yeni öznelikleri mümkün kılar. Öznenin, iktidarı mı, özgürlüğü mü? veya “Thanatos”u mu, “Eros”u mu arzulayacağı ise mücadele sürecine bağlıdır. Freud’un dediği gibi “... zafere ve sonucu kim önceden kestirebilir ki?” Sonucu kestiremesek de, iktidara isyanın ve direnmenin mümkün olduğunu biliyoruz ! ■

KAYNAKLAR

- 1- M. N. Özön. Osmanlıca- Türkçe Sözlük. İstanbul: İnkılap Kitapevi, 1955.
- 2- Elmalılı Hamdi Yazır. Kur’an-ı Kerim.İstanbul: Sistem Matbaacılık, 2007.
- 3- Lucien Febvre. Rönesans İnsanı. Çev:M.Ali Kılıçbay. İstanbul: İmge Kitapevi, 1995.
- 4- F. Nietzsche. Böyle Buyurdu Zerdüşt. Çev:A.T.Oflazoğlu. İstanbul: Cem Yayınevi, 1999.
- 5- S. Newman. Bakunun’dan Lacan’a. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 2006.
- 6- S. Freud. Uyarılığın Huzursuzluğu. Çev:H. Barışcan. İstanbul:Metis Yayınları, 1999.
- 7- K. Marx . 1844 El yazmaları. Çev:Kenan Somer. İstanbul: Sol Yayınları, 1993.
- 8- T. Timur. Marksizm İnsan ve Toplum. İstanbul: Yordam Kitap, 2007
- 9- N. Geras. Marx ve İnsan Doğası-Bir Efsanenin Reddi. Çev:İ.Akça, M.G.Doğan. İstanbul: Birikim Yayınları, 2002.
- 10- E. Laclau. Evrensellik, Kimlik ve Özgürleşme. Çev: E.Başer. İstanbul: BirikimYayınları, 2003.
- 11- E. Laclau, C. Mouffe. Hegemonya ve Sosyalist Strateji. Çev:A. Kardam, D.Şahiner. Birikim Yayınları, 1992.
- 12- H. Marcuse. Eros ve Uyarılık. Çev:A.Yardımlı. İstanbul: İdea Yayınevi, 1998
- 13- M. Foucault. Özne ve İktidar. Çev:I.Ergüden, O.Akınbay.İstanbul: AyrıntıYayınları, 2000.
- 14- H. Arendt. Şiddet Üzerine. Çev:B.Peker. İstanbul: İletişim Yayınları, 1997.

Kadın ve Cinsel Travmalar

Şahika Yüksel

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Psikososyal Travma Programı, İstanbul

Cinsel saldırılar farklı ortamlarda, farklı ilişkiler içinde yaşanır

Cinsel şiddet, toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin bir türüdür. Cinsel şiddet, temel insan haklarının ağır bir ihlali; silahlı çatışma durumunda gerçekleştiğinde ise savaş hukukunun ciddi biçimde çiğnenmesidir. Evlilik içi tecavüz ve ensest, cinsel şiddetin en ağır ve en yaygın yaşanan iki türüdür. Cinsel şiddet; fiziksel, psikolojik ve duygusal açıdan zarara yol açabilecek olan cinsel nitelikli davranış veya tehdit niteliğinde, taciz ve suiistimal içeren davranışlardır. Cinsel şiddet, aile mahremiyeti adına genellikle açığa çıkmaz. İstenmeyen cinsel davranışlara zorlamak, tecavüz etmek, fuhuşa zorlamak, güç kullanarak cinsel ilişkiye zorlamak gibi biçimleri bulunmaktadır.



Cinsel saldırıları- tecavüzü resmen kanunlar ve kamuoyu resmen savunmaz. Ancak kabul gördüğü durumlar vardır. Savaş sırasında, düşmana zarar vermek için, tecavüze izin var. Ayrıca, tecavüz sorgulamada bilgi alma kısaca işkence yöntemleri arasında da yer almaktadır. Evlilikte hali de tecavüz etmek için “kabul edilen” bir başka mazeret olarak görülmektedir.

Koşullar ne olursa hiç kimse cinsel tacizi hak etmez. Saldırgan ve saldırıya maruz kalan kişi arasında yakınlık derecesi değişebilir. Birbirlerini tanımayan iki yabancı olabildiği gibi, tanıdık, arkadaş veya aile üyesi olabilir. Saldırganlar eylemlerini şiddet içerecek şekilde tehdit, zorlama, baskı ve etkileyerek veya kandırarak hile ile de gerçekleştirebilmektedirler. Kısaca, bazı ilişkilerde bu arada evlilik içinde tecavüz meşru görülebilir.

Cinsel istismar ve tecavüz hakkında genel toplumsal tutum önemlidir

Tecavüz eylemine katılmayanların seyircilerin, diğerlerinin konuya hoşgörülü yaklaşması benzer davranışları besler. Türkiye’de yapılan tecavüz ve ilgili önyargılar ve tutum çalışmasında bu sorunun ipuçları var. Adı geçen çalışmada örnekleme polis, hakim, tıp öğrencisi, doktor gibi tecavüz sonrası karşılaşılacak meslek grubundan kişiler oluşturmaktadır. Yanıtlar dereceleri değişerek erkeklerde daha baskın olarak mağduru az çok sorumlu ve suçlu bulma eğilim görüldü. Bu durum bize tecavüz mücadelesinde toplumsal haberdarlık çalışmalarını önemine işaret eder (Akvardar ve Yüksel’in 1992, Gölge’nin 2000)

Her sosyo-ekonomik düzeyden milyonlarca kız çocuğu, ergen ve genç erişkin yaşamlarının bir devresinde tanıdıkları birinin cinsel tacizine uğramaktadır

Cinsel tacizin istenmeyen her çeşit cinsel temas veya tehdit, tecavüz, tecavüz girişimi gibi birçok şekli vardır.



Cinsel taciz: Taraflardan birinin rızası dışında uygulanan her çeşit cinsel davranıştır. Çocuklar söz konusu olduğunda rıza bakılmaz. 18 yaşından küçüklere uygulanan her çeşit cinsel davranış taciz olarak değerlendirilir. Hareketlerin tek sorumlusu bu hareketleri uygulayanlardır.

Ensest: Ana-baba otoritesine sahip bir erişkin ile bir çocuk veya ergen arasındaki her çeşit cinsel ilişkidir. Önemli olan aradaki kan bağı değil, erişkinin anne-baba hakimiyeti, gücü ve çocuğun bağımlılığıdır. Cinsel ilişkiden kast edilen de gizli tutulmaya çalışılan bütün cinsel içerikli temaslardır. Psikolojik olarak temasın gerçek doğasından çok, cinsel motivasyonu ve saklı tutulması önemlidir.

Evlilikte Tecavüz: Sevgili, eş veya eski sevgilinin, boşanmakta olan eşin zorlayıcı ilişkisi veya birliktelikte olan taraflardan birinin zorlaması ile gerçekleşen ilişkilerdir. Evlilik sadece iki kişi arasında hukuki, sosyal bir anlaşma değil aynı zamanda o kişilerin birbirine duygusal olarak bağlı olduğu, karşılıklı bakma ve koruma sözü verdiği ve cinselliğin, “yasal” olarak yaşandığı bir kurumdur. Bu tanımlarla evlenirken birbirine güvenen ve güvenilir olmaya söz veren kişilerin bu kuruma adım attıkları varsayılmakta. Bu çerçevede değerlendirdiğimizde, eşten cinsel şiddetin olması durumunda kişiler diğer cinsel şiddet türlerini yaşayanlardan daha katmerli zorluklar ve çelişkiler yaşayacakları aşikârdır. Buna Randevu tecavüzü (date rape), yakın ilişkide şiddet (intimate partner violence) gibi farklı adlar da verilir (Russell, 1982-1990).

Türkiye’de yaşanan bir başka sorun geleneksel çevrelerden gelen genç kadınlar bazen kandırarak bazen zorla /tecavüz edilerek cinsel ilişkiye zorlanabilirler. Travmatik bir biçimde cinsellikle tanışan bu genç kadınlara daha sonra aynı kişi, yavuz hırsız bir tutumla, “bakire olmadığını ailene söylerim”

tehdidi ile cinsel, fiziksel ve maddi olarak çıkar sağalmaya çalışabilmektedir.

Tecavüz: Fizik zorlama ile zarar verme, yaralama, öldürme tehdidi ile veya ruhsal hastalık, zihinsel gerilik ve ilaç, madde etkisi ile yargılama yetisinin olmadığı durumda bir çocuğa, ergene veya yetişkine cinsel girişim. Bu tanım vaginal, anal, oral giriş ve giriş girişimlerini kapsar

Cinsel saldırıların sıklığı

Amerikan Adalet Bürosunun 2005 de yayınladığı sonuçlara göre 2003 yılında 12 veya daha büyük yaşta her 1000 kişiden biri tecavüz veya cinsel taciz mağdurdur. 2003 yılı boyunca cinsel taciz veya tecavüz mağduru on kişiden yaklaşık yedisi tanıdıkları veya eşleri tarafından taciz edilmişler. 2002 yılında yaklaşık 494,570 kadın tecavüz veya cinsel tacize uğramış. Dikkatle değerlendirilmesi gereken bir nokta, Kilpatrick ve ark 1992 yaptığı tarama 15 yıl sonra yeniden yapıldığında oranın azalmadığını bulmuştur. Tek fark alkol ve madde etkisinde olup durumu değerlendiremeyecek durumda olan mağdurların oranı daha yüksek olduğu görülmüştür.

Türkiye’de evlilik içinde tecavüzün sıklığı konusunda sınırlı çalışma var. Türkiye’de evli kadınlarda cinsel şiddetin sıklığını araştıran çalışmalarda farklılık gösterdiği görülmektedir. Bunun nedeni aile içi şiddetin rutin olarak değerlendirilmemesi, standart bir değerlendirme yönteminin kullanılmaması, araştırmacıların cinsel şiddeti inceleyen sorularında farklar olduğu gibi görülen kişilerin zorla cinsel ilişki anlayışındaki farklarla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Adana’da eşin kadına uyguladığı cinsel şiddeti 395 kişide incelenmiş ve kadınların % 18’i cinsel ilişkilerin sürekli olarak zorla olduğunu belirtmiştir. Bu grup içinde yer alan kocaların % 8.4’ünün aşırı kısıkanç olduğunu ve cinsel şiddete maruz kadınların nerede ise tümünün ileri derecede fiziksel şiddete de maruz kaldığını belirtmiştir. Yazar çalışmasının kadınların evlerinde ve yüzyüze görüşme ile yapmış olmasına rağmen kadınların yaşadıkları diğer şiddet türlerine göre cinsel şiddeti konuşmaktan kaçındığına dikkat çekmektedir (Savaş 2003).

Bir psikiyatri polikliniğine başvuran kadınların eşinin şiddet kullanıp kullanmadığı ve varsa ne tür şiddet kullandığı araştırılmıştır. Fiziksel şiddet yaşadığını bildiren her beş kadından biri aynı zamanda cinsel ilişkiye zorlandığını belirtmiştir. Güneydoğu Anadolu bölgesinde kadınlarla yaptığı bir taramada evli kadınların yaklaşık yarısının fiziksel şiddet yaşadığını ve bunların yarısının (%51) inin aynı zamanda eş tecavüzü de yaşadığını bildirir. Kadınların ve eşlerinin eğitim düzeyi yükseldikçe şiddet oranının düştüğünü belirtir (Yüksel ve Dişçiğil 2004, İlkaracan 2001).

Kadına yönelik şiddet bir sağlık sorunudur, cinsel saldırılar ruh sağlığını etkiler, travma ile ilişkili ruhsal sorunlara neden olur.

Bazı cinsel şiddet mağdurları diğerlerine göre olayın etkileriyle çok daha çabuk baş edebilirken bazı mağdurlar uğradıkları travmatik olayın etkilerini yaşamları boyunca taşırlar. Cinsel



taciz sonrasında mağdurun yaşı, gelişimsel olgunluğu, mağdurun ulaşabileceği sosyal destek sisteminin varlığı / yokluğu, saldırganla yakınlığı- ilişkisi, olayın sıklığı, şiddeti, süresi, olayın gerçekleştiği yer, şiddetin düzeyi, yaralanmanın olması, mağdurun olayla ilgili değerlendirmenin yapıldığı karakolda polislin yaklaşımı, tıbbi değerlendirmenin yapıldığı yerde, tıbbi personelin tutumu, yasal, adalet sisteminin tepkisi, yakınlarının ve bulunduğu çevrenin tutumu ve travmatik olayın cinsel taciz mağduru için anlamına göre tacizin etkileriyle ve baş etme şekilleri farklılaşır. Çocukluk çağında, erken devrede yaşanan cinsel travmaların kişileri farklı ruhsal sorunlar ve problemler için riskli kıldığı bilinmektedir (Koss & Harvey, 1991).

Cinsel istismarın ardından bedensel ve psikolojik geniş bir yelpaze içinde değişen belirtiler ortaya çıkabilir. En sık rastlanan sorunlar: Bedensel etkiler: Acı, ağrı, yaralanma, bulantı, kusma-başağrısı, kanama, düşük; Psikolojik etkiler: Şaşkınlık, tedirginlik, depresyon, donukluk, duyarsızlık, kâbus, olay tekrar oluyormuş gibi hissetme, unutkanlık, dikkatini yoğunlaştırma zorluğu, cinsellikten kaçınma, iğrenme ve cinsel isteğin ve ilginin azalması, uyum bozukluğu, güvenlik kaybı, suçluluk, utanç, intihar, alkol-madde kötü kullanım, kendine zarar verme davranışı, tedirginlik, uykusuzluk.

Tecavüz ve cinsel istismar ardından en sık görülen hastalıklar olarak Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Depresif Bozukluklar, Kaygı Bozukluğu, Somatoform Bozukluk ve Madde-alkol Bağımlılığı, Cinsel İşlev Bozukluğu sayılabilir.

Karmaşık ve Uzamış Travma Sonrası Stress Bozukluğu: Tekrar eden saldırı durumlarında mağdur kendini ve ortamını değiştirme denemelerinde başarısız olduğunda güçsüzleşir ve bunu hiçbir koşulda değiştiremeyeceğinin çaresizliğini öğrenir. Herman (1992) Klasik TSSB tanısı bu durumda yetersiz kaldığını belirten yılında Karmaşık ve Uzamış Travma Sonra-

sı Stress Bozukluğu'nu tanımlamıştır. Bu hastalıkta TSSB'nun tekrarlama, kaçınma ve aşırı uyarılma gibi üç klasik grup belirtisinin dışında duygu durum oynamaları, kişilikte değişimler, dissosiyasyon, bedensel belirtilere de yer almaktadır.

Riskler bazen öldürücü olur

Özellikle uzun süreli evli olan kadınların kendilerini tek eşli ve risk altında görmemesi ve onların cinsel yolla bulaşan hastalıklara ve AIDS için riskli kılar. Amoro'nun (1995) işaret ettiği gibi birçok kadın eşlerinin cinsel ilişki teklifini yeniden şiddete uğramaktan korkarak kabul etme eğiliminde olup koruma uygulamayı düşünmez veya önerdiği taktirde zarar göreceği endişesini taşırlar. Ayrıca, eşlerinin başka partnerleri olduğunda onlara itiraz etmeleri veya kondom kullanmalarını istemeleri korkuları nedeniyle zor olur. WHO'nun, ilgili uzmanların yaptığı bir toplantıda "Şiddet ve HIV ve AIDS çalışmalarında öncelikli araştırma alanları" olarak benimsenmiştir (WHO 2002).

Bir diğer risk, öldürülen kadınların katili sıklıkla eşleri veya eski eşleri olduğu bilinmektedir. Dünyada ve Türkiye'de bir kadın cinayete kurban giderse katilin en sık olarak ayrılmakta olduğu kocasının/sevgilisinin veya halen birlikte olduğu kocası/sevgilisi olduğunu biliyoruz. Türkiye'de bu konuda çok az çalışma var. Kolburan ve Ziyalar'ın (2001) eşini öldüren 140 koca ile yaptıkları çalışmada erkeklerin %70'ünün işledikleri suç için ceza ehliyetine sahip olduğunu bildirmektedir.

Cinsel saldırıya maruz kalan kişilerin tıbbi değerlendirmesi önemlidir

Hekimin veya ilgili sağlık görevlisinin tacizin açıklanmasında empatik, destekleyici ve değerlendirme sürecinde yargılayıcı olmadan iletişime açık kabullenici ve saygılı bir dinleyici olması önemlidir.

Tecavüz sözkonusu olduğunda hastanın bakış açısından öznel deneyimlerin yaşadığı tacizle ilgili duygularının, korkularının, kaygılarının normal tepkiler olduğunu belirtilerek konuşmaya ve kendini ifadeye cesaretlendirilmeli. Mahremiyet için özen gösterilmeli. 18 yaş üzerindeki mağdurların aile üyeleriyle bağlantı kurmak için daima onun onamı gerekir.

Mağdur 18 yaş altında ve kendi karar verecek yeterlikte değilse ve adli bir durum varsa bilginin en azından bir bölümünün gizli kalmayacağı görüşme sırasında açıklanmalıdır. Mağdurun güvenliği, saldırganla hala ilişkisinin olup olmadığı, saldırganla mağdurun ortak kullandıkları araba, aynı ev ve çevrede yaşayıp yaşamadıklarının belirlenmesiyle mümkün olabilir. Özellikle, cinsel saldırıyı yaşayan mağdurun, giderek varlığı daha açığa çıkan, "namus koruma adına" öldürülme riskinin araştırılması ve gerektiğinde koruma alınması için yasal başvurular ihmal edilmemelidir. Bu ihmalin bedeli kişinin ölümü olabilir. İlk değerlendirilmesinden sonra mağdur psikolojik destek için yönlendirilmeli, kriz değerlendirilmesi yapıp, mağdurun eşi, ailesi mağdurun izniyle durumdan haberdar edildiyse onlara da bilgi verilmelidir.

Türkiye’de Başvurulabilecek Kadın Merkezleri

| İL | KURULUŞ/GRUP/KURUM ADI | TELEFON | MAİL |
|------------|--|-------------------------------|--|
| ADANA | AMARGİ KADIN KOOPERATİFİ | 0322 363 30 02 | katagi_2001yahoogroups.com |
| ADANA | AKDAM ADANA KADIN DANIŞMA MERKEZİ VE SİĞİNMAEVİ | 0322 459 73 93 0322 351 89 01 | |
| ANKARA | KADIN DAYANIŞMA VAKFI | 0312 430 40 05 | kadind.vakfi@ttnet.net.tr |
| ANKARA | ŞHÇEK GENEL MÜDÜRLÜĞÜ | 0312 232 26 07 | |
| ANTALYA | ANTALYA KADIN DANIŞMA VE DAYANIŞMA MERKEZİ | 0242 248 07 66 | kadinmerkezi@superonline.com |
| ANTALYA | ŞHÇEK | 0242 244 69 11 | |
| BATMAN | BATMAN BELEDİYESİ-TİLDA | 0488 215 87 54 | |
| BİNGÖL | KAMER-BİNGÖL | 0426 214 50 01 | bingolkamer@superonline.com |
| BURSA | BURSA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ YG21 | 0224 223 44 61 0224 220 95 99 | bursayg21@yahoo.com |
| BURSA | ŞHÇEK | 0224 225 55 39 | |
| DENİZLİ | ŞHÇEK | 0258 263 67 72 | |
| DİYARBAKIR | EPI-DEM KADIN EĞİTİM VE PSİKOLOJİK DANIŞMA MERKEZİ | 0412 223 51 20 0412 228 96 53 | epidem@mynet.com |
| DİYARBAKIR | KAMER-DİYARBAKIR | 0412 228 10 53 | d.kamer@superonline.com |
| DİYARBAKIR | DİYARBAKIR BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ – DİKASUM | 0412 228 56 84 0412 229 48 80 | dikasum@hotmail.com |
| HAKKARİ | KAMER | 0537 248 65 69 | etanyurek@hotmail.com (Emine Tanyürek) |
| İSTANBUL | MOR ÇATI KADIN SİĞİNAĞI VAKFI | 0212 292 52 31 0212 292 52 32 | morcati@ttnet.net.tr |
| İSTANBUL | ŞAHMARAN KADIN DAYANIŞMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ | 0216 573 74 33 | sahmaran_k@ttn.net |
| İSTANBUL | İSTANBUL BAROSU KADIN HAKLARI UYGULAMA MERKEZİ | 0212 292 77 39 | |
| İZMİR | ŞHÇEK | 0232 441 53 04 0232 446 33 52 | |
| İZMİR | ALİAĞA BELD. KADIN SORUN. DANIŞMA DAYANIŞMA MERK. | 0232 616 19 80 0232 61619 24 | |
| KOCAELİ | DEĞİRMENDERE KADIN DESTEK MERKEZİ | 0262 426 01 66 | kdm_ddere@yahoo.com |
| MARDİN | KAMER-MARDİN | 0482 212 23 53 | mardinkamer@superonline.com |
| VAN | VAN KADIN DERNEĞİ | 0432 215 99 76 0432 215 99 77 | vankadindernegi@hotmail.com |

Cinsel taciz sadece mağduru etkilemez, aynı zamanda ailesini, sevenleri ve toplumu da etkiler. Mağdurun yakınları saldırıdan sonra yalnız sevdiklerine yardım etmekle kalmaz aynı zamanda önem verdikleri kişinin yaşadıkları ile ilişkili kendi sorunlarının üstesinden gelmeye çalışırlar. Bu durum yakınların mağdurla benzer duyguları yaşamasına neden olur ve onların da desteğe ihtiyacı olabilir. Mağdura destek olurken onu yargılamadan dinlemeli, tacizin kendi suçları olmadığı, zarardan korunmak için yaptıklarının gerekli ve doğru olduğu belirtilmeli, mağdur tıbbi değerlendirme için cesaretlendirilmeli, eğer mümkünse tacizi avukatla, ruh sağlığı uzmanıyla veya güvendikler kişilerle konuşması için cesaretlendirilmelidir.

Cinsel saldırıya maruz kalan kadın nasıl kuvvetlendirilir

Cinsel bir saldırı maruz kalan kişilerin (ruh) sağlığı hizmetlerinde benimsenecek temel ilkeler: 1. Değer standartları: ilk adım şiddetin durdurulması, güvenliğin sağlanması; 2. Program standartları: her sağlık kurumunda veya özel sağlık biriminde görevliler cinsel saldırı yaşamış olan kişiler başvurduğunda tıbbi, psikolojik, adli ve gerektiğinde alternatif yaşam olanakları sağlanması.

Belgeleme- Rapor

Cinsel şiddete maruz kalan kadınların yaşadıkları şiddetin psikolojik izlerinin varlığının raporlarla belgelenmesi, bilirkişilik yapılması da yer almaktadır.

Yasal şikâyette bulunma gücüne sahip olan mağdurlar süreç zorlu olsa da saldırganın yargılanması ve uğradıkları haksızlık kanıtlanıp suçluların cezalandırılmasını ruhsal iyileşme dönemini de olumlu yönde etkilemektedir

Korunma ve işbirliği

Özel alanda evde şiddete maruz kalan kadınların güvenliğinin sağlanması ve korunabilmeleri ölüm-kalım derecesinde kritik bir konudur. Çaresizlik içindeki mağdur kadınlar ruh sağlığı hizmeti verenlerden kendilerini korumalarını ve kurtarmalarını isterler. Aynı zamanda, şiddet mağdurları güvenlik nedeni ile / veya maruz kaldıkları şiddeti gizlemek amacı ile şiddetin gizli kalmasını isterler. Görüşmelerin mahremiyetinin muhafaza edilmesi gereklidir. Ama çok kez yıllarca süren ve tekrarlayıp duran bu tür olayları hiç kimse tek başına halledemez. Olayla ilgili olarak çalışan ve yararlanılabilecek kuruluşlar işbirliği içinde kullanılmalıdır. Belediyelerin 50.000 nüfusa bir sığınak sağlanması gerektiği halde Türkiye’de bugün mağdur kadınların gidebileceği yeteri sayıda sığınak maalesef yok.

Cinsel saldırı yaşayan kişilerin sağlıkçılar tarafından tanınmasının engelleri ?

Bir hastalıktan korunmanın ilk basamağı hastalığın varlığının bilinmesidir. Tekrar altını çizmek isterim ki; hangi tedavi seçilirse seçilsin kişinin güvenliğinin sağlanması şarttır. Güven-

liğin sağlanamadığı bir ortamda hiçbir tedavi etkin olamaz. Güvenliğin sağlanması sağlık çalışanları tek başına sağlayamaz. Kimlerle ilişki kuracağını bilmelidir. Sağlık personeli ve doktorlar cinsel saldırı yaşamış kişileri çok farklı koşullarda ve devrelerde görebilir.

Cinsel taciz ve tecavüzde yapan değil yaşıyanın damgalanması olayın gizli kalmasına neden olup, açıklamayı ve yardım almayı engelliyor. Acil başvurular arasında kafa travması, intihar girişimi, kanama ile gelebilirler. Şiddet içeren cinsel saldırıdan yıllar sonra farklı ruh sağlığı sorunları veya cinsel sorunlarla karşıma çıkabilir. Hangi koşulda ve devrede olursa olsun başvuruların çok kere cinsel saldırıyı açıklamadığı biliniyor. Kadına yönelik şiddet ve özellikle aile içi şiddetin sağlık sorunları ile doktora başvuran kadınlar arasında gizli kalmasını engellemek amacıyla rutin olarak şiddetin taranması gerektiğine dikkat çekilmekte. Özellikle genel ve ruh sağlığı acil polikliniklerine başvuran kadınlarda rutin olarak sorgulanmalıdır.

Önleme ve öneriler

Birincil koruma: Uzun süreli toplumsal değişimler

Medyada, cinsiyet rollerine ilişkin beklentiler cinsiyetçilik ve ayrımcılıkla ve kadınlara yönelik cinsel saldırılar arasındaki bağı ortaya koyan, şiddetin olumlu olarak algılanmaması için neden olduğu sonuçları ortaya koyan programların yapılması. Ergenlerde cinsel taciz öyküsünün önünü yol yakınken kesmek gerekir. Bu amaçla okullarda ve kamu iletişim araçları ile yaygın eğitim yapılmalı.

Cinsel istismarın bir cinsellik değil saldırganlık olduğu bilgisi yaygınlaştırılmalı, okullarda, çatışma, problem çözme ve öfke yönetimi yeteneklerini geliştirmeye yönelik programlar düzenlenmesi. Geleneksel cinsiyet rollerine ilişkin beklentileri ortadan kaldıracak eğitim programları düzenlenmesi. Din adamları tarafından kadına yönelik şiddet ve özellikle aile içi şiddetin ahlak dışı olduğuna ilişkin vaazlar verilmesi. Sağlık görevlileri, sosyal hizmet çalışanları, polis ve yargıçlara yönelik disiplinler arası eğitim programları düzenlenmesi.

İkincil koruma: Kişisel ve çevresel planlama ve risk gruplarına odaklanma

Tüm ülkede geçerli, 24 saat açık, ücretsiz telefon hattını kurulması.

Bağımsız kadın sığınma evleri ve benzeri sivil toplum yapılanmaları için devletin destek olması. Cinsel şiddet yaşayan kadınların desteklenmesi. Sağlık, sosyal ve yargı uzmanlarının katkısı ile risk değerlendirmesini de içeren bir tarama formu veya protokolü geliştirilerek uygulanması. mağdurları desteklemek bir kamu görevidir. Bu amaçla kaynak ayrılmalıdır.

Üçüncül koruma: Kriz müdahalesi ve erken devrede tedaviler

Psikiyatri polikliniğine başvuran her hastanın AİŞ taraması, sağlık kurumuna başvurunun, kadına yönelik şiddet vakalarının ortaya çıkarılması için bir fırsat olduğunun hatırlanma-

sı. Müdahale sırasında mağdurların korunması ve kendilerini koruyabilmeleri için desteklenmesi. Mağdurlara yönelik psikolojik, hukuksal, sosyal ve gelir desteği için gerekli yönlendirmenin yapılması.

Cinsel tacizin daha yüksek oranda olduğu bilinen, yoksulluk, göçmenlik gibi, risk gruplarda taramalar yapılmalı,

Cinsiyetçi bakış ile toplumsal rolleri nedeniyle güçsüz konumda olan kadınlara şiddetten koruma ve tedavisindeki yeri ile ilgili cinsiyete duyarlı programlar-stratejiler geliştirilmeli,

Tacize uğramış olan kişilerin kriz sonrası ve uzun dönemde başvurabileceği merkezler olmalı aynı zamanda kolay ulaşılabilir olmalı,

Cinsel tacizin yetkilere bildirilmesi ve sorumluların izlenmesi sağlanmalı. Affedilmemeli ama cinsel suç mağdurlarını ve saldırganları tedavi programları sistemli olarak düzenlenmeli, olanların sayısı arttırılmalı. ■

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- Akvardar Y., Yüksel Ş. (1993)Cinsel tecavüze uğrayan kişilere karşı alınan tavır Nöropsikiyatri Arşivi 30, 347-351
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. (DSM-IV). Washington. DC, American Psychiatric Association.
- Amaro H (1995) Love, Sex, and Power; Considering women's realities in HIV preventio. American Psychologist. 50, 437-447
- Bureau of Justice Statistics (2005) <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/cvictgen.htm> Victim/offender relationship U.S. Department of Justice.
- Gölge B. 1997. Irza Geçmeye ilişkin mitlere ilgili meslek gruplarının bakış açısı. İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü. (Yüksek Lisans Tezi).
- Herman J 2007 Travma ve İyileşme. Literature Yayınları . İstanbul
- İlkaracan, P. (2003)Müslüman toplumlarda kadın ve cinsellik. Kadının İnsan Hakları İçin Kadınlar, İstanbul, İletişim Y.
- Kolburan ve Ziyalar (2001) adli Tıp Dergisi 15, 19-28
- Mojab S, Abdo N. 2004 Violence in the Name of Honour. İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları 86.
- National Center for Victims of Crime & Crime Victims Research and Treatment Center. (1992). Rape in America: A Report to the Nation. Arlington, VA
- Russell D.E. H. (1982-1990) Rape in Marriage.Indiana University Press, Revised Edition Bloomington and Indianapolis
- Savaş N: Doğanekent Sağlık Eğitim Araştırma bölgesindeki 15-19 yaş kadınların ruh sağlığı ve aile içi şiddete maruz kalma açısından değerlendirilmesi tez
- Sezgin,U., Yüksel Şahika 2005 Cinsel Taciz, CYBH ve AIDS. AIDS ve Cinsel Sağlık, Kasım 2005, yayına hazırlayan Atamer Şimşek Ş, Badur S 173-185, AIDS Savaşım Derneği Yayını
- Yüksel Ş. 2001. Kadın, Cinsiyetçi Şiddet ve Ruh sağlığı. 3 P Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi. Kadın Ruh Sağlığı . 9, 625-631
- Yüksel Ş, Genç Dişçigil A Cinsellik ve Cinsel Tedaviler V. Ulusal Kongresi: Farklı Yüzleriyle Cinsellik. 24-26 Mayıs, 2004 İstanbul (Evlilik içi cinsel şiddete maruz kalan kadınlarda cinsel sorunlar ve Cinsel İstismarı olanlarda seks tedavisi
- Yüksel Ş. (1993) Ensestin tanınması ve değerlendirilmesi Nöropsikiyatri Arşivi. 30; 352-356.
- WHO Violence Against Women end HIV/ AIDS, meeting report (2000) 23-25 October Geneva. Switzerland P10
- World Health Organization, World Report of Violence and Health, Geneva 2002, www.who.int/violence

Travmatik Küre: Dünya!

Yrd. Doç. Dr. Altan Eşsizoglu

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Diyarbakır

Bu konuşma 7-9 Aralık 2007 tarihleri arasında İstanbul'da düzenlenen V. Uluslararası Ruhsal Travma Toplantısı'nda sunulmuştur. Ana başlığı "yaraları deşmek, yaraları sarmak" olan bu toplantıda yapılan bu sunum yaraların deşilmesi kısmına daha çok vurgu yapmıştır. Çünkü yaraları sarabilmenin önemli bir bölümünü yaraların deşilebilmesinden geçtiğine inanmaktayım.

Truva savaşı sırasında Truva prensi Hektor'un cesedinin atlar tarafından sürüklendiğini gören eşi Homeros'un İlyada'sında şu şekilde tepki vermiştir: "Surlara varınca insan kalabalığını gördü, durdu, bakındı duvardan aşağı, sürükleniyordu Hektor kentin önünde, acımadan sürüklüyordu dörtmala koşan atlar Akhalar'ın koca karınlı gemilerine doğru. Bürüdü gözlerini kapkara bir gece, yıkıldı arkaya, can verir gibi düştü. Başından yere attı parlak şeritlerini, örgülü saç ağlarını, tacını attı..."

İnsanlık tarihi, "ön insan" topluluklarından Homo Sapiens'in ortaya çıkmasıyla başladı. Zamanımızdan 100.000 yıl kadar önce Afrika'da avcı takımları halinde dolaşmaya başlayan insanların günümüz insanından biyolojik açıdan hiçbir farkları yoktu. İnsan yavrusunun büyüme ve kendine yetebilme süresinin uzamasıyla zihinsel kapasitesi gelişmesiyle ve çevresel koşulların zorlamasıyla insan türünün uyum sağlama yetisi daha da gelişmeye başladı. İnsan araç gereç yapımı konusunda ustalaştı. Bu çağlarda avcı toplulukları birbirleri ile nadiren karşılaşıyorlardı ve karşılaşmaları işbirliği ile sonuçlanıyordu.

İ.Ö. 4000'li yıllarda aşağı Mezopotamya'da tarım uygulamaları gelişmeye ve bununla birlikte yerleşik yaşam biçimleri oluşmaya başladı. Sümerler tarım alanındaki gelişmeyi sulama kanallarının oluşturulmasına kadar vardırıdılar. Zengin toplulukların ortaya çıkması hem bu toplulukların kendi içlerinde çatışmalarına hem de doğudan ve batıdan gelen ilkel toplulukların saldırılarına maruz kalmalarına neden oldu. Böylelikle halen üzerinde yaşadığımız küreyi sancılar içerisinde kıvrandıran savaşlar başlamış oldu.

Birbirlerinden farklı yaşam biçimleriyle ayrılan ve sayıları pek çok olan insan toplumları insanlık tarihi boyunca var olagel-

miştir. Uygarlıklar yüzlerce dahası binlerce kilometrelik bölgeleri içine alan ve birey yaşamının süresiyle ölçüldüğünde çok uzun dönemleri kapsayan, milyonlarca kişinin yaşamını gevşek, yine de tutarlı bir yaşam biçimi içinde ören son derece büyük toplumlardır. Uygarlıklar çok büyük ve çok uzun yaşamlı toplumlar olmaları nedeniyle sayıları çok değildir. Eski dünyada dörtten çok birbirinden farklı uygarlığın bir arada var olduğu görülmemiştir. Yenidünyada ise üçü geçmez. Uygarlıklar büyümek için savaşlar yoluyla büyük felaketlere yol açmış, bu büyük uygarlıkların parçalanmaları ise yeni yıkımları beraberinde getirmiştir.

Tüm insanlık tarihi boyunca yaşanan savaşlar, geçtiğimiz yüzyıl ve içinde bulunduğumuz binyılın ilk bölümü kadar yıkıcı olmamıştır. Geçtiğimiz yüzyılda perde I. Dünya Savaşı ile açılmıştır. Bu savaşta milyonlarca insan yaşamını kaybetmiş, onlarca kent harabeye dönmüştür. Yaşamını kaybedenlerin %5'i sivil insanlardan oluşmuştur. Bu savaşın etkileri henüz tam olarak silinmemişken yaşlı küremiz her metrekaresini kana bulayan ikinci bir savaşa sahne oldu. II. Dünya Savaşı'nda 57 milyondan fazla insan yaşamını kaybetti ve 6 milyon insan ise sadece Yahudi oldukları için sistematik bir şekilde öldürüldü. Böylece dünya dillerine yeni bir kavram kazandırılmış oldu: Soykırım.

II. Dünya Savaşı içerisinde yaşanan iki olay savaşların ne kadar yıkıcı olabileceklerini bizlere açık bir şekilde göstermiştir. Bunlardan birincisi 6 Ağustos 1945'te Hiroşima'ya ve 9 Ağustos 1945'te Nagasaki'ye atılan atom bombalarıdır. Enola Gay ve Bockscar isimli uçaklardan atılan bu iki bomba patlama, ısı, radyasyon gibi etkileriyle 100 binin üzerinde insanın ölümüne neden oldu. İkincisi ise 10 Mart 1945'te gerçekleştirilen Tokyo bombardımanıydı. ABD tarafından 24 Eylül 1944'ten itibaren Tokyo'ya hava saldırıları başlatıldı. İlk başta saldırılar sadece askeri bölgelere yapılıyordu. Ama beklenen sonuçlar alınamayınca, Amerika Ordusu asker sivil ayırımı yapmaksızın saldırılara başladı. Saldırının hazırlıkları uzun zaman aldı ve oldukça ince planlanmıştı. Japon evleri tahta ve kağıt ağırlıklı yapıldığı için buna özel uyum sağlamış bombalar ya-



DÜN: 1945...

BUGÜN: 2009...

pılmaya başlandı. Teksas çöllerinde Japon şehri maketi kurularak bombaların etkisi test edildi. Tarih içinde Japonya’da çıkan yangınların çok rüzgarlı ilkbahar mevsimine rastladığı incelemeler sonucunda bulunarak, büyük hava saldırısı başlangıç günü olarak aynı zamanda kara kuvvetlerinin kuruluş yıldönümü olan 10 Mart seçildi. Büyük saldırıdan önce insanlar kaçmasın diye saldırı yapılacak alanın çevresine öncü bir bombalama yapıp ateşten bir duvar oluşturularak kaçış yollarını kesildi. 300’den fazla B29 ağır bombardıman uçağı yüzeyi yalayan bir yakınlıktan geçerek saldırıya başladı. 1 metrekareye 3 bomba, toplam 2000 ton bomba bırakıldı. Bombardımanın başlamasının ardından, rüzgarın etkisiyle birlikte bütün şehir bir yangın denizine dönüştü. Kaçmaya çalışan insanlar, ateşe değmeseler bile yangınlardan kaynaklanan yüksek sıcaklığın yaydığı sıcaklık radyasyonu sebebiyle, saç ve elbiseleri kendiliğinden alev almaya başlamasıyla yandılar. Bu şekilde bir gecede 100 bin kadar insan yaşamını kaybetti. II. Dünya Savaşı’nda yaşamını kaybedenlerin yaklaşık yarısını sivil insanlar oluşturuyordu.

Vietnam Savaşı uzun ve kanlı bir savaş oldu. Hanoi Hükümeti, 21 yıl süren çatışmalarda kuzey ve güney Vietnam’da toplam dört milyon sivil ile bir milyondan fazla komünist savaşçının hayatını kaybettiğini ilan etti. ABD’nin verilerine göre ise, 200 ile 250 bin Vietnamlı asker ile 53 bin 200 Amerikan askeri öldü ya da kayboldu. Vietnam Savaşı yaşamını kaybedenlerin %80’ini sivillerin oluşturduğu kanlı bir savaştı. Adı ilk olarak Vietnam Sendromu konulan Post Travmatik Stres Bozukluğu bu savaşla tanımlandı.

Sabra-Şatila’da Eylül 1982’de İsrail güçleri ve Falanjistler üç günde binlerce kişiyi öldürdü. Türkiyeli şair Hasan Hüseyin Korkmazgil Filistinlilerin uğradığı zulmü kastederek İsraililere “aslanı kaptırdıkları etlerini güvercinden çıkarırlar” şeklinde sesleniyor. O zaman altı yaşında olan Naval Ebu Rudeyna yaşananları şöyle anlatıyor: “İsraililer havayı aydınlatan fişekler attı. Ortalık gündüz gibi aydınlıktı. Bir Lübnanlı kadın Hıristiyan milislerin hepimizi öldürmeye geldiğini haber verdi. Babam ona ‘Sus çocukları korkutuyorsun’ dedi, ama o ısrar etti. Çığlıklar ve ‘Siz teröristsiniz, sizi yok edeceğiz’ diyen sesler duyduk.” Aralarında babası,

karnı değilerek bebeği çıkarılan hamile ablasının bulunduğu 16 akrabası öldürülen Rudeyna, “Uyuşturucu almışlardı, yerde şırıngalar vardı. Her adım attığımızda cesetlerin üzerine basıyor veya bir komşu ya da bir akraba görüyorduk” şeklinde anlatıyor.

Kimyasal silahlar kullanılarak büyük çaplı ölümlere sahne olan başka bir kent ise Halepçedir. İran-İrak Savaşı’nın sekizinci yılında Enfal Operasyonu kapsamında gerçekleştirilen Halepçe Katliamı’nda, binlerce Kürt korkunç şekilde yaşamını yitirmiştir. 16 Mart 1988’de gerçekleştirilen katliam sırasında İran sınırına yakın bir bölgede bulunan Halepçeliler, Irak ordusunun yaptığı hava bombardımanından sonra sığınaklara çekildilerse de bir süre sonra helikopter ve uçaklardan atılan kimyasal gazlardan kendilerini kurtaramamışlardır. Saldırılarda en az 5,000 sivil ölmüş, 10,000’den fazla sivil yaralanmıştır. O yıl 15 yaşında olan Nesrin Abdülkadir Muhammed isimli bir kadın, Irak Askeri Kuvvetleri helikopterlerinin Halepçe’ye napalm bomba attığı sırada, ailesiyle beraber yaşadıklarını bir gazeteciye anlatmıştır: “Bombalama sonunda ses değişti. Artık ses eskisi kadar yüksek değildi. Sanki patlamaksızın düşen metal parçaları gibiydi. Bu sessizliğe bir anlam veremedik. Başlangıçta çöp gibi kötü bir kokuydu. Sonra elma kokusu gibi güzel bir kokuya dönüştü. Ardından yumurta gibi koktu. Çok sessizdi, ama hayvanlar ölüyordu. Koyunlar ve keçiler ölüyordu. Herkese yanlış giden bir şeyler olduğunu söyledim. Havada ters giden bir şeyler vardı. Rahatsızlanmaya başlasak da saklanmaya devam etmeye karar verdik. Gözlerimde çok şiddetli bir acı hissettim. Kız kardeşim yüzüme yaklaştı ve ‘gözlerin kıpkırmızı’ dedi. Sonra çocuklar kusmaya başladılar. Çok fazla acı çekiyorlar ve sürekli ağlıyorlardı. Annem ağlıyordu. Sonra yaşlılar kusmaya başladı. Havada kimyasal maddeler olduğunu anlamıştık. Gözlerimiz gittikçe kızarıyordu ve bazılarımızın gözleri yaşarıyordu. Kaçmaya karar verdik. İneğimiz bir köşede yatıyordu. Koşuyormuş gibi hızlı hızlı nefes alıyordu. Sonbahardaymız gibi ağaçların yaprakları dökülüyordu. Keklik ölmüştü. Etrafta yere çöken duman bulutları vardı. Çocuklar yürüyemiyorlardı, çünkü rahatsızdılar. Kusmaktan bitkin düşmüşlerdi. Onları kollarımızda taşıdık.”

**DÜN: 1945...****BUGÜN: 2009...**

1994 yılında yaklaşık yüz gün içinde 800.000 Tutsi ve ılımlı Hutu, aşırı uç Hutular tarafından öldürüldü. Katliam, Tutsi destekli Ruanda Vatansever Cephesi'ne bağlı güçlerce, Hutu ağırlıklı hükümetin düşürülmesi ile son buldu. Ardından yönetimden güç alan Tutsilerin öç bahanesiyle saldırması sonucu yüz binlerce Hutu, komşu Kongo Cumhuriyeti'ne sığınarak mülteci konumuna düştü.

Heyecanla girdiğimiz yeni binyıl savaşların son bulmasını sağlamak bir yana yeni savaşların hazırlayıcısı oldu. Mart 2003'te başlayan savaş şimdiye kadar yaklaşık 700 bin insanın ölümü-

ne neden olan Irak işgali yeni binyılın ilk yıllarının kırmızıya boyanmasına neden olmakta ve halen her gün onlarca insan hayatını kaybetmesine neden oluyor.

Kendisi de bir hekim olan Ernesto Che Guevara çocuklarına yazdığı veda mektubunda "herşeyden önce de dünyanın herhangi bir yerinde herhangi bir kişiye karşı yapılan herhangi bir haksızlığı daima yüreğinizin en derin yerinde hissedebilin" şeklinde seslenmiştir. Öyle görünüyor ki yaraların sarılabilemesinin ipucu bu öğütten geçiyor. ■

12 Eylül Travması

Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Dr. Hakan KARAŞ

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

12 aylı güneş takvimi kullanan toplumlarda aylarının taşıdığı kültürel ya da tarihsel bir anlam vardır. Örneğin Şubat ayı tatili, karneyi ve sömestr dönemini hatırlatır. Mart vergi ayıdır ya da üçüncü cemrenin düşmesi ya da Çanakkale Savaşı ya da resmi/gayrresmi 21 Marttır. Bu döngü bireye ve topluma kültürel farkındalık, aktarım, geleceğe uyum ve geçmişini tamir etme olanaklarını sunar. Eylül ayına bir anlam yüklemeye kalkılsa her halde dünya turizm günü ile tanımlanmazdı ancak toplumumuzda 12 Eylülü hatırlamak ile ne kadar karşılaşılır bu ay.

12 Eylül günümüzde tekrar tartışılabilir oldu. Yaklaşık otuz yıl sonra. Bu gecikmiş tartışma ile birlikte sıradanlaştı ve yanlış adlandırılmaya başlandı. Diğer askeri vesayet dönemleri ile karşılaştırmalar yapılır oldu. 12 Eylül Türkiye tarihinde sıradan bir iktidar değişikliği projesi değildir. Güçlü bir iktidar grubunun tasfiyesi ile sınırlı kalmamıştır ya da soğuk savaş döneminin bir iktidar köşe kapmacasının sonucu da değildir. Bir teşebbüs fikri tartışması hiç değildir. 12 Eylül bu coğrafyanın gördüğü en karanlık ve şiddet dolu iktidar dönemlerinden biridir. Tektir ve özgündür. Şili ve Arjantin cunta yönetimlerine kısmen benzese de darbe öncesi ve iktidar devri sonrası dönemleri ile farklılık gösterir. Her şeyi ile yaşanmıştır ancak öncesi ve sonrası ile hatırlanır. Belleğimizin karanlık bir dönemidir (1)..

Bu yazıda 12 Eylül insan eliyle gerçekleşen psikososyal travması bazı yönleri ile ele alınacaktır. Travma bireydeki travma sonrası stres bozukluğu belirtileri üzerinden değil toplumsal ölçekte etki ve sonuçları ile irdelenecektir.

Bayrak hareketi

11Eylül 1979'da iki kurmay subay hareketin hazırlıkları için karargahta görevlendirilmişti ama öykünün bilinen kısmı 27 Aralık 1979 tarihli Türk Silahlı Kuvvetleri görüşünün cumhurbaşkanına bir mektup ile sunulması ile başladı (2). Günümüzün elektronik mektupları ile karşılaştırıldığında o günkü matbuatta sınırlı bir etki yaptı. Oysa son paragraf

silahlı kuvvetlerin İç Hizmet Kanununun idrakinde olduklarını belirtiyordu siyasi iktidar ve muhalefete. En çok tartışılan dönem bu mektuptan ya da hazırlıkların başladığı 11 Eylül 1979'dan sonrasındır. Bayrak Harekatı adı verilen bu plana göre 11 Temmuz 1980 günü ihtilal yapılacaktır. Güven oylamasına denk gelmesi nedeniyle ertelenir. Devrin Genelkurmay Başkanının 30 Ağustos 1980 konuşması ile artık makas kapanmaya başlar ve nihayet 12 Eylül saat 04.00'da asker kışladan çıkar.

12 Eylül dönemi değerlendirirken dört dönemsel değişkeni tanımlamak gerekiyor. Bu dört dönem de dünya tarihindeki diğer ABD destekli darbelerin ortak özelliklerini barındırmakta, konumuz olan darbenin ruhsal etkilerini anlamada önem arz etmektedir. 1. dönem 12 Eylül öncesi 1977-79 yıllarını kapsar. İkincisi son bir yıllık hazırlık dönemi. Üçüncü kısım darbenin ilk yılı ve son olarak askeri yönetimin yerleşmesi ve sivilleşmedir.

Darbe öncesi dönem ve duygular

Harekat kabuledilebilir bir talep ile ortaya çıkmıştır ve beklenir olmuştur. Bir baskı rejiminin beklenir olması darbe öncesi yaşananların dehşetini anlamayı kolaylaştırmaktadır.1980'den önce Türkiye'de sosyal kaosun bir kabusu dönüştüğü söyleminin hem sivil otoriteleri zaafa uğratarak sınırlandırmaya hem de geniş kitlelerin darbeyi direnç göstermeden kabullenmesini kolaylaştırmaya neden olduğu görülmektedir. (3).

Çaresizlik ve çözümsüzlük duygularının 12 Eylül öncesi dönem için oldukça belirleyici olduğu görülmektedir. Birinci dönem olan 1977-1979 arasında başka bir darbe provasını da içermektedir. 1 Mayıs faciası daha sonra anlaşılacak olan 1977 yılında dönemin kara kuvvetleri komutanının planladığı darbe girişiminin hazırlık dönemi ile ilişkilidir. Ülke tarihinin en kanlı etnik çatışması olan Maraş olayları ve ayda 100 yurttaşın öldüğü olaylar gibi darbeler öncesi sınırsız ve dehşet uyandıran çatışmalar toplumun temel güven kavramını sarsan noktalarda oldu. Özellikle Maraş olaylarında yaşlı ve hamile kadınların da

öldürülmeleri toplumun ötekileştirme tutumunun temel insani değerleri hiçe sayacak boyutta olduğunu hem göstermekte hem de toplumun geneline hissettirmektedir.

Darbenin olgunlaşması diye tanımlanan son bir yıllık dönem ise en kanlı çatışmaların olduğu süredir (2,4). Bu olgunlaşma süresinde onbinlerce olay meydana gelmiş binlerle ifade edilen insan ölmüştür. Darbenin en karanlık yüzlerinden biri de bu dönemdir. Bu olgunlaşmadan kasıt kanın daha çok akması ve darbenin kabul edilebilir olmasıdır. Oysa olayları önlemek görevinde olan 1979-80 yıllarındaki sıkıyönetim karargahları enerjilerini beklemede tutmuşlardır(2). Halk tabiri ile ölümü gösterip sıtmaya razı etmek gibi yorumlanacak bu dönemde çözümsüzlük duygusu had safhada yaşanmıştır.

1979 ile birlikte saldırılar toplumun değer verdiği sımalara yönelmiş ve silahlı siyasi çatışmalar kadar doğrudan terör eylemlerinin olduğu, suikastlar ve kahvehanelerin taranmaları gibi adresi belirsiz kurşunlar ortaya çıkmıştı. Toplumda bir siyasi çatışmadan çok bir anarşinin olduğu duygusu belirginleşmişti (4). Siyasi grupların da bu çatışmalarda giderek radikalleşmesi ve bu gün bile hala tam aydınlatılmayan şiddet eylemlerine başvurmaları hazırlık dönemini olgunlaştırmıştı (2).

12 Eylül, gerçekler, sayılar ve duygular

Darbe anı aslında farklı karşılanan ve kabul edilen bir dönemi yansıtır. Akan kan o gün durmuştur. Asla bitemez denen anarşi sona ermiştir. Bir gün öncesinde siyaseten düşman olan komşu ya da kardeşler çatışmayı unutmuş ve sıradanlaşmışlardır. Asıl sorunlu bölüm cadı avının başladığı dönemdir. 12 Eylül rejimi diye tanımlanan bu dönem karanlık bir bellek yaratmıştır.

Kenan Evren 3 Ekim 1984'te Muş'ta yaptığı konuşmada **“Hainleri asmayıp da besleyecek miyiz?”** sözleri tarihe geçen yorumlarından sadece biriydi ama halk üzerinde etkisi büyük oldu. Bu yazıda sürekli değineceğimiz dehşet ve sınırsızlık temalarının önemli örneklerinden birini teşkil etti. 1980-1984 yılları arası 49 TC uyruklu idam edildi. İnfazlarda bir çok gelenekte ayaklar altına alındı (5). Ölümüne giderken aileleri ile görüştürülmediler ya da yazdıkları mektuplar kaybedildi ya da sansürlendi. Üçüncü tema ortaya çıkıyordu. Yok hükmündeydiler. Bu yok hükmü tüm baskı rejimlerinde sürdürülen bir uygulamaydı. İdamlarda 17 yaşında bir genç göz göre göre asıldı. Dehşet sınır tanımayacaktı. İkinci önemli karar ise değil Türk Ceza Kanunu Cenevre antlaşmasının bile sınırlarını aşan karar: konsey üyelerinden her hangi birine yapılacak saldırıda saldırıyı yapan grubun cezaevindeki tüm üyeleri aynı şekilde cezalandırılacaktı. Bu bir rehine pazarlığıydı ki hukuk güvencesinin olmadığını resmileştiriyordu.

Aşağıdaki istatistikler ise bugün için bize başka gezegende yaşamış hissini uyandıracak bir kesit sunuyor:

“650 bin kişi gözaltına alındı. 1 milyon 683 bin kişi fişlendi. Açılan 210 bin davada 230 bin kişi yargılandı. 7 bin kişi için idam cezası istendi. 517 kişiye idam cezası verildi. Haklarında idam cezası verilenlerden 50'si asıldı (18 sol görüşlü, 8 sağ görüşlü, 23 adli suçlu,



1'i Asala militanı). İdamları istenen 259 kişinin dosyası Meclis'e gönderildi. 71 bin kişi TCK'nin 141, 142 ve 163. maddelerinden yargılandı. 98 bin 404 kişi "örgüt üyesi olmak" suçundan yargılandı. 388 bin kişiye pasaport verilmedi. 30 bin kişi "sakıncalı" olduğu için işten atıldı. 14 bin kişi yurttaşlıktan çıkarıldı. 30 bin kişi "siyasi mülteci" olarak yurtdışına gitti. 300 kişi kuşkuyla bir şekilde öldü. 171 kişinin "işkenceden öldüğü" belgelendi. 937 film "sakıncalı" bulunduğu için yasaklandı. 23 bin 677 derneğin faaliyeti durduruldu. 3 bin 854 öğretmen, üniversitede görevli 120 öğretim üyesi ve 47 hâkimin işine son verildi. 400 gazeteci için toplam 4 bin yıl hapis cezası istendi. Gazetecilere 3 bin 315 yıl 6 ay hapis cezası verildi. 31 gazeteci cezaevine girdi. 300 gazeteci saldırıya uğradı. 3 gazeteci silahla öldürüldü. Gazeteler 300 gün yayın yapamadı. 13 büyük gazete için 303 dava açıldı. 39 ton gazete ve dergi imha edildi. Cezaevlerinde toplam 299 kişi yaşamını yitirdi. 144 kişi kuşkuyla bir şekilde öldü. 14 kişi açlık grevinde öldü. 16 kişi "kaçarken" vuruldu. 95 kişi "çatışmada" öldü. 73 kişiye "doğal ölüm raporu" verildi. 43 kişinin "intihar ettiği" bildirildi.”(6)

Her müliter müdahale kitleleri geçmişte işledikleri suçlardan ötürü çeşitli ölçülerde cezalandırılır.12 Eylül askeri müdahalesi de emsalsiz bir 'suçluluk' periyodundan sonra gerçekleştirilmiştir. Nihai suçlu ise yalnızca politik muhalifler değil tüm Türkiye toplumu olarak belirlenmiştir (3). Soğuk savaşın dengeleri gözetilerek toplumun tekrar yapılandırılması projesi böylece harekete geçirilmiştir. Bu yapılandırma sadece politik yaşama değil gündelik hayata da müstesna bir biçimde hücum etmiştir. Böylelikle her bir askeri yetkili toplumda karşılaştığı her mükemmel olmayan şeyi onarma hakkına erişmiştir (3)

Adalet sistemi açısından suçu ispatlanıncaya kadar her kes masumdur düşüncesi tersine dönmüş, suçu ispatlanıncaya kadar herkes suçlu olarak tanımlanmıştır. Bazı ceza davaları on yıldan fazla sürmüş ve kısmi af çıkıncaya kadar bu sanıklar yaklaşık 10 yıl süresince cezaevinde kalmışlardır (5). Bunların çoğu beraat etmiştir. Diğer taraftan adalet işleyişinde



hukukun olanakları tümüyle kısıtlanmamış, yargıtayca ya da doğrudan mahkemece verilen bozma ya da beraat kararları olmuştur (4).

80 farklı ülke üzerinde yapılan bir değerlendirmede politik cinayetler darbelerin ve militer düzenin uzamasının nedeninden çok sonucu olarak görülebileceği öne sürülmüştür. Bu araştırmada sosyal kaos söyleminin ve toplumdaki suçluluk duygusunun toplumsal direnci kırmadaki önemini vurgulanmıştır(7)

Çok yönlü travma ve 12 Eylül

Psikososyal travmalar ile 12 Eylülü ilişkilendirmek için modernite dönemi travmalarını değerlendirmek önemli olacaktır. Büyük ekonomik buhran sonrası II. Dünya Savaşı öncesi kıta Avrupası'nda toplumsal yıkıcı saldırganlık davranışları ortaya çıkmıştır. Hayali düşmanlar aranmış ve toplumun huzurunu bozan ötekilere karşı acımasız, yok etme amaçlı, süregelen ama çoğunluk tarafından dolaylı kabul edilen sistematik şiddet uygulanmıştır. İlk uygulamalar sakat genlere yönelik eugenik temizlik şeklindeydi. Bireyler sakat olduklarını ispatlarsa bu yıkımdan kolayca kurtulabiliyorlardı. Temizlik hareketi politik ve etnik karakter kazandıkça genel toplumda etkileri ve dehşeti arttı. Böylesi bir kıyımın en ilk aygıtı kıyımdan zarar görmemektir. Bu da ötekileştirilen ile ayrımı kabul etmek ve şiddeti bir şekilde onaylamakla idi. III. Reich'ta komşusu Yahudi ya da komünist bir sade vatandaşın kendisini kurtarması ve farkını fark edilebilir şekilde sunması gerekiyordu. 12 Eylül döneminde gereksiz ve asılsız ihbarların yapılması ve zaman zaman bu durumun yetkililerce de eleştirilmesi sıradan yurttaşın farkını fark ettirmesi ile ilişkili olabilir. Bu aynı zamanda cadı avı dönemlerinde muhalif olmadığını kanıtlamak için sıradan insanı olabildiğince resmi söylemi savunmaya itmektir.

İnsan eli ile yapılan kitlesel travmalar açısından en önemli toplama kampları, gettolar, işgal bölgeleri deneyimleridir. II. Dünya savaşı sonrasında Nazi toplama kamplarından sağ kurtulanlar üzerinde yaptığı çalışmalardan yola çıkılarak Bruno Bettelheim '*travmanın hiperbolik aşkınlığı*' kavramını öne sürmüştür (8). Bettelheim travmatik olayın kendi sosyopolitik bağlamında vuku bulması gerçekliğine vurgu

yaparak sözkonusu olayın niteliğine odaklanır ve travmatik olayın politik bir nedensellik taşımasının birey üzerindeki yıkıcı etkileri pekiştirdiğini ileri sürer. Travmatik olay burada hayatı tehdit edici duyular üretmeye yarayan süregelen, acı verici olaylar dizisi olarak tanımlanır. İnsanların günlük imha edilimleri toplumun tüm bireyleri için yaşamı tehdit ederek uç bir varlık senaryosu anlamına gelen bir *sınır durum* (limit situation) a yol açar. Bu da adeta zamanın ve uzamın farklı bir boyutta ele alınmasına neden olur. Bu sınır durum çerçevesinde mahkumiyetin geçici olduğu varsayılan doğası katı geçim şartlarının zorlamasıyla daraltılarak ciddi biçimde çarpıtılmıştır. Duygu yoksunluğu ve zamanın muktedir tarafından manipüle edilmesi öznenin zamanla ilişkisini muğlak ve destrüktif bir hale getirir. Sınır durumunun devam etmesi bireyin tüm psikik bariyerlerini yıkar ki Bettelheim bunu '*state of extreme retraumatization*' olarak adlandırır (8). Özellikle yenilgili kabullenme ve olağan tepkileri de yitirme öğrenilmiş çaresizliği göstermektedir. Bu öğrenme modeli en iyi Porsolt Yüzme testinde gözlenmektedir. İçti 25cm'ye su dolu bir tanka atılan sıçan kurtulmak için çabalar. Suya dalar ve tankın sınırlarını bulmaya çalışır, zıplar, defalarca bu işi yapar. Tank sıçanın zıplayıp atlayamayacağı kadar yüksektir ve suyun yüksekliği sıçanın ancak kuyruğu ve ayak uçları üzerinde kalabilmesine izin verir. İkinci gün suya tekrar atılan sıçan bu kez fazla çabalamaz. Tankın aynı yer olduğunu fark edince ve asıl önemlisi çaresizliğini hatırlayınca enerjisini tüketmek yerine ayak uçlarında kalmaya çalışır. Durumu kabullenir. Depresyon modeli olarak da tanımlanan bu test bir emosyonel öğrenme biçimidir ki travmatik yaşantılar sonrası emosyonel bellek sürecini de oldukça iyi açıklar (9).

Keilson ise Nazi işgallerinden yola çıkarak *sekansiyel travmatizasyon* kavramını öne sürmüştür (10). Sistematik vahşet uygulamalarının değişen özgünlüklerini de göz önüne alan Keilson üç travmatik sekans tanımlar. Birincisi ülke üzerindeki militer invazyonun etkisidir; ikincisi tahakküm süresi boyunca öldürme, işkence, sürgün ve ailelerin yok edilmesi, vs.; üçüncüsü ise savaşın psikososyal sonuçlarıdır. Populasyonu her bir evrede etkileyen psikopatojenik durumu tanımlamak için '*ekstrem travmatik durum*' kavramına başvurur. Travma devam eden bir süreç olarak ekstrem yoğunlukta gelişir. Bu koşullar altında psikiyatrik bozukluklar kronikleşmeye, travmanın etkileri ise nesiller arası geçiş ile kalıcılığa yol açabilir (10). Nesiller arası geçiş ve kalıcılığa özellikle Türkiye'de yaşanan darbe dönemlerinin yok sayılması, ya da bir bellek sorunu ile aktarımını anlamada önemli olabilir. Ülkemizde kitlesel kıyımlar olduğu iç çatışmalar (Maraş, Çorum, Sivas) başlatıcıları kim olursa olsun sıradan insanın katlettiği ya da katledildiği olaylardır. Travmatik deneyimin yıllarca devam etmesinin spontan vicdan ve kolektif bilinçdışını da içeren bir dizi ruhsal mekanizma yoluyla yeni nesillere aktarıldığı ve öteki olana şiddet kültürünü beslediği öne sürülebilir.

Bir diğer deneyim Baltık bölgelerindeki Yahudi kıyımlarında kullanılan yöre halkının öldürme işini sıradan fabrika işi gibi algılama durumudur. 12 Eylülde sistematik işkence kadar kaba dayak da sık kullanılmaktaydı ve bu zorunlu askerlik görevini yapanlarca uygulanıyordu (5). Sıradan insanın sınırsız şiddet



uygulaması ve bunu olağan bir iş gibi görmesi mağdurlar için etkilenmeyi artırmıştır.

Martin Baro El Salvador deneyiminden yola çıkarak travmanın, toplumun özellikle sosyoekonomik formasyonu dolayısıyla farklılaşan sosyal ilişkilerin temel rol aldığı sosyal-tarihsel bir olgu olarak kategorize edilmesi gerektiğini belirtir (11). Bireyin tüm öznelliğini göz önüne alarak travmatik olayın ancak kolektif travma düzeyinde tam bir açıklamasını bulabileceğini iddia eder. Öncelikle burada tahakküm ve sosyal imha, sosyal kontrol yöntem ve tekniklerini de içeren, spesifik bir toplum modeli oluşturma amacından köken alır. İkincisi verdiği harsalar bireysel zihni aştığı ve psikososyal boyutlarda gerçek etkilerini gösterdiği zaman anlaşılabilir bir süreç söz konusudur. bireyler vahşetin getirdiği dramı, asosyal varlıklar olmadıklarından, Gruplar veya kolektiviteler içerisinde etkileşim köprüleri yoluyla birbirlerine aktarırlar Her özne travmatik deneyimini kendine has bir biçimde fakat sosyal olarak kendi bağlamında(aile, birlik, sosyal organizasyon, politik parti vs.) açığa çıkarır (12). Ancak 12 Eylül dönemi travmatik yaşantıların hem dış vurumunu hem de aktarımını kısıtlamıştır. Sosyal yapılar dağıtılmış, dernek ve partiler kapatılmış, muhalif olan ile yan yana olmak suç sayılmıştır. Belki de iyileştirici olacak bu sosyal ortamların dağılması travmatizasyonu artırmıştır.



Kutsal liderin ya da kutsal grubun ölümü ise başka bir travmadır (13). Uğruna mücadele edilen yapılar ve liderler, yenilmez denen armadalar bir anda yok edilmiştir. Bireyin kendini tanımladığı bu önder yapının yitirilmesi ve yasının tutulmaması mevcut travmanın şiddetini de artıran bir durum olmuştur.

Soğuk savaş dönemi darbelerin önemli özelliklerinden biri dokunulmazlıklardır. Anayasanın halen geçici bir madde olarak günümüze dek geçerliliğini koruyan dokunulmazlık tüm Türkiye toplumuna nüfuz eden ve bir başka güçlü re-travmatizan etken olmaya devam eder. Adaletin işlenmesini önleyen bir faktör ve gündelik yaşamda süregelen bir travmatizan olarak dokunulmazlık şiddete bağlı ruhsal bozuklukları derinleştirmekle kalmaz yarattığı çaresizlik duygusuyla post diktatoriyal dönemde tüm toplumda psişik ve moral yıkıma yol açar. Bu nedenle psikososyal travmanın nedensel açıklanmasında dokunulmazlık temel bir role sahiptir (14). Adalet ve hesap sorabilme travma etkilerini azaltmaktadır ancak 12 Eylül uygulamaları hesap sorulamayan konuma getirilmiş ve bu toplumda çaresizliği artırmıştır.

Ruhbilim ve cuntalar

Psikiyatrinin ya da psikolojinin darbeler ile imtihanı bu disiplinlerin kirlenmesi ile sonuçlanmıştır. Hastalığın ve anormal davranışların denetim ve gözetim mekanizmalarını harekete geçirmesi 18. yüzyıla dayanır. Darbe iktidarın dolaysız olarak toplumu şiddet yoluyla şekillendirme ve dolaylı olarak iktidar ilişkilerini güçlendirme aracıdır (15). Darbeyi uygulayanlar tarafından tıbbın kullanılması toplum için hastalık modeli ve askeri müdahale için 'ameliyat' metaforunun ötesine geçip bazı psikiyatristler tarafından politik mahkumların 'hasta' olduğuna dair açıklamalara dek varmıştır. Şiddete ve ayrımcılığa uğrayan sakat genler, hastalıklı düşünceler, zeka özüllü ırklar tartışmalarının merkezinde hekimler ve psiki-

yatri de vardır. Hastalık ve suç kavramının iç içe geçmesi iktidarın sağlığını sürdürmesi ve politik işkence ile 'rehabilitasyonun' meşruiyetini sağlamak için darbe döneminde en somut halini almıştır. Bazı psikiyatristler bu dönemde men-subu oldukları disiplini devlet disiplinini sağlamak amacıyla kullanmışlardır.

1971 sonrası beyaz kitap adlı darbeciler tarafından yayınlanan kitapta toplumda sol görüşlü suçlu bir kesim olduğu ve bunların kana susamış caniler olduğu yazılmaktaydı. Hastalıklı ruh halleri vardı örneğin kültür merkezini ve vapuru yakabiliyorlardı. Dolaylı olarak politik muhalif kesim ruhsal olarak da sorunlu atfediliyordu (16). Muhaliflik ruhsal hastalık, bu muhalifleri üreten toplum ise hastalıklara gebe idi. Öyle ise düzeltilmeleri gerekiyordu. Arjantin'de 1976'daki askeri darbeden sonra diktatörlüğün toplumun sessiz kalmasını, kurban ailelerinin suçluluk duymasını, kayıp kişinin ölü sayılmasını, siyasal muhalifliğin topluma uyum eksikliği olarak ve böylelikle ruhsal bozukluklar alanı içinde kabul edilmesini, yapılanların unutulmasını ve zulmün sorumluluklarının paylaşılmasını sağlamaya yönelik bir kampanya yürüttüğü bildirmiştir(17). 12 Eylül döneminde ise bu propaganda darbe öncesinde başlatılmıştı (2). Özellikle Arjantin deneyiminde cuntanın propagandasının kabulü bir anlamda yaşamayı sürdürmek için gerekli koşullar gibi görünmektedir ve bu yalnızca düğü ve yalnızca etkilenen aileler için değil tüm toplum hatta terapistler için de geçerli olmuştur (17).

İyileşme

Sistematik siyasi şiddetin kötü etkileri sonucunda bütün toplumlar, tıpkı tek tek bireyler gibi uyuşukluk, sessizlik ve yeniden yaşantılaşma döngüsüne yakalanıp, TSSB belirtileri sergileyebilirler. Latin Amerika, Doğu Avrupa ve Afrika deneyimleri sosyal toplum duygusunun onarılması için kurbanların gerçekleri konuşabildiği ve acılarını resmi olarak kabul edebilecek bir resmi yapıya ihtiyaç duyduklarını göstermiştir. Çünkü adalet umudunun olmaması kurban olmuş grupların ve bir kurban olarak bizzatlı toplumun duygusal işleyişi bozulabilir ve kimlik duygusu dağılabilir (18) Herman travmanın iyileşmesi için üç evrenin şart olduğunu belirtir: güvenliğin tesis edilmesi, hatırlama ve yas, olağan hayatla yeniden bağ kurma. Düz bir seyir çizgisini her zaman takip etmesi gerekmeyen bu evrelerin sadece bireysel boyutlarda değil travmatize olmuş toplumların da iyileşmesinde görülebileceğine vurgu yapar. Kurbanlar, failler ve seyirci kalanlar arasındaki klasik çatışmaların hepsi bu yeniden barış yapma ve barışı koruma çabalarında tekrar ortaya çıkar.

İnsan hakları ihallerini ortaya çıkarmak kurban ve mağdurlara karşı ahlaki yükümlülüğü yerine getirmek ve travmaların yeniden yaşanmasını önlemek amacıyla diktatörlük sonrası dönemlerde Arjantin, Şili, El Svador, Güney Afrika, Brezilya gibi ülkelerde farklı adlar altında çoğu resmi olan Hakikat Komisyonları oluşturuldu. Fiillerin kamuya açıklanması, resmen haksızlık olarak tanınması ve mahkum edilmesi, mağdurların ve toplumun rehabilitasyonunda önemli rol oynar (19)

Son söz

12 Eylül sonrası ilk ciddi politik film Karartma Geceleri'dir. Ancak 12 Eylül dolaylı ele alınmıştır. İşkence, baskı ve siyasi şiddet temaları 1950'ler Türkiye'sinde işlenir. Günümüzde artık görsel sanatlar için 12 Eylül bir malzeme olabilmektedir. Babam ve Oğlum filmi reklam çalışması yapılmamasına rağmen izleyici rekorları kırdı. Bu sadece evrensel rolleri ve çatışmaları ele almasından değil 12 Eylül ile perçinlenen sessiz ve derin bir acıyı işlemesi ile de ilgiliydi.

Hesap sorulamadı. Acılar unutulmuş sarıldı. Toplum travmayı değiştirerek ve güçsüzleşerek atlattı. Beynimizdeki karartma gecelerini kısmen aydınlatma becerisini maalesef mücadele gücü ile değil zamanın plasebo destekli iyileştirici yönü ile sağlamış olduk. ■

KAYNAKLAR

1. Tılıç LD. Ne bukalemun olmalı ne de kör bukalemun. 15.06.2007. www.birgun.net.writer2007index.
2. Bölügeray N. Sokaktaki asker. Bir Sıkıyönetim Komutanının Anıları. Milliyet Yayınları, İstanbul 1989.
3. Kemal A. Military Rule and the Future of Democracy in Turkey. MERIP Reports, No. 122, Turkey under Military Rule (Mar. - Apr., 1984), pp. 12-15 Published by: Middle East Research and Information Project
4. Mumcu U. 12 Eylül adaleti. 16. Baskı. Tekin Yayınevi .Ankara,1995
5. Odabaşı Y. Eylül Defterleri.2. baskı, Doruk Yayımcılık Ankara1996
6. http://www.belgenet.com/12eyul/12092000_01.html
7. Maniruzzaman T. Arms Transfers, Military Coups, and Military Rule in Developing States. The Journal of Conflict Resolution, Vol. 36, No. 4 (Dec., 1992), pp. 733-755
8. Bettelheim, B. *To survive. Holocaust one generation later*. Barcelona: Grijalbo. 1981
9. Porsolt RD, Anton G, Blavet N, Jalfre M. Behavioural despair in rats: a new model sensitive to antidepressant treatments. Eur J Pharmacol 1978 Feb 15;47(4):379-91.
10. Keilson H. *Sequential Traumatization in Children*. Jerusalem: The Magnes Press. The Hebrew University.1992
11. Martin B. *Social Psychology of War*: Ignacio (Ed.).*Trauma and Therapy*. San Salvador:UCA Editores. 1990
12. *Psychosocial Trauma, Post Traumatic Stress Disorder and Torture*, Carlos Madariaga, CINTRAS, Chile, 2002
13. Ersoy T. Ulu Önder Şef Lider Kral Bir Fetişin Kökenleri. Türkiye ve Ortadoğu Forumu Vakfı. Özgür Üniversite. 2000
14. Kordon DR, *Impunity's psychological effects: its ethical consequences*, Journal Med Ethics,1991; 17, Suppl:29-32.
15. Foucault M, *Seçme Yazılar 4-İktidarın Gözü*, İstanbul, Ayrıntı, 2007:117-149.
16. Türkiye Gerçekleri ve Terörizm: Beyaz Kitap.TC Başbakanlık. 1973
17. Şahin D.Türkiye'de İnsan Eliyle Yapılan Travmalara Bağlı Psikiyatrik Bozuklukların Boyutu. 1994.Kriz Dergisi 3(1-2): 26-30.
18. Herman J. *Trauma ve İyileşme*.İstanbul, Literatür, 2007:312-316.
19. Sancar M. Bir Daha Asla Diyebilmek İçin'. Ekim 2005.Birikim Dergisi; sayı 198:27-42.

Türkiye'nin Travma Tarihinden İşlenmemiş Bir Yaprak: Sivas Katliamı

Dr. Burhanettin Kaya

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara
TPD Merkez Yönetim Kurulu Üyesi

Bu yazıda siyasal nitelikli ve insan eliyle istemli olarak oluşturulan travmanın özgün bir biçim olan Sivas katliamı "örselenme ve unutmama" diyalektiğinde gözden geçirilecek, Sivas olayları üzerinden toplumsal travmalar ve bilgi işleme süreçleri tartışılacaktır. Ayrıca Sivas olaylarına değişik düzeylerde maruz kalmış bireylerde oluşan ruhsal tepkiler ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunu araştıran 18 aylık uzunlamasına bir araştırmanın bulguları özetlenecektir.

Türkiye tarihi özünde bir travmalar tarihidir. 31 mart Menemen olayı, Milli şef dönemi tutuklamaları, Yassı ada mahkemeleri, 12 Mart, 1 Mayıs 1977, 1978 Maras Olayları, 12 Eylül, Gazî mahallesi olayları, 15 yıl süren faili meçhulleri, gözaltında kayıpları ile binlerce insanın ölümüne, fiziksel ve ruhsal olarak örselenmesine yol açan, "düşük yoğunluklu savaş, göç...Yakın tarihimizin "derin" olayları olan "Susurluk" kazası, *Hrant Dink cinayeti, Ergenekon...* Yaşanmış bu travmaların en temel özelliği henüz "işlenmemiş", bilgi işleme süreçlerinin tamamlanmamış olmaları. Bu sürecin nasıl tamamlanacağı, örselenmiş belleğimizin nasıl tamir edileceği konusunda bir öngörümüz henüz yok. Bu olaylar artık belleklerimizden aşırılıp toplumsal ve tarihsel belleğimizi kaplamış durumdadır. Unutuldukça hatırlanıyorlar. Tanıkları dünyadan ayrıldıkça, bu tanıklığı yaşamayanların merakı onu daha hatırlanır kılıyor. Geleceğe aktarılan bu tarihin tanıklığı da aslında örselenmeye açık. Muhasebe edilmemiş ve zaman içinde kanıtları yok edilmiş tarihsel olaylar çarpıtılma riski taşıyor. Çarpıtma, daha olaylar yaşanırken, "travma" oluşurken, insanlık suçu işlenirken başlıyor ve artarak sürüyor. Bunu aşmanın yolu aslında tarihe dürüstçe ve insanlığın evrensel değerleri adına tanıklık etmek. Unutulmamalıdır ki bu hesaplaşma her örselenmiş bireyin umudu ve beklentisidir.

Sivas, 2 temmuz 1993. 15. yılını dolduran kara bir tarih. 37 kişinin öldüğü 60 kişinin yaralandığı, 39 kişinin Madımak Otelinden otelden sağ olarak kurtulabildiği. Nedenleri anlaşılamamış, faileri yakalanamamış ve halen ortaklıkta dolaşan bir kırımın tarihi... Mağdurunun halen içine sindiremediği, üzerine şiirler, öyküler, kitaplar yazılan ama halen hesabı sorulamayan. Adil dünya inancını sonsuza dek yok eden, silen ve süpüren...

Olayların gelişimi...

2 Temmuz 1993'te yaşanan olaylar, tanınmış bir yazar olan ve şimdi aramızda olmayan Aziz Nesin'in de konuk olarak katıldığı Pir Sultan Abdal Kültür Şenliklerinin ikinci gününde başlamıştı. "Radikal İslamcı" olarak tanımlanan siyasi gruplar tarafından düzenlendiği belirtilen eylemlerle sanatçıların kalmakta olduğu Madımak Oteli ve etkinliklerin gerçekleştirildiği Kültür Merkezi kuşatılmış, etkinliğe katılanlar ve düzenleyenlere taşlı ve sopalı saldırılarda bulunulmuştu. Şenlikler sırasında açılış yapılan, Pir Sultan Abdal'ı ve Sivas'ın simgesi kargal köpeğinin temsil eden OZAN HEYKELİ göstericiler tarafından yıkılarak sürüklenmişti. Sivas kongre binasının önündeki Atatürk büstüne saldırıda bulunulmuştu. Sivas Kültür Merkezi'ni yaklaşık beş saat kuşatan ve taşlı sopalı saldırıda bulunan eylemciler daha sonra Madımak Oteli önünde toplanarak saldırılarını burada sürdürmüş, kuşatmadan 8 saat sonra, Madımak oteli tekbirler eşliğinde yakılmıştı. Sevk edilen askeri birlikler otelin yakılmasına kadar her hangi bir müdahalede bulunmamış, olaylara ancak Özel Birliklerin kente gelişiyi birlikte müdahale edilmişti. 35'i otelde olmak üzere 37 kişi öldü ve 60'tan fazla kişi yaralandı. Sekizi yaralı 39 kişi otelden kurtuldu. Olayda ölenler ve yaralıların büyük çoğunluğu Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'ne götürüldü ve yaralılar tedavi altına alındı.



YANGINDAN SONRA MADIMAK OTELİ...

Olayın hemen ardından başlayan tartışmalar, yorumlar, korku, gelecek kaygısı, güvensizlik, çaresizlik ve öfke biriktiriyordu. En çok dikkat çeken ve özellikle yerel basında yer bulan olayları unutturma çabalarıydı. Esnafın yaşadığı ekonomik kayıp ve Sivas ekonomisinin kötüleşmesi riski özellikle basında olayların üzerine sünger çekme, iç yüzünü tartışmama, küllendirme, hızla gündemden kaldırma taleplerini artırıyordu. İnsancılıktan arınmış ve ölenleri yalnızca bir istatistik olarak gören eğilimin ağırlık kazandığı dikkati çekiyordu. Diğer yandan olayların tanığı ya da mağduru olan bireylerde yaşananları gelecek kuşaklara eksiksiz ve doğru biçimde anlatma, unutturmama çabası oluştu. Kimi zaman bir yaşanan ruhsal acının bir “tekrarlama belirtisi” olarak, kimi zaman “katharsis”, kimi zaman ise bu acı deneyimin temel inançlara asimile edilmesi olarak yaşandı. Siyasal iktidar ve muhalefet bu olayların sorumlularını açığa çıkarmaktan öte siyasal konumlarını güçlendirecek bir araca dönüştürme eğilimi gösterdiler.

“İki Temmuz”da “kurban” olmak ya da “kurtulmak”: Sivas Olayları’na “travma” penceresinden bakış...

Muhasebe yapmanın zorlaştığı ilk nokta yaşananların adının ne olduğuydu. Bu bir “felaket” miydi? “katliam” mıydı? “facia” demek mi daha doğru olurdu? Olsa olsa bir “toplular öldürüm” dü belki. Belki de yalnızca bir “olay” dı? Bir “canavarlık” mıydı, ya da “cinayet” miydi? Belki de hepsi birdendi. Olayları anlamlandırmadaki güçlük, belirsizlik, yanlışlık yeni kavramlar üretmeye zorluyordu. Bir gerici siyasal kalkışma, cumhuriyetin temellerine yönelik bir saldırı, bazı siyasal çevrelere göre mülki amirin basiretsizliğinin komplikasyonu, dönemin siyasilerinin bazı kesimlere ders vermek için göz yumdukları dış kaynaklı bir “provokasyon”. Kimilerine göre ise kimin yaptığı anlaşılmayan bir “komplo”ydü. Bazıları gerici çevrelerle sürdürülen, uzlaşmacı politikaların sonucu olduğunu vurguluyorlardı. Bazıları kitle psikolojisinin kontrol edilmeyen dürtüsellğine bağlıyordu? Gerçekten olayların iç yüzü neydi? Tüm bunlar bilgi işleme süreçlerinin tamamlanmasının ne denli zor, toplumsal bellekte kilitlenen bu siyasal travmanın işlenmesinin ne denli gerekli olduğunu göstermektedir. Aslında Sivas olaylarının yaşanış biçimi ve 8 saati aşkın bir süre devam eden, toplam 37 insanın ölümüyle sonuçlanan atmosferinin bilgi işleme sürecindeki tıkanmanın en önemli kaynağı olduğunu söyleyebiliriz.



GÖZLERDEKİ DEHŞET: İçinde Aziz Nesin olduğu için yakılan otelde, 35 kişi öldü. Ölümün dehşeti hala gözlerinde görülen bu genç kadın, yüzüne sürülen yağurtla korkuyla bakıyor.

Olayların hemen sonrasında ulusal basında ve kamuoyunda yoğun tartışmalar başladı. Tartışmalar yaşanan bu deneyimin nedenselliğini anlamaktan çok uzak görünüyordu.

Örseleyici bir deneyimin bireyin ruhsal dünyasındaki etkilerinin en aza indirilmesi mağduru bu deneyime anlam verebilmesi ile olanaklıdır. Bunun gerçekleşmesi, yaralarının sarılması, adaletin tecelli etmesi, uygun bir iyileşme ortamının, uygun toplumsal-siyasal koşulların oluşturulması, temel yaşam gereksinimlerinin ve güvenliklerinin sağlanması ile olanaklıdır. Daha ilk dakikalardan başlayan unutturma çabaları travma ile ilişkili ortaya çıkan süregelen nitelikli ruhsal örselemenin giderek ağırlaşmasına, kalıcılılaşmasına yol açacaktır.

Bu noktada anlamlandırmanın gerçekleşmesi için ne, neden, ne için, nasıl, ne oluyor, nasıl olabilir, ne olacak, kim, kiminle, kimin için, amaç ne soruları cevaplanmalıdır. Bu sorulara yanıt bulmanın üç yolu var. Önce içerdeki sesleri duymak. Yananlar, kurtulanlar ne diyor. Sonra dışarıdakiler, kapının dışında, Madimak’ı izleyenler? Bir de en dışarıdakiler. Ankara’dakiler, İstanbul’dakiler, siyasiler, yöneticiler.

İçerden gelen sesler...

Olayların hemen başlangıcında insanlar umutluydular. “Nasıl dağıtırlar, dağıtacaklardır, İnönü güvence verdi, bizlerin kılına bile zarar gelmeden kurtulacağız” diyorlardı. Saatler ilerledikçe kaygıları artmaya başladı. İç konuşmalar değişti.



Metin Altıok, Uğur Kaynar ve Behçet Aysan, Madımak Otel'i'nin merdivenlerinde ölümü beklerken... (Fotoğraf: Battal Pehlivan)

“Bu azgın güruh can almadan gitmeyecek” diyorlardı artık. Ölüm korkusu, ölümle savaşmak, ölümle hesaplaşmak akıllara düşüyordu. Bir yandan “öleceğiz” diyorlar, bir yandan ise “korkak ölmek istemiyorlardı. Ve sonra her şey bitti. 35 kişi öldü. Kurtulanlar oldu. Kurtulduklarına hiçbiri hiçbir zaman sevinemediler. “Sivas’ta kurban bizlerdik. Yarın kim ve nerede bilemem. Bildiğimiz tek şey artık hiçbir şey eskisi gibi olmayacak...” diyorlardı.

Kapının dışında konuşulanlar...

Vali verdiği hiçbir kararın hayata geçirilemediği noktada “Sonumuz geldi”“sonumuzun geldiğini düşündük” iadesini kullanmıştı. En yüksek mülki amir bile sonucu kabullendiğini itiraf ediyordu. Belediye başkanı kitleyi sakinleştirmek için “Gazanız mübarek olsun, bunların ruhuna bir fatiha okuyalım” diyor, belediyenin taleplerini sıralıyordu. Şenlikler iptal edilecek, şenlik için gelen yazarlar, şairler, sanatçılar kenti terk edecek gidecek, ozan heykeli kaldırılacak. Bu taleplerle bu katliamın oluşmasında sorumluluğunu itiraf ediyordu. Ama yargı, idari mekanizmalar bunu hiç bir zaman göremeyecekti.

Otelde Aziz Nesin’i koruma görevini üstlenmiş polis memurlarına diğer arkadaşları “Bunların neyini kurtarıyorsun? Bırakın gebersinler” diyorlardı. İşini yapmayı isteyen komiser Mehmet’e kızıyorlardı. Yangın sonrasında yan binaya geçerek kurtulmaya çalışanlara Büyük Birlik Partisi İl başkanlığında bulunan parti üyeleri “O...lar gidin yanın, girdiğiniz kapıdan çıkın” önerisinde bulunuyorlardı. İtfaiye merdiveninden in-



HASRETİN SON FOTOĞRAFI: Sanatçı Hasret Gültekin ve arkadaşları, yangına karşı söndürme tüplerini yanına almış. Gültekin de artık yok.

meye çalışan Aziz Nesin’e “kurtarmayın onu, ölecek adam o, o insan değil hayvan, ölmesi gerek...” diyen belediye meclis üyesinin talimatına itfaiye erleri uymakta tereddüt etmemiş ve saldırmaktan çekinmemişlerdi. Saldırganlar “Cumhuriyet Sivas’ta kurulmuştu, Sivas’ta da yıkılacak” diyorlardı. Vali gidecek, şeriat gelecekti. Saldırıya maruz kalanlar ise Sivas’ta devletin olmadığını, devleti yargısız infaz yaparken gördüklerini, devlet gözetiminde cinayet işlendiğini anlatıyorlardı. Hicret koşusu gerekçesiyle yüzlerce insan Sivas’a taşınmış, hiç bir yer de kaldırım çalışması yokken otelin 50 metre uzağında kaldırım taşları sökülüştü.

En dışarıdan gelen sesler...

En dışarıda neler vardı? Öncelikle dönemin başbakanının durum tespit girişimi politik bir gaf olarak gündeme düştü. Tansu Çiller: “Otelin etrafını saran vatandaşlarımıza hiçbir biçimde zarar gelmemiştir, oteli hissedarlarından biri yakmıştır” diyerek olaylardaki siyasal sorumluluğunun bir lapsus olarak ifade ediyordu. Dönemin Refah partisi genel başkanını Necmettin Erbakan “Sivas halkı doğal olarak reaksiyon göstermiştir, bunun arkasından CIA çıkar” iddiasında bulunuyordu. BBP Genel Başkanı Muhsin Yazıcıoğlu “...Sivas’a Aziz Nesini getirenler olaylardan birinci derecede sorumludur...” diyerek 1.5 yıldır valilik yapan ve Sivas’taki dinci çevrelerle büyük sorun yaşayan Vali Ahmet Karabilgin’i adres gösteriyordu. Aydın Menderes “Devletin temel görevi vatandaşının can ve mal emniyetini sağlamak olduğundan olayların sorumlusu idaredir. İşin ucu validen içişleri bakanlığına kadar



SANKİ ÖLÜME YÜRÜYOR: Can verenlerden biri de Türk edebiyatının ünlü isimlerinden Asım Bezirci'ydi. Bezirci, son ana kadar umudunu yitirmedi.



AZİZ NESİN KURTULDUĞUNA SEVİNEMEDİ...

dayanıyor..." diyerek asıl sorumluluk alması gereken kişilerin kimler olduğunu hatırlatıyordu.

Sosyolojik açıklamalar ardı sıra gelmeye başladı. Başbakan bu olayların "Alevi-Sünni çekişmesi" olmadığına ısrarcıydı. İçişleri bakanı Mehmet Gazioğlu kendi sorumluluğunu görmezden gelerek, "Yangın önceden planlanmış değildir. Kitle psikolojisi ile ortaya çıkmıştır" açıklamasında bulunuyordu. Abdullatif Şener "Kitle psikolojisi denen bir olay vardır, halk tahrike uğramıştır..." iddiasını sürdürüyordu. Erdal İnönü İse "Güvenlik güçlerimiz vatandaşlarımızın zarar görmemesine dikkat ederek olayları kontrol etmeye çalışmışlardır" diyordu. Emniyet müdürü "Göstericiler dağıtılmadı ama kontrol altında tutuldu, olayların bu duruma geleceğini tahmin edemedik, ne yapalım Takdir-i İlahi" yorumunu yapıyordu. Bölgenin MİT yöneticisini ifadesi ise hem gülünç hem de içler acısı bir durumu resmediyordu. "Telefon ettim, emniyette hiçbir yetkiliye ulaşamadım, karşıma çıkan görevli bir polise şifaen söyledim" diyordu.

Süleyman Demirel "Devlet güçleri ve halk karşı karşıya getirilmemelidir..." telkininde bulunuyordu. Süleyman Demirel'in bazı politik manevralar adına aydınları feda ettiği yorumu yapılıyordu. Bazı aydınlara göre olayların yorumu yalıtık, duygusuzdu. "Yerleşik düzenin, kurulu dizgenin her zaman ayrıksı, tartışan, eleştiren, soran ve sorgulayan yaklaşımlara kapalı kaldığı" biçimindeydi. Olayların düşünce özgürlüğüne bir tehdit olduğunu belirten dönemin Kültür Bakanı Fikri Sağlar'a yanıt olarak Mesut Yılmaz "Devletin valisi halkımızın dini duygularını rencide eden, dini değerlerle alay eden bir

konusmacıya tepkisiz kalmışsa milletin o valiye güvenmesini bekleyemezsiniz, fikir özgürlüğü halkımızın mukaddes değerleri karşısında geçersizdir" açıklamasını yapıyordu.

Eylemcilerin psikolojik durumu da "Olaylar öncesi oluşturulan gergin ortamın etkisiyle bazı kişilere tepki gösteren bireyler, Tabrik edilen bireyler, merak edenlerin katılımıyla büyüyen eylemler, dağıtılabilir halde dağıtılmayan grup" olarak tanımlandı. Sivas olaylarını inceleme amacıyla kurulan meclis komisyonunun raporu da tarihe çok önemli ve her dönem tartışılacak saptamalar ve iddialar bırakmıştır. TBMM raporu; olayların sorumlusunun ölenler olduğunu ima etmiş, bazı sloganları eylemin meşruiyeti yönünde değerlendirmiştir. Tek sıra ve 10-15 kişilik polis barikatı kurulmuş olduğunu belirtmiş, emniyetin bu zaafı konusunda bir değerlendirme yapmaktan kaçınmıştır. Aziz Nesin'in tahrik ediciliğine vurgu yapılmıştır. Raporda örgüt vurgusu yoktur. Bir gün önce dağıtılan bildiriler ciddiye alınmamış değerlendirilmemiştir. "Sivas olaylarının nedeni örgütler değil, pir sultan şenlikleri"nin düzenlenmesi ve buna izin veren mülki amir" olduğu iddiası yapılmıştır.

Basın neler söyledi...

Gazetelerde de en çok dikkat çeken vurgu tahrik suçlamaları ve garip çözüm önerileriydi. Zaman gazetesi ve yerel basın "arıkovanına çomak sokulmuştur, sisli havanın kurtları, vali istenmeyen kişi, vali mahalle muhtarlarına kötü davrandı, Aziz Nesin otelden çıkarılıp Zara gölüne gezmeye götürülseydi olaylar bu duruma gelmezdi" ifadelerini kullanıyordu. Cumhuriyet gazetesi devletin olaylara seyirci kaldığı, polisin gözü



İŞTE VAHŞETİN KURBANLARI:
Otele kısıp kalan grup, linç edilme korkusuyla dışarı çıkamadı. Alevler yükselmeye başladığında da zaten iş işten geçmişti. 35 kişinin çoğu dumandan boğularak öldü...

önünde katliam işlendiği, devletin şeriata teslim olduğu, laikliğin temellerinin sarsıldığı yorumlarına yer veriyordu. Basın'ın ortak gözlemi Askerin geç geldiği, polisin eylemcilerin sırtını sıvazladığı, eylemcilere müşfik davrandığı, İtfaiyenin yangını söndürmekte ve insanları kurtarmakta isteksiz olduğu, içişleri bakanının günlük rutin işlerine daldığı, Belediye Başkanının ise bilinçli ve sürekli olarak bakanı yanılttığı yönündeydi. Yasadışı İBDA-C örgütünün yasal yayın organı TARAF dergisi, olayları “ŞANLI SİVAS KIYAMI” olarak kutsuyor fakat cinayeti övme gerekçesiyle ya da azmettirici olarak hiçbir yasal işlemle karşılaşmıyordu.

Bu olayın sonuçlarını en aza indirmenin yanıtlanmamış sorularını yanıtlarını bulmayı gerektirdiği vurgulanıyordu.

- Bir gün önce yapılan protesto çağrısından sonra polis neden önlem almadı?
- Gösterici sayısı 10 bini aşarken neden iki manga asker ve 400 polis vardı? Neden askeri birlikler olaya müdahale etmedi?
- Belediye başkanı neden göstericileri yüreklendirdi ve destekledi?
- Valini yardım talebi neden hükümet tarafından ciddiye alınmadı? müdahale istekleri neden gerçekleştirilmedi?
- Göstericiler polis otolarını hoparlörlerini nasıl kullandı?
- Çevre kent ve kasabalardan göstericilerin geldiği doğru muydu?
- Milli Gençlik Vakfı eylemi yönlendiriyor muydu? Kim organize etti?
- Tabliye etmek ile ilgili hiçbir girişim neden yok?
- İçerde kalanları korumaya yönelik neden hiçbir girişim yok?
- İtfaiye deden müdahale etmedi?
- “Bana suçcular suç işliyor dedirtemezsiniz” diyen Süleyman Demirel aydınları feda mı etti?

Mahkeme süreci

Mahkeme sürecinde de yaşananlar yaşanan örselenmenin yaralarını sarmayı engelleme, hatta ketleyen bir nitelik taşıyordu. Kanıtlar eksikti, var olanlar karartılmıştı. Olayların iç yüzüne

ulaşmak için toplanan veriler yetersizdi. Araştırmalar eksik yapılmıştı. Olayların bireysel bir girişim olduğu iddia ediliyordu. Örgüt vurgusu yoktu. Mahkeme sürecince tutuklulara yüreklendirici davranılıyordu. Güvenlik güçleri müşfikliğini burada da sürdürüyordu. Yaklaşık 7 yıl süren yargılama sonunda, ölen 33 aydın ve sanatçıya nazire yapar gibi 33 kişiye idam verilecek, fakat bu karar Yargıtay tarafından bozulacaktı.

Sonuç olarak...

Bireylerin zihinlerinde ve belleklerinde başlayan bu bilgi işleme süreci kalıcı bir travma sonrası stres bozukluğu oluşturacak biçimde sürüyordu. İnsanlar artık şunları söylüyorlardı: “Dünya hiç adil değil; bu ülkede güvende değilim; düşüncelerim, hatta duygularım, kültürüm bu ülkede tehlike, tehdit olarak algılanıyor; kullanıldım, siyasi bir atışmanın nesnesi oldum; Bunların hiçbirini hak etmedim; Neden ben kurtuldum?; Diğerlerini de kurtarabiliriz, Yine başımıza gelecek”

Bu kronikleşen ruhsal örselenmenin belirleyicileri neler olabilir?

1. Re-travmatizasyon: Her söylenenle, her yazılanla, sokakta, mahkemede, anma törenlerinde, cenaze trenlerinde aynı travmanın yinelenmesi
2. Sekonder travmatizasyon: Yani bu örselenmenin mağdurun tüm aile bireyelerine ve topluma yayılması. Ölen ve yaralanan, televizyonda izleyen ve tanıklık yaşayan herkesin bu travmadan nasibini alması.
3. Bilgi işlemeyi ketleyen bir “iyileşme (recovery) ortamının olması: Bireylerin, toplulukları, genel olarak toplumun kendini ifade edebileceği, duygularını boşaltarak yaşadıkları bu olayı anlamlandırarak değerlendirebilecekleri, hesabını sorabilecekleri bir siyasal-toplumsal ortamın olmaması.
4. Sosyal destek sistemlerinin yetersizliği: Mağdur ve yakınlarının yaralarının sarılması konusunda yeterli çabanın ser-

gilenmemesi. Madımak otelini müze yapma talepleri kayıtsızlıkla karşılanmış, **oteldeki yangının her an sürdüğü** bir dönerciye dönüştürülmüştür. Oysa aynı dönemlerde Neo-nazilerin yaktığı bir evde bir Türk ailenin öldüğü Solingen'deki olaylarda sorumluluğunu kabul eden Alman devleti bu binayı müzeye dönüştürerek kendi toplumuna mesajını sonsuza dek iletme girişiminde bulunmuştur.

5. Kendini ifade edebilmenin engellenmesi: Türkiye de kendini ifade etmenin önünde engel oluşturan yasal düzenlemelerin terörle mücadele etme gerekçesiyle sürmesi ve yenilerinin eklenmesi...Ve tabi ki halen yanıtlanmamış sorular.

Mağdurların zihninde yaşadığı karışık **kurtulmak-kurban olmak** ya da **fırlatılıp atılmak-unutulmak** çelişkisindedir. Sivas davasının avukatı Sn. Şanal Sarihan'ın tarihe geçmiş sözü bu yazıda yürütülmeye çalışılan tartışmayı özetlemektedir. Şanal Sarihan'a göre **"Sivas Davası"** tarihe açılmış bir yapraktır. Bu yaprak işlenmeyi beklemektedir.

Sivas olayları tek başına ele alınacak ve kendi sınırları içinde değerlendirilecek bir olay değildir. Onu 12 Eylül 1980 de egemen kılınan anlayışın bir uzantısı olarak okumak gerekir. Sivas olaylarına zemini yine Sivas ile birlikte Maraş, Çorum ve Malatya'da yine tarihe karanlık birer sayfa olarak geçen,alevisünni çatışması resmiyle çizilen, devlet destekli olduğu izle-

nimi edinilen katliamlarda hazırlandığı düşünülmektedir. 12 Eylül'ün amacının asıl olarak Türkiye'de giderek yeşeren özgürlüğün, barışın, toplumcu dönüşümün, sömürsüz bir dünyayı umudunun, toplumun özgürleşme çabasının önüne set çekmek olduğu görülmüştür. Devlet destekli dinci oluşumlar yaratarak, toplumun tüm dokularına dinci bağınazlığı yayarak ve yedek ordu oluşturmak amaçlanmıştır. Bunun büyük oranda başarılı olduğunu da Sivas olayları ve benzeri yaşam deneyimleri gösteriyor. Ayrıca insana ilişkin önemli değerlerin de bir "meta"ya, bir tüketim nesnesine dönüştürerek bunu yapması de önemli bir göstergedir. Bunlar daha önce de bir çok dikta rejiminde kullanılmış modellerdir. Egemenlerin, eşdeyişle sermaye sınıfının kendi krizlerini aşmak için 12 Eylül ile oluşturduğu gibi, yeni siyasal ortamın devamını sağlayacak bir kalıcı düzenlemeler olduğu açıktır. Fakat 12 Eylülün yarattığı bu yapı şimdi onu tehdit eder hale gelmiş, sermaye bu kez dinci gericiğe karşı ulusalcılık vurgusuyla, örtük milliyetçiliği görünür kılan, anti kapitalist olmadan anti emperyalist söylemler içeren tepkiler vermektedir. Amacının gericiği engellemek değil, onu da ehliştirmek olduğu izlenimi edinilmektedir. ■

Yazar tarafından kaleme hazırlanan Birgün gazetesinde yer alan "Örselenme ve Unutma Çelişkisinde Sivas Olayları" adlı dişisinden ksaltilarak hazırlanmıştır.

Gazetelerden alınan fotoğraflar Mehtap Yücel tarafından çekilmiştir.

İnsan Eliyle Bilerek Oluşturulan Bir Travma ile İlgili Uzunlamasına Bir Çalışma: Sivas Olaylarından Kurtulanlar

O dönem Ankara Üniversitesi'nde çalışan, Prof. Dr. Mehmet Sunur ile aynı zamanda olayların tanığı olan ve o dönem Cumhuriyet Üniversitesi'nde çalışmakta olan Dr. Burhanettin Kaya'nın Sivas olaylarını yaşayan, tanık olan ve yakılan otelden kurtulanlar üzerinde yaptıkları ve 2001 yılında **"International Journal of Psychiatry in Clinical Practice"** dergisinde yayımlanan uzunlamasına bir araştırma Sivas olaylarının bir travma olarak yaratığı ruhsal sonuçları göstermek açısından önemli veriler sunmaktadır.

Araştırma Deseni

Bu çalışmada Sivas olaylarına değişik biçimlerde maruz kalan bireylerde travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) başlangıcı ve uzun dönemdeki seyri araştırılmıştır. Sivas'ta yaşanan olaylara değişik biçimlerde maruz kalan 79 kişi, maruz kaldıkları travmanın şiddetine göre üç ayrı grupta ele alınmıştır.

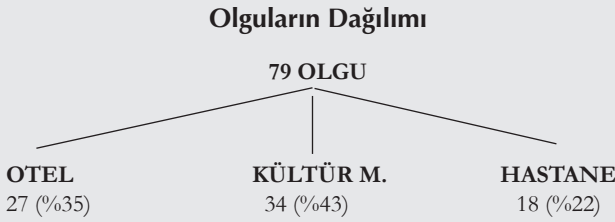
a) Yanan Madımak Otelinde bulunanların oluşturduğu grup: Otelde 39 kişi kurtuldu. Bunların sekizi değişik derecelerde yaralanmışlardı. Kurtulanlardan ulaşılabilen 27 kişi çalışmanın başlangıç aşamasında değerlendirildi. Bu grup tüm olguların %35'ini oluşturuyordu ve travmaya en yüksek derecede maruz kalan bireylerden oluşuyordu.



Kültür Merkezi grubu: Sanatsal etkinliklerin gerçekleştirildiği ve saldırganların taşlı sopalı saldırıda bulunduğu kültür merkezinde bulunan izleyicilerden oluşuyordu. Ulaşılabilen 34 kişi çalışmaya

alındı. Bu grup tüm olguların %43'ünü oluşturuyordu. Bu olguların bir kısmı hafif derecede yaralanmıştı. Uğradıkları travmanın şiddeti otel grubundan daha düşük, hastane grubundan daha yüksek olarak kabul edildi.

c) Hastane grubu: Bu grup ölülerin ve yaralıların getirildiği Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde çalışan ve olay günü nöbetçi olan sağlık çalışanlarından oluşmaktaydı. Bu gruptaki olgular cesetlerle karşılaşmışlar ve yaralılara acil tedavi girişimlerinde bulunmuşlardı. Bu grup tüm olguların %22'sini oluşturuyordu ve travmaya en düşük şiddette maruz kalan gruptu.



Bu araştırma dört aşamada yapılmıştır. Çalışmaya alınan olgular 45.gün - 6.ay -12.ay - 18.ay olmak üzere 4 aşamada DSM-III-R tanı ölçütleri kullanılarak değerlendirilmiştir. İlk değerlendirme akut etkileri, 2. değerlendirme kronik ve gecikmiş olguları saptamak amacıyla yapılmıştır. 12. aydaki değerlendirme yıldönümünün belirtilerinde ne tür değişikliklere neden olduğunu, 18. aydaki değerlendirme ise mahkeme sonuçlarının ruhsal tepkileri nasıl etkilediğini saptamayı hedeflemektedir.

Çalışmada 1. aşamada gruplar arasında oransal olarak bir fark olmakla birlikte istatistiksel yönden bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç travmaya verilen ilk tepkinin bir hastalık değil, doğal psikolojik bir tepki olduğunu göstermektedir. 2. aşama ve sonrasında ise otelden kurtulandan oluşan grup ile diğer gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar bu sonucun TSSB oluşumunda en önemli faktörün travmanın şiddeti olduğu varsayımını doğruladığını belirtmektedirler. 3. aşamada olayın yıldönümünde olayları yeniden anımsamanın TSSB belirtilerini alevlendirdiği saptanmıştır. Bu dönemde azalma eğilimi gösteren ruhsal tepkiler yeniden artmaya başlamıştır. 4. aşamadaki değerlendirme mahkeme sonuçlandıktan sonra yapılmıştır. Bu değerlendirmede otel grubunda daha fazla olmak üzere tüm gruplarda hastalığı gösteren olguların sayısında bir artış gözlenmiştir. Araştırmacılar bu sonucu mahkeme sonuçlarının travmaya uğrayanlarda yarattığı hayal kırıklığı ve hoşnutsuzlukla açıklamışlardır.

| | 1. Aşama | 2. aşama | 3. Aşama | 4. Aşama |
|----------------|----------|----------|----------|----------|
| Otel | %44 | %40 | %55 | %59 |
| Kültür Merkezi | %32 | %11 | %15 | %26 |
| Hastane | %16 | %0 | %0 | %6 |

TSSB'nin görülme biçimleri, sıklığı ve oranlarına bakıldığında olguların %50.5'inde bozukluğun saptanmadığı, %20.3'ünde akut TSSB'nin oluştuğu, %12.7'sinde kronikleştiği, %16.5'inde gecikmiş tipinin ortaya çıktığı olduğu gözlenmiştir. Olguların yarısı TSSB'nin farklı biçimlerini göstermiştir

Değerlendirme Aşamalarında TSSB Oranları

| Grup | 1.Ay | 6. Ay | 12. Ay | 18. Ay |
|-----------|------------|------------|------------|------------|
| Otel | 12 (%44.4) | 11 (%40.7) | 15 (%55.5) | 16 (%59.3) |
| Kültür M. | 11 (%32.4) | 4 (%11.7) | 5 (%14.7) | 7 (%25.9) |
| Hastane | 3 (%16.7) | 0 | 0 | 1 (%5.5) |
| Toplam | 26 (%32.6) | 15 (%19) | 20 (%25.3) | 24 (%30.4) |

TSSB saptanan olgularda da bilinen 3 formun dışında *akut tekrarlayıcı, kronik inatçı, kronik iyileşen, gecikmiş inatçı, gecikmiş iyileşen* biçiminde tanımlanan alt formlar gözlenmiştir. Bu durumun oluşmasında, travma öncesi ve travma sonrasında bazı etkenlerin belirleyici rol oynadığı görülmüştür. Kronikleşmede belirleyici olan olay öncesi ve sonrası etkenler bozukluğun seyrini etkileme noktasında önemli görülmektedir.

TSSB'nun uzun izlem değerlendirilmesi (Sungur ve Kaya 2001)

| TSSB Alt tipleri | 1. ay | 6. ay | 12.ay | 18.ay | Sıklık % | Olgu Sayısı |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|----------|-------------|
| Hastalık yok | - | - | - | - | 50.5 | 40 |
| Akut Grup | | | | | 20.3 | 16 |
| Akut | + | - | - | - | 11.4 | 9 |
| Akut Tekrarlayıcı | + | - | + | - | 8.9 | 7 |
| Kronik Grup | | | | | 12.7 | 10 |
| Kronik iyileşen | + | + | - | - | 1.3 | 1 |
| Kronik tekrarlayıcı | + | + | - | + | - | - |
| Kronik inatçı | + | + | + | + | 11.4 | 9 |
| Geç başlangıçlı grup | | | | | 16.5 | 13 |
| İnatçı | - | + | + | + | 5.0 | 4 |
| 6. ay başlangıçlı | - | + | - | - | 1.3 | 1 |
| 12. ay başlangıçlı | - | - | + | - | 1.3 | 1 |
| 18. ay başlangıçlı | - | - | - | + | 8.9 | 7 |

Tanımda belirtilen ruhsal travmaya maruz kalan bireyler TSSB tanısı için gerekli tanı ölçütlerinden herhangi birini karşılamazlarsa "sınırdaki (borderline)" olgular olarak tanımlanmaktadırlar. Bu çalışmada da sınırdaki TSSB olguları saptandı. 18 aylık uzunlamasına değerlendirme boyunca 79 olgunun 45'ine değerlendirme aşamalarının herhangi birinde "sınırdaki TSSB" tanısı kondu Üç olgu tüm değerlendirme aşamalarında "Sınırdaki TSSB" ölçütlerini karşıladı. Kimi olgular ise bazı değerlendirme aşamalarında "sınırdaki" belirtiler sergiliyordu. Bu olgular TSSB belirtilerine sergilemekle birlikte sınıflama sistemine göre ruhsal bozukluk olmayan grupta yer alıyorlardı.

Olayları izleyen 18 aylık süreçte sınırdaki olguların görünümü (Sungur ve Kaya 2001)

| Olgu no | 1. ay | 6.ay | 12. ay | 18. ay | Sınırdaki olgulara göre TSSB'nun görünümü |
|----------|-------|------|--------|--------|---|
| 4 | B | + | + | + | GI veya KI |
| 17,26,24 | B | B | B | B | K veya S |
| 18 | + | B | B | + | AT veya KI |
| 21 | B | B | B | + | G 18 veya KI |
| 39 | + | B | B | B | A veya KI |

GI: Geç Başlangıçlı İnatçı, KI: Kronik İnatçı, K: Kronik, S: Sınırdaki, AT: Akut tekrarlayıcı, A: Akut, G 18: Geç Başlangıçlı 18. ay

Kronikleşme (süreçleşme) hastalığın uzun dönemdeki kalıcılığını anlatan bir tanımlamadır. Kronikleşme ile hastalık öncesi ve sonrası değişkenlerin ilişkisine bakıldığında şunlar gözlenmektedir: Otel grubunda çok daha fazla kronikleşme gözlenmiştir. Bu travmanın şiddetinin bu grup için en yüksek olması ile ilişkilidir. Daha önce benzeri olaylara maruz kalanlarda kronikleşmenin daha az olduğu dikkat çekmiştir. Bu bulgu daha önce benzeri stresörlere maruz kalmanın ve hazırlıklı olmanın bir tür bağışıklık kazanmaya neden olduğu biçiminde açıklanmaktadır. Otel grubu ile diğer gruplar arasındaki önemli bir fark, kişinin kendisinin veya bir aile bireyinin yaralanması ve ceset görme ile kronikleşme arasındaki ilişki ile ilgilidir. Otel grubunda ağır yaralanma, ceset görme, mal kaybı vb. etkiler daha fazla olmasına rağmen kronikleşmeyi artırıcı bir etkisinin olmadığı gözlenmiştir. Kültür merkezinde ise yaralanmalar daha seyrek

ve hafif olmasına, daha az oranda ölü bedenlerle karşılaşmalarına rağmen, bu değişkenlerin kronikleşme üzerinde önemli düzeyde etkisinin olduğu görülmüştür. Araştırmacılar bu bulguyu yine travmanın şiddeti ile açıklamaktadırlar. Otelden kurtulanlar grubu zaten çok ağır bir travmaya maruz kaldığı için ek faktörlerin fazla katkısı olmadığını belirtmişlerdir. Kültür merkezi grubunun yaşadıkları travma daha hafif düzeyde olduğu için ek faktörlerin kronikleşme üzerinde belirleyici olduğunu vurgulamaktadırlar.

Tartışma

Bu çalışma yaşanan bir travmaya verilen tepkilerin farklılığını göstermektedir. Üç çalışma grubu arasında TSSB oluşumu açısından ilk değerlendirmede istatistiksel açıdan anlamlı fark gözlenmezken, daha ileri aşamalarda TSSB gelişmesinde stresörün uzun süreli etkisinin devamı açısından karşılaşılan travmanın şiddetinin belirgin bir fark yarattığı görülmüştür. TSSB'nun sınıflandırılmasında travmayı temel etiyojik etken olarak alıp ayrı bir tanıtılma kavramı oluşturmaya çalışan düşünce günümüzde yeniden bir tartışma alanı oluşturmaktadır.

Bu çalışmanın önemli bir diğer bulgusu DSM-III-R sınıflama sisteminde göre TSSB ölçütlerini karşılayan olguların sayısında 1. aya göre 6. ayda azalma olurken 12. ve 18. ayda 6. aya göre artış saptanmıştır. Bu olgular 6. ayda iyileşiyor, 12. ve 18. aylarda yeniden alevlenme gösteriyor olabilirler. Bu bulgular, yineleyen değerlendirmelerin gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Eğer bu çalışma 6. ayda bitmiş olsaydı daha uzun zaman sürecinde TSSB sayısında ortaya çıkan bu kaymayı saptamak mümkün olmayacaktı. Travmanın yıldönümünde ve yaşanan olayın bir parçası olan mahkeme sürecinde TSSB belirtilerinin artışı biçimindeki bulgular, uzunlamasına çalışmaların gerekliliğini ve önemini göstermektedir.

Güncel travmanın yeniden anımsanmasına yol açacak olayların belirtileri alevlendirmesi beklemek sürpriz olmayacaktır. Bununla birlikte 18. ayda TSSB gösteren olguların 12. ayda bozukluğu gösterenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olması, mahkeme kararının felaketin kurbanlarının beklentisini karşılamaması ile ilişkili görünmektedir.

İlginç bir diğer bulgu, akut, kronik ve geç başlangıçlı olmak üzere

yalnızca üç TSSB formunun varlığı düşüncesinin aksine sekiz farklı formunun bulunması olmuştur. Bu bulgu "sınırdı, inatçı, tekrarlayıcı, iyileşen" gibi çalışmanın 6. ayda bitirilmesi halinde saptanamayacak olan farklı TSSB formlarının tanımlanmasına olanak verme açısından uzunlamasına çalışmaların gerekliliğini önemli bir kanıttır. Doğal felaketlere bağlı oluşan TSSB ile ilgili bir çalışmada da benzeri alt formlardan söz edilmiştir

Sonuç olarak;

- Bulgular göstermektedir ki; travmaya maruz kalma süresi TSSB'nun başlaması ve seyirinde tek belirleyici olmamakla birlikte önemli bir belirleyicidir.
- Akut, kronik ve geç başlangıçlı üç temel form dışında uzun seyir sırasında TSSB sekiz farklı forma kadar görünüm alabilmektedir.
- Beklenenin aksine, geç başlangıçlı tepkiler otel grubunda akut ve kronik formlardan daha yüksek bulunmuştur.
- Strese tekrar maruz kalmak ve benzeri travma yaşantısı bazı olguları travmatik terse karşı bağışık hale getirmektedir.
- Travma sonrası hastalanma sürecinde moral ve parasal destek beklentisi önemli olabilmektedir.

Türkiye'de bu konudaki çalışmalar yetersiz olduğu için bu tür siyasi olayların, katliamların uzun dönemdeki etkilerini yeterince bilemiyoruz. Bu çalışmanın sonuçları uzun dönemde ciddi ruhsal ve toplumsal sorunların sürdüğünü gösteriyor. Türkiye gibi sorunların şiddetle çözüldüğü, resmi ve sivil şiddetin yaygın biçimde yaşandığı, toplumsal muhalefetin yaygın ve yoğun bir şiddetle bastırılmaya çalışıldığı, sorunlara mafyatik çözümler üretildiği ve milyonlarcasının bu olaylara tanık olduğu bir ülkede travmayı ve sonuçlarını anlamaya yönelik bu çabaların ne denli önemli ve yaşamsal olduğu, oluşturulacak politik bir tavrın ne kadar gerekli olduğu anlaşılmalıdır. ■

Sungur M, Kaya B. *The onset and longitudinal course of a man-made post-traumatic morbidity: Survivors of the Sinas disaster*. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 2001, 5: 195-202.

Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme

Osman Elbek

Gaziantep Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları AD, Gaziantep
e-posta: osmanelbek@yahoo.com

Emin Baki Adaş

Gaziantep Üniversitesi, Sosyoloji Bölümü, Gaziantep
e-posta: eminadas@gmail.com

Türkiye sağlık ortamı 2003 yılından itibaren “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı verilen bir reform ile yeniden yapılandırılmaktadır. Program her ne kadar Türkiye’nin sağlık sorunlarını çözmek amacıyla gündeme gelmiş olsa da, dünyadaki dönüşüm ile uyum içerisindedir. Benzeri pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de programa, gerek bilgi gerekse finansal açıdan Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü’nün katkıları belirleyicidir. Bu makalede ana hatları ile sağlıkta yaşanan küresel dönüşüm, bu dönüşümün dinamikleri, Türkiye’deki yansımaları ve dönüşümün sağlık çalışanları ve toplum sağlığı üzerindeki etkisinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Giriş

Son yıllarda, sağlık alanında önemli bir dönüşüm ve tartışma süreci yaşanmaktadır. Ekonomik ve toplumsal gelişme düzeyleri açısından birbirinden ciddi farklılıklar gösteren Asya’dan Avrupa’ya, Latin Amerika’dan Afrika’ya kadar birçok ülkede sağlık politikaları benzer programlar ekseninde tartışılmaktadır (1). Sağlık alanında çözüm bekleyen önemli sorunlara işaret eden birçok rapor ve çalışma, bu alanda bir dönüşüm veya reformun gerekliliğini ortaya koymaktadır (2). Ancak, birçok ülkede uygulamaya konan reform programlarının bu sorunları ne derece çözdüğü/çözeceği tartışmalıdır. Ekonomik kavramlar ekseninde sağlık alanını ele alan egemen yaklaşım, kamunun rolü azaltılarak, piyasa dinamiklerine açık, özel sektör yatırımlarını teşvik eden, karlılığı ve verimliliği esas alan bir yeniden yapılandırılmayı öngörmektedir (1). Kamuda özel sağlık uygulamalarını teşvik eden ve kamu-özel işbirliğini özel sektör lehine geliştirmeyi hedefleyen bu model, Türkiye’de son yıllarda uygulamaya konan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı verilen reform politikalarının da temelini oluşturmaktadır. Her ne kadar bu program somut olarak 2003’te uygulamaya konulmuş olsa da, program aslında 1980’lerle birlikte benimsenen neo-liberal yapısal dönüşüm politikalarının bir sonucudur ve bu süreçte ortaya konan neo-liberal ekonomik yaklaşım ile uyum içerisindedir.

Bu makale, ana hatları ile sağlıkta yaşanan küresel dönüşümü, bu dönüşümün dinamiklerini ve Türkiye’deki yansımalarını ele almaktadır. Yazının temel amacı, Türkiye’de uygulamaya konan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın gerekçeleri ile birlikte siyasal bileşenlerini tanımlamak ve bu dönüşümün sağlık alanını nasıl biçimlendirdiğini ve bu sürecin hem sağlık çalışanları açısından hem de toplum sağlığı açısından ne tür etkileri olduğunu analiz etmektir.

Sağlıkta Küresel Dönüşüm

Son yıllarda sağlık alanında önemli politika değişikliklerinin hayata geçirildiği ve üzerinde yoğun tartışmaların yapıldığı bir süreç yaşanmaktadır. “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı verilen bu politika Türkiye’yle sınırlı olmayıp, birçok ülkede uygulamaya konmuştur (1, 3). Bu politikaların oluşumunda gerek bilgi gerekse finansal açıdan Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi uluslararası ve ulusötesi organizasyonların etkileri belirleyicidir. Doğu Avrupa’dan Afrika’ya, Latin Amerika’dan Asya’ya kadar geniş bir coğrafyada uygulamaya konan bu politikaların ifade edilen temel hedefi, yurttaşların sağlığa erişiminde kısıtlamaya yol açmadan, sağlık alanında artan harcamaları azaltmak ve verimliliği arttırmaktır. Bu hedefe ulaşmanın



en önemli aracı ise, neo-liberal piyasa dinamikleri ekseninde sağlık alanının yeniden yapılandırılmasıdır. Bu yapılandırmanın temel adımları tüm ülkeler için oldukça benzer hatta aynı eylem planları üzerinden şekillendirilmektedir. Örneğin Kenya’da hayata geçirilen reform -tıpkı Türkiye’de olduğu gibi- sağlığın finansmanının kurulacak sağlık sigortasından karşılanması, sağlık hizmetlerinin sunumunun ademi merkezleştirilmesi, hastanelerin özerk işletmeler haline getirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektör payının artırılması ve sağlık hizmeti kullanımında katılım payı uygulanması biçiminde formüle edilmiştir (3).

Bilindiği üzere, 1970’lerde yaşanan ekonomik krize tepki olarak ortaya çıkan neo-liberalizm, krizin faturasını sosyal devlet politikalarına çıkarmış; krizden çıkış olarak da piyasa dinamiklerine dayalı ekonomik, toplumsal ve siyasal yeniden yapılanmayı öngörmüştür. Bu politikalar birçok üçüncü dünya ülkesinde önce askeri diktatörler eliyle hayata geçirilmiş ve daha sonra işbaşına gelen sivil yönetimlerce de derinleştirilmiştir. “Hantal ve verimsiz kamu tarafından üretilen mal ve hizmetlere karşı, serbest piyasa mekanizmasının daha etkin ve verimli olduğu” savına dayanan neo-liberalizm, “değişim ilişkilerinde sağlanacak özgürlüğün, bölüşüm ilişkilerinde adaleti sağlayacağı” görüşünden hareketle, piyasanın nihai olarak herkesin lehine sonuçlar doğuracağı iddiasında bulunur. Neo-liberal yaklaşıma göre, piyasa ekonomisi hem siyasal ve toplumsal özgürlükleri arttırmakta, hem de, ekonomik aktörler ve işletmeler arasında artan rekabet sonucunda, mal ve hizmetlerin daha kaliteli ve daha ucuza mal edilmesine neden olmaktadır. Bu politikaların temel bileşenleri, birçok yazarın da işaret ettiği gibi, devletin hizmet sunumunun kısıtlanması, devletin özel sektörün piyasaya girişini teşvik edecek uygulamaları hayata geçirmesi ve sosyal refah programlarının ağırlıkla özel sektör eliyle yürütülmesidir (1).

Sağlık alanının neo-liberal politikalar doğrultusunda yeniden yapılandırılması için uygulamaya konan programlarının temel gerekçesi, bir yandan kamu sağlık harcamalarının karşı-

lanması mümkün olmayan bir düzeye ulaştığı, diğer yandan da sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olduğudur. Bu gerekçe birçok ülkede sağlık reformunun temel nedeni olarak tanımlanmaktadır. Gerçekten de, küresel rüzgârların ülkeler ve şirketler arasında acımasız bir rekabeti öngördüğü, sosyal hakların istihdam açısından engel olarak tanımlandığı, ülkelerin sermaye çekmek için sosyal haklar, esnek istihdam ve enformel sektör açısından “dibe doğru yarıştığı” ve sıcak para hareketleri sayesinde finansal gücün ülkelerde ciddi ekonomik krizlere yol açtığı bu dünyada, sağlık hizmetlerinin verimliliğinin yükseltilecek maliyetinin düşürülmesi, uygulanan sağlık reform programlarının ana hedefi olarak tanımlanmıştır (3, 4). Neo-liberal paradigma çerçevesinde kamu sağlık sektörünün verimsiz ve nitelsiz olarak etiketlenmesi, hizmet sunumu ile finansmanın ayrıştırılarak devletin hizmet sunumundan çekilmesi, hizmet satın alma ve hastanelerin özerkleştirilmesi gibi ‘ademi merkezizetçi’ politikaları ile sağlık alanını tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açarak mevcut sorunlara çözüm getirileceği öne sürülmektedir (3).

Bu noktada, neo-liberal hegemonyanın öne sürdüğü iddialarının test edilmemiş “ideolojik” doğrular olduğunu özellikle belirtmek gereklidir. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü Küba’nın kamusal sağlık sistemini sağlık çıktıları açısından başarılı bir model olarak değerlendirmesine rağmen, Dünya Bankası’nın bu başarılı modeli kendi “mutlak doğrular”ı ile çelişmesi nedeni ile göz ardı ettiği bilinmektedir. Buna karşılık, tümüyle piyasa dinamiklerinin düzenlediği Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemi, olağanüstü yüksek sağlık maliyetlerine rağmen temel sağlık göstergeleri açısından olumsuz bir tablo sergilemektedir. Bu bağlamda neo-liberal hegemonyanın, sorun olarak saptadığı nedenlerin dinamiklerini göz ardı ettiği ve sadece sonuçları üzerinden politika ürettiği unutulmamalıdır. Gerçekten de, sağlıkta artan talep ve maliyet doğru olmakla birlikte, bunun nedeni, Küba örneğinin de gösterdiği gibi, sağlık hizmetlerinin kamu eliyle sunulması değildir. Sağlık

alanında artan talep ve maliyetlerin asıl nedeni, yaşam beklentisinin yükselmesi sonucunda yaşlı nüfusun artması, buna bağlı olarak daha maliyetli kronik hastalıkların ortaya çıkması, gelişen teknolojinin pek çok sektörün aksine sağlık alanında maliyetleri azaltmayı arttırması ve en önemlisi ulus-ötesi sermayenin sağlık alanını yüksek kar alanı olarak tanımlayarak, hastalığı hastanın elinden alıp kurumsal bir yatırım için gerekli hammaddeye dönüştürerek bir tür “hastalık avı”na çıkmasıdır (5, 6).

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm ve Etkileri

Türkiye’de uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel gerekçelerini de, neo-liberal politikalarla uyumlu olacak biçimde, kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaşması ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olduğu tespitleri oluşturmaktadır. Buna paralel olarak kamu sağlık sektörünün verimsiz ve niteliksiz olarak etiketlenmesi, hizmet sunumu ile finansmanın ayrıştırılarak devletin hizmet sunumundan çekilmesi, hizmet satın alma ve hastanelerin özkerleştirilmesi gibi “ademi merkezietçi” politikaları ile sağlık alanının tümüyle piyasa aktörlerinin rekabetine açılması biçiminde özetlenebilecek olan çözüm önerileri de aynı şekilde dünyadaki küresel dönüşüm ile uyumludur (3).

Yukarıda genel hatlarıyla tanımladığımız neo-liberal dönüşüm mevcut siyasi iktidarın politikaları ile başlamamış aksine 1980’lerden beri aşamalı olarak uygulamaya konulmuştur. Bu değişimin ipuçları Türkiye’nin 1980 sonrası değişen sağlık politikalarında saklıdır. Bilindiği gibi 1961 Anayasası, herkesin tıbbi bakım görmesini, sosyal güvenlik hakkını ve uygun konut gereksiniminin karşılanmasını devletin ödevi olarak görmektedir (7, 8). Oysa 1982 Anayasası, sağlığı korumayı hem devletin hem bireyin ödevi olarak tanımlanmakta ve devleti bu görevini kamu ile özel sağlık kuruluşlarını denetleyerek yerine getiren bir konuma indirgemektedir. 1982 Anayasası’nın bir başka önemli farklılığı da, ilk kez genel sağlık sigortası ve katılım payından söz etmiş olmasıdır. İşte 1982 Anayasası’nın ruhuna yansıyan bu dönüşüm, yedinci (1996–2000) ve sekizinci (2001-2005) beş yıllık kalkınma planlarının da temel belirleyeni olmuştur. Hastanelerin idari ve mali özkerliğe kavuşturularak işletme haline dönüştürülmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek için etkin sevk sistemi dahilinde işleyen aile hekimliğinin kurulması, prim temelli genel sağlık sigortası uygulaması, emeklilik ve sağlık sigortası hizmetlerinin ayrılması ve sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin özkerleştirilmesi, özel sağlık ve hayat sigortalarının teşvik edilmesi yedinci ve sekizinci beş yıllık kalkınma planlarına bu çerçevede nedeniyle alınmıştır (9, 10). Türkiye’de 2003’ten beri uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın içerik itibarı ile özgün bir yenilik içermediği, aksine program hedeflerinin yedinci ve sekizinci beş yıllık kalkınma planları ile tümüyle örtüştüğü görülmektedir. Zaten bu durum bizzat Sağlık Bakanlığı tarafından da “Bugüne kadar Bakanlığımız bünyesinde ulusal ve uluslararası katılımı yapılmış çok sayıda çalışma ve proje ortaya konmuş ve bu projeler “reform” olarak adlandırılmıştır. Farklı adlarla da olsa, bu kurumun aynı amaca

hizmet eden çok sayıda projeye ev sahipliği yaptığını biliyoruz. Bugün bir reformdan söz etmeyişimiz, tamamen yeni bir görüş ortaya koymadığımızın bilincinde olduğumuz içindir.” yaklaşımı ile kabul edilmektedir (11). Öte yandan, 2003 yılından itibaren Türkiye’de uygulamaya konulan dönüşüm programının daha önceki yıllardan önemli farkı, çeşitli nedenlerle sağlığa ulaşamayan toplum kesimlerinin haklı öfkelerini, özelinde hekimlere genelinde sağlık çalışanlarına yöneltebilmiş olmasıdır. Bu bağlamda gerek mevcut sağlık yapılanmasının var ettiği sorunların, gerekse özellikle hekimlerin yaptığı etik ihlallerin toplumsal dokuda yarattığı öfke, reformların meşruiyet temelini oluşturmuştur.

Sağlık Bakanlığı’nın sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici, takip edici ve politika üretici bir rol üstlenmesi olarak formüle edilen ve “kürek çeken değil, dümen tutan bakanlık” şiarı ile yol çıkan programın (12) temel hedefi, halkın sağlık düzeyini yükseltecek, maliyetleri düşürecek ve ihtiyaçları ölçüsünde sağlık hizmetlerine ulaşan insanların güçleri oranında sağlık finansmanına katkı yapacakları bir sistemi oluşturmaktır (13). Etkililik, verimlilik ve hakkaniyet başlıkları altında tanımlanan bu üç hedefi gerçekleştirmeyi amaçlayan programın temel bileşenleri aile hekimliği, verimli sağlık işletmeleri, genel sağlık sigortası ve sağlık çalışanlarının bilgi, beceri ve motivasyonunu arttırmaktır. Programın temel ilkeleri ise insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık ve gönüllülüktür (14).

Uygulamalar ve Değerlendirmeler

Birinci Basamakta Dönüşüm

Türkiye’de uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bugün için en temel sonucu kişi başı sağlık hizmet başvurularını çeşitli yollarla (SSK hastalarının özel hastanelere başvurma hakkı, yeşil kartın ayaktan ilaç gereksinimini karşılaması, vs) arttırmış olmasıdır. Gerçekten de, resmi veriler dikkate alındığında kişi başına sağlık başvurusu 1999-2000’de 4,2’ye, 2006’da 5’in üzerine çıkmıştır (15). Ancak bu artış basamaklandırılmış sağlık hizmet sunumunu sağlayamamıştır. Halen bir sağlık ocağına düşen kişi başı yıllık ziyaret 1,46’dır (15). Veriler Türkiye’deki sağlık sisteminin yapısal sorununun devam ettiğini göstermektedir. İşte aile hekimliği sistemi bu yapısal sorunu çözmek amacıyla gündeme getirilmiştir. Kimi illerde uygulamaya konulan aile hekimliği sisteminin sonuçları irdelendiğinde birinci basamaktaki sevk oranlarının düştüğü ve “kapı tutuculuk” faaliyetinin uygulamaya geçtiği yönündedir (16).

Sağlıkta Dönüşüm Programı bünyesinde gündeme gelen aile hekimliği sistemi, mevcut birinci basamak sağlık sistemini tümüyle yeniden yapılandırılacaktır. Ancak, özü itibarıyla birinci basamakta var olan mesleki yabancılaşmayı ortadan kaldıracak kimi potansiyelleri bünyesinde barındıran bu sistem üç temel yapısal sorunla maluldür. Bu sorunlardan ilki, verem ve ana-çocuk sağlığı gibi Türkiye’nin iki önemli sorununu çözmek amacıyla kurulan “dikey sağlık yapılanmalarını” (verem savaş dispanserleri ve ana çocuk sağlığı merkezleri) “görev-

lerini tamamlamış, karmaşaya ve israfa yol açan merkezler” olarak tanımlamasıdır (17). Aile hekimliğinin uygulamaya konulduğu kimi illerde söz konusu bu merkezlerin personel eksikliği nedeniyle fiilen kapandığı veya kapatıldığı görülmektedir. Bu bağlamda Samsun’da aktif verem savaş dispanseri sayısı 2005 yılında altıyken, 2007’de bire düşürülmüştür. Kimi özel klinik tablolar için oluşturulmuş dikey sağlık yapılanmalarını ortadan kaldıran bu tür bir uygulamanın, gelecekte toplum sağlığı açısından ciddi sorunlara neden olacağını öngörmekteyiz. Öte yandan, bu değişimin yaratacağı olumsuz sonuçlar beklenenin aksine olumlu bir çıktı olarak da algılanmaya yol açabilir. Örneğin, Samsun’da altı verem savaş dispanseri faaliyetleyen ilde tüberküloz görülme oranı (incidence) 100.000’de 34,7 iken, bir dispanserin açık kaldığı 2007 yılında 100.000’de 28,1’e “gerilemiştir” (18). Ancak, yıllar içerisinde Samsun’da yaşanan bu “olumlu” değişim, gerçek anlamda bir düzelme olmayıp, aslında verem savaş dispanserinin poliklinik muayene sayısındaki gerilemenin yarattığı bir sonuçtur. Gerçekten de, aile hekimliği sistemi gereğince bireylerin ilk başvurusunun aile hekimlerine olması nedeniyle verem savaş dispanserlerinin poliklinik sayılarında yıllar içerisinde belirgin bir düşme gözlenmiştir (19). İlginç bir bulgu olarak, dispanserlerin poliklinik sayısındaki azalma oranı ile tüberküloz vakalarındaki azalmanın paralel olması dikkat çekicidir (18). Benzer biçimde, aile hekimliği sistemine geçişin hemen ardından tüberküloz takibinde altın standart olarak kabul edilen doğrudan gözetimli tedavi uygulamasının Samsun’da %86’dan %25’e (20), tüberküloz tedavisinde altın standart olarak kabul edilen kür oranının Eskişehir’de %42’den %25’e düştüğünün (21), buna karşılık İzmir’de tüberküloz tedavisinin sağlık çalışanı dışındaki takibinin %12,3’den %22,6’ya yükseldiğinin (22) altı çizilmelidir.

Aile hekimliği sisteminin ikinci temel sorunu, birey ve toplum sağlığını ayrı kategorilermiş gibi algılaması ve gündelik pratikte bu hizmet süreçlerini ayırıştırmaya kalkışmasıdır. Sistem gereğince yeniden yapılanma sonrası koruyucu sağlık hizmetlerinden bireye yönelik olanlar aile hekimlerince, çevreye ve topluma yönelik olanlar ise toplum sağlığı merkezlerince yürütülecektir. Aile hekimliği sisteminin sağlığa bakışındaki bu çarpıklığın yanı sıra, toplum sağlığı merkezlerinde görev yapmayı tercih eden hekim ve sağlık çalışanlarına aile hekimlerine kıyasla 4–5 kat daha düşük ücret verilmektedir. Ayrıca, toplum sağlığı merkezlerindeki çalışanlara yasal olarak denetlemekle yükümlü oldukları aile hekimlerinin yapmayı istemedikleri “angarya” işleri yapma zorunluluğu getirilmiştir. Bu nedenle, toplum sağlığı merkezlerindeki kadrolar sıklıkla tercih edilmemektedir. Bu durum, zaman içerisinde çevre ve topluma yönelik koruyucu hizmetlerde ciddi aksamalar yaşanabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan, toplum sağlığı merkezleri ile ilgili tek sorun sadece kadro sayısındaki kıstıllık değildir. Siyasi iktidarın aile hekimliğine geçişi teşvik etme politikası, verem savaş dispanserlerini ve toplum sağlığı merkezlerini önemsizleştirmektedir. Bu bağlamda, aşağıdaki aktarımlar dispanser ve/veya toplum sağlığı merkezlerinde çalışanların ruh halini yansıtmaları bakımından kanımızca çarpıcı örneklerdir:



“Halen ilimizde kadrolu olan deneyimli dispanser hekimleri, dispanser dışı sağlık birimlerinde görevlendirilmektedirler. Dispanserlere geçici görevle verilen deneyimi olmayan hekimlere de adli nöbet görevi verilmektedir. Bu geçici görevlendirmelerin nedeni ise verem savaş dispanserlerinin yeni sistemde toplum sağlığı merkezi içinde bir oluşum olarak yer alıyor olmamızdır. Yine ana çocuk sağlığı aile planlaması birimleri ve hekimleri de aynı durumdadır.” (İzmir Verem Savaş Dispanseri Hekimi) (23).

“Bir telefon açıyorlardı, ‘Oradan iki kişiyi şu göreve gönderin’ diyorlardı. Aile hekimi arıyordu, ‘Bana bir hemşire lazım’ diyordu.. Pazardan mal alır gibi.. Kendimizi sıfır, değersiz hissediyorduk.” (Edirne TSM Hekimi) (24).

Aile hekimliği sisteminin üçüncü sorunlu yönü ise, iddiasının aksine, hekim ve kent tabanlı olması, kırsal alanı ve bölge tabanlı bir perspektifi içermemesidir. Ayrıca, sistem kapsamında geri ödeme kuralları çerçevesinde uygun önlemler getirilmezse, dezavantajlı grupların (örneğin sık başvuru ihtimali bulunan kronik hastalıklar, tüberküloz gibi stigma sorunu yaşanan hastalıklar) sistem dışında kalabilme tehlikesi mevcuttur.

Bu noktada, öncelikle yukarıda tanımlanan üç sorunun da yapısal olduğunun altı çizilmelidir. Zaten aile hekimliği sisteminin uygulamaya geçildiği illerdeki kimi veriler de bu öngörülerimizi doğrulamaktadır: Örneğin, Denizli’de sistemin hekim temelli işlediği görülmüş olup hekim dışı sağlık personelinin sisteme güveni sağlanamamıştır. Bu bağlamda, hem merkezde hem de ilçelerde hekim dışı sağlık personeli için tahsis edilen kadrolar sıklıkla boş kalmıştır (sırasıyla il merkezinde %9,93; ilçe merkezlerinde %52,95) (25, 26). Öte yandan, Eskişehir’de aile hekimliği sistemi öncesinde birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlerin merkez/kırsal oranı 1,56 iken, aile hekimliği sonrası bu oran 4,55’e yükselmiştir (27). Bu durum ise, beklendiği gibi, aile hekimliği sisteminin uygulandığı hemen her ilde muayene sayılarında gözlenen artışa paralel olarak aile sağlığı ekibinin iş yükünde ciddi yoğunluğa neden olmuştur. Fakat artan bu muayene yoğunluğu, birinci basamakta küçük cerrahi müdahale oranında %74,2 düzeyinde azalmaya yol açmıştır (25, 26). Benzer biçimde, Denizli’de birinci basamak hizmetlerinde laboratuvar kullanım oranında da %23,8 azalma mevcuttur (25, 26). Eskişehir’de



bebek ve gebe izlem sayılarında aile hekimliği öncesine kıyasla artış saptanmasına karşılık; hap, rahim içi araç ve kondom gibi aile planlanması hizmet kullanımında aile hekimliği sistemine geçiş sonrasında %10,3 oranında bir düşüş izlenmiştir (28). Ayrıca, birinci basamakta muayene sayılarında ortalama %30,5; acil başvurularında %13,9 oranında artışın yaşandığı Denizli’de, aile hekimliği sistemi sonrasında özellikle grupların ortalama yıllık izleminde (sırasıyla gebe izlemi 7,00–5,77; loğusa izlemi 3,00–2,67; bebek izlemi 9,70–8,60; çocuk izlemi 1,90–1,30) anlamlı oranda azalma saptanmıştır (25, 26).

İş yoğunluğunun artması, ekip çalışmasının kaybolması, aile sağlığı elemanının iş tanımlarının yokluğu, belirlenen nüfusların aile sağlık merkezlerine genellikle uzak yerlerde olması, iş güvencesiz çalışma ve hekimlerin aksine hekim dışı sağlık çalışanlarının özlük ve ekonomik haklarında gerileme bu yeni modelin Adana’da uygulamaya konması ile beliren temel sorunlardır (29). Ancak tüm bu sorunlara rağmen, aile hekimliği sisteminden hastaların %77,5 oranında memnun olduğu gözlenmektedir (30). Kanaatimizce bu yüksek orana temkinle yaklaşılmalıdır. Öncelikle, halen uygulanan aile hekimliği modeli bir pilot uygulamadır ve her pilot uygulamada olduğu gibi politika yapıcılar kimi rahatsızlıklara neden olabilecek uygulamaları hayata geçirmemektedir. Ayrıca, sağlık gibi hasta ile sağlık çalışanı arasında asimetric bilgi farkının olduğu bir alanda sunulan hizmetin niteliğini sadece “memnuniyet”le ölçmek, içerikten bağımsız yapıldığında, son derece yanıltıcı sonuçlara işaret edebilir. Zira hastanın bilgisinin sınırları düşünüldüğünde, tedavi konusundaki memnuniyet nitelikli bir sağlık hizmeti anlamına gelmeyebilir. Ancak, tüm bu kısıtlılıklarına rağmen, aile hekimliği sistemi sayesinde sağlanan bu yüksek memnuniyet oranı da analizlerde göz ardı edilmemelidir.

Genel Sağlık Sigortası

Bilindiği gibi, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bir başka temel bileşeni de Genel Sağlık Sigortası reformudur. Sosyal Güvenlik Kurumu’nun verileri dikkate alındığında, Aralık 2007 tarihi itibarıyla ülke nüfusunun %87’sinin sosyal güvence kapsamında olduğu görülmektedir (31). Ancak, saha çalışmaları ülke nüfusunun %35’inin herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmadığını göstermektedir (32). Gündelik yaşamda aynı sağlık karnesinin birden fazla kişi tarafından ortaklaşa kullanımı gibi yaygın olarak gözlenen pratikler de bu saptamayı doğrular niteliktedir. Bu nedenle kayıt dışını azaltan, nüfusun tümünü güvence altına alan ve yurttaşlar arasında farklı sosyal güvenlik sistemleri yaratarak hiyerarşik bir yapılanmaya izin vermeyen bir sosyal güvenlik reformuna Türkiye’nin ihtiyacı olduğu açıktır. Ancak, Türkiye Büyük Millet Meclisi’nce kabul edilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası yukarıda tanımladığımız ihtiyaca göre gündeme getirilmemiştir. Çünkü, söz konusu kanun genel gerekçesinde “Sosyal güvenlik sisteminin yaşadığı finansman sorunu(nun), ekonomik göstergeleri de olumsuz etkilediği”, “son yıllarda bizzat sosyal güvenlik sisteminin kendisi(nin) ülke ekonomisinde istikrarsızlık yaratan ana sebeplerden biri haline geldiği” belirtilerek, söz konusu tasarının çıkış amacının yaşanan bu finans ‘sorununa’ çözüm getirmeyi hedeflediği ifade edilmektedir (33). Ayda 203 YTL’den az kazananların sigorta primi devlet tarafından karşılanırken, bu ‘zenginlik’ kriterinin üzerindeki herkesin aylık 18 ile 146 YTL arasında destek primi ödemek zorunda bırakılması, ayakta tedavi için başvuran hastalardan katılım payı alınması bu mantığın en açık kanıtlarıdır.

Öte yandan, Genel Sağlık Sigortası adı üstünde bir “sigorta” olduğu için sigortacılığın temel ilkelerine tabidir. Bu çerçevede, bir riskin sigortalı olabilmesi için ortaya çıkan riskin

sigortalıyı maddi hasara uğratmış olması, riskin gerçekleşeceğinin kesin olarak bilinmemesi ve gerçekleşmiş riskin kapsam dışında tutulması gereklidir. Dünyadaki sağlık sigorta uygulamaları değerlendirildiğinde diş hekimliği, göz, psikiyatri ve rehabilitasyon hizmetlerinin sıklıkla sigorta kapsamı dışında tutulduğu görülebilir. Genel Sağlık Sigortası'nın uygulamaya geçmesi sonrasında yukarıda sayılan sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda öncelikle sorun yaşanacağı tarafımızca öngörülmektedir.

Bu aşamada, onlarca yıldır 'karadelik' olarak ifade edilen sosyal güvenlik sisteminde yaşanan açık konusuna da değinmek gereklidir. Resmi veriler sosyal güvenlik sistemine yapılan bütçe transferlerinin 1999 yılında %10,5 iken, zaman içerisinde dalgalı bir seyir izleyerek 2006 yılında %12,9'a ulaştığını göstermektedir (14). Bu transferleri Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) açısından değerlendirirsek, 2006 yılı için GSMH'nın %4,0'ı sosyal güvenlik sistemine aktarılmıştır. Özetle rakamlar, sosyal güvenlik sisteminin, bütçenin yaklaşık %10-13'ünü, GSMH'nın %4'ünü yutan bir 'karadelik' olduğunu göstermektedir. Eğer sosyal güvenliği her insan için temel bir hak, bu güvence sistemini istisnasız herkese sunmayı devlet için bir ödev saymıyorsak, bu tespitin doğru olduğu düşünülebilir. Ancak, sosyal güvenlik bireyler için bir "hak", devlet yönünden "ödev" olarak tanımlanıyorsa, o zaman devletin yaptığı bütçe transferi devlet için bir 'yük' ya da 'karadelik' gibi olumsuz söylemlerle değil, aksine sosyal devlet olmanın bir gereği olarak olumlanarak okunmalıdır.

Öte yandan konu hakkında iki noktanın daha altı çizilmelidir. Öncelikle, tüm ülkelerin sosyal güvenlik sistemi havuzu değişen oranlarda işveren, işçi ve devlet katkısından oluşurken, Türkiye'deki sosyal güvenlik havuzu sadece işçi ve işveren katkısından oluşmaktadır. 'Karadelik' konusunda vurgulanması gereken ikinci nokta ise, Türkiye'nin sürdürdüğü faiz ödemeleridir. 1994 ile 2004 yılları arasında bütçenin ortalama %43,3'ü faiz ödemelerine aktarılmıştır. Sosyal güvenlik sistemine bütçenin %10-13'ünün aktarıldığı ve bu nedenle sosyal güvenlik sisteminin 'karadelik' olarak tanımlandığı düşünüldüğünde, bütçenin %43'ünü yutan faiz ödemelerinin Türkiye'nin finans sorunu gündeme geldiğinde hiç hatırlanmaması ilginç bir durumdur.

TBMM'de yasalaşan Genel Sağlık Sigortası uyarınca, ayda 203 YTL'den daha fazla kazanan 'zenginler', devlete vergi ve prim ödeseler de, sağlık hizmetlerine ulaşma hakkına sahip olamayacaklardır. Yeni sistem uyarınca, vergi ve prim borcu olmayan bu 'zenginler' ancak temel sağlık hizmetine ulaşabileceklerdir. Fakat bireyin hastalığı temel sağlık hizmeti ile giderilemeyecek düzeyde ise, kişinin sağlık sorunu ancak özel sağlık sigortasına sahip olması halinde çözülebilecektir. İşveren Dergisi'ne röportaj veren dönemin Hazine Müsteşarı İbrahim Halil Çanakçı, derginin "Bireysel Sağlık Sigortası sistemi, Genel Sağlık Sigortası'na alternatif olabilir mi?" sorusunu öngörümüzü doğrulayacak biçimde yanıtlamaktadır:

"Genel Sağlık Sigortası'nın tüm nüfusu kapsadığı ve belirli bir temel teminat paketinin sigortalılara en iyi şartlarla sunulmasının hedeflendiği düşünüldüğünde, sistem tarafından

sağlanacak olan söz konusu temel teminat paketi dışında kalan sağlık hizmetlerinin iyi işleyen, güvenilir bir özel sağlık sigortası sistemleri kanalıyla sunulması, özel sektörün de model içerisinde yer almasının sağlanmasına ve hizmet tanımının ve sınırlarının güvence altına alınmasına ihtiyaç duyulacağı düşünülmektedir" (34).

Üzülerek ifade etmek gerekiyor ki, kamu ve özel sağlık sigortalarına rağmen bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine ulaşmasının önünde son bir engel daha vardır: Katkı Payı. Başka bir ifadeyle, devletin belirlemiş olduğu fiyatların üzerinde kalan kısmını kişinin doğrudan kendi cebinden finanse etmesi gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, hastanın sağlık hizmetine ihtiyacı olduğu zaman eğer katkı payı ödemek gibi bir zorunluluk var ise, bu durumda sağlık birimlerine başvurma eğiliminin %40,6-%43,5 oranında azaldığını belirtmektedir (35). Benzer biçimde, yapılan çalışmalarda katkı payının poliklinik başvurularında %24 civarında azalmaya neden olduğu (36) ve reformun yasalaşması sonrası temel teminat paketinin içerisinde bulunan sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ve genişliği azalırken, katkı payının sürekli arttığı bildirilmiştir (37). Bu bağlamda, 2 YTL gibi küçük oranlarda tanımlanan bu katkı payının, reformun uygulamaya konulmasından kısa bir süre sonra 10YTL'ye ulaşması, diğer ülkelerde olduğu gibi daha da artacağını ve temel teminat paketinin daralacağını düşündürmektedir.

Sağlık İşletmeleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık birimlerinin kurumsal örgütlenmesini, idari ve mali yönden özerk işletmeler haline getirilecek olan sağlık işletmelerinin rekabeti prensibine dayandırmaktadır (17). Bilindiği üzere, neo-liberal hegemonyanın temel öngörüsü, rekabete açılan bir sektörün verim ve kalitesinin otomatik olarak yükseleceğidir. Bu öngörü, Türkiye'de yaşanan sağlık reformunun da temel tezidir ve başbakan düzeyinde sahiplenilmektedir (38). İşte birinci basamakta yapılandırılan aile hekimliği sistemi ve ikinci-üçüncü basamakta oluşturulan verimli sağlık işletmeleri, bu tezin sağlık ortamındaki gündelik yansımalarıdır.

Öte yandan, yeniden yapılandırılan sağlık örgütlenmesinin başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının sahiplenilmesini sağlamak ve onları yüksek motivasyon düzeyine ulaştırmak için "performans" olarak adlandırılan hizmet başı ödeme sistemi Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bileşeni olarak uygulamaya konulmuştur. Sağlık Bakanı Dr. Recep Akdağ'ın da ifade ettiği gibi, aile hekimliği sisteminde "hekim ne kadar çok hastayı, kişiyi, aileyi kaydetmişse o kadar çok kazanacaktır" (12). İkinci ve üçüncü basamakta ise "kim hastasını daha çok memnun ediyor ve daha çok hasta celp ediyorsa, kim daha çok muayene yapıyorsa, müdahalede bulunuyorsa, ameliyat yapıyorsa, hasta takip ediyorsa", o kişinin performansı, yani döner sermayeden aldığı katkı payı daha yüksek olacak ve bu sayede sağlık çalışanları kendi aralarında rekabete teşvik edilecektir (12).

Uygulamaya konulan bu performans sisteminin en temel çıktısı, ister gerçek ister yapay talep yaratmak şeklinde olsun, sağ-



lık hizmeti ve sağlık teknolojisi tüketimini arttırmak olmuştur. Performans politikasının uygulandığı sağlık birimlerinde yatan hasta sayısında, yatak işgal oranlarında ve yatak devir hızında artış, hastanelerde ortalama kalış süresinde ise azalma saptanmıştır (39). Uygulamanın sağlık ortamı üzerine yarattığı en önemli olumlu etki tam zamanlı çalışan hekim oranını yükseltmiş olmasıdır (14). Ancak saptanan performans kriterlerinden hiçbirisi sağlık hizmetinin niteliğini ölçmemekte ve mevcut hali ile ekip hizmeti çalışmasını olanaksızlaştırmaktadır. Yürürlükteki sistem, sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olduğunu göz ardı ederek hekim odaklı bir yapıyı yerleştirmiştir. Bir hekim ne kadar çok hasta muayene ederse, ne kadar çok hastaya müdahale-ameliyat yaparsa, sistem onu o oranda çok ödüllendirmektedir. Ancak bir hekimin çok hasta muayene etmesi veya ameliyat yapması aslında hasta başına ayırdığı zamanı azalttığı anlamı taşımaktadır. Ayrıca, hizmet tüketiminin teşvik edildiği bu sistemin yanlış ve gereksiz tanı ve tedavi uygulamalarını arttıracacağı da açıktır. Çünkü uygulamadaki performans sisteminin temel çıktısı müşteri memnuniyeti üzerine kurulmuştur. Bu durum T. C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlıkta Performans Yönetimi başlıklı kitapta “Sağlık hizmetlerine serbest piyasa anlayışı ile yaklaşım, sağlık sisteminin kalitesini öncelikle nihai çıktı ölçütü ile belirleme eğilimindedir. Bu ölçüt, memnuniyetin nasıl oluşturulduğuna bakmaksızın sağlık hizmetinden yararlananların klinik bulgulardan veya yaratılan ortamdan ne kadar mutlu olduğudur.” ifadesi ile tanımlanmaktadır (39).

Öte yandan performans sisteminin en olumsuz sonucu, hastanın ihtiyacı yerine hastane ve hekimin kendi girdilerinin temel çıkış noktası olarak belirlenmesine yol açmasıdır. Örneğin Beykoz Devlet Hastanesi Baştabipliği'nin Eylül 2006 tarih ve 2253 sayılı “Mümkün olduğunca tetkik isteklerinin hastalarımızı ve hastane giderlerini gözeterek ve titizlikle seçilerek istenmesi” yazısı bu bağlamda çarpıcı bir örnektir. Yakın zaman öncesinde desantralizasyon uygulamasının bir gereği olarak gündeme getirilen Kamu Hastane Birlikleri yasa tasarısı ise, yukarıda tanımlanan işletmeleşme modelinin ulaştığı son noktadır. Söz konusu yasa tasarısınca tüm hastanelerde yönetim kurulları oluşturulacak ve bu kurullar sayesinde sağlık birimleri “kar etmeyi düşünmeyen” verimli sağlık işletmelerine dönüştürülecektir. “Kar etmeyi hedeflemeyecek olan”

bu işletmelerin oluşturulacak yönetim kurullarında sağlık hizmet alanında örgütlü sendikaların temsilcileri yer almazken, işletmenin bulunduğu ilin ticaret odası bu yönetim kuruluna bir üye atayacaktır!

Yerel karar alıcıların toplumun ihtiyaçlarına daha iyi cevap verebilecek olması, toplumun yerel hizmetlerin planlanması ve denetlenmesine katılımının demokrasiyi geliştirecek olması ve yerel düzenlemenin kaynakların daha etkin kullanılmasını sağlayacak olması desantralizasyon uygulamalarının temel gerekçeleridir (40). Ancak Latin Amerika'da yaşanan deneyim, Dünya Bankası “patentli” bu gerekçeleri doğrulamamıştır. Çünkü Latin Amerika'da desantralizasyon uygulaması sonrasında “verimli işletmeler” haline gelen sağlık kurumları, kazançlarını maksimize etmek için olmayan hastalar, yanlış teşhisler, mükerrer hesaplar ve yazılmayan ilaçlar için kesilen faturalar gibi yollarla her zaman kârı öncelemişlerdir. Reformların gerekçesi olan “kalite” ise, bu “verimli işletmelerin” unutulmuş bileşeni olmuştur. Öte yandan Latin Amerika tecrübesi yerel inisiyatiflerin sağlık açısından her zaman doğru kararlar veremediğini de göstermiştir. Örneğin sağlık için ayrılan kaynaklar Bolıvy'a da belediye başkanı tarafından yol yapımına harcanmış; Meksika'da komşu eyaletlere sağlık dışı harcama kalemleri için transfer edilmiş; Nikaragua'da ise tuvalet inşası için ayrılan çimento köylüler tarafından satılmıştır. Ayrıca bu reform politikası sağlık işletmelerinde yüksek maaşla çalışan idareci sayılarında artışa neden olarak verimsiz kaynak kullanımına; yönetsel kademelerde koordinasyon sorununa; merkezi alımın ortadan kalkması sonucunda sağlık kurumlarının pahalı tıbbi malzeme ve ilaç alımına neden olarak kırsal kent ve büyük ve küçük şehirler arasındaki sağlık eşitsizliğini arttırmıştır (40). Ulusötesi şirketler, reformların sonuçları hakkında raporlar yayınlayan danışman firmalar ve reform uygulamalarını izlemekle görevlendirilen Dünya Bankası personeli ise bu reformlardan kazançlı çıkan kişi ve kurumlar olmuştur. Latin Amerika'da yaşanan desantralizasyon deneyimi, sağlık hizmetlerinin adem-i merkezileştirilmesinin nedeninin merkezi hükümetlerin borç ödemedeki kullanacakları devlet kaynaklarının serbest kalmasını sağlamak için mali sorumlulukların eyaletlere devretmesi olduğunu göstermiştir (40).

Neo-liberal mantığın sağlık alanında yaptığı en önemli tahribat ise hekimlik değerlerinde yaşanan aşınmadır. Çünkü neo-liberal zihniyet, hasta yararı yerine para kazanmayı öncelemektedir. Bu bağlamda İzmir Dış Hekimleri Birliği'nin yaptığı bir araştırmada performans uygulamasından daha yüksek pay alabilmek için bir hekimin toplam 2.400 dakikalık mesaisinde, sanal muayene ve tedavilerle 19.100 dakikalık iş beyan ettiği saptanmıştır (41). Örnekler sağlığın piyasanın “görünmez eli”ne teslim edildiğinde yaşayacağı yıkımı yansıtmaması açısından çarpıcıdır. Bu bağlamda Marx'ı yeniden hatırlamakta yarar olduğu kanaatindeyiz:

“En sonunda, insanın ayrılmaz parçası olan her şeyin alış-veriş ve pazarlık konusu olduğu zaman gelip çattı. Bu, o zamana kadar el değiştiren fakat ticaret konusu olmayan, erdem, duygu, kanaat, bilgi ve bilinç gibi şeylerin de ticaret konusu olduğu bir zamandı. Tek kelimeyle her şey ticaret konusu oldu. Bu



genel kokuşma ve evrensel ölçekli alış-veriş dönemidir. Eğer ekonomik terimlerle ifade etmek gerekirse, bu, maddi olsun, her şeyin gerçek değerinin saptanması için pazara getirildiği bir dönemdir.” (42).

Beyana dayalı bir geri ödeme sisteminde “sanal muayene ve işlemlerin” sık olacağı kolaylıkla öngörülse de, halen uygulamada olan sistem bünyesinde sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği ve gerekliliğini denetleyecek yetkin bir otokontrol sistemine sahip değildir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın uygulanmaya başlandığı bu geçiş döneminde, başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının olumsuz tepkisini almamak için bu açığın bırakıldığı ve yetkin bir kontrol sisteminin bile- rek tanımlanmadığını düşünmekteyiz. Muhtemelen değindiğimiz denetim ve kontrol uygulaması, yakın zaman içerisinde gündeme getirilmesi planlanan malpraktis yasası hükümleri ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası yasa hükümlerinde tanımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu ile özel sağlık sigortaları tarafından yapılacaktır. Ancak hedeflenen malpraktis yasasının, kimi zamanlarda gündeme getirilen taslak hükümlerinin de gösterdiği gibi, iyileştirici bir yapılanmadan ziyade cezalandırıcı bir yapıyı öngörmesi dikkat çekicidir. Öte yandan, Sosyal Güvenlik Kurumu ve özel sağlık sigorta yapılanmalarının her ikisi de, yukarıda betimlediğimiz gibi nitelikli sağlık hizmetinden çok finansal kaygıları öncelemededir. Bu nedenle, reformun balayı döneminin bitmesinin ardından bir yandan hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına ağır cezai hükümlerin getirileceği, diğer yandan da finansal kaygılarla yapılan kısıtlamalar nedeniyle hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımında oldukça ciddi engellemelerin yaşanacağını öngörmekteyiz.

Son olarak, yakın tarihli kimi çalışmalarda da ifade edildiği

gibi, kamu harcamalarını azaltmak amacıyla hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın, benzer programı uygulayan diğer ülkelerde de olduğu gibi, sağlık hizmet tüketimini kamçılıyarak sağlık ve sosyal güvenlik harcamalarını arttırdığı, koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade tedavi edici sağlık hizmetlerinde artışa yol açtığı, sağlık birimlerinin döner sermaye yapılarında bozulmaya neden olduğu ve mevcut haliyle sürdürülebilirliğinin mümkün olmadığı altı çizilmelidir (43, 44).

Bu bağlamda, uygulanan neo-liberal sağlık politikalarının tıp eğitimi üzerine olan olumsuz etkileri de dikkatle irdelenmelidir. Türkiye’de tıp eğitiminin verildiği üçüncü basamak sağlık kurumları da Sağlıkta Dönüşüm Programı’ndan etkilenmekte ve bu etkilenim çerçevesinde işleyişlerini eğitim ve araştırmadan ziyade kendilerine bireysel ve kurumsal kazanç sağlayan hizmet faaliyetlerine kaydırmaktadırlar. Benzer politikalar gereği, tıpkı ikinci basamak sağlık kurumlarında yaşandığı gibi, üçüncü basamak sağlık kurumlarında da yatak devir hızları yükselmekte ve hasta sirkülasyonu hızlanmaktadır. Bu değişim tıp fakültesinde ve uzmanlık eğitimi alan öğrencilerin hastalarla uzun süre temas edebilmesini, başvurudan tanı konulup tedavi planlanıncaya kadar hastayı gözleyip müdahil olabilmesini kısıtlamaktadır. Ayrıca, finansal baskılar nedeniyle öğretim üyeleri eğitim faaliyetinden ziyade kendisine katkı payı sağlayacak sağlık hizmetine yönelmekte, eğitime ayrılan zaman azalmakta, eğitim vizitleri kısalmakta, sağlık birimine ve öğretim üyesine para kazandıran sağlık hizmet sunumunda aksama yaşanmaması için eğitim faaliyetleri yemek yeme veya dinlenme zamanlarına kaydırılmakta, öğretim üyeleri arasında eğitimden ziyade hangi yollarla daha çok paranın kazanılabileceği sıklıkla konuşulmakta, ‘müşteri’ pastasından daha çok pay kapabilmek için aynı kürsüde bulunan öğretim üyeleri

arasında acımasız bir rekabet başlamakta, ekip uyumu ve işyeri barışı bozulmakta, müşteri memnuniyetinin sağlanması için araştırma görevlileri ve yardımcı sağlık personelinin iş yükleri ile iş stresleri artmakta ve nihayetinde kamusal kaynakların da azalmasına paralel olarak öğretim üyeleri araştırma yapmak için ticari şirketlere geçmektedirler (45, 46).

Yukarıda sunulan genel paradigma çerçevesinde dikkati çekmek istediğimiz önemli bir konu da emeğin değersizleştirilme sürecidir. Gerçekten de, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde oluşturulan sağlık işletmeleri daha çok kar edebilmek için sağlık giderlerini azaltmaya çalışmaktadırlar. Bir işletmenin giderini azaltmasının en etkin yolu ise, o işletmede istihdam edilen personelin özlük haklarında kısıntıya gitmesi olduğu açıktır. Bu bağlamda, hekim sayısının yükseltilerek piyasa ortamında emeğin pazarlık gücünün düşürülmek istenmesi ve Türk Tabipleri Birliği'nin belirlediği asgari ücret tarifesinin rekabete aykırı olduğu gerekçesi ile kaldırılarak sağlık çalışanlarının “dibe doğru yarış” a başlatılması siyasi iktidar tarafından uygulamaya konulan dikkat çekici bir politikadır. Yukarıda tanımladığımız nedenlerden dolayı, yakın zaman içerisinde işletmeye itibar kazandıracak “yıldız” veya “süperstar” hekimler haricindeki tüm hekimler ve sağlık çalışanlarının özlük ve sosyal haklarında kısıtlamaya gidileceğini öngörmekteyiz. Son dönemde Sağlık Bakanı Dr. Recep Akdağ'ın özel hastanelerin çalıştırdıkları hekimlere çok yüksek ücret verdiğini beyan etmesi de bu öngörümüzü desteklemektedir.

Görüldüğü üzere, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık çalışanları yönünden anlamı ve sonuçları oldukça sorunludur. Çünkü program, sağlık alanını piyasaya dinamiklerine açmaya ve sağlık kurumlarını karlılığı düşünen bir işletme gibi yapılanmaya/davranmaya zorlamaktadır. İşletme mantığı çerçevesinde, ister kamu ister özel olsun tüm sağlık kurumları girdilerini azaltıp, çıktılarını arttırarak gelirlerini yükseltmeye çalışacaktır. Bir sağlık işletmesinde geliri yükseltmenin en iyi yolu o işletmeye başvuran ‘müşteri’ sayısını ve ona sunulan tedavi edici hizmet çeşitliliğini arttırmaktır. Hastalar ile sağlık çalışanları arasındaki asimetrik bilgi düzeyi ve özellikle hekimlere yapılan hizmet başı ödeme stratejisi düşünüldüğünde, bu yaklaşımın yapay talep yaratma anlamına geleceği ve “yaşamın doğasını tıplaştırarak hastalık üretme” / ‘müşterinin’ bilgi eksikliğinden yararlanarak onu işletme ve hekim için karlı olacak pozisyona koşullandıracağı açıktır (47, 48). Bu durum, Amerika ve Avrupa uzmanlık dernekleri tarafından “Hekimler bugün (...) sağlık sistemlerindeki dönüşümlerin mesleğin doğası ve değerlerine yönelik tehditleriyle karşı karşıyalar (...) Bu koşullar, hekimlerin geleneksel olarak öncelediği hasta yararından vazgeçmelerini talep ediyor.” ifadesiyle tarif edilmektedir (49).

Sağlık işletmelerinin giderlerini azaltmasının en iyi yolu ise hekim başta olmak üzere sağlık çalışanlarının sosyal haklarında kısıtlamaya gitmektir. Bu bağlamda, küresel finans kapitalin işletmeler için bulduğu çözüm esnek istihdam modelidir. Sözleşme ile iş güvencesinin yitirilmesi, işsizlik, fazla çalışma, ikinci işte çalışma, erken emeklilik, emeklilik sonrası tekrar çalışma, beyin/işgücü göçü, diğer meslektaşlarla rekabetin yarattığı baskı, işe girmek/kaybetmemek için çalışanlar ara-

sında başlayan yarışın yarattığı düşük ücretler ile sosyal haklar, hastalıkta dahi çalışmaya devam etme ve tüm bu etmenlerin sonucunda artan iş stresi ve işyeri şiddeti bu modelin çarpıcı sonuçlarıdır (50). Türkiye’de uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı da neo-liberal paradigma ile uyumlu olacak biçimde hangi basamakta olursa olsun sağlık çalışanlarının istihdam modelini iş güvencesinden arındırılmış sözleşmeli çalışma olarak tanımlamaktadır. Aile hekimliği modelinde bir veya birkaç hekim bağımsız veya ortaklık biçiminde Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yaparak aile hekimi olma hakkına kavuşmaktadır. Benzer biçimde, ikinci ve üçüncü basamak sağlık işletmelerinde çalışacak sağlık çalışanları da o işletmenin veya hizmet satın alınan taşeron işletmesinin sözleşmeli elemanları olarak istihdam edilecektir. Birinci basamakta halen görev yapan hemşire, ebe gibi hekim dışı sağlık çalışanları ise, Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşma yapan aile hekimi ile sözleşme yapan “aile hekimliği elemanı” konumuna indirgenmiştir. Söz konusu reform bu kapsamda sağlık çalışanı kimliğinde parçalanmaya neden olmaktadır. Çünkü Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşma yapan aile hekimi ile aile hekimi ile sözleşme yapan aile hekimliği elemanı arasında çıkar çatışması doğmaktadır. Sağlıkta ekip hizmeti olduğu düşünüldüğünde birbirleriyle çıkar çatışmasına giren sağlık çalışanlarının küresel politikalar doğrultusunda atomize edilmesi, emekçi kimliğinden kopartılması, birbirlerine rakip hale getirilerek örgütsüzleştirilmesi ve sermaye karşısında etkisizleştirilmesi kolaylaşmaktadır. Bu durum Sağlık Bakanlığı'nın aile doktorları için yayınladığı kurs notlarında “Kontratta yer alan koşullara uygun olarak aile doktorlarına belirli bir ödeme yapılması düşünüldüğü için, doktor kendi gelirini arttırabilmek için daha iyi bir ofis yönetimi, daha iyi bir organizasyon ve personel yönetimi yoluyla masrafları sınırlandırmaya çalışacaktır. Yani doktor yöneticiler, mekânı, enerjiyi, tıbbi cihazları ve personeli daha verimli olarak kullanabilecekleri bir model geliştireceklerdir” cümlesi ile ifade edilmektedir (13).

Uygulanan politikalar sonrasında atomize edilen, örgütsüzleştirilen, devlet ve sermaye karşısında savunmasız hale getirilen sağlık çalışanlarının kendi öznel alanlarından kaynaklanan sorunlarıyla baş edebilmesi oldukça güç olacaktır. Bu noktada yoğun iş yükü, ölümcül hastalara bakım verme, çalışma süresi uzunluğu, vardiya biçimli çalışma zorunluluğu, hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma, sağlık hizmetindeki finansal ve insan kaynaklı yetersizlikler, kamu hastanelerinde çalışma, tıbbi cihazların hızlı teknolojik değişimi, ücret düşüklüğü, iş ortamında otonominin kısıtlı olmasına yol açan mesleki kідemsizlik, eğitim sırasında kazanılan bilgilerin günlük çalışma sürecine aktarılamaması, akademik ve personel hiyerarşi piramidinde araştırma görevlisi, pratisyen hekim, tıp fakültesi öğrencisi gibi alt basamaklarda bulunma ve personelin dengesiz dağılımı gibi sorunlarla baş edemeyen sağlık çalışanlarının iş streslerinin artarak tükenişe sürüklenmesinin oldukça yüksek bir ihtimal olduğu öngörülmelidir.

Nitekim, saha gözlemleri ve yapılan kimi çalışmalar (51) sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemlerinin son yıllarda uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” sonrasında doruğa çıkmış olduğuna işaret etmektedir. Verimlilik, rekabet,

karlılık, performans ücretlendirilmesi vs. gibi iktisadi kavramlar ekseninde yürütülen sağlık tartışmalarının işaret ettiği piyasa eksenli yapılandırma, sağlık alanında ciddi bir farklılaşmayı (kamu-özel ayrışması, kamu içinde özel sağlık hizmeti vs.) da beraberinde getirmiştir. Bu reform politikaları erken dönemde Türkiye gibi geleneksel refah devleti modeline sahip olmayan ülkelerde, sağlık harcamalarını önemli derecede arttırmak pahasına, geniş toplum kesimlerin sağlık hizmetlerine erişimde kolaylaştırmış olsa da, gerek reform öncesi eşitsiz sağlık ortamının var ettiği öfke, gerek yeni yapılanan sağlık “işletmelerin” kar eksenli yaklaşımları ve gerekse de siyasi iktidarların yönlendirmeleri nedeniyle toplumun önemli bir kesiminde sağlık çalışanlarına yönelen öfkeyi arttırmıştır.

Böyle bir ortamda Sennett’in “karakter aşınması”nda yanıtlanmaya çalıştığı, yeni ekonomik düzenin büyümlü sözcüğü olan değişimin insanlara nasıl yansıdığı, kısa vadeye endeksli bir ekonomide kişisel kalıcı değer ve hedeflerin nasıl kazanılacağı ve her an parçalanıp veya sürekli yeniden yapılanan kurumlarda, kişinin kendi kimliğini ve yaşam öyküsünü nasıl oluşturabileceği soruları herkes açısından hayati öneme sahiptir (52). Sennett “karakter aşınması”nda günümüzün geçerli tek değerinin hızlı kar elde etmek olduğunu belirtmektedir. Bu amaç için, çalışanlardan sürekli kendisini yenilemesi, seyyar olması, risk alması, rekabet becerisini geliştirerek yarıcı bir karakter edinmesi ve paradoksal olarak takım çalışmasında uyumlu olması talep edilmektedir. Çalışanlar penceresinden ise, bu esnekleşme süreci “yaşam boyu iş güvencesinin yok olması, istikrarlı işlerin yerini geçici projelere bırakması ve bir işten diğerine, dünden yarıya sürüklenen yaşam parçacıklarından beslenen, rekabetin körüklediği ‘güvensizlik’ ve ‘kayıtsızlık’ duygusu” anlamına gelmektedir. Oysa Sennett’e göre “insan karakteri, duygusal deneyimlerimizin uzun vadeli olması ve başkalarıyla girdiğimiz ilişkilere yüklediğimiz etik değerler üzerinden gelişir. Karakter, içsel bütünlük, ilişkilerde karşılıklı bağlılık ve uzun vadeli bir hedef için çaba harcamak biçiminde kendini gösterir”. Halbuki yeni ekonomik düzen hızlı kara ulaşmak için güvenmeyi, bağlanmayı ve uzun vadeli planlar yapmayı karlı bulmamakta, reddetmektedir. Hem hekimlerin hem de hastaların içinde yaşadığı mevcut ekonomik ve toplumsal koşulların yarattığı sosyal psikoloji karşılıklı tahammülsüzlüğe, empati ve tolerans yitimine neden olmakta ve gündelik hayatta var olmak için bencilce rekabeti “olumlu” bir değer olarak kodlamaktadır. Böylesi bir ortamda, sağlık çalışanları ve hastaların birbirleriyle gerilimli etkileşime girmesi ve bu gerilimin şiddete dönüşmesi kaçınılmazdır.

Sonuç

Tüm dünyada sağlık alanını etkisi altına alan neo-liberal reform dalgasının hem öngördüğü sağlık sistemi, hem de sağlığı kavrayışındaki miyop bakışı nedeniyle sağlık sorunlarını çözmesi zor görünmektedir. Sağlık alanını verimlilik, karlılık, maliyet, performans ücretlendirmesi vb. iktisadi kavramlar ekseninde biçimlendiren neo-liberal yaklaşım, sağlığı küresel kapitalist birikim süreçlerine açmanın ötesinde bir anlam içermemektedir. Diğer taraftan, reform programlarının temel bileşenlerine bakıldığında neo-liberal yaklaşımın sağlığı sadece

tıbbi müdahale olarak kavradığı görülmektedir. Oysa sağlık, sosyo-ekonomik ve kültürel bileşenleri olan, toplumdaki gelir dağılımı, yoksulluk, işsizlik gibi yapısal sorunlarla birlikte ele alınması gereken çok daha geniş ve çok boyutlu bir kavramdır. Toplumda var olan eşitsizliği ve yoksulluğu derinleştirdiği birçok çalışma tarafından ortaya konan neo-liberal küresel kapitalizmin, kendisinin yarattığı eşitsizlik, yoksulluk, çevre sorunları, esnek çalışma koşulları gibi durumlara bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarını, Sağlıkta Dönüşüm Programları adı altında yine piyasa dinamikleri ile aşmayı hedeflemesi, iddiasının aksine “hastalık üretmek” toplumsal maliyetleri arttıracaktır.

Ancak, Türkiye’de uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı, ilk planda sağlık birimlerini tek çatı altında toplayarak sağlığa erişimde hiyerarşik yapılanmayı çözen, eşitsizliği ortadan kaldıran, hekimlerin tam zamanlı çalışmasını zorlayan ve cepten harcama miktarını azaltan kısa vadedeki olumlu uygulamalarına baktığımızda, toplumun geniş kesimlerinin tıbbi bakım ihtiyaçlarına yanıt verir görünmektedir. Örgütlü sağlık çalışanlarından ve meslek örgütlerinden gelen muhalefete rağmen, programın toplumsal zeminde popüler destek bulabilmiş olmasını başka türlü açıklamak mümkün görünmemektedir. Gerçekten de bu noktada, 1960’larda yürürlüğe giren sosyalizasyon projesinin kamusal otoritenin de katkısıyla başarısız olduğu, peş peşe yaşanan ekonomik krizler nedeniyle istihdam alanının oldukça daralıp kayıt dışına çıktığı, 1980’lerden beri uygulanan bilinçli politikalar sonucunda kamu sağlık birimlerinin teknik donanım açısından fakirleştiği özel sağlık sektörünün ise devlet teşvikleri sonrasında giderek yetkinleştiği, kamu sağlık birimlerindeki sağlık çalışanlarının -özellikle yarı zamanlı çalışmanın da etkisiyle- düşük motivasyonla çalıştığı, kamu sağlık birimlerinde yaşanan sorunların “bıçak parası” veya “zorunlu bağış” adı altında enformel ödemeler ya da tanıdık ilişkileri ile çözüldüğü bir “sağlık” ortamında, Sosyal Sigortalar Kurumu güvencesine sahip hastaların Emekli Sandığı hastaları gibi özel sağlık kurumlarına ve eczanelere başvurabilme hakkının tanınması, yeşil kartın ayakta tedavi masraflarını da karşılamaya başlaması ve 18 yaş altı nüfusu hiçbir ayırım gözetmeden devlet güvencesinde sigorta kapsamına alması gibi uygulamalarla kendisini gösteren Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın, refah devleti modelinin yetkinleşmediği bir ülke olan Türkiye’de, erken dönemde sağlık hizmeti erişiminde kolaylaşma neden olduğu göz ardı edilmemelidir.

Türkiye’nin mevcut “refah modeli”nin, feodal bağları bünyesine alan, ailenin koruyuculuğunu önemseyen Bismarçkı bir korporatizm olduğu göz önüne alındığında, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Türkiye’ye getirdiği olumlu etkinin nedeni kanaatimizce rahatlıkla anlaşılabilir. Gerçekten de, Türkiye’de liberalize edilmeye çalışılan model, yurttaşlara sağlık ve sigorta hizmeti sunmayı istihdama göre tarifleyen, sağlık ve sosyal güvenlik hakkını evrensel vatandaşlık ilkesinin aksine çalışanlara ve dolayısıyla ağırlıklı erkeklerle tanıyan ve yurttaşları arasında Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Yeşil Kart gibi farklı sosyal güvenlik kurumları yaratarak onların arasında hiyerarşik bir tahakküm kuran bir

sistemdir (53). Doğaldır ki, bu sistemde yurttaşların tümüne, özellikle formel sektörün dışında kalan ve kırsalda yaşayan kesimlere, asgari de olsa bir güvence tanımlamayı hedefleyen, sistem bünyesinde bıçak parası ve zorunlu bağış adları altında yapılan enformel ödemeleri “katkı payı” ve “prim” adı altında formel ödemeler haline getirmeye çalışan, farklı sigorta sistemlerinin insanlar arasında yarattığı hiyerarşik ilişkiyi azaltmayı/kaldırmayı ve herkesi asgari bir eşitlik sisteminde buluşturmayı hedefleyen bir reform bugün itibarıyla yoksul halk kesimlerinden önemli destek almaktadır. Zaten siyasi iktidarın yürüttüğü Sağlıkta Dönüşüm Programı’na yöneltilen eleştirilerin önemli bir kesiminin bugüne kadar sıklıkla hastanelerde rehin alma olaylarına maruz kalan kesimlerden değil de, toplumun orta/orta-üst sınıflarından ve beyaz yakalı sağlık profesyonellerinden gelmesi de kanımızca bu durumun en somut kanıtıdır.

Fakat unutulmamalıdır ki, tüm sağlık ve sigorta kurumlarını tek çatı altında birleştiren ve bütün sağlık kuruluşlarını sigorta kapsamında olan herkese açan bu politikanın sürdürülemez olduğunu programın mimarı olanlar dahi kabul etmektedir. Bu nedenle, yeni düzenlemenin, sağlık hizmetlerine erişimde katkı payları ve oranlarını arttıran bir yönelim içinde olacağı açıktır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın önemli bir aktörü olan Sabahattin Aydın’ın Sağlık Düşüncesi Platformu Dergisi’nde ifade ettiği “Aile hekimi muayeneleri, iş kazası ve meslek hastalığı, kronik hastalıklar, kişisel koruyucu sağlık hizmetleri, kontrol muayenesi ve hayati önemi haiz ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçlerinin kullanımı dışında farklı oranlarda ve sınırlı katkı payları tanımlanmıştır. Bu katkı paylarının ne kadar gerçekçi olduğunu zaman gösterecektir. Katkı payının caydırıcı etkisini elde edebilmek açısından çok geçmeden bu oranlarda değişikliğe gidilmesinin kaçınılmaz olacağına inanıyorum. Ancak şu aşamada, geçiş döneminde politik kabul edilebilirlik ve anlamsız muhalefet oluşturmak adına cömert davranılması gerçekçilikten uzak değildir.” yaklaşımı dikkate alındığında (54); programın birey ve toplum sağlığı açısından olumsuz sonuçlara neden olacak gerçek yüzünün zaman içerisinde şekilleneceği rahatlıkla anlaşılabilir. Gerçekten de, prim ve katkı payı ödemeye dayanan bu sağlık modeli ve genel sigorta sistemi, orta vadede bir yandan hasta-hekim ilişkisini dönüşüme uğratarak piyasa eksenli bir etkileşimin sorunları ile toplumu karşı karşıya bırakacak, diğer yandan da işsizliğin arttığı bu ortamda geniş toplum kesimlerini daha derin yoksulluğa ve enformel alana itecektir. Çünkü benzer biçimde tüm dünyada neo-liberal ideoloji doğrultusunda hayata geçirilen prim temelli sosyal güvenlik fonları ve kullanıcı ödentileri, özellikle düşük gelir seviyesine sahip ülkelerde uzun vadede “medikal yoksulluk tuzağı” olarak adlandırılan tedavi edilmemiş hastalık oranında artışa, sağlık hizmetlerini kullanmada azalmaya, bilinçsiz ilaç tüketimine ve yoksullaşmaya neden olmaktadır (55). Derin bir yoksulluğa ve enformel alana itilen kesimlerin sisteme yönelik öfkesinin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olarak yansması ise hepimizin bildiği, gördüğü ve deneyimlediği bir gerçektir.

Diğer taraftan, şimdiye kadar “tartışılmaz” olarak kabul edilen neo-liberal iktisat yaklaşımının son yıllarda, özellikle IMF

politikalarının Doğu Avrupa’da neden olduğu sosyal yıkım sonrasında, küresel çapta sorgulandığı bir dönemi yaşamaktayız. Bu sorgulama kapsamında oluşturulmaya çalışılan yeni model, küresel neo-liberal kurumların önerileriyle paralel olarak, piyasa oyununun çökmemesi için sistemin ürettiği yoksulluğu, çeşitli mekanizmalarla (yeşil kart, şartlı nakit yardımı, okul kitaplarının ücretsiz sunulması, vb.) yönetilebilir hale getirmeye çalışmaktadır. Bu çerçevede asgari bir sağlık ve sigorta hakkının yoksullar da dahil olmak üzere tüm insanlara prim ödemek suretiyle tanınması hedeflenmektedir. Ancak kanaatimizce, prim ödeme sistemi sağlık alanını ticarileştirmenin bir adımıdır. Çünkü, prim temelli bu sistemin hasta-hekim/sağlık çalışanı ilişkisinin niteliğini değiştirerek müşteri-satıcı biçimine dönüştüreceği ve dahası geniş toplum kesimlerini derin bir yoksulluğa ve enformel alana iteceği öngörülebilir. Öte yandan, sosyal güvenlik kurumlarının yükünün katkı payı ve prim temelli uygulamalar ile azaltılması, hastaların ceplerinden daha fazla katkı yapmalarına ve prim borcu olan ya da katkı payı ödeyemeyen hastalara hekimlerin hizmet sunmamasına yol açacaktır (56). Aynı zamanda, piyasa mantığı çerçevesinde yeniden yapılanan sağlık alanı farklılaşmayı da beraberinde getirecek ve hizmete erişimde eşitsizliği derinleştirecektir. Sağlık hizmetinin ertelenemez acil bir ihtiyaç olduğu düşünüldüğünde, hizmet farklılaşmasındaki eşitsizliği yaşayan, sağlık ihtiyacından ziyade işletmeye aktaracağı paraya göre davranılan ve/veya prim borcu gibi nedenlerle kendisine hizmet sunulmayan hasta ve hasta yakını ile hizmet sunması yasaklanan sağlık çalışanı arasında yaşanacak çatışma Türkiye sağlık ortamının temel sorunu olduğu / olacağı açıktır. ■

KAYNAKÇA

- Johnson N. Private Markets in Health And Welfare: an International Perspective, Berg Publications, New York, 1995.
- Gunn WS. et al. Understanding The Global Dimension Of Health. Springer Publication, New York, 2005.
- Lister J. Sağlık Politikası Reformu. Yanlış Yolda mı Gidiyoruz? Küresel “Sağlık Reformu” Endüstrisinin Eleştirel Kılavuzu. İnsev Yayınları, İstanbul, 2008.
- Ağartan T. Sağlıkta Reform Salgını. İçinde: Keyder Ç, Üstündağ N, Ağartan T, Yoltar Ç. (Der). Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları. İletişim Yayınları, İstanbul, 2007: 37-54.
- Moynihan R & Cassel A. Satılık Hastalıklar. Hayykitap, İstanbul, 2006.
- Illich I. Sağlıkın Gaspı. Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 1995.
- Özer A. Gerekçeli ve 1961 Anayasasıyla Mukayeseli 1982 Anayasası. Bilim Yayınları, Ankara, 1984.
- Şener O. Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikaları. Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Programı, Ankara, 2005.
- Devlet Planlama Teşkilatı (1996). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000). <http://www.dpt.gov.tr/dptweb/ekutup96/plan7/pln7-oku.html> (Ulaşım Tarihi 14 Kasım 2008).
- Devlet Planlama Teşkilatı. Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005, Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara, 2000.
- T. C. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Dergisi, Ankara, 2004.
- Türkiye Bülteni (2003). Recep Akdağ’la Sağlıkta Dönüşüm Söyleşisi. <http://www.turkiyebulteni.net/05/22.htm> (Ulaşım Tarihi 26 Haziran 2008).

- T. C. Sağlık Bakanlığı. Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Ankara, 2004.
- T. C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Ankara, 2007.
- The Ministry of Health of Turkey. Turkey Health Report, 2004.
- Demirel, H. (Sağlık Bakanlığı). Sağlıkta Dönüşüm Programı: “Nereden Nereye”, Türk Toraks Derneği Sağlık Politikası Toplantısı Sunusu, Ankara, 30-31 Ağustos 2008.
- T. C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, 2003.
- Karşı R. TB, DGT ve Aile Hekimliği: Samsun Deneyimi, XXV. Ulusal Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi, İstanbul, 18-20 Eylül 2008.
- T. C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı, Türkiye’de Verem Savaşı 2008 Raporu, Ankara.
- Karşı R. Aile Hekimliği, Tüberküloz ve Doğrudan Gözetimli Tedavi-Samsun Deneyimi. EBTO Bülten Özel Sayı, Mart 2008: 30-31.
- Eskişehir Sağlık Müdürlüğü. Kişisel Bilgi Aktarımı, Ağustos 2008.
- Alptekin S, Arslangiray S, Aydın M, Toy M, Can E. Değişen Sağlık Sistemi Sürecinde İzmir Eşrefpaşa Verem Savaş Dispanseri’nde Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT), Türk Toraks Derneği 11. Yıllık Kongresi, Antalya, 23-27 Nisan 2008.
- Dr. S.Ö.S. Kişisel Görüşme, 21 Ağustos 2008.
- Saraçoğlu GV. Edirne’de Toplum Sağlığı Merkezi’nde Çalışmak. Toplum Hekim, 2007: 22 (6).
- Denizli Sağlık Müdürlüğü (2008). 2008 Yılı 9. Ay Değerlendirme Sunusu. <http://www.denizli.saglik.gov.tr> (Ulaşım Tarihi 14 Kasım 2008).
- Denizli Sağlık Müdürlüğü (2008). 2007 Yılı 12 Aylık Değerlendirme Sunusu. <http://www.denizlisaglik.gov.tr> (Ulaşım Tarihi 14 Kasım 2008).
- Yılmaz BN. Aile Hekimliği Eskişehir Ayağı ve Düşündürdükleri. Toplum Hekim, 2007: 22 (6).
- Eskişehir Aile Hekimliği Sitesi (2007). <http://www.eshekim.com> (Ulaşım Tarihi 3 Nisan 2007).
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (2008); Adana Şube Raporu. <http://www.ses.org.tr> (Ulaşım Tarihi 13 Eylül 2008),
- T. C. Sağlık Bakanlığı. Nereden Nereye: Kasım 2002 – Haziran 2007, Ankara, 2007.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2007). Aralık 2007 Aylık İstatistik Bülteni. <http://www.emekli.gov.tr/sgk/istatistik.html> (Ulaşım Tarihi 27 Haziran 2008),
- T. C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı & Başkent Üniversitesi. Hane Halkı Araştırması. Ankara, 2003.
- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı (2007). T.C. Başbakanlık Makamınının 27.11.2007 Tarih ve 4576 Sayılı Yazısı.
- Çanakçı İH (2004). Sağlık Sigortasında Yeni Açılımlar: Genel Sağlık Sigortası. TİSK İşveren Dergisi, http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=869&id=51 (Ulaşım Tarihi 27 Haziran 2008).
- Kipp W. User Fees, Health Staff Incentives, and Service Utilization In Kabarole District, Uganda. Bull World Health Organ 2001; 79 (11): 1032-7.
- Loewenson R. Structural Adjustment and Health Policy In Africa. Int J Health Serv 1993; 23 (4): 717-30.
- Gotsadze G. Reform Strategies In Georgia and Their Impact on Health Care Provision In Rural Areas: Evidence From A Household Survey. Soc Sci Med 2005; 60 (4): 809-21.
- Türkiye Bülteni (2004). Ümraniye’ye 250 Yataklı Hastane. <http://www.turkiyebulteni.net/11/30.htm> (Ulaşım Tarihi 27 Haziran 2008),
- T. C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Performans Yönetimi, Ankara, 2006.
- Homedes N, Ugalde A. Why Neoliberal Health Reforms Have Failed in Latin America. Health Policy 2005; 71(1): 83-96.
- Radikal Gazetesi (2008). Dakikada Kaç Diş Çekebilirsiniz? <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=247986&Tarih=20/02/2008> (Ulaşım Tarihi 27 Haziran 2008).
- Marx K. Felsefenin Sefaleti. Sol Yayınları, İstanbul, 1999.
- Elbek O. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Genel Sağlık Sigortası. Birikim 2008; 228: 83-91.
- Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV) (2008). Sağlık Harcamaları Sağlıklı mı? Sağlık Politikaları ve Ülkemizde Kamu Sağlık Harcamaları Sorunu. <http://www.tepav.org.tr/tur/index.php?type=event&cid=390&title=S> (Ulaşım Tarihi 2 Haziran 2008).
- Ludmerer KM. The Development of American Medical Education From The Turn of The Century to The Era of Managed Care. Clin Orthop Relat Res 2004; 422: 256-62.
- A Case Market Failure. Lancet 2000; 355 (9216): 1657.
- Evans RG. Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. In: Perlman, M. (Ed.), The Economics Of Health And Medical Care, New York: John Wiley and Sons, 1974; 162-173.
- Wennberg JE, Barnes BA, Zubkoff M. Professional Uncertainty and The Problem of Supplier-Induced Demand. Soc Sci Med 1982; 16: 811-24.
- ABIM Foundation. American Board Of Internal Medicine; ACP-ASIM Foundation. American College Of Physicians-American Society Of Internal Medicine; European Federation Of Internal Medicine. Medical Professionalism In The New Millennium: A Physician Charter. Ann Intern Med 2002; 136: 243-6.
- Afford CW. Corrosive Reform: Failing Health Systems In Eastern Europe. International Labour Office, Genova, 2003.
- Adaş EB, Elbek O, Bakır K. Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı. Gaziantep-Kilis Tabip Odası, Gaziantep, 2008.
- Sennett R. Karakter Aşınması -Yeni Kapitalizmde İşin Kişilik Üzerindeki Etkileri-. Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 2002.
- Keyder Ç. Giriş. İçinde: Keyder, Ç., Üstündağ, N., Ağartan, T., Yoltar, Ç. (Der). Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları. İletişim Yayınları, İstanbul, 2007; 15-35.
- Aydın S (2007). Genel Sağlık Sigortası Ne Getiriyor? Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. <http://sdplatform.com/test/baslik.aspx?BID=7> (Ulaşım Tarihi 4 Nisan 2007).
- Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. ‘Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape The Medical Poverty Trap?’ Lancet 2001; 358 (9284): 833-6.
- Chapman C. Health Reforms Further Anger Germany’s Striking Doctors. Lancet 2006; 367 (9518): 1229-30.



TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ 8 MART DÜNYA KADINLAR GÜNÜ BASIN AÇIKLAMASI

KADININ RUH SAĞLIĞINA YÖNELİK EN CİDDİ TEHDİT, AYRIMCILIK, ŞİDDET VE BASKIDIR.

**Bugün 8 Mart.
Dünya Emekçi Kadınlar Günü.
Kadın için
evde, sokakta, okulda, işte,
toplumsal alanda ve siyasette
eşitsizliğin, ve ayrımcılığın
taciz, istismar, şiddet ve baskının ortadan kalktığı,
kendini özgürce ifade edebildiği,
emeği, kimliği ve bedeninin sadece kendine ait olduğu
günlerin geleceği umut ve inancıyla
kadın meslektaşlarımızın ve tüm kadınların
8 Mart Dünya Emekçi Kadınlar Günü'nü kutluyoruz**

8 Mart 1857 de, New York'ta 40.000 dokuma işçisi daha iyi çalışma koşulları istemiyle bir tekstil fabrikasında greve başlar. 51 yıl sonra 8 Mart 1908'de yine New York'ta işçi kadınlar oy hakkı, çocuk işçiliğine son gibi taleplerle yürürler. Bu gün 8 Marttır. Bu tarihten bu yana 8 Mart Dünya Emekçi Kadınlar Günü olarak kutlanmaktadır. 0

Nasıl bir Türkiye'de kadınlar gününü kutluyoruz?

Türkiye'de yasalara göre kadın erkek eşittir; ama kadınların tarihi eşitsizlikler üzerine kuruludur. Toplumsal cinsiyet eşitliği kavramı, kadın ve erkeğin, toplumsal yapılar, kaynak, güç ve fırsatların kullanım eşitliğini anlatır.

1- Kadınlar, kamusal yaşam ve siyasal alanda eşitsizdirler, temsil edilmezler.

2- Eğitim olanaklarına erişimle ilgili ciddi eşitsizlikler yaşam boyu etkin olur. Ülkemizde 15-19 yaş grubu kızların %47'si, erkeklerin %25'i ne okula gitmekte, ne de çalışmaktadır. Türkiye bu oranlarla OECD Ülkeleri arasında en kötü durumdadır. OECD ortalaması ise kızlarda %8,5 ve erkeklerde %6,9'dur. 2004 yılında orta öğrenim ve yüksek öğrenim çağında bulunan kızların yaklaşık yansının, erkeklerin dörtte birinin eğitim olanaklarından yoksundur.

3- Kadınlar çalışma yaşamında etkin biçimde yer alamazlar. İş, sermaye kaynaklarına erişimleri de eşit değildir. Geçici, gündelik, yarı zamanlı, sözleşmeli, evde çalışmaya dayalı, kayıt dışı işlerde çalışırlar. Krizlerde ilk kadınlar işten çıkarılır. Ülkemizde kadınların işgücüne katılım oranı sadece % 24,3'tür. OECD Ülkeleri arasında kadın istihdamı oranının en düşük olduğu ülkedir. İstihdamdaki kadınların % 64'ünün sosyal güvencesi yoktur. Yansı ücretli çalışmakta iken, % 38'i ücretsiz aile işçisidir. 2006 Dünya Ekonomik Forumu'na sunulan "Küresel Cinsiyet Eşitliği 2006 Raporu"na göre, Türkiye, işgücüne katılım oranından gelire, eğitim imkânlarından milletvekili sayısına kadar pek çok değişkeni içeren "ücret eşitliği" gösterisinde genel sıralamada 115 ülke arasında 105. sırada yer almaktadır.

4- Türkiye'de her 5 kişiden biri işsizdir. Gizli işsizler ve çalışmaya hazır olduğu halde iş bulamayanlarla birlikte ülkemizde yaklaşık 5 milyon işsiz vardır. Bugün gerçek işsizlik oranı %20 düzeyindedir. Türkiye'de 1994 yılında %8 olan kadın işsizlik oranı 2004 yılında %9.7 ve 2006 yılında ise %10.3 düzeyine ulaşmıştır. 2004'te 1994'e kıyasla 15 ülkede kadın

işsizlik oranı azalırken, Türkiye'de artmıştır. Üstelik 2006'da kadın işsizlik oranı, erkeklerin önüne geçmiştir (TİSK Raporu).

5- Özel yaşamda ise kadınlar aile içinde, evlilikte, toplumda; taciz ve istismar nedeniyle şiddetle kuşatılmışlardır.

6- Kadınlara kadın oldukları için yapılan ayrımcılık onların ruh sağlığını derinden etkilemektedir. Kendini özgürce ifade etme, toplumsal yaşama özgürce katılma, toplumsal olanaklardan yararlanma olanakları kısıtlıdır, aile içinde, işyerinde ve politik alanda karar veremez ve yetki kullanamaz durumdadırlar. Bu gidişle bu konuda önemli bir gelişme kaydedileceği konusunda kuşkular sürmektedir.

7- Yapılan araştırmalar ruh sağlığı bozukluklarının kadınlarda daha yaygın olduğunu, yaşamsal işlevlerinde daha büyük kayıplara yol açtığını, sağlık hizmetlerinden yararlanma olanaklarının daha yetersiz olduğunu da göstermektedir.

8- Kadınların çocuk yaşta zorla evlendirilmeleri onların daha çok şiddet ve baskı görmelerine, eğitimlerinin kesintiye uğramasına ve ciddi fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına yol açmaktadır.

8 Mart 2009 Dünya Kadınlar Günü'nde kadınlar için taleplerimiz

1. Kadınların cinsiyetleri nedeni ile yaşadıkları eşitsizlik ve ayrımcılığın ortadan kaldırılmalıdır.

2. Şiddet daima bir suçtur. Görmezden gelinen, olağan kabul edilen, özel ve aile içi olarak görülen kadına yönelik şiddet günümüzde bir insan hakkı ihlali, toplum tarafından hoş görülmemesi gereken önemli bir kadın sağlığı ve ruh sağlığı sorunudur. Ailedeki şiddetin yasal ve toplumsal düzenlemelerle sistemli olarak önlenmesi, şiddetin tüm biçimlerine yönelik toplumsal bir kampanyanın yaşama geçirilmesi gereklidir.

3. Şiddet ve travma sonrası mağdurlarda ortaya çıkan sorunların çözümüne yönelik önlemler alınmalıdır. Tedavi, kişi güvenliğinin sağlanması ve şiddetin sürekliliğinin önlenmesi; sağlık kuruluşları, güvenlik güçleri ilgili tüm sektörlerin işbirliğiyle sağlanmalıdır. Adli rapor düzenlenmesi ve fail hakkında suç duyurusunda bulunulması önlemler paketinde yer almalıdır.

4. Sığınak ve danışma merkezi hizmetleri yetersiz düzeydedir. Belediyelerin her 50.000 nüfus için bir sığınak açmasına ilişkin yasal yükümlülüklerini yerine getirmelerini istiyoruz.

5. Türkiye'de öldürülen veya intihara zorlanan kadınlar gizlenemez biçimde gündemdedir. Kadın cinayetlerinin ortadan kaldırılmasını sağlayacak düzenleme ve uygulamalar hâlâ yaşama geçirilmelidir.

6. Çocuklara ve erişkin kadınlara yönelik cinsel istismarla mücadele için yeterli önlemler alınmalıdır.

7. Erken evliliği önleyici yasal ve toplumsal düzenlemeler geliştirilmelidir.

8. Kız çocuklarının, genç kızların ve yetişkin kadınların eğitim ve meslek edinme olanaklarının geliştirilmesi, bu olanaklardan daha fazla yararlanmaları sağlanmalıdır.

9. Çalışma yaşamında kadınların istihdamına yönelik pozitif ayrımcılık yapılmalı, genel olarak işsizliğin, özel olarak kadın işsizliğinin azaltılmasına yönelik kamucu bir bakış açısıyla düzenlenmiş ulusal bir istihdam ve insan gücü politikası oluşturulmalı ve beklenmeden uygulanmalıdır.

Türkiye Psikiyatri Derneği bu önerileri yaşama geçirmek için tüm üyeleriyle sorumluluk almaya ve katkı sağlamaya hazırdır.

Prof. Dr. Şahika Yüksel

TPD Kadın Ruh Sağlığı Bilimsel Çalışma Birimi adına

Dr. Şeref Özer

Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Başkanı

Merkez Yönetim Kurulu adına

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ BASIN AÇIKLAMASI: FİLİSTİN HALKININ YOK EDİLMESİNE HAYIR

Tüm dünya, geçtiğimiz günlerde İsrail tarafından Gazze'de sivil halka yönelik başlatılan ve 370'den fazla kişinin öldüğü, 1400'ü aşkın kişinin yaralandığı insanlık dışı saldırıya tanıklık etmektedir. Hiç bir gerekçe büyük bir çoğunluğu kadınların ve çocukların ölümüne ya da yaralanmasına neden olan bu saldırıyı haklı kılamaz. Bu bir katliamdır. İsrail ordusunun Gazze sınırına yaptığı yığınak, engellenmediği takdirde saldırıların, bir savaşa dönüşebileceğini göstermektedir.

Savaş insanların ölmesi, yaralanması, sakat kalması, yoksullaşması ve göç demektir. Ailesini yakınlarını dostlarını kaybetmesi, korku, acı, şiddet ve gözyaşı demektir. Savaş, yalnızca bugünkü mağdurlarını değil, süreğen etkisiyle sonraki kuşakları da örseleyecek ağır bir travmadır.

İsrail devleti, bu saldırıların yanısıra, uzun zamandır uyguladığı abluka ile temel besin ve ilaç gibi insani yardımların ulaşmasını da engelleyerek adeta Filistin halkını yok etmeye çalışmaktadır.

Türkiye Psikiyatri Derneği olarak Filistin halkını yok etmeye yönelik abluka ve insanlık dışı saldırıları nedeniyle İsrail devletini şiddetle kınıyoruz..

Türkiye Psikiyatri Derneği
Merkez Yönetim Kurulu

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ MERKEZ YÖNETİM KURULUNDAN İSRAİLİN GAZZEYE SALDIRISI İLE İLGİLİ AÇIKLAMA

Değerli üyelerimiz,

İsrail'in Gazze'ye saldırıları nedeniyle bir basın açıklaması yapılmış ve bu açıklama Filistin ve İsrail Psikiyatri Birlikleri ile Dünya Psikiyatri Birliği'ne bölgedeki gelişmelerden duyduğumuz kaygıları da içeren birer mektup eşliğinde gönderilmiştir. Bu mektuplar aşağıda iletilmiştir. Türkiye Psikiyatri Derneği olarak bölge Psikiyatri Birlikleri ile iletişime geçilmesi ve işbirliği son 4 senedir çeşitli amaçlar doğrultusunda hayata geçirilmiş, 2006 yılında yine İsrail'in Gazze'ye saldırısı üzerine İsrail ve Filistin Psikiyatri Birliklerine derneğimizin görüşleri iletilmiştir. Web sitemizde bu mektuplarımızı okuyabilirsiniz.

TPD MYK olarak bölge psikiyatri birlikleri ile iletişimi geliştirme ve bir çok konuda bir araya gelerek ortak çalışmalar yapma konusundaki girişimlerimiz sürecektir.

Bu konuda düşünce ve önerileri için üyelerimize teşekkür ederiz. Üyelerimizin TPD'nin çalışmalarına yönelik her eleştiri ve önerisi MYK tarafından yakından izlenmekte ve değerlendirilmektedir.

Saygılarımızla.
Dr. Şeref Özer
TPD MYK adına

İSRAİL PSİKİYATRİ BİRLİĞİNE GÖNDERİLEN MEKTUP

01.13.2009

04/2009

Prof. Avi Bleich,
President of Psychiatric Association of Israel

I am writing on behalf of the executive board of the Psychiatric Association of Turkey which representing all psychiatrists and psychiatrist-in-training. We, as physicians and scientists working for the improvement of mental health, are deeply concerned with Israel's attacks on the Gaza Strip. We believe the humanitarian disaster that we are witnessing is bound to add to the already existing suffering in the lives and minds of the people of the region, and will make it even harder for any reconciliation effort to have any effect. Military aggression and wars cause loss of lives, injuries, loss of a supporting environment and causes a feeling of insecurity, all of which are known to increase mental problems.

We disapprove violence of any sort and wish to express our deep concern about the recent offensive attitude of the Israeli Government.

On the other hand, we are confident that many Israeli colleagues share our concern about violence and its consequences, therefore, we wish to express our sincere wish to collaborate for the mental health of all human beings, independent of their citizenship or ethnic origin.

The press statement of Psychiatric Association of Turkey about Israel's attacks on the Gaza Strip is enclosed.

President
Psychiatric Association of Turkey
Şeref Özer, M.D.



DÜNYA PSİKİYATRİ BİRLİĞİNE GÖNDERİLEN MEKTUP

01.13.2009

05/2009

Prof. Mario Maj,
President of World Psychiatric Association

I am writing on behalf of the executive board of the Psychiatric Association of Turkey which representing all psychiatrists and psychiatrist-in-training. We, as physicians and scientists working for the improvement of mental health, are deeply concerned with Israel's attacks on the Gaza Strip. We believe the humanitarian disaster that we are witnessing is bound to add to the already existing suffering in the lives and minds of the people of the region, and will make it even harder for any reconciliation effort to have any effect. Military aggression and wars cause loss of lives, injuries, loss of a supporting environment and causes a feeling of insecurity, all of which are known to increase mental problems.

We disapprove violence of any sort and wish to express our deep concern about the recent offensive attitude of the Israeli Government.

We are confident that many psychiatrists share our concern about violence and its consequences in the world. We wish to express our sincere wish to collaborate for the mental health of all human beings, independent of their citizenship or ethnic origin.

The press statement of Psychiatric Association of Turkey about Israel's attacks on the Gaza Strip is enclosed.

President
Psychiatric Association of Turkey
Şeref Özer, M.D.

FİLİSTİN PSİKİYATRİ BİRLİĞİNE GÖNDERİLEN MEKTUP

01.13.2009

06/2009

Dr. Bassam Al Ashhab,
President of the Palestinian Psychiatric Association

I am writing on behalf of the executive board of the Psychiatric Association of Turkey which representing all psychiatrists and psychiatrist-in-training. We, as physicians and scientists working for the improvement of mental health, are deeply concerned with Israel's attacks on the Gaza Strip. We believe the humanitarian disaster that we are witnessing, is bound to add to the already existing suffering in the lives and minds of the people of the region, and will make it even harder for any reconciliation effort to have any effect. Military aggression and wars cause loss of lives, injuries, loss of a supporting environment and causes a feeling of insecurity, all of which are known to increase mental problems.

We want to declare once again our disapproval of the recent offensive attitude of the Israeli Government and wish an end to violence. Please contact us for any opportunity for collaboration and accept our sorrow and condolences for your losses.

The press statement of Psychiatric Association of Turkey about Israel's attacks on the Gaza Strip is enclosed.

President
Psychiatric Association of Turkey
Şeref Özer, M.D.

BASIN AÇIKLAMASI

Stop the Extermination of Palestinians;

Israel has been almost tried to exterminate Palestinians by blockading transportation of humanitarian aids like food and drug since a long time. In addition to this blockade, whole world nations have been witnessing Israel Army's inhuman attack to Palestinians since 3 weeks. More than 900 Palestinians have been died and 4000 Palestinians have been injured in Gaza until today. Mostly women and children were killed during the attack and no reason should justify this murdering. This is a carnage.

War means death, injury, poverty and migration. War means blood, tear, violence, fear and pain. The impacts of the war does not only affect just current victims, but also future generations will be drastically traumatized due to chronic effect of the war.

Psychiatric Association of Turkey is strongly condemned Israel because of the inhuman attack which intended for extermination of Palestinians. Psychiatric Association of Turkey is also strongly recommended to cease the attack immediately and invite all mental health organizations to protest the situation.

President
Psychiatric Association of Turkey
Şeref Özer, M.D.

İsrail'in Gazze'deki saldırıları nedeniyle 13.01.2009 tarihinde Filistin Psikiyatri Birliği Başkanına yazdığımız mektubumuza 18.01.2009 tarihinde gelen yanıt.

FİLİSTİN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ BAŞKANINDAN GELEN YANIT

Dear Seref Özer,

On behalf of myself and my colleges in the Palestinian Psychiatric Association I would like to express my deep gratitude to you and all members of your association for your kind words and your stand beside our people in this very difficult time.

Our deep appreciation is extending to the Government and the people of Turkey for their exceptionally strong political and public stand which touch deeply the heart of every Palestinian and gave us courage and support to overcome this inhuman vicious attack.

I am sure that the history, culture and the believes that we share will keep us close forever.

Thank you again

Dr. B. Ashhab

President of Palestinian Psychiatric Association

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ'NİN YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU BAŞKANLIĞININ 17.11.2008 GÜN VE 033505 SAYILI AKADEMİK KADROLAR KONULU YAZISI HAKKINDAKİ GÖRÜŞÜ

İlgili yazıda "Çeşitli kamu kuruluşlarının veya meslek kuruluşlarının yönetim veya denetim organlarında görev yapmak üzere ilgili kanun hükümleri uyarınca görev alan üniversite öğretim elemanlarının bu görevleri yerine getirebilmeleri ancak; 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun 38. maddesi kapsamında görevlendirilmeleriyle mümkün olabilecektir. Aksi takdirde 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun 36. maddesi çerçevesinde görev yapan öğretim elemanlarının söz konusu kuruluşlarda görev yapmaları mümkün olmayacaktır" biçiminde bir belirleme yapılmaktadır.

Yazıda belirtilen "Meslek kuruluşu" kavramının içine Türk Tabipleri Birliği, Türkiye Barolar Birliği, Türk Eczacılar Birliği gibi kanun ile kurulmuş Kamu Kurumu Niteliğindeki Meslek Kuruluşları girdiği gibi, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü uyarınca düzenlenen Türkiye Psikiyatri Derneği gibi tıpta uzmanlık derneklerinin ve yan dal uzmanlığı alanlarında veya bilim alanlarda faaliyet göstermek üzere kurulmuş derneklerin, diğer meslek mensuplarının kurduğu ve meslekle ilgili alanlarda faaliyet gösteren derneklerin, hatta sendikaların girmesi bile söz konusu olacaktır.

Meslek örgütleri kar amacı gütmeyen, toplumsal ve mesleki çıkarları gerçekleştirmek amacıyla kurulan kuruluşlardır. Bu kuruluşlar devlet organlarından bağımsız ve kural olarak gönüllülük esasına göre çalışırlar. Buna karşın ilgili yazıyla, üniversite öğretim elemanlarının örgütlenme özgürlüğü haklarının kullanımını Üniversite Yönetim Kurulunun ve rektörün "uygun" görmesine bağlanmakta, emelleri sonucu elde ettikleri ücretlerin önemli bir parçası olan döner sermaye haklarından da vazgeçmeye zorlanmaktadır. Böylece hem öğretim elemanı olan bireylerin örgütlenme özgürlüğüne hem de bu kişilerin yönetim ve denetim organlarında yer aldığı meslek örgütlerinin faaliyetlerine müdahale süreci başlatılmaktadır. Anayasanın 130. Maddesinde yükseköğretim kurumlarının görev, yetki ve sorumlulukları ile öğretim elemanlarının uyacakları koşullar, kamu kuruluşları ve diğer kurumlar ile ilişkilerinin kanunla düzenleneceği belirtilmiştir. Anayasanın 131. maddesinde ise Yükseköğretim Kurulu'nun Kurul teşkilâtı, görev, yetki, sorumluluğu ve çalışma esaslarının kanunla düzenleneceği belirtilmiştir. Değinen Anayasa maddelerinde açıkça yer aldığı üzere Yükseköğretim Kurulu, üniversite öğretim üyelerine yasa ile düzenlenmeyen bir yükümlülük getiremez. Yazıda müdahaleye dayanak olarak gösterilen ne 36 ne de 38. maddede müdahalenin yasal dayanağı yoktur. Yazıda dayanak olarak gösterilen 36. Madde "ÇALIŞMA ESASLARI" başlığını taşımaktadır. "Çalışma" kavramının kullanılmasın-

dan anlaşılacağı üzere öğretim üyesi olarak akademik personelin "bir iş görmesine" ilişkin kuralları düzenlemektedir. Öğretim üyesinin iş görmesi dışında örgütlenme hakkının sınırlanması ile ilgili bir hüküm içermektedir. Diğer değinen madde olan 38. maddenin üst başlığı ise "KAMU KURULUŞLARI VE VAKIFLARDA GÖREVLENDİRME" dir. Bu madde başlığından ve kapsamından açıkça anlaşıldığı üzere "izne bağlanan" durum, öğretim üyelerinin öğretim üyeliği görevinin "işinin" devamı ve bir parçası olarak belirtilen kuruluşlarda "iş görmek" üzere geçici olarak görevlendirilmesidir. Bu madde de tarafı olduğumuz uluslararası sözleşmelerde ve Anayasa'da düzenlenen temel haklar içinde yer alan örgütlenme özgürlüğünü sınırlandıran, Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı'nın yazısına dayanak oluşturacak bir düzenleme bulunmamaktadır. Kaldı ki öğretim üyelerinin çeşitli meslek örgütü ve derneklerde görev alması, çalışmakta oldukları üniversitede yapmakta oldukları "işin bir parçası" olarak değil tamamen gönüllülük ve söz konusu meslek örgütü ve derneklerin üyeleri tarafından seçilme sonucu gerçekleşen sosyal bir sorumluluktur. Bu nedenle de 38.maddeyle ilişkili bir durum olarak değerlendirilmesi uygun değildir. Örgütlenme özgürlüğü ulusal mevzuatın yanı sıra, Türkiye'nin de taraf olduğu uluslar arası düzenlemelerde de güvence altına alınmıştır. Örneğin, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin 11. maddesinde örgütlenme özgürlüğü güvence altına alınmaktadır. Maddede herkesin asayışı bozmayan toplantılar yapmak, demek/örgüt kurmak, ayrıca çıkarlarını korumak için başkalarıyla birlikte sendika kurmak ve sendikaya katılmak hakkına sahip olduğu belirtilmiştir.

**Türkiye Psikiyatri Derneği
Merkez Yönetim Kurulu**

TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ BASIN AÇIKLAMASI

Türk Hava Yolları'na ait Tekirdağ isimli uçağın 25.02.2009 günü İstanbul-Amsterdam seferi sırasında düşmesi sonucu 9 kişi yaşamını yitirmiş ve onlarca kişi yaralanmıştır. Büyük bir üzüntü ile karşıladığımız bu kazada yaşamını yitiren tüm yolcuların ve yurttaşlarımızın yakınlarına başsağlığı ve sabır diliyoruz. Türkiye Psikiyatri Derneği olarak kazada yaralanan yurttaşlarımızın ve yaşamlarını yitiren yurttaşlarımızın yakınlarının, bu kazanın ruhsal etkileriyle baş edebilmesini sağlamak için gerekli psikiyatrik desteği sunmaya hazır olduğumuzu kamuoyuna duyuruyoruz.

**Türkiye Psikiyatri Derneği
Merkez Yönetim Kurulu**

TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ 9 ŞUBAT DÜNYA SİGARAYI BOYKOT GÜNÜ BASIN BÜLTENİ

SİGARASIZ BİR YAŞAMA DOĞRU

Sigaranın Tarihçesi

Tütünün tarihçesinin 4000 yıl öncesine gittiği bilinmektedir. Amerika kıtasını keşfeden Kristof Kolomb yerlilerin çiğnediği tütünü Avrupa'ya taşımıştır. Kırım Savaşı, Birinci ve İkinci Dünya Savaşları tütün alışkanlığının yayılmasında büyük rol oynamıştır. Osmanlılar döneminde tütünün kağıda sarılıp yakılarak içilmesi (tüttürülmesi), sigara sarma makinesinin icadı (1880) sigara içme alışkanlığının şekillenmesine yol açmıştır.

Sigara, gerek bizzat kullanan gerekse içmeyen ancak sigara içilen ortamda bulunma sonucu pasif olarak soluyan insanlarda çok önemli bir hastalanma ve ölüm nedenidir. Sigara ve tütün kullanımı dünyada önlenebilir ölüm nedenlerinden en önemlisidir. Her yıl dünyada yaklaşık 5 milyon insanın sigara ve tütün kullanımına bağlı hastalıklardan hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir. Sigara ve tütün kullanımının bu boyutuyla sürmesi durumunda 2030 yılında dünyada 8 milyon kişinin sigara ve tütün kullanımına bağlı hastalıklardan hayatını kaybedeceği öngörülmektedir. Bu ölümlerin %70'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı düşünülmektedir.

Bir ülkede sigara ve tütün kullanımıyla mücadeleyi değerlendirmede şu değişkenlere dikkat etmek gerekir. Bu değişkenler, yıllık sigara tüketimi, üretimi, ithalat ve ihracatının ne düzeyde olduğu, halk sağlığı açısından yapılan eğitimler, kampanyalar, tedavi olanakları, sigara ve tütün ürünlerine uygulanan vergilerin yüksek olup olmadığı, sigara ve tütün ürünleriyle ilgili doğrudan veya dolaylı reklam, promosyon, sponsorluk faaliyetlerinin yasak olup olmadığı, sigara paketlerindeki uyarıların büyüklüğü ve içeriği, sigara içilmeyen yerlerin tanımı ve yasakların uygulanıp uygulanmadığıdır.

Ülkemizde son 1-2 yıl içinde bu konularda bazı önemli ve olumlu değişiklikler gözlenmekle birlikte çalışmaların bu ülkeler çerçevesinde genişletilerek sürdürülmesi gerekmektedir. Özellikle de gençlere yönelik eğitim ve önleme faaliyetlerine ve tıbbi uygulamalar içinde sigara bırakma tedavi birimlerinin yaygınlaştırılmasına önem verilmelidir.

Nikotin Bağımlılığı Nedir?

Bağımlılık kişinin madde alımı üzerindeki kontrolünü kaybetmesini ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) madde bağımlılığını "kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelere belirlenir olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı" olarak tanımlar. Diğer bir deyişle madde kullanımı bireye ve toplu-

ma zarar verici düzeyde bir davranış haline gelir. Sigara içme veya dumanının solunması zamanla kişide psikik ve fiziksel bağımlılık oluşturur. Tütünde esas bağımlılık yapan madde nikotindir. Sigara, daha çok alışkanlık yapıcı daha az zevk verici bir bağımlılık türü olarak kabul edilmektedir.

Dünyada Durum...

Sigara dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yüksek oranda nikotin içeren bir tüketim aracı olarak eroin ve kokain kadar şiddetli bağımlılık yapma potansiyeline sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) bağımlılığı, 'düzenli olarak günde bir sigara içme' olarak tanımlanmış, sigarayı "dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını" olarak gördüğünü ifade etmiştir. Sigara içme alışkanlığı gelişmiş ülkelerde azalmakta iken, bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde sigara tüketimi her yıl artış göstermektedir. Günümüzde erişkinlerin yaklaşık üçte birinin sigara içtiği ve kadın nüfusunda sigara içme oranının giderek arttığı bilinmektedir. Sigara şu anda dünyada 15 yaş üstü 1.2 milyar insan tarafından kullanılmaktadır. 2025 yılında sigara kullanan kişi sayısının 1.6 milyara ulaşması ve bunun %85'inin de düşük-orta gelir düzeyine sahip ülkelerde olması beklenmektedir. Nikotin bağımlılığının da genel nüfusta yaşam boyu yaygınlığının yaklaşık % 20 olduğu, ABD 'de sigara içenlerin %50-80'inin bağımlı olduğu belirtiliyor.

Gelişmiş ülkelerde, özellikle iyi geliştirilmiş sigara karşıtı kampanyalar/politikalara sahip olan ülkelerde sigara içme sosyoekonomik durum ile yakından ilişkilidir ve yoksullar, yarı vasıflı el işçileri, işsizler, iyi eğitim olanağı bulamayanlar ve bekar anneler arasında daha sıktır. Kadınlarda sigarayı bırakma oranları erkeklere göre daha düşük, yeniden başlama oranları da daha yüksektir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sigara ile bağlantılı hastalıklar nedeniyle 1950 ile 2000 yılları arasında 60 milyon insanın öldüğünü ve bunun II. Dünya Savaşı nedeniyle meydana gelen ölümlerden fazla olduğunu bildirmiştir. Sigaranın ABD'deki ölümlerin %29'sinden sorumlu olduğu belirtilmektedir. Geçtiğimiz yüzyılın sonunda yaşları 35-69 yaş arasında bulunan tüm insanların ölümlerinin %30'unun, 69 yaş üstündeki insanların ölümlerinin ise %14'ünün sigara içimine bağlı geliştiği tahmin edilmektedir. Yapılan çalışmalarda sigara içiminin beklenen yaşam süresini bütün yaş gruplarında 16 yıl, 35-69 yaş grubunda ise 22 yıl kısalttığı belirlenmiştir. Japonya'da yapılan bir çalışmada, 45 yaş ve üzerindeki nüfusun tıbbi harcamalarının %4'ünün sigara kaynaklı olduğu belirlenmiştir.

Türkiye’de Durum

Türkiye’deki erişkin nüfusun yaklaşık yarısı sigara içmektedir. Yetmişli yıllardan bugüne gelişmiş ülkelerde sigara içim oranları azalmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerde yükselmeye devam etmiştir. Dünya Bankası raporlarına göre 1990-1997 yılları arasında dünyada sigara içiminin en hızlı arttığı ikinci ülke Endonezya’yı izleyen Türkiye’dir.

Sağlık Bakanlığının 1988 yılında yaptırdığı bir araştırmada 15 yaşından büyük bireylerde sigara içme oranı %43.6 iken, 1997 yılında bu oranın %50’ye yaklaştığı bildirilmiştir. Sigara içme yaygınlığı 1988’de kadınlarda %24, erkeklerde %63 olarak saptanmıştır.

Trabzon il merkezinde yapılan araştırmada da erkeklerin %62’sinin, kadınların %32’sinin sigara içtiği saptanmıştır. Ögel ve arkadaşlarının İstanbul’da yaşayan 707 yetişkinle yaptıkları araştırmada, katılımcıların %77’sinin sigarayı yaşam boyu en az bir kez denediğini ve %60’ının da düzenli olarak sigara içtiğini saptamıştır. Denizli’de yapılan araştırmada, sigara içme yaygınlığı yetişkin erkeklerde %50, kadınlarda %12, toplamda %30 oranında bulunmuştur. 2006 yılında Diyarbakır’ın 50 ayrı mahallesinde yaşayan 600 yetişkin ile evlerinde yüz yüze görüşme yoluyla, yapılan bir çalışmada günde en az bir sigara içenlerin oranı %50.9 bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %65 kadınlarda %37’dir. Sigara içmeyi ilk deneme ortalama yaşı 16 olarak bulunmuştur. Düzenli olarak sigara içtiğini belirtenler en yüksek oranda 25-34 yaş grubundadır. On altı yaşından önce örselleyici yaşam olayı yaşama oranı sigara içenlerde %60 sigara içmeyenlere ise %47 bulunmuştur. Bu bireylerde ruhsal belirtiler de içmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça sigara içme oranı artarken, erkeklerin tam tersi bulgular elde edilmektedir. En yüksek sigara içme oranları işçiler ve işsizler arasında bulunmuştur

Psikiyatri hastalarında genel nüfusa göre sigara içmenin ve nikotin bağımlılığının daha çok görüldüğü bilinmektedir. Bir araştırmada sigara içme oranının şizofreni hastalarında %90, bipolar bozukluk hastalarında %70, başka psikiyatrik bozukluğu olanlarda ise %45-70 arasında olduğu bildirilmektedir.

Sigara Bağımlılık mı, Alışkanlık mı? Sigara Bağımlılığının Nedenleri

1950’li yıllarda sigaranın bağımlılık değil alışkanlık olduğu düşünülmekteydi.. 1964’e kadar bu düşünce devam etmiştir. 1964’den sonra ise bağımlılık açısından sigara ilgi odağı olmaya başlamıştır. Bağımlılık olduğu düşüncesini destekleyen verilerin başında içme örüntüsünde tutarlılık gözlenmesi, kullananların giderek sigara miktarını artırmaları, 2/3’ünde başarısız bırakma girişimlerinin olması ve sigara bırakıldığında kesilme ya da yoksunluk belirtilerinin gözlenmesi gelmektedir.

Sigara içme, özellikle nedenleri açısından önemli bir ruhsal-toplumsal sorundur. Sigara içme oranı ile yaş dönemleri arasında ilişki saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda 13-19 yaş grubundakilerin sıklıkla ruhsal toplumsal etkenlerle ilişkili olarak sigaraya başladığı bildirilmiştir. Toplumsal, ruhsal ve



genetik faktörlere bağlı olarak ortaya çıkan sigara alışkanlığının daha çok çocukluk ve gençlik çağında kazanılan bir davranış olduğu, aile yapısı ve sosyal desteğin sigara ve diğer madde kullanımında etkili olduğu bildirilmiştir. Ergenlik döneminde kendisine model arayan bireyin, evde anne babadan, okulda sigara içen öğretmeninden ve arkadaşından etkilendiği belirtilmektedir. Bedensel çalışmayı gerektiren işlerde çalışanlar arasında, zihinsel çalışmayı gerektiren işlerde çalışanlara göre, erkeklerde, ailede veya yakın arkadaşları arasında sigara içen bulunanlarda, kentsel bölgede yaşayanlarda, yüksek gelir düzeyine sahip olanlarda, ağır çalışma koşullarına sahip olanlarda ve örselleyici yaşantı öyküsü olanlarda da sigara içme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Öncelikle vurgulanması gereken noktalardan biri ergenlikte sigara içiminin erişkinlikte sigara içimi için en önemli risk etkeni olduğudur. Sigara içilen çevreden uzak duruldukça sigara içimi azalmaktadır Bu yanında hafif şiddette depresyonun sigara içimini artırdığı, düzenli sigara içenlerde depresyon oranının ve bununla bağlantılı olarak intihar oranlarının içmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Depresyonu olanların sigarayı bırakma oranları içenlere göre daha düşük olduğu belirtilmektedir.

Sigara bağımlılığının şiddeti başlama yaşıyla ilişkili bulunmuştur. Sigaraya başlama yaşı 10-15 arasında değişmektedir. Başlama yaşı ilaç tekellerinin de politikalarıyla bağlantılı olarak giderek düşmektedir. Ülkemizde sigaraya başlama yaşının 10-11 sınırına indiği tahmin edilmektedir. Sigara içimi ergenlerde düşük benlik saygısı ve okul sorunları ile ilişkili bulunmuştur.

Neler Kullanmayı Artırır ya da Kolaylaştırır ?

Ulaşılma kolaylığı, fiyatı, evde sigara kullananların, özellikle bağımlıların bulunması, yaşam olayları ve stres etkenleri kullanmayı artıran başlıca etkenlerdir. Öyle ki; birkaç gün birkaç sigaradan sonra bağımlılığa kayma oranı çok yüksektir. Günde üç sigaradan fazla sigara içenlerin % 94’ünün uzun dönemde bağımlı oldukları saptanmaktadır.

Toplumsal, kültürel ve ekonomik etmenler nedeniyle nikotin bağımlılığı sık gelişmektedir. Sigara bir bağımlılık biçimi olarak diğer bağımlılık biçimleriyle karşılaştırıldığında kişiler

arası ilişkiler, ekonomik, hukuksal, yada ruhsal düzlemde sorunlara daha az yol açmaktadır. Nikotin aynı zamanda ruhsal açıdan uyarıcı nitelik taşıyan bir madde olması, duygudurumu olumlu yönde değiştiren, rahatlatıcı etkisinin olması bir yanda kullanımını artırmakta, diğer yandan sigaranın yarattığı sonuçlara duyarsızlık yaratmakta, bırakma çabalarını azaltmaktadır.

Nikotin etkilerinin doza bağımlı ve iki uçlu olduğu belirtilmektedir. Kandaki Nikotin düzeylerinin azalması çekilme, yoksunluk belirtilerine, artması zehirlenme belirtilerine yol açmaktadır. Tüm bunlar sigara arama davranışını artırmakta, giderek kullanılan miktarın artmasına, eş deyişle tolerans gelişmesine yol açmaktadır. Sağladığı gevşeme, zihinsel uyarılma, tartışmalı olsa da ve yeterli bilimsel kanıtlar olmasa da iddia edilen dikkat, bellek, öğrenme üzerinde olumlu etkileri sigara kullanımını artırmakta ve bırakmayı güçleştirmektedir.

Sigara Kullanımı ile İlişkili Bozukluk

Sigara içenlerde psikiyatrik bozukluklar toplum geneline göre daha yaygındır. Sigarayı bırakmak için yardım isteyen hastalar arasında %30'a varan oranlarda depresyon ve %20 ya da daha fazlasında alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı öyküsü bulunabilir.

Sigara ve tütün kullanımı bir çeşit kendine zarar verme davranışıdır. Bu davranışın altta yatan nedenlerinin incelenmesi ve gerekli yardımların yapılması psikiyatrinin konusudur. Bağımlılık düzeyinde olsun ya da olmasın, sigara ve tütün kullanımı olanlarda depresyon, anksiyete bozukluğu ve psikotik bozukluklar gibi bazı psikiyatrik sorunların bunları kullanmayanlara göre daha fazla olduğu bilinmektedir. Bu ürünlerde yer alan nikotin, düzenli sigara ve tütün ürünlerinin kullanımı sonucu bağımlılığa yol açmaktadır.

Sigara kullanımı ile ilişkili bozukluklar nikotin bağımlılığı ve nikotin yoksunluğu isimleriyle tanımlanmaktadır. Nikotin bağımlılığının kronik ve yinelenen riski yüksek olan bir bozukluk olduğu, en az 5-7 başarısız bırakma girişiminin bulunduğu belirtilmektedir. Nikotin bağımlılığı, rahatlamak ya da yoksunluk belirtilerini gidermek için nikotin almak, giderek artan miktarlarda kullanmak, başarısız bırakma girişimleri, zararları bilinmesine rağmen içmeye devam etme ve sosyal-mesleki işlevsellikte bozulmayı içermektedir. Nikotin yoksunluğunun ise en az birkaç hafta süreyle nikotin kullanılması, bırakmadan sonraki 24 saatte ise disforik (huzursuz, sıkıntılı ve kötü hissetme) ya da çökkün duygudurum, uykusuzluk, çabuk kızma, sinirlenme, öfkelenme, anksiyete (bunaltı), düşüncelerini yoğunlaştıramama, huzursuzluk, kalp hızında azalma, iştah artması-kilo alma gibi belirtilerden en az dört tanesinin bulunması ile tanımlanıyor. Bu yakınmaların başka bir durumla açıklanmaması ve işlevselligi bozması gerekiyor.

Sigarayı bırakma döneminde de öfke, bunaltı, madde arama davranışı, yoğunlaşma güçlüğü, huzursuzluk, sabırsızlık, iştah artışı, açlık hissi ve şeker isteği gibi kesilme belirtileri gözleniyor. Sigara içilmeyen ilk on gün içinde; bilişsel değişiklikler ilk dört saatte başlıyor. 24-48 saatte en üst düzeye çıkıyor ve Tekrar sigara içimi ile 24 saatte düzeliyor. Eğer birey sigara içmemeyi sürdürürse belirtiler yaklaşık bir ay içinde düzeliyor. Kilo alma ve nikotin arama davranışı ise altı ay kadar sürüyor. Nikotin yoksunluğu yaşam boyu yaygınlığının % 50 olduğu belirtiliyor. Sigarayı kendi kendine bırakanların % 50-75'inde yoksunluk belirtileri ortaya çıkıyor.

Depresyon, Anksiyete bozuklukları ve diğer madde kötüye kullanım şekilleri sigara içicilerin üçte birinde görülmektedir. Sigara içme süresi ve miktarı ile yaşanan sorunlar arasında doğrudan bir ilişki vardır. Sorunlar arttıkça sigara içme, sigara içme arttıkça da ruhsal ve fiziksel sorunlar artmaktadır.

Sigara ve Nikotin Bağımlılığının Tedavisi

Nikotin bağımlılığı ile diğer bağımlılık sendromları birbirine benzerdir. Bu benzerlik "tedavi için de geçerlidir. Tedavide amaç uzun erimde sigara kullanımının bırakılmasıdır. Tedavideki hedefler öncelikle içme davranışını denetleme, miktarını azaltma ve daha sonra bırakmayı içermektedir. Birden bırakma doğru mudur? Olanaklı mıdır? Azaltarak bırakmak mı önerilmelidir? Olanaklı mıdır? Bu sorular nikotin bağımlılığının, diğer bir deyişle sigara bırakma tedavisi açısından her zaman sorulan, yanıtları hastaya göre değişen sorulardır.

Sigara ve tütün ürünlerini kullananlar bırakmak açısından, hangi dönemlerdeler?

1. Dönem: (Bırakmaya niyeti olmayanlar) Bunlar önümüzdeki 6 ay içinde bu ürünleri bırakmaya niyeti olmayanlardır.

Bu gruptakiler, sigara ve tütün ürünlerinin kullanımının yol açtığı risklerin farkında değildir veya bu riskleri önemsemeyebilir. Bu grupta olanların, sigara ve tütün ürünlerinin kullanımının yol açtığı sorunlar hakkında bilgisinin artırılmasına çalışılmalıdır.

2. Dönem: (Bu ürünleri bırakmaya niyetlenenler) Bunlar önümüzdeki 6 ay içinde (ancak 1 ay içinde değil) bu ürünleri bırakmaya niyetli olanlardır. Bunlar sigaranın ve tütün ürünlerinin insanlara verdiği zararları bilir ancak kendisine etkisini iyi değerlendiremez. Bu gruptakilerin sigara ve tütün ürünlerini kullanmaya devam etmesinin ve bırakmasının artı ve eksilerini, kısa ve uzun vadeyi göz önüne alınarak değerlendirmeye çalışmaları gerekir. Bu değerlendirme, sigara bırakma motivasyonunun oluşmasına yardımcı olabilir.

Bu grupta yer alanların bırakma konusunda bazı endişeleri de olabilir;

İradesinin zayıf olduğu düşüncesi: Normal zeka düzeyindeki her bireyin bir iradesi vardır. Ancak depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi bazı psikiyatrik bozukluklarda kişinin kendine güveni azalabilir ve iradesinin zayıf olduğunu düşünebilir. Sigaray bırakma konusunda kendine güvenmeyen kişilerin psikiyatrik açıdan değerlendirilmeleri yararlı olabilir.

Nikotin yoksunluğuna dayanamayacağı düşüncesi: Sigara ve tütün ürünlerinin bırakılmasından sonra bazı bireylerde değişen şiddetlerde nikotin yoksunluk bulguları olur ve 1-2 günden birkaç haftaya kadar sürebilir. Bu durumda çeşitli ilaç tedavileri, nikotin bantları ile davranışsal ve bilişsel müdahaleler yararlı olabilir.

Kilo alacağı endişesi: Sigara ve tütün ürünlerinin bırakılmasıyla mutlaka kilo alınmaz. Düzenli egzersiz ve diyet ile bu risk aşılabilir. Kullanımın yol açtığı risklerin, kilo almaya oranla çok daha ciddi sonuçları olduğu düşünülmelidir.

3. Dönem: (Bırakmaya hazır olanlar). Bunlar 1 ay içinde bırakmayı düşünenlerdir. Bu gruptakiler, sigaranın ve tütün ürünlerinin hem insanlara hem de kendilerine verdiği zararların farkındadır. Bu ürünleri bıraktıklarında bedensel risklerin azalacağını düşünürler. Nasıl bırakacakları konusunda planlama yaparlar.

4. Dönem: (Bırakma eylemi içinde olanlar). Bunlar bu ürünleri çeşitli yöntemlerle kullanmayı bırakmış ve 6 aydır kullanmamış olanlardır. Bu gruptakiler, kendi kendilerine veya çeşitli yardımlarla veya ilaç kullanarak bu ürünleri bırakmıştır. Bırakmak için bilimsel yöntemlerin tercih edilmesi önerilmelidir.

5. Dönem: (Bırakmış durumda olanlar). En az 6 aydır bu ürünleri kullanmayanlardır. Bu gruptakiler için en büyük tehlike tekrar başlamaktır.

4. veya 5.dönem içinde olanların tek bir kez bu ürünleri kullanmamaları önerilir. Eğer tek bir kez kullanımları olursa, bunu bir hata olarak değerlendirmeli ve tekrarlamamaya çalışmalıdır.

Sigara ve tütün kullanımı olanlar hayatlarında birkaç kez bırakma girişiminde bulunmuş olabilirler. Her bırakma girişiminin bazı şeyler öğrettiği düşünülmeli ve yeni bırakma girişimlerinde daha başarılı olunacağı pozitif düşüncesi ile hareket edilmelidir.

Sigara Bırakılabilir mi?

Sigara vazgeçilebilir bir alışkanlıktır. Sigaraya karşı alınan önlemler ve eğitim programları sonucu, Amerika'da 36 milyon, Fransa'da 8 milyon ve İsviçre'de 1 milyon kişinin sigarayı bıraktığı bilinmektedir. Sigara içenlerin %20'sinin nikotin bağımlısı haline geldiği, çoğunun sigarayı bırakmayı denediği,

ancak %15'ten az bir kısmının başarılı olduğu bildirilmiştir. Sigarayı bırakmak için herhangi bir yardım almayanlarda bırakma oranı %10'un altında kalırken, sigarayı bırakmayla ilgili yardım alanlarda hem sigarayı bırakma süreci daha sağlıklı yaşamakta, hem de sigarayı bırakma oranı artmaktadır.

Sadece hekimin sigara içme davranışını sorgulayıp önerilerde bulunması sonucu sigarayı bırakma oranı üç ayda %3'e çıkmakta, hemşirenin de bilgi ve öneriyi pekiştirmesiyle bu oran %7.2 olmaktadır.

Her yıl sigara içenlerin %70'i bırakmayı düşünmekte, 1/3'ü de bırakmayı denemektedir. Fakat kendi başına deneyenlerin %98'i sonraki bir yıl içinde yeniden sigaraya başlamaktadır. Sigara içimi/bağımlılığı Dünya Sağlık Örgütü tanımıyla bir hastalık olan sigara bağımlılığının tedavisi hekimin görevleri arasındadır. Sağlık kuruluşlarına başvuran olguların hangi nedenle gelmiş olursa olsunlar sigara içme durumları kesinlikle sorgulanmalıdır.

Sigara içme davranışında sosyal öğrenmenin önemli bir yeri olduğu, sigaraya başlamanın önlenmesinde ve bırakmanın teşvik edilmesinde gençlerin örnek aldıkları kişilerin özendirici tarzda sigara kullanmamaları ve sigarayı bırakmalarının etkisi gösterilmiştir.

Sigara bırakma pek çok madde bağımlılıklarında olduğu gibi birinci derecede kişinin kendi isteği, kararı ve iradesiyle ilişkilidir. Hekimlerin bu konudaki rolü sigaranın zararları ve bırakma yöntemleri konusunda bilgilendirici, özendirici ve destekleyici olmak, ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmaya yönelik gerekli tıbbi yardımlarda bulunmak ve bırakma eyleminin devamını sağlamak için bireyi desteklemektir.

Sigara içiminde; davranış alışkanlığı, fizik ve psikolojik bağımlılık rol oynamaktadır. Sigaranın bırakılmasına yardımcı olmak için bir çok yöntem geliştirilmiştir. Bütün sigara bırakma yöntemlerinin sigaranın bırakılmasındaki başarıları farklı olmakla birlikte amaçları kişide sigara içimine bağlı gelişen psikolojik bağımlılığın ve fiziksel bağımlılığının üstesinden gelmektir. Sigara bırakma yöntemlerinin hiç biri tek başına %100 etkili değildir. En başarılı sonuçlar ruhsal tedavilerin ilaç tedavileriyle birlikte kullanımı ile elde edilmektedir. Bunların başlıcaları bilişsel davranışçı terapi, bireysel ya da grup terapileri, hipnoz, ruhsal eğitim ve bilgilendirme yaklaşımlarını içerir.

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM'de uygulanan ve 4 eğitim seansından oluşan bir Sigara Bırakma Programı'na başvuran hastaların %20'sinin sigarayı bıraktığı, %36,7'sinin azalttığı, %43'ünün ise sigaraya aynı miktarlarda devam ettiği saptanmıştır. "Sigarayı azaltma ve bırakma oranları" birlikte ele alındığında ise



bu oran bir seans katılanlar için %50, iki seans katılanlar için %57, üç seans katılanlar için %60, dört seans katılanlar için %67'dir. Eğitim seanslarına devam edildiğinde sigara içme davranışında değişimin sürdüğü vurgulanmaktadır.

İlaç Tedavileri ve Psikoterapiler

İlaç tedavileri, sigara bırakıldığında ortaya çıkan yoksunluk ve diğer belirtilere yönelik "semptomatik" tedavileri ve sigara içme isteğini azaltan ilaçları içerir. Bu durumlar için çeşitli ilaçlar, Nikotin bantları (yerine koyma tedavidir), antidepresanlar ve diğer bazı ilaçları kullanılır. Nikotin bağımlılığında kullanılan ve etkileri çeşitli araştırmalarla kanıtlanmış bir çok anti depresan vardır .

Bunun yanında psikososyal tedaviler nikotin bağımlılığının tedavisinde kullanılmaktadır. Ruhsal eğitsel yaklaşım, kognitif davranışçı tedaviler, tiksindirme yöntemleri ve gevşeme tekniklerini içeren davranışçı tedaviler ve hipnoz kullanılan yöntemlerdir.

Kognitif Davranışçı Tedavide temel amaç bilişleri (düşünce tarzlarını, olaylara bakış açısı ve değerlendirme tarzlarını) değiştirmek, özellikle sigara kullanımı açısından yüksek risk taşıyan ortamlar ve durumlarda kullanılan da baş etme mekanizmalarını güçlendirmektir. Bu tedavinin en etkili ve gerekli olduğu durumlardan biri yinelemeyi (nüks) önleme çalışmalarıdır. Davranışçı teknikler ise içtiği sigaraların kaydını tutma, sigara ile ilişkili duygu düşünce ve davranışları kaydetme, bunlara yönelik farkındalığı artırma, içmeyi geciktirme, ertelemeyi içeren yaklaşımları sigara markasını değiştirme bitmeden yenisini almama gibi davranışları içerir. Bireylere sınırlı sayıda sigara taşımaları, sigaraya ulaşmayı zorlaştırmaları, sigarayı bitirmeden yarıda söndürmeleri, kül tablaları ve izmaritleri biriktirmeleri önerilmektedir. Sigara içme dürtüsü geldiğinde buna karşı seçenek bir tepki geliştirmeleri, dikkat dağıtıcı yaklaşımları kullanmaları önerilir.

Başvuranların sigara bırakmayla elde edecek avantajlarla ilgili bir liste hazırlamaları istenir. Sigarayı bırakmak için uygun bir tarih belirlemeleri, yaşamı düzenlemeleri ve etkinlik yapmaları, sigarayı bırakmaya yönelik bir zihinsel hazırlık yapmaları, buna yönelik bir davranışsal hazırlık ve gözlem yapmaları istenir. Sigara bırakma sürecinin başarılı olmasında en önemli

etkenlerden biri de ödüllendirmedir. Bireyin bırakmayı bir törenle yapması, bıraktığı ve izleyen süreçte de yeniden başlamadığı için kendini ödüllendirmesi istenir. Çevrenin ödüllendirmesinin de büyük yararı vardır.

Tedavinin en önemli parçalarından biri uzun süredir bırakmış olan birinin yeniden başlamaması için uygun beceriler geliştirmesini sağlamaktır. Nüks önlemeye yönelik beceri eğitimi verilmelidir. Bunun için kendin yardım materyalleri kullanılabilir.

Sonuç Olarak

Unutulmaması gereken en temel ve can alıcı gerçek şudur.

Sigara Sağlığa Zararlıdır.

Sigara yalnızca sigara tekellerine yarar sağlamaktadır.

Sigara kullanımı, ve sigara bağımlılığı önlenebilir bir sorundur.

Sigara, sadece içenleri ilgilendiren bireysel bir sorun değil, içenlerin yanında yaşayan eş ve çocuklardan, olağanüstü büyük paralar kazanmaları nedeniyle dolaylı şekilde sigara içimini özendiren sigara şirketlerine, Sağlık bakanlığından, Milli Eğitim bakanlığına dek bir çok kişi ve kurumu kapsayan ciddi bir psikososyal bir sorundur. Bu nedenle:

- Eğitim kurumlarında çok erken yaşlardan başlayarak yaygın eğitim programları uygulanmalı,
- Sigara ve tütün ürünlerinden alınan vergiler artırılmalı, bu ürünlerin fiyatları cazip olmaktan çıkartılmalı,
- Sigara ve tütün ürünleri üreten fabrika kurulması koşulları zorlaştırılmalı hatta sigaranın bir sektör olmaktan çıkarılmasını sağlayan düzenlemeler yapılması,
- Tütün yetiştiriciliği yapılan tarım alanlarında başka ürünlerin yetiştirilmesini özendiren devlet destek programlarının hazırlanarak uygulanması

Tüm sağlık kurumlarında yaygın, kamu sağlığı hizmeti olarak sigara bağımlılığı önleme ve tedavi birimleri kurulmalı, bağımlılığın önlenmesi ve tedavisinde kullanılan ilaçlar ve diğer tedavi yaklaşımları sosyal güvenlik sistemi kapsamında katkı payı alınmadan ve ücretsiz sağlanmalıdır.

Sigarasız bir dünya dileğiyle...

Dr. Çezar Atasoy

TPD Merkez Yönetim Kurulu Üyesi

Uz. Dr. Ahmet Türkcan

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

Doç. Dr. Burhanettin Kaya

TPD Merkez Yönetim Kurulu Üyesi

TÜRKİYE PSİKIYATRİ DERNEĞİ 4 ŞUBAT DÜNYA KANSER GÜNÜ BASIN BÜLTENİ

KANSER VE RUHSAL BOZUKLUKLAR

4 Şubat Dünya Kanser günü Dünya Kanser Savaş Örgütü (UICC) tarafından her yıl anılan ve ülkemizde de Türk Kanser Araştırma Ve Savaş Kurumu'nun (TKASK) kampanyalar ve etkinlikler düzenlediği bir gündür. 80 ülkeden 270 kuruluşun üye olduğu dünyadaki en büyük, bağımsız, kar amacı gütmeyen kanserle savaş örgütü olan tanımlanan Dünya Kanser Savaş Örgütü, temel amacının gelecek kuşaklara kanserden arındırılmış bir dünya bırakmak olduğunu ifade etmekte, bu amaçla her yıl 4 Şubatın Dünya Kanser günü olarak anıldığını belirtmektedir. Türkiye Psikiyatri Derneği bu önemli günde kanserin bireyin ruhsal ve toplumsal yaşamında yarattığı etkileri, hastaların yaşadığı güçlükleri, ortaya çıkan ruhsal bozukluklar ve tedavileri, ailelerin yaşadığı güçlükler konusunda kamuoyunu bilgilendirmeyi amaçlamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2007 yılında yayımlanan TÜRKİYE'DE KANSER KONTROLÜ raporunda bile kanserin psiko-sosyal sonuçları ile ilgili bir tek bölüm bulunmaması bu konuyu gündeme getirmemizin önemini ortaya koymaktadır. Bu nedenle Türkiye Psikiyatri Derneği bu konudaki görüşlerini basın ve kamuoyuyla paylaşmak istemektedir.

Kanser ruhsal-toplumsal sorunların en sık görüldüğü önemli hastalıklardan biridir. İnsanın varoluş çatışmalarını çok yoğun yaşadığı bir süreç olarak ciddi ruhsal sonuçlara yol açma potansiyeli taşımaktadır.

Kanserin ruhsal yönlerini araştıran çalışmalar son yıllarda önem kazanmıştır. Yapılan bir çok çalışmaya ve araştırmaya rağmen yaşam süresinin uzamasındaki başarısızlık ruhsal özelliklerin yaşam süresini uzatma sürecindeki rolünün önemine dikkat çekmiştir. Kanserin biyolojik tedavisi yanında eşlik eden ruhsal sorunların tedavisinin yaşam süresini uzatmadaki rolü son yılların dikkat çeken bulgularındandır.

Psikiyatrinin kansere ilgisi çok eski olmasına karşın psiko-onkolojinin bir disiplin olması yenidir. Kansere eşlik eden ruhsal bozuklukların sıklığı ve tedavisi, psikoterapiler, aile, sağlık çalışanları, hastalığını ortaya çıkışı ve gidişinde rolü olan etkenlerin neler olduğu ve yaşam kalitesi bu disiplinin ilgi alanındadır.

DÜNYADA ve TÜRKİYE'DE KANSER YAYGINLIĞI

Türkiye de kanser ile ilgili veriler daha çok sağlık bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), kanser kayıt ve araştırma

merkezleri ile kanserle savaş derneklerinin verilerinden elde edilmektedir. Veri toplama yöntemlerinde yetersizlik uzun süre Türkiye'nin kanser profili ile ilgili doyurucu verilere ulaşmayı zorlaştırmıştır. 2007 de Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi tarafından yayımlanan kapsamlı rapor kanser epidemiolojisi ile ilgili önemli veriler sunmaktadır. Bu rapora göre 1947 den beri süren kanserle savaş sürecinin giderek daha büyük ivme kazandığı öne sürülmektedir.

Dünyada kanserin yaygınlığı

Kanserin tüm dünyada ve ülkemizde %22'lik oranla kalp damar hastalıklarından sonra en sık ikinci ölüm nedeni olduğu belirtilmektedir. Bu sonuçlar kanserin önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Özellikle önlenabilir ve toplum taramalarıyla erken tanı ve tedavisinin olanaklı olması bu sorunun en önemli özelliğidir. Kanser birincil koruyuculuğun çok önemli ve etkili olduğu, buna ilişkin olanakların en güçlü olduğu hastalıklardandır. Örneğin sigarayı önlemeye yönelik çalışmaların, eş deyişle tütün kontrolünün 40 bin akciğer kanserini önleyeceği öngörülmektedir.

2000'li yıllarına başında dünya da 6 milyon insan kansere yakalanırken bu sayının önümüzdeki yirmi yıl içinde 12 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. 2005 yılı içinde 12 milyon kişinin kansere yakalandığı belirtilmektedir. 7 milyon kişinin kanser nedeniyle yaşamını yitirdiği, 25 milyon kişinin ise kanserle yaşadığı aktarılmaktadır. 2030 yılında 24 milyon kişinin kansere yakalanacağı öngörülmektedir. 17 milyon kişinin kanser nedeniyle yaşamını yitireceği, 75 milyon kişinin ise kanserle yaşayacağı sanılmaktadır.

Çalışmalardan elde edilen bulgular kanser yaygınlığındaki artışın ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde daha hızlı olacağı yönündedir. Tüm veriler kansere karşı öncelikli olarak koruyucu sağlık uygulamalarına ağırlık verilmesi gerektiğini, kamucu bir sağlık politikası anlayışıyla kanser önleme politikalarının geliştirilmesi gerekliliğini göstermektedir.

Bu veriler bir noktayı daha bize göstermektedir. Bu nokta, gelecekte giderek daha büyük ve ciddi bir toplum sağlığı sorunu olacağı öngörülen kanserin yarattığı ruhsal sonuçların, bunları tanıma ve tedavi etme süreçlerinin ne denli önemli olacağıdır. Kanser sadece bu hastalığa yakalanan bireyi değil tüm ailesini ve yakınlarını derinden etkileyen bir durum ola-

rak değerlendirilmeli ve bu bağlamda bir mücadele yaklaşımı geliştirilmelidir.

Özellikle yoksul ve düşük gelirli ülkelerde kanser tanısının % 80 oranında hastalığın ileri evresinde konması, bunun yanında hastalık yükünün ve ekonomik etkisinin yüksek olması üzerinde kafa yorulması gereken çok önemli bir veridir. Bu ülkelerde kanseri önlemeye yönelik harcamaların ise dünyadaki toplam kanser harcamalarının %10'unu geçmediği vurgulanmaktadır.

Türkiye'de kanserin yaygınlığı

Ülkemizde her yıl 150 bin yeni kanser hastasının olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde kanser kayıt merkezleri 8 ili kapsayan bir veri toplama çalışması yürütmektedirler. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi yayımladığı son raporda tüm iller ya da Türkiye'ye genellenebilen sayılara sahip olmadıklarını, İzmir ile ilgili sayıların daha kesin sayılar olduğunu ifade etmektedir. 2007 yılında yayımlanan Türkiye'de Kanser Kontrol raporuna göre Türkiye de Kanser kaba hızı erkeklerde 100 binde 110.3, yaşa standardize hızı 100 binde 137 iken; kadınlarda kaba hız 100 binde 82, yaşa standardize hız 100 binde 91'dir. Türkiye'de kansere bağlı kaba ölüm hızı 100 binde 85.7 iken, kadınlarda bu oran 100 binde 58.7'dir. Yaşa standart hızlar erkeklerde daha belirgin olmak üzere daha yüksektir (100 binde 107.8'e 100 binde 58.7). Erkeklerde akciğer, mide barsak sistemi ve prostat, kadınlarda meme, mide barsak sistemi ve yumurtalık kanserleri daha sık görülmektedir.

KANSER BİREYİ RUHSAL VE TOPLUMSAL AÇIDAN NASIL ETKİLİYOR

Kanser hastalığının yol açtığı strese verilen yanıt, sergilenen uyum çabaları bireyin özellikleri, hastalığın özellikleri ve çevresel etkenlere doğrudan bağlıdır. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kişilik yapısı, kanserin türü, evresi ve diğer özellikleri, bireyin sosyo-demografik özellikleri (iş, evlilik, yaşam koşulları, sosyal güvenlik vs), sosyal destek ağının durumu, hastalığın bu değişkenler üzerinde yarattığı tahribat gibi etkenlerin tümü ruhsal bozuklukların ortaya çıkışında rolü olan değişkenlerdir.

Hastalık bireyin yaşadığı çok önemli bir krizdir. Kanser bir stres etkeni olarak bireyin yaşamında ciddi bir kriz yaratır. Temel süreç dengenin bozulmasıdır. Bozulan fiziksel denge ruhsal dengenin de giderek bozulmasına yol açar. Strese karşı hem zihinsel hem de fizyolojik tepkiler oluşmaya başlar. Bunun toplumsal ve kişiler arası düzeyde yansımaları olur. Bu süreç bir ruhsal bozukluk oluşana dek ilerleyebilir.

Kriz, üç ayrı aşamada kendini gösterir. Bunun ilki tanı konma evresidir. İkinci kriz ise, hastalığın yinelenme döneminde ortaya çıkar. Üçüncü kriz de durumun kötüleşmesi ile birlikte yeni tedavi gereksinimlerin ortaya çıktığı dönemlerde yaşanır.

Sık görülen tepkiler; yas tepkisi, yalnızlık, uyum güçlüğü, depresif belirtiler, bunaltı, öfke, inkar, bağımlılık, suçluluk, düşmanca davranışlarda arta, yansıtma, saldırganlık içeren bir



direnç durumu ve güçsüzlük olmaktadır. Hastaların ve ailelerin sık olarak karşılaştığı durumlar ruhsal tepkilerin gelişimine katkıda bulunur. Özellikle gelecek ile ilgili belirsizlik ve kuşku, hastalığı anlamlandırmada yaşanan güçlükler, yaşamı bedeni üzerindeki denetimi kaybedeceği inancı, yetersizlik ve başarısızlık duygusu, kanserli bir hasta olarak damgalanma korkusu ve son olarak da hastalığını yakınlarından çevresinden sürekli gizleme çabası önemli etkilerde bulunmaktadır.

Kansere uyumda beş evreden söz etmek olanaklıdır. İnkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme. Sıklıkla ilk aşama şok, inanmama ve inkardır. Ardından kaygı, panik duygusu ve çaresizlik yaratır. Bunu kızgınlık ve depresyon izler. Kabullenme ile sonlanır. Oluşan kriz şok, tepki, direnme ve uyum sürecini içerir. Her bir aşamada hastaya yönelik sergilenen tutum önemlidir. Umut aşılama yaklaşım, hastayı dinleme, anlama ve kendini ifade edebilmesine zaman ve olanak tanıma, destek sitemlerini çalıştırma, yaşadığı kaygı ve bedene yabancılaşma duyguları ile başa çıkmasını ayırt etme önemlidir. Uyum sürecinde birey kendini, yaşamını ve geleceğini yeniden gözden geçirir, yeniden değerlendirir, isteklerini ve olanaklarını gözden geçirir ve bir yaşam planı oluşturur. Hastalıkla hesaplaşır, yaşamı sorgular ve bir yön çizer.

KANSERE EŞLİK EDEN RUHSAL BOZUKLUKLARIN YAYGINLIĞI

Kanser hastalarında gözlenen ruhsal bozuklukların yaygınlığının göz ardı edilemeyecek denli yüksek olduğu, yarattığı sonuçlarını ihmal edilemeyecek önemde olduğu belirtilmektedir.

Yapılan araştırmalarda kanser hastalarının %47'sinde değişik düzeyde ruhsal bozuklukların ortaya çıktığı görülmüştür. Bu hastalıkların başında depresyon ve anksiyete belirtilerinin sık olarak yer aldığı uyum bozuklukları ve depresyon gelmektedir.

Kanser hastalarında anksiyete (bunaltı, kaygı) çok yaygındır. Bu kaygı hastalığın ya da tedavinin korkutucu yanlarından kaynaklanabilir, var olan hastalığın bir belirtisi olarak görülebilir, tedavinin ve kullanılan ilaçların yarattığı bir istenmeyen durum olabilir ya da bireyde daha önce var olan bir anksiyete bozukluğu kanser süreci ile birlikte alevlenmesi sonucu orta-

ya çıkabilir.

Depresyonun kanser hastalarında görülme oranı %5 ile %60 arasında değişmektedir. Depresyon, mide barsak sistemi ve beyin tümörlerinde daha sık ortaya çıkmaktadır. Özellikle kanserin ileri evrelerinde depresyon daha sık görülmektedir.

Kanserli hastalarda bazı belirtiler depresyon habercisi olabilir. Bunlar, aşırı bağımlılık, öfke, sosyal çekilme, göz ilişkisinden kaçınma, yakınlarıyla birlikte olmaktan kaçınma, çaresizlik, umutsuzluk, aşırı ağrı yakınmaları, tedaviye uyumsuzluk gibi belirtilerdir.

Ailede ve kendisinde ruhsal hastalık öyküsünün olması, ailesel ve sosyal destek sistemlerinin yetersizliği, hastalığın ileri dönemlerinde olma, ağrının varlığı ve kontrol edilememesi depresyonun ortaya çıkması açısından en önemli risk etkenleridir.

Kanserli hastalarda %50'ye varan oranlarda uyku bozuklukları görülebilmektedir.

Kanserli hastalarda intihar oranları da yüksektir. Bir araştırmada intihar girişimi oranı %17.2 bulunurken, olguların %46'sı intihar düşünceleri ve planlarının varlığından söz etmektedir. Ölüm korkusu genç hastalarda daha yoğun saptanmakta, ileri yaşta ölüm düşünceleri artmaktadır. Özellikle kanserin vücudun başka bölgelerine yayıldığı hastalarda ölüm ve intihar düşüncelerinin yaygınlığı daha da artmaktadır.

Bu hastalıklardan biri de bireyin fizik bütünlüğünü tehdit eden, onu dehşete düşüren ve çaresiz bırakan yaşam deneyimlerinin sonucunda oluşan "travma sonrası stres bozukluğu"dur. Kanser birey için "bir deprem, bir felaket" gibi yaşanmakta ve ruhsal açıdan örseleyici olmaktadır. Ortaya çıkan bu ruhsal tablo kanserin seyrini derinden etkilemektedir. Ayrıca bu bozukluğun kendisi yaşam kalitesini bozan süregelen nitelikli bir ruhsal bozukluk olarak kanserden bağımsız olarak da iz bırakmaktadır. Kanser, sürekliliği olan bir travma olarak daha derin izler bırakabilmektedir.

Yapılan çalışmalar kanserli hastalarda TSSB yaygınlığının %1.9 ile %35 arasında değiştiğini göstermektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada kanser hastalarının %19'unda travma sonrası stres bozukluğu saptanmıştır. TSSB yaygınlığı kanseri olan kadın hastalarda %24.5 bulunurken, erkek hastalarda %12.8'dir. Ek olarak kansere yönelik ilaç tedavisi alanlarda almayanlara göre, TSSB yaygınlığı daha yüksek bulunmuştur. Tedavi görme hem hastalığın ağırlığını temsil etmekte, hem de ilacın yarattığı sonuçlar ruhsal tepki üretmeyi kolaylaştırılmaktadır.

KANSERE VERİLEN RUHSAL TEPKİLERİN KÜLTÜREL YÖNÜ

Ülkemizde kanserin nasıl karşılandığı, uyum mekanizmaları, sağlık çalışanlarının kansere yaklaşımı, eşlik eden ruhsal bozuklukların sıklığı, tedavisi vs konularda batıdan önemli farklılıklar vardır. Özellikle ülkemizde kaçınma, bilgilendirme sorunları, kadercı kabulleniş daha sık görülmektedir. Hastalar daha fazla inkar etme eğilimi göstermekte, hastaların yaklaşık %20 si söylenecekleri duymamak için doktorlarıyla konuşmamakta, bilgi alma sorumluluklarını yakınlarına yüklemekte, önemli bir hasta grubu ise tanılarını bildikleri halde yakınlarıyla konuşmamakta, hastaların yarından fazlasında da hasta yakınları hastaların moralleri bozulacağı endişesiyle tanının hastalara söylenmesini istememektedirler.

Tanıyı söyleyip söylememe konusu halen tartışılan bir konudur. Ülkemiz ve batı arasında fark gözlenen noktalardan biri de burasıdır. ABD'de hekimlerin tamamına yakını söylenmesi taraftarıdır. Nasıl söyleneceği, hastanın buna nasıl hazırlanacağı önemlidir. Gerçeği yadsımayan, var olan seçenekleri içeren, umut aşılayan bir tarz ile söylenmesi önerilmektedir.

Doktorlar hastalığı konuşmayı hastanın entelektüel düzeyine göre belirlediklerini, %40 oranında tanıyı söylemediklerini ifade etmektedirler. Bir başka çalışmada da hastaların %67.9 u, hemşirelerin %70 i doktorların ise %80'ninin tanının söylenmesi gerektiğini belirttikleri aktarılmıştır.

KANSERLİ HASTALARA YAKLAŞIM

Kansere karşı yaklaşım biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içinde olmalıdır.

Kanserin yaşam kalitesini nasıl etkileyeceği, hastaların kalan ömrünü nasıl geçireceği doktorların gündeminde olmalıdır. Hastaların tedavi sürecine etkin biçimde katılmalarının sağlanması için onların görüşlerinin ve beklentilerinin önemsenmesi, hastaların duygu ve düşüncelerine kulak verilmesi, yüreklendirilmesi, empati gösterilmesi ve geri bildirim verilmesi çok önemlidir. Tedavi planı yaparken hastanın önceden hazırlanması, bilgilendirilmesi, tedaviye ilişkin ayrıntıların ve olası sonuçların önceden aktarılması, alınacak önlemler konusunda eğitilmesi, ortaya çıkabilecek ruhsal sorunlar ile ilgili gereken bilginin verilmesi gerekmektedir. Ağrı ve eşlik eden psikiyatrik belirtilerin erken tanı ve tedavisinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyeceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Kanser hastalarında ortaya çıkan ruhsal sorunlara odaklanmak ve dikkatleri bu alana yöneltmek çağdaş bir tıp yaklaşımının en önemli öğelerinden biridir. Sadece kanseri iyileştirmek ya da yaşam süresini uzatmak değil; hastalık süresinde yaşam

"Kanserin tüm dünyada ve ülkemizde %22'lik oranla kalp damar hastalıklarından sonra en sık ikinci ölüm nedeni olduğu belirtilmektedir. Bu sonuçlar kanserin önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Özellikle önlenebilir ve toplum taramalarıyla erken tanı ve tedavisinin olanaklı olması bu sorunun en önemli özelliğidir. Kanser birincil koruyuculuğun çok önemli ve etkili olduğu, buna ilişkin olanakların en güçlü olduğu hastalıklardandır..."



kalitesini artırmak, ağrısız, acısız ve konforlu bir yaşam süreci sağlamak çağdaş tıbbın amacı olmalıdır. Tedavi planlarında ruhsal ve toplumsal değişkenler öncelikli olarak gözetilmelidir.

Hastalığın özellikleri yanında kansere ilişkin inanışlar, önceki deneyimler, içinde bulunulan yaş döneminin özellikleri, sosyal destek sistemleri, hastalığa ilişkin kültürel ve toplumsal tutumlar, bireyin kişiliği ve sahip olduğu başa çıkma beceri düzeyi önemli olmaktadır.

Kanserli hastaları ruhsal olarak değerlendirmenin güçlüğü

Kanserli hastalarda kanser belirtileri ile depresyon belirtileri arasında örtüşme olduğu için tanı koyma sürecinden de güçlükler yaşanabilir. Bu nedenle bedensel belirtilerin dışında kalan karamsarlık, yaşamdan zevk almama, umutsuzluk, yaşamı anlamsız bulma, ölüm ve intihar düşünceleri, kontrolünü yitirme, kendini değersiz bulma, suçluluk gibi duygu ve düşünce alanında ki belirtilere göre değerlendirmenin daha doğru olacağı belirtilmektedir.

Tanı sürecinde bedene ilgi artışı, bedensel değişikliklere yönelik endişe ve kaygıda artış gözlenir. Bu noktada iyi bir tıbbi inceleme ve hastaları doğru bilgilendirme çok önemlidir.

Ruhsal bozuklukların tedavisi

Ruhsal bozuklukların tedavisinde ilaç ve biyolojik tedavilerin yanı sıra krize müdahale yaklaşımları ve çeşitli psikoterapiler kullanılır. Bu terapiler hastalığın farklı evrelerinde farklı biçimler de yapılandırılmayı gerektirir.

Uygulanan tedaviler hastanın iş, aile ve yaşam güçlüklerine odaklanan; sorun odaklı, çok zaman almayan, hastayı aile ve çevresiyle tedavi sürecine katan yaklaşımlar olmalıdır. Bilgilendirme, eğitim ve bireysel ya da grup biçiminde uygulanan

psikoterapiler çok yararlı olmaktadır. Tedavilerde amaç hastanın benlik saygısını yeniden kazanması, yaşam dengesini yeniden kurması, sınırlılıklarını kabullenmesi, güçlü yönlerini fark etmesi, kendine özgü başa çıkma becerileri geliştirebilmesi yönündedir. Psikoterapi'nin yaşam kalitesini artırma yanında hastalığın yinelemesi ve ölüm oranlarını önemli ölçüde azalttığı görülmüştür. Örneğin hipnozla ağrı kontrolü yapılan bir çalışmada beş yıllık yaşam süresi 18 ay, on yıllık yaşam süresinin ortalama 20 ay uzadığı görülmüştür.

Özellikle tedavi aşamalarında ruhsal destek önemlidir. İlk tedavi girişimi sonrasında oluşan umut ışığı tedavilerin yarattığı yan etkiler ve istenmeyen durumlar nedeniyle azalabilir. Özellikle cerrahi girişimlerin yarattığı sıkıntı ve sakat kalma korkusu, ameliyatların ve hastalığın yaşamı tehdit edici niteliği, beden imajı ile ilgili endişeleri biraz geriye itmektedir. Cerrahi girişim sonrası ortaya çıkan bazı kayıplar özellikle depresyon gelişimini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca ışın tedavisi (radyoterapi) uygulamaları da hastalarda yeni korku ve kaygıların oluşmasına yol açmaktadır. Yine uygulanan tedavilerden dolayı uygulanan zorunlu yalıtma (izolasyon) da ruhsal belirtilerin gelişmesine, özellikle terkedilmişlik ve yalnız kalma inancının pekişmesine yol açabilmektedir. Hastalık sürecinin belirsizliği kaygı yaratmaktadır.

Bir çok hasta alternatif tedavi seçeneklerine başvurmaktadır. Tıbbi tedaviyi engellemediği, olumsuz etkilemediği ve tedavi uyumunu bozmadığı sürece bu tür arayışların olumsuz bir etkisi olmadığı kabul edilmektedir. Aksine hastanın bu umut arayışlarının onu daha diri tutacağı, bağımsızlık sistemini olumlu yönde etkileyerek tedaviye katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Özetle bilimsel ya da popüler olsun, ruhsal tedaviler yaşam kalitesini yükseltmeye aracılık ettiği sürece yararlı olacaktır.

KANSERİ ve SONUÇLARINI ÖNLEMEDE SOSYAL DESTEĞİN ÖNEMİ

Kanser, hastalığın seyri ve yarattığı sonuçlar açısından sosyal destek gereksiniminin en önemli olduğu hastalık gruplarının başında gelir. Araştırmalar sosyal desteğin bağımsızlık sistemi üzerinde olumlu etkide bulunarak kanserin gidişini olumlu yönde etkilediğini, yaşam süresini uzattığını göstermiştir. Özellikle geçirilen yaşamsal ameliyatlar sonrasında başlayan ve süreklilik kazanan sosyal destek yaşam süresinin uzaması yanında yaşam kalitesinin de artışını sağlamakta; hastanın ameliyat sonrası hem yaşama hem de tedaviye uyumunu artırmaktadır. Özellikle hastalığın erken dönemlerinde verilen duygusal desteğin çok önemli olduğuna vurgu yapılmaktadır. Hastalar başta eş ve çocukları olmak üzere daha çok ailelerinden destek görmektedirler.

Bu desteğin türü önemlidir. Sık sık ziyaret edilme, sorunlarını

çözümü sürecinde yanında olma ve sorumluluk alma yanında hastalık üzerine konuşma, bilgi verme önemlidir. Hastaların yarısının hastalıklarını bilmedikleri ya da yeterli bilgi sahibi olmadıkları belirtilmektedir. Sadece aile bireylerinden gelen desteğin kanserin yarattığı ruhsal toplumsal sorunlarla başa çıkma da yeterli olamayacağı, bir kanser politikasının-kronik hasta bakımı çerçevesinde koruyucu ruh sağlığı çalışmalarının önemli olduğu açıktır. Kanser hastaları sıklıkla aileleriyle birlikte yalnız bırakılmaktadırlar. LÖSEV ve benzeri sivil toplum etkinliklerinin katkısı önemlidir ama bu hastalara verilmesi gereken desteğin salt bu tür katkılara indirgenmesi, kamusal bir sağlık ve sosyal politikanın gündem dışında kalmasının büyük eksiklik yarattığını belirtmeliyiz.

HASTA AİLELERİ

Kanserli hastanın hastalık sürecinde hasta aileleri de çok etkilenmekte ve ciddi ruhsal sorunlar yaşamaktadırlar. Aşırı sorumluluk üstlenmeye bağlı yorgunluk, depresif belirtiler sık görülür. Çaresizlik yaşarlar. Eşlik eden suçluluk duyguları, yetersizlik duyguları ve tükenme ortaya çıkar. Hasta yakınları tüm sorunlara rağmen psikiyatrik yardım almayı erteleme eğilimi göstermektedirler.

SAĞLIK ÇALIŞANLARI

Sağlık çalışanları da hastanın duygusal ve fiziksel yükü karşısında önemli sorunlar ve güçlükler yaşamaktadırlar.

SONUÇ OLARAK...

Kanserin ruhsal ve toplumsal yönleri göz ardı edilmemesi gereken, sağlık sistemi içinde hak ettiği ilginin gösterilmesi gereken, politika belirlemede ağırlık verilmesi gereken en önemli

toplum sağlığı sorunlarından bir olduğu akılda tutulmalıdır. Kamusal bir hizmet olarak kanseri her aşama da önlemenin, erken ve tedaviyi olanaklı kılmanın ve kanserli hastalara yaşamlarının her döneminde gereken destek ve katkıyı sağlamanın koşulları oluşturulmalıdır.

- 1- Kanserin önlenmesine yönelik kamusal politikalar uygulanması
- 2- Kanser hakkında toplumu bilgilendirmeye yönelik çalışmalar yapılması
- 3- Kanserin ruhsal etkilerine yönelik bilgilendirme ve eğitim çalışmalarının yapılması
- 4- Toplum sağlığı ve koruyucu psikiyatri uygulamaları çerçevesinde kanserli hasta ve yakınlarına yönelik özelleşmiş ruhsal destek birimlerinin açılması
- 5- Kanserli hastaların tedavisinde mutlaka ruh sağlığı çalışanları ile koordineli bir çalışmanın sürdürülmesi
- 6- Kamu ve üniversite hastanelerinde konsültasyon liyezon psikiyatrisi çerçevesinde kansere yönelik birimlerin sayısının ve niteliğinin artırılması
- 7- Kanser ilaçlarının ve ilgili tedavilerinin sosyal güvenlik sistemine bağlı olup olmaya bakılmaksızın ücretsiz olarak sağlanması

kanser ve sonuçları ile başa çıkmada katkı sağlayacak en öncelikli ve temel yaklaşımlar olacaktır.

Dr. Şeref Özer
TPD Genel Başkanı

Dr. Burhanettin Kaya
TPD Merkez Yönetim Kurulu Üyesi

TPD Merkez Yönetim Kurulu adına

EKONOMİK KRİZİN RUH SAĞLIĞINA ETKİLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün(OECD) 2008 yılında yayınladığı “OECD Ülkelerinde Gelir Dağılımı ve Yoksulluk” adlı rapora göre son 20 yılda OECD ülkelerinin dörtte üçünde zenginlerle yoksullar arasındaki eşitsizliğin arttığı ve ekonomik gelişmeden zenginlerin daha fazla pay aldığı belirtilmektedir. OECD ülkeleri arasında Türkiye gelir eşitsizliği açısından Meksika ile birlikte son 2 sırada yer almaktadır. Aynı raporda gelir eşitsizliğinin fazla olduğu ülkelerde yoksulluğun da daha fazla olduğu bildirilmektedir.

Türkiye’de yoksulluk sınırının altına düşen kişi sayısı her geçen yıl daha da artmaktadır.. Türkiye İstatistik Kurumu’na göre 2008 yılında Türkiye nüfusunun %18.56’sı, Ankara Ticaret Odası raporuna göre ise %74’ü yoksulluk sınırının altında yaşamlarını sürdürmeye çalışmaktadır.

1929’da kapitalizmin ilk büyük krizi olan “Büyük Buhran”dan günümüze kadar onlarca büyük ölçekli ekonomik kriz ortaya çıkmıştır. Son olarak da 2008’in Eylül ayında Amerika Birleşik Devletlerinde başlayan ekonomik kriz tüm dünyayı ve ülkemizi etkisi altına almıştır. Kapitalizmin doğasından kaynaklanan ekonomik krizler zenginler ve yoksullar arasında varolan gelir eşitsizliğini daha da artırmaktadır. Sonuçta ekonomide yaşanan krizlerin toplum üzerindeki temel etkisi yoksulluğun ve işsizliğin artışı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yoksulluk ve işsizlik ise ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Yoksulluk ve işsizlik; depresyon, intiharlara bağlı ölüm, alkol ve madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları gibi birçok psikiyatrik hastalık riskini önemli oranda artırmaktadır. Yoksulluk ve işsizliğin ruhsal sorunlara neden olmasını yanı sıra ruhsal soruna ya da sorunlara sahip olmanın da işsizlik ve yoksullukla ilişkisi bulunmaktadır. Ruh sağlığı sorunu olan hastalarda olmayanlara göre işsizlik ve yoksulluk oranları daha fazladır. Ayrıca işsizlik ve yoksulluk, ruhsal sorunları olan kişilerin rahatsızlıklarına yönelik uygun tedavi girişimlerinden yararlanabilmelerini de önlemektedir. Bu nedenle de hastalıklarının gidiş ve sonlanımı olumsuz etkilenmektedir.

Ekonomik krizlerin yol açtığı işsizlik kadar önemli diğer bir sorun ise kayıt dışı çalışmadır. Ekonomik krizler sonrası kayıt dışı çalışanların sayısında önemli artış olmaktadır. İşten çıkartmalar sonrası zor şartlarda ve kayıt dışı çalışmaya devam eden bireylerde iş yükü artmakta ve kayıt dışı çalışanlarda işsizlere benzer bir çok önemli ruhsal soruna yol açmaktadır.



Yapısal Çözüm Önerileri:

Ülkemizde yoksulluk ve işsizlik oranlarının yüksekliği ve ekonomik kriz sonrasında bu oranların daha da artacağı düşünüldüğünde ruh sağlığının korunması ve tedavisi için sağlık politikalarında düzenleme yapılması zorunludur.

Bu düzenlemeler,, hasta olan kişilere tedavi edici sağlık hizmeti sunulması biçimindeki “geleneksel tıp” yöntemlerinin yanısıra sağlığın korunması ve geliştirilmesini temel alan “çağdaş hekimlik” yöntemlerini de içermelidir. Sağlığın temel bir insan hakkı olmasından yola çıkarak, “Herkes, her zaman ve her yerde” sağlık hizmeti sunulması amaçlanmalıdır.. Çağdaş hekimlik uygulamaları sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmesi bakımından bireyler ve hükümetler için çok uygun bir sistemdir.

Ancak şu anda ülkemizde uygulanmaya çalışılan sağlıkta dönüşüm programı çağdaş hekimlik uygulamaları ile örtüşmemektedir. Son yıllarda sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe incelendiğinde her geçen gün tedavi edici hizmetlere yani ilaca ayrılan pay artırılırken; bireysel ve toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan bütçe azalmaktadır. Aynı zamanda insanların cebinden sağlık için çıkan para da her geçen gün artmaktadır. Bu durum özellikle yoksul ve işsiz kesimin daha da yoksullaşmasına neden olmaktadır. Bu nedenle işsizlerin ve yoksulların ruhsal hastalıklar açısından risk grubunda olduğu düşünüldüğünde işsizlik ücretinin miktarının, süresinin ve kapsamının artırılması ruhsal hastalıkların önlenmesinde oldukça önemli bir adım olacaktır.



Ekonomik kriz sonrası psikiyatrik hastalıklarda artış görüleceği ve psikiyatrik hastalığı olan bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımında güçlük olacağı düşünüldüğünde ise genel bütçeden finanse edilecek toplum ve koruyucu psikiyatri uygulamalarının önemi ortaya çıkmaktadır. Bu amaçla toplum, işyeri ve okul temelli psikiyatri hizmetlerinin ülke çapında örgütlenmesi; psikiyatrik hastalıklar açısından riskli bireylerin tespiti, psikiyatrik hastalıkların erken saptanıp önemli sosyal ve fiziksel kayıplar yol açmadan tedavi edilmesini sağlayacaktır. Böylece sağlık ve sosyal hizmet politikalarında yapılacak yapısal değişikliklerle hem ruhsal hastalıkların önlenmesi ve erken tedavi şansı artırılacak hem de uzun dönemde ülke ekonomisine katkı sağlanacaktır.

Sonuç olarak ekonomik krizin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini gidermek için:

1. İşsizlik ve yoksullukla mücadelede ciddi politikalar geliştirilmelidir
2. İşsizlik yardımının miktarı, kapsamı ve süresi artırılmalıdır
3. Sağlık hizmetleri ve ruh sağlığı hizmetleri ücretsiz ve kolay ulaşılabilir olmalıdır. İşsiz bırakılan kesimlere yönelik ücretsiz ruhsal destek üniteleri kurulmalıdır.
4. Özellikle işsiz kesimdeki ailelerin çocukları beslenme, vitamin desteği, viral ve enfeksiyöz hastalıklar açısından

düzenli aralıklarla ve tamamen ücretsiz olarak izlenmeli ve gerekli tedavi ve beslenmeleri sağlanmalıdır.

5. Çalışan kesimlerden sağlık hizmetlerinde alınan katkı payları ve ilaç yüzdeleri kaldırılmalıdır.
6. Her düzeyde eğitim kurumlarında/okullarda ruhsal ve bedensel rahatsızlıklara karşı eğitim programları hazırlanmalıdır.

İŞSİZLİK, AŞIRI ÇALIŞMA VE BAŞA ÇIKMA YOLLARI

Ekonomik krizin bireyi etkilemeye başladığı süreçte bedenin ve ruhsal yapının krizi olarak devam eder.

Kriz, değişik zorlanmalar sonucunda oluşan , akut ve süresi sınırlı bir durumdur.. Bireyin ruhsal yapısındaki kararlı-stabil durumu ortaya çıkan stres ve yaşam olayıyla birlikte bozulacak, birey de eski kararlı durumuna dönebilmek için çabalayacaktır.

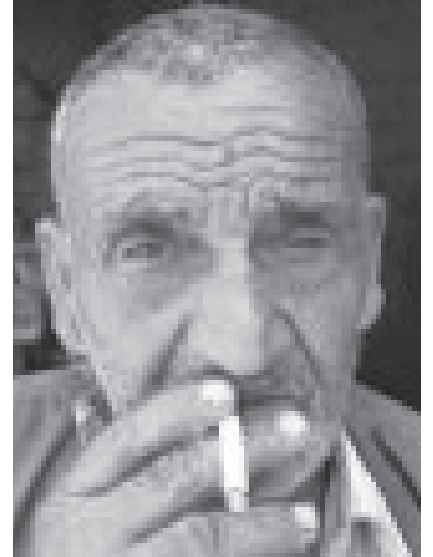
İŞ STRESİ

Ekonomik kriz gibi bir sürecin yarattığı sonuçlardan biri iş stresidir. Çünkü kriz çalışanları işsiz kalma korkusu ve kaygısıyla baş başa bırakır. Belirsizlik süregelen bir kaygı kaynağı olarak işlev görür. İşsiz kalanlar, işsizliğin yarattığı kayıplardan kaynaklı sorunlar ile başa çıkarken geleceğe ilişkin olumlu beklentilerini yitirerek depresyona girebilirler. İşini sürdürebilenleri ise bu kez aşırı çalışma bekleyecektir.

En yakın tarihli verilere bağlı öngörüler bazı sektörlerde çalışanların %50 sinin işten çıkarıldığı ya da çıkarılacağı yönündedir. Bu ise aynı işin kalanların aşırı çalışması ile sağlanacağı anlamına gelecektir. Bu da aşırı çalışmaya bağlı olarak, başta tükenme olmak üzere bir çok ruhsal bozukluğun ortaya çıkacağını göstermektedir.

Kriz stres kaynaklarının artışına neden olacaktır.. Bunlar, işle ilgili değişimler ve belirsizlik, gerçekçi olmayan beklentilerin olması, hızlı karar verme zorunluluğu, işte kontrol yokluğu, kariyerde ilerleme arzusu, yeni teknolojilerin iş alanına girmesi ve bunların içinde en önemlisi olan aşırı iş yüküdür. İş yerinde rol çatışmalarının varlığı, çoğul roller üstlenme ve rol belirsizliği de diğer önemli stres kaynağıdır. Özellikle ekonomik kriz dönemlerinde işten çıkarmalara bağlı olarak çalışanların çoğul roller üstlenmesi önemli bir stres kaynağı olarak işlev görmektedir. Bunun yanında kişiler arası ilişkilerde yaşanan sorunlar da stres kaynağıdır.

İş yerinde iletişim sorunları, kırıcı kişiliklerin varlığı ve özellikle bu kişilerin yönetici konumda olmaları, literatürde MOB-BİNG olarak adlandırılan zorbalık ve yıldırmanın varlığı, cinsel taciz ve olumsuz liderlik stillerinin yarattığı şiddet günümüzün en öne çıkan iş stresi kaynaklarından. MOB-BİNG psikiyatrinin de çalışma alanına yakın tarihte giren yeni bir kavram olarak üzerine daha çok durulmasını gerektirir bir durumdur..



Ayrıca iş yeri ortamının özellikleri, aşırı uyaran olması, uyarıcıların yaşamı tehdit edici olması, güvensiz ve riskli bir işyeri ortamının varlığı, tehlike düzeyi yüksek etkinlikleri varlığı, iş yerinde zararlı-toksik maddelerin bulunması, kişi güvenliğinin sağlanmamış olması ve çalışma ortamının iyi düzenlenmemiş olması gibi stres kaynakları. kriz dönemlerinde daha belirgin olmakta, sıklığı daha artmaktadır.

Bunun yanında iş dışı stres kaynaklarını da akılda tutmak gerekir. Aile ile ilgili roller, sorumluluk ve beklentiler, bireyin kendisi ile ilgili sorunlar, kariyer beklentisinin düzeyi, maruz kaldığı iş dışı öreseyici yaşam deneyimleri, sosyalleşme olanaklarının yetersizlikleri bunlardan bazılarıdır. Ekonomik kriz dönemleri aile içi dinamikleri de değiştiren, aile bütünlünü bozan sonuçlar yaratmaktadır. Ailenin geçimini sağlayan bireyin işsiz kalması, giderek yoksullaşması, işini sürdüren bireyin tüm geçim sorumluluğunu üstlenmek için aşırı ve güvencesiz işlerde çalışmasını doğurmakta, aile ilişkilerinin bütünlüğünü bozan bir durumu doğurmaktadır. Kriz dönemlerinde bir yandan aile bu yönde değişim geçirirken, diğer yandan aile dayanışmasına gereksinim artmaktadır. Çağdaş toplumlarda bu süreçte kamusal destek sistemlerinin devreye sokularak ailenin bu yoğun etkilenmeden korunmaya çalışılması gerekir.

Aşırı çalışmanın önemli bir sonucu da tükenmedir ve çok sık yaşanan bir durumdur. Tükenme sürecinde birey önce bir duygusal tükenme yaşar. Onu yabancılaşma ve kişisel becerilerde azalma izler. Bunun sonrasında birtakım ruhsal ve davranışsal sorunlar yaşanmaya başlayacaktır. Tükenme sürecinde birey iş yaşamındaki temel amaçları ve iş doyumunu, yaptığı işe ilgisini yitirecektir. Yorgunluk ve bezmişlik gözlenir. Mesleki krizler yaşar, kendisine, çevresine ve işine yabancılaşır.

STRESLE BAŞA ÇIKMA YOLLARI

- Devlet tarafında yapılması gerekenler:
- Yöneticiler düzeyinde yapılması gerekenler
- Ekip ilişkisi düzeyinde yapılması gerekenler
- Aile düzeyinde yapılması gerekenler

- Bireysel düzeyde yapılması gerekenler
- Profesyonel düzeyde yapılması gerekenler

BİREYSEL DÜZEYDE BAŞA ÇIKMA YOLLARI

Bireylerin stresle karşılaştıklarında yaptıkları değerlendirmeler sonrasında iki tür başa çıkma tarzını kullandıklarını görüyoruz.

Sorun odaklı çözümler, stresörü kontrol etmeye odaklanan yaklaşımlardır. Öncelikle yaşanan stres etkeninin ne olduğunu, özelliklerini, şiddetini vs. anlamaya yönelik yaklaşımları içerir. Öncelikle birey sorunun çözümü konusunda bir görüş oluşturduğunda sorun çözme aşamalarını sistematize etmek durumundadır. Değerlendirme süreci içinde yaptığı sorunu bileşenlerine ayırmak, aralarındaki ardışık ilişkiyi görmek ve sorunun hangi kısmına öncelik vereceğini kararlaştırma sonrası eyleme geçerken, bu süreçte girişken davranmak ve zamanı iyi kullanmak durumundadır.

Duygu odaklı çözümler ise, bireyin strese yanıt olarak verdiği tepkiyi kontrol etmesine odaklı yaklaşımları içerir. Duygu odaklı başa çıkma yollarında ortaya çıkan kaygı ve korkusunu kontrol etmeye çalışır. Anksiyete yönetimi, öfke kontrolü, davranış kontrolü bu sürecin bazı parçalarıdır. Yine bu başa çıkma biçiminde birey sosyal destek aramaya yönelir. Kimi zaman soruna uzaktan bakma, uzaklaşma, yok sayma, kaçma ya da kaçınma biçiminde davranışlar sergiler. Bu kaçma biçimleri çerçevesinde uykuya yönelme, sürekli uyuma, var olan sıkıntısı ve ruhsal tepkileri için ilaç kullanma eğilimi gösterme, alkol ya da bağımlılık yapıcı maddelere yönelme gibi eğilimler gösterebilir.

Kendini kontrol etmeye çabalamama ve bunda başarısız olma bireyin sıkıntılarını ve umutsuzluğunu daha da artıracaktır. Öfke kontrolünde güçlük yaşama hem ilişkilerini hem de fiziksel sağlığını etkileyecektir. Yine duygu odaklı başa çıkma yolları sorunlarıyla başa çıkma sürecinde bireyin sorumluluk almasını gerektirir. Sorumluluktan kaçma da olumsuz nitelikte duygu odaklı bir başa çıkma yolu olarak bireyin repertu-

arına girdiğinde bireyin olumsuz duygularının artmasına ve pekişmesine yol açacaktır. İçinde bulunduğu durumu olumsuz nitelikte bile olsa olumlu bir çerçeveden görmeye çalışma, olumsuz koşulları dönüştürebilecek olumlu ipuçlarını görebilmesi, "ayrıca aşırı genelleme, seçici algılama, hissettiği duygulardan olumsuz anlamlar çıkarma" gibi hatalı düşünce süreçlerinden uzak durabilme becerisi kazanması gerekecektir. Tüm bu çabalar aslında bireyin içinde bulunduğu elverişsiz koşulları sağlıklı bir değerlendirme sürecinden geçirdikten sonra alternatif çözümler üretebilmeyi başarmasını hedeflemektedir.

Stres etkenleriyle başa çıkma sürecinde birey her iki başa çıkma yolunu uygun bir bileşimde kullanabilme becerisi gösterdiğinde sorunun üstesinden gelmeyi de o düzeyde başaracaktır.

Özetle birey stres etkeniyle karşılaştığında başa çıkmak için bir yandan stres etkenini modifiye etmeye, katlanabilir bir duruma getirmeye çalışacaktır. Eş deyişle etkenin stres yaratan özelliklerini azaltmaya, niteliğini değiştirmeye çabalayacaktır. Stres etkeni hakkındaki algısını değiştirmeye çalışacaktır. Burada maruz kaldığı olaya başka bir açıdan bakabilme, alternatif düşünceler üretebilme, alternatif bakış açısı geliştirme gibi çabalar sergilemesi gerekecektir. Strese verdiği ruhsal ve bedensel yanıtları değiştirmeye çalışacaktır. Burada danışma, psikoterapi, ilaç tedavisi, davranışçı tedavi yaklaşımları (gevşeme, dürtü kontrolü vs.) krize müdahale yaklaşımları, etkinliğe yönelme, toplumsallaşma, toplumsal kurumlardan yararlanma vb. yollara kullanılacaktır.

Stresle başa çıkmada bireylerin bilinçli, yani farkında olarak sergiledikleri başa çıkma çabaları vardır. Plan yapma, durumunu şakaya vurma, gevşeme egzersizleri, bazı insanlar için meditasyon ve dua gibi yöntemler, yaratıcı etkinliklere yönelme, uyuma, yalnız kalmayı tercih etme, kendini kınama, suçlama gibi edimlerdir. Olumlu yöndeki başa çıkma çabalarını ise girişkenlik, hoşgörü düzeyini arttırma, beklenti düzeyini azaltma, kimi zaman saldırıya geçme, meydan okuma gibi davranışları, olumlu düşünme, duygusal destek ve öğüt arama gibi yaklaşımlar içerir. Profesyonel yardım arama, bilgi arama, duygularıyla yüz yüze gelme, ilaç/madde kullanma, TV seyretme, gezinti, spor vb. etkinlikler bilinçli başa çıkma yollarına örneklerdir.

Stres aşısı olabilir mi? Eş deyişle, bireyin stres etkeniyle kar-



şılaştığında ona karşı daha bağımsız, daha dirençli olması sağlanabilir mi? Elbette bu mümkün olabilir. Bu koruyucu ruh sağlığı yaklaşımlarını, bunu merkeze koyan bir sağlık politikası yaklaşımını gerektirir. Ayrıca bu yalnızca birey odaklı değil, toplumsal ve kurumsal bir hazırlığı gerektirir. Bu bir kamu sağlık hizmeti olarak düşünülmelidir.

Stresle başa çıkma sürecinde kullanılacak yaklaşımlardan biri de stres yönetimidir. Bunun sağlamak için öncelikle üstlenilmiş olan görevle ilgili düzenlemeler yapmak gerekir. İş ve görevin yeniden düzenlenmesi, katılımcı yönetim anlayışının benimsenmesi, esnek bir çalışma takviminin oluşturulması, fiziksel ortamın düzenlenmesi ve ekip çalışmasını öne çıkarılması yoluyla bu sağlanır. Bunun yanında stres yönetiminde roller ve kişiler arası ilişkilerde düzenlemeler yapılır. Ödüllendirme, kariyer gelişimi için eşitlikçi ve uygun olanaklar yaratma, danışmanlık sistemini oluşturma, gelişen gereksinimler ve üstlenilen amaca uygun bir ekip oluşturma, işlerlik kazandırma, sürdürülen programlarda gereksinime ve çalışanlara uygun değişiklikler yapma ve son olarak da uygun bir liderlik yapısı oluşturma ile olanaklıdır.

Diğer önemli bir nokta zaman yönetimidir. Bunun için amaçları saptamak, öncelikleri belirlemek, mola vermek, gerektiğinde "hayır" diyebilmek, ertelememek, uygun görevlendirme yapmak ve zaman kazandırıcı araçları iyi kullanmak gerekir.

Ayrıca günlük yaşamı düzenleme ve sağlığı bozucu etkenleri azaltma diğer önemli noktalardır.

Dr. Halis Ulaş, Dr. Burhanettin Kaya

TPD Merkez Yönetim Kurulu adına

İŞ YERİ STRESİNİN ÖZGÜN BİR BİÇİMİ: YILDIRMA (MOBBING)

İngilizce “yıldırma” (Mobbing) kavramı, “mob” kökünden gelmektedir. “Mob” sözcüğü, İngilizce’de yasal olmayan biçimde şiddet uygulayan kalabalık veya “çete” anlamındadır. Bir eylem biçimi olarak mobbing sözcüğü ise, psikolojik şiddet, kuşatma, topluca saldırma, rahatsız etme veya sıkıntı verme anlamına gelmektedir.

Tarihçe..

Yıldırma kavramı, ilk kez 1984’de İsveç’de “İş Hayatında Güvenlik ve Sağlık” konulu bir raporun kapsamında Heinz Leymann tarafından ortaya atılmış, 1993’te İsveç’te çıkarılan ‘İşyerinde Kişilerin Mağdur Edilmesi’ adlı kanunla da ilk kez yasal bir nitelik kazanmıştır.

Türkçe’de işyerinde uygulanan “zorbalık, duygusal taciz ya da yıldırma” sözcükleriyle adlandırılan “mobbing”, özellikle hiyerarşik yapılanmış gruplarda ve kontrolün zayıf olduğu örgütlerde, gücü elinde bulunduran kişinin ya da grubun, diğerlerine ruhsal yollar kullanılarak, uzun süreli sistemli baskı uygulaması, duygusal saldırı ve yıpratma yaratması olarak tanımlanmaktadır. Haksız yere suçlama, dedikodu yoluyla saygınlığını zedeleme, küçük düşürme ve doğrudan veya dolaylı şiddet uygulayarak, bir kişiyi işi bırakmaya zorlama amaçlı kötü niyetli bir girişimler olarak tanımlanmaktadır. “Yıldırma” son yıllarda sosyoloji ve hukuk başta olmak üzere bir çok disiplinin üzerine çalıştığı bir konu haline gelmiştir

Dünyada giderek artan bir ilgiyle araştırılan yıldırma kavramı ülkemizde henüz yeterince tanınan bir olgu değildir.

“Yıldırma” nın nedenleri

“Yıldırma”yı salt bireysel bir sorun ya da işyerinde kişilere odaklı ya da sınırlı bir sorun olarak ele almak doğru değildir. 1970’lerden sonra yaşanan ekonomik değişimin, işyerindeki çalışma ortamının niteliğinde yarattığı değişikliklerin, özellikle kapitalist kar anlayışının ve rekabetin, post-fordist olarak tanımlanan esnek üretim biçimlerinin yarattığı güvencesiz istihdam biçiminin ve kapitalist rekabetin geliştirdiği, perçinlediği bir durum olarak görmek gereklidir. Bu ekonomik ve politik zeminde yaşanan krizler, yarattığı işsizlik, aşırı çalışma, çalışanlar üzerinde yıldırma davranışlarının ve baskının artmasına zemin hazırlamaktadır. Çalışmalar yüksek işsizlik oranlarının ve çalışanların değersiz görülmesinin “yıldırma”nın artmasına neden olduğunu göstermektedir. Özetle son yirmi yıla damga-

sını vuran ve başta sağlık olmak üzere tüm sektörlerde yaşama geçirilen neo-liberal politikaların doğal bir sonucu olarak “yıldırma” ortaya çıkmakta ve artmaktadır.

“Yıldırma”nın en fazla, aşırı iş yükünden kaynaklanan doyumsuzluk, çalışma ortamının demokratik olmayan niteliği, var olan liderlik biçimi, özellikle çoğul roller ile ortaya çıkan rol belirsizliği ve rol çatışması ile bağlantılı olduğuna dikkat çekilmiştir. Bu anlamda kapitalist kültürün egemen kıldığı toplumsal değerlerin “yıldırma”yı tetiklediğini ve giderek artan oranda fiziksel ve duygusal tahribat yarattığını öne sürmek abartı sayılmaz. Böyle bakıldığında “yıldırma”nın sınıfsal bir karakteri olduğu, ırksal, sınıfsal ve cinsiyete dayalı eşitsizlikleri içeren bir süreç olduğu görülmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü de “yıldırma”nın ortaya çıkmasını kolaylaştıran iş ortamlarının özelliklerini tanımlamıştır. Özellikle rol tanımlarının iyi yapılmadığı, işbirliği ve dayanışmanın kurulmadığı ortamların yatkınlık yarattığı ifade edilmektedir. Özellikle ortaya çıkan sorun ve çatışmaların uygun problem çözme beceriyle çözülmemesi, aksine gizlenmesi bunu artıran etkenler olarak görülmektedir. Bu yapı neo-liberal politikaların biçimlediği iş ortamının bir ürünü olarak görülmelidir.

Yaygınlığı

Bu alandaki sınırlı veriler hem AB’de hem de Avrupa’da “yıldırma”nın sıra dışı bir durum olmadığını göstermiştir. ABD’de yaklaşık 6 çalışandan birinin (%16.8) işyerinde yıldırma mağduru olduğu, bu sayının %11 olduğu aktarılmaktadır. ABD’de kamu çalışanlarını kapsayan bir araştırmada, kadın çalışanların % 42’sinin, erkek çalışanların ise % 15’inin son iki yılda işyerinde duygusal tacize ve zorbalığa maruz kaldığı, İsveç’te ise intiharların % 15’inin “yıldırma” kaynaklı olduğu belirtilmektedir.

Bazı meslek gruplarında “yıldırma” daha sık görülmektedir. Tayvan’da sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada “yıldırma” yaygınlığı son bir yıl için %50.9 bulunmuş, sözel ve fi-

ziksel şiddetten daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir. Bosna'da yine sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada bireylerin %76 oranında "yıldırma" davranışlarına maruz kaldıkları bildirilirken, %26'sında bunun ısrarlı ve yineleyici olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu durumun ruhsal bozukluk gelişimi ile ilişkili olduğu da belirtilmiştir. Yine ülkemizde hemşirelerde yapılan bir çalışmada son bir yıl içinde "yıldırma" davranışına maruz kalma oranı %86.5 olduğu belirtilmiştir.

Kimler yıldırma yapar?

Bu kişilerin antipatik özellikler taşıdığı, aşırı denetleyici, korkak ve sinirli, daima güçlü olma isteği içinde olan, kötü niyetli ve hileli eylemlere başvurmadan çekinmeyen kişiler olduğu belirtilmektedir. Aşırı özsever bir kişiliğe sahip oldukları, toplumsal ilişkileri zayıf, korktuğu kişileri denetim altında tutmak için güç kullanan, kendini diğer insanlardan sürekli üstün gören bir tutum ve davranış sergiledikleri belirtilmektedir. Tehdit altında iken yalnızca kendilerini düşündükleri, kendi kurallarını işyerinin kuralları haline getirmeye çalıştıkları, bunun için baskı ve şiddet uygulayabildikleri, bu amaçla sürekli bir disiplin kurmaya çalıştıkları, korku yaratarak egemenlik kurdukları aktarılmaktadır. Aynı zamanda ön yargılı, duygusal tepkiler sergileyen, bireyin sahip olduğu etnik dinsel vs. özelliklerini yıldırma için gerekçe sayan bir tutum sergiledikleri ifade edilmektedir.

Kimler maruz kalır?

Yapılan araştırmalar mağdur olanların da sıklıkla zeki, yetenekli, yaratıcı özellikler gösteren, farklı görüşlere alternatif yaklaşımlar geliştirebilen, başarılı ve başarıyı amaçlayan, dürüst, güvenilir, işyerinde politik davranmayan, destekleyici iletişim tarzını kullanan kişiler olduğunu göstermektedir. İşlerini benimseyerek yapan, Meslek etiği ilke ve kurallarına uyan kişilerdir.

Sıklıkla çalışanların yöneticilerden daha fazla yıldırma maruz kaldıkları görülmektedir. Yaşlı olanlar gençlere göre daha fazla yıldırma kurbanı olmaktadır.

Yıldırma'nın yarattığı ruhsal bozukluklar

"Yıldırma"nın uygulama biçimi süresi ve şiddeti ile bağlantılı olarak bir çok ruhsal bozukluk ortaya çıkabilir. Sıkıntı, öfke, karamsarlık, uyku sorunları, depresif belirtiler, anksiyete belirtileri, davranış sorunları görülebilir. Depresyon, anksiyete ve davranış sorunlarının birlikte bulunabildiği uyum bozuklukları, depresyon, yaygın anksiyete ve panik bozukluğu gibi anksiyete bozuklukları, kendini bedensel belirtilerle ifade eden somatoform bozukluklar (somatizasyon, konversiyon, ağrı bozuklukları), ortaya çıkmasında ve seyrinde ruhsal etkenlerin rol oynadığı psikosomatik hastalıklar (cilt hastalıkları, hipertansiyon vs.) görülebilir. Bunun yanında bir tür kendini iyileştirme çabası olarak, alkol, madde ya da ihalaca yönelme olabilir. Madde kullanım bozuklukları gelişebilir. Bireyin fizik bütünlüğünü tehdit eden, onu çaresiz bırakan, dehşet duygusu yaratan yaşantılara bağlı gelişen "Travma Sonrası Stres Bo-

zukluğu" ortaya çıkabilecek en ciddi ruhsal bozukluklardan biridir. İnsan eliyle bilerek oluşturulan travmalar (işkence, tecavüz, savaş travması gibi) sonucu ortaya çıkanlarda süregelenleşme, işlevselliği bozma, yetiyitimi yaratma niteliği çok daha yüksektir. "Yıldırma" da insan eliyle bilerek oluşturulan bir travma olarak TTSB için dikkat çekici, çağdaş bir travma biçimi olarak dikkati çekmektedir.

Neler yapılabilir?

Sıklıkla "yıldırma" kurbanlarına, yeni bir iş araması, yardım alması, kendini yaltıtmaması, özgüvenini geliştirmesi, olasılıkları hatırlaması, yaraları sarmaya çalışması, yasal işlem yapması önerilmektedir. "Yıldırma"nın ruhsal bütünlüğe yönelik bir saldırı olduğu düşünülürse buna uygun başa çıkma beceriler geliştirilmesinin büyük önem taşıdığı vurgulamamız gerekir. Sorunu arkadaşlarla paylaşmaktan profesyonel yardım aramaya varan bir yelpazede yardım almak gerekebilir. Bu çabalar sorunun kalıcılığını önleme yanında bireyin başa çıkmasını, örselenmeden kurtulmasını sağlayabilir ...

"Yıldırma" mağduruna işyerinde taciz uygulayan kişiye itiraz etmek, işyerinde zorbaca davranışlara, tacize uğradığını tanıklarla saptamak, verilen talimatları yazılı olarak belgelemek, maruz kalınan tacizi belgeli olarak yetkililere yada üst yöneticilere iletmek, gereğinde arkadaşlarla paylaşmak ve profesyonel yardım almak önerilen durumlardır.

Öncelikle işyerinde yaşanan olayın adını koymak ve bununla yüzleşmek önerilmektedir.

1. Çalışma ortamının düzenlenmesi, ast üstü ilişkisinin bir ezen ezilen ilişkisine dönüştürülmemesi, ekip çalışmasının ana çalışma yaklaşımı olmasını sağlanması gereklidir.
2. Demokratik ve dayanışmayı temel alan bir işbölümü yapılmalıdır. Roller belirginleşmeli, sınırlar belirginleştirilmeli ve role uygun kişiler yetkilendirilmelidir.
3. Bireylerin rahatlamasını, kendini yargılanmadan özgürce ifade etmesini sağlayan, duygusal ifadeye izin veren bir ortam yaratılmalıdır.
4. Aşırı çalışmaya son verilmelidir.
5. Güvenli, zarar verici uyaranlardan arınmış, sağlıklı bir fiziksel ortam yaratılmalıdır.
6. Çalışanların özlük hakları sağlanmalıdır.
7. "Yıldırma"yı önleyici etik kuralları geliştirilmelidir.
8. Çalışanların iletişim becerileri geliştirilmelidir. Problem çözme becerileri kazandırılmalıdır.
9. İşyeri sağlık birimleri aracılığıyla koruyucu ruh sağlığı uygulamaları (bilgilendirme, eğitimi, danışma) yapılmalıdır.
10. "Yıldırma" ile ilgili hukuksal girişimler engellenmemeli, adaletin tecelli edilmesi sağlanmalıdır.

Doç. Dr. Burhanettin Kaya

TPD Merkez Yönetim Kurulu adına

ALKOL-MADDE BAĞIMLILIĞI NEDİR?

Alkol-madde bağımlılığı, alkol ya da madde ile ilk tanışmayı izleyen uzunca bir sürecin sonunda biz ruh hekimlerinin karşısına bir “sorunlar yumağı” olarak çıkmaktadır. Bu sorunlar yumağını biyolojik, ruhsal ve sosyal sorunların hepsi birbirine bağlı olarak oluşturur. Alkol-madde bağımlılığı bir süreçtir, çünkü başlangıçta bir sorun olmayan alkol-madde kullanımı davranışı zaman içinde evrilererek bağımlılığın gelişimine doğru yol alır. Başlangıçta keyif alma gibi maddenin yaşattığı olumlu etkiler bağımlılığın gelişmesiyle birlikte yerini ağırlıklı olarak olumsuzluklara bırakır.

Alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin ortak özelliği, merkezi sinir sistemini, bu sistemin içinde ise özellikle “beynin ödüllendirme düzenini” içeren özel bir bölgeyi uyandırıyor olmalarıdır. Aslında bu haz bölgesi yemek yeme, cinsellik gibi doğal hazların oluşumu ile türün yaşamasına hizmet eden bir bölgedir; oysa bağımlılık yaptığını bildiğimiz maddelerin bu bölge üzerindeki etkileri bir biçimde yaşama hizmet etmez. Bağımlılık yapabilen maddelerin (alkol de içinde olmak üzere) yineleyen kullanımı her seferinde bir öncekinden daha farklı düzeyde bir uyumu zorlayarak en sonunda organizmanın fizyolojik sayılan dengesinin yerine içinde bağımlılık maddesinin başrolü oynadığı “hastalıklı yeni bir denge”nin oluşumuna yol açar.

Burada söz edilen başlı başına biyolojik bir süreçtir ve fareden insana kadar sözü edilen beyin alanı evrimsel olarak var olduğu için, fare de bağımlı yapılabilir, her insan da bağımlı olabilir. Ancak klinikte madde bağımlılığı olan bir hasta ile karşılaştığımızda tüm bağımlılık sürecinin hiçbir zaman bu kadar basit işlemediğini görmekteyiz. Daha önce söylendiği üzere madde bağımlılığı süreci ilerledikçe söz konusu maddenin hem doğrudan etkileriyle, hem de dolaylı etkileriyle oluşan sonuç, biyo-psiko-sosyal bir sonuçtur. Yani depresyon gelişir, çevreyle ilişkiler bozulur, kişi yalnızlaşır, yine depresyon gelişir, vs.

Alkol-madde bağımlılığında, insanla ilgili olan her olguda olduğu gibi, doğrusal bir nedensellik ilişkisi söz konusu değildir, yani bir ya da birkaç nedenden söz edilemediği gibi, neden dediğimiz şeyin gerçekten neden olup olmadığı kesin olarak söylenemez. Bugüne kadar yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular bizim “bağımlılıkta risk etmenleri”nden söz etmemizi sağlamaktadır. Genetik etmenleri ilk başlık olarak alabiliriz. Ancak burada “genetik” derken değişmeyen bir yapıdan söz edilmediğini, genlerin de çevresel koşullara göre uyarılarak ifade bulabildiğini, bazı genlerinse belki yaşamımız boyunca bir uyarıcı olmadıktan sonra uykuda kaldığını unutmamak gerekir. Bir maddenin bağımlılığıyla ilgili sayılabilecek genler bir kişiye

dedesinden miras kaldı diye farz etsek bile, o kişinin söz konusu madde ile karşılaşması her zaman bağımlı olacağı anlamına gelmediği gibi, bu genlere sahip olmayan birinin de söz konusu maddeye bağımlılık geliştirme riskinin sıfır olduğu söylenemez. Bugüne kadar yapılan genetik çalışmaların hiçbirisi tüm sorunu açıklayabilen tek bir genetik yapıyı belirleyememiş olsa da bağımlılığın birtakım karmaşık olayları içeren genetik yönü bağımlılık için her zaman geçerlidir. Genetik burada sadece başlangıçtaki bir neden olarak ele alınmamalı, bağımlılık sürecinin her aşamasındaki genetik yapıdaki birtakım uyarılmaların bağımlılık davranışının öğrenilmesine ve kalıcılığın sağlanmasına yol açtığı unutulmamalıdır.

Bütün bunlarla birlikte bağımlılık sürecinin başlamasını ve gidişini asıl belirleyen kişinin kendi tercihleridir. Madde ile ilk karşılaşmadaki kullanım kararından başlayarak, kullanımın sürdürülmesi, maddenin yol açtığı olumsuz sonuçları göz ardı etme ya da etmeme, bağımlılık oluştuktan sonra çevreden ya da profesyonellerden yardım isteme ya da istememeyi belirleyen o kişinin tercih ve kararlarıdır. Çoğu zaman bu kararları alırken kişinin başta kendisi ve kendi değeri ile ilgili olarak bazı şeyleri gözden kaçırmaması onu bağımlılığa bir adım daha yaklaştırır.

Sonuç olarak söylenebilecek, “seçimleri ve kararları doğrultusunda herkesin bağımlı olabileceği, ancak kimsenin işin başında bağımlı olma amacını taşımadığı” gerçeğidir.

Kaynaklar

1. Skog O-J. (2000) Addict's choice. *Addiction*, 95(9): 1309-1314.
2. Doğan YB. (1996) Bağımlılık sendromu: alternatif bir paradigma. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(ek 2): 22-26.
3. Chao JR, Ni YG, Bolaños CA, Rahman Z, DiLeone RJ, Nestler EJ. (2002) Characterization of the mouse adenyllyl cyclase type VIII gene promoter: regulation by cAMP and CREB. *European Journal of Neuroscience*, 16(7):1284-94.

Doç. Dr. İnci Özgür İlhan

TPD Koruyucu Ruh Sağlığı Bilimsel Çalışma Birimi

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, Bağımlılık Birimi

ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARININ TOPLUMDAKİ YAYGINLIĞI, RISK ETKENLERİ, ÖNLEME

Alkolle ilişkili sorunlar tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Aşırı alkol tüketiminin sağlık konusunda önemli riskler taşıdığı bilinmektedir; mental bozukluklar, yaralanmalar, özellikle karaciğer sirozu ve meme kanseri birçok hastalığa yol açmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünyada 2 milyar kişinin alkol kullandığını, 76.3 milyon kişide alkol kullanım bozukluğu olduğunu öngörmektedir. Halk sağlığı açısından dünyanın birçok yerinde alkol tüketimi ile ilişkili küresel yük (mortalite ve morbidite bağlamında) önemli boyutlardadır. Alkolden kaynaklanan yük tütünden daha fazladır, çünkü alkol sorunları yaşamın daha erken dönemlerinde ortaya çıkmaktadır. Alkol tüketimi ile 60'dan fazla hastalık ve yaralanmalar arasında nedensel ilişki bilinmektedir. Alkol kullanımına bağlı amaçlı ya da amaçsız yaralanmaları içeren akut sonuçlar gençler arasında daha yaygındır. Birçok akut ve kronik sağlık etkilerinin yanı sıra, alkol tüketimi sosyal, zihinsel ve duygusal sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar iş yerinde devamsızlık, ilişkilerde istismar şeklinde de görülmektedir.

Alkol, dünya sağlığına güvensiz seks, kızamık ve sıtma ile aynı oranda, tütünden daha pahalıya mal olmaktadır. Erişkin başına alkol tüketimi 1983'teki yükselişten sonra küresel nüfusun artışıyla birlikte zengin ülkelerde alkol tüketiminin azalması sonucu düşüş göstermektedir. Ancak küresel alkol tüketimindeki düşüş, sağlık açısından önemli olan bölgesel farklılıkları maskeleymektedir. Alkolün oluşturduğu zararları azaltacak teknoloji ve hizmete sahip olan zengin ülkeler tüketimlerini azaltmaktadırlar. Fakir, gelişmekte olan ülkelerle, ekonomisi geçiş durumunda olan ülkelerde ise alkol kullanımını artmaktadır.

Ekonomik gelişme düzeyi ve din alkol tüketiminde en etkili belirleyicilerdir. Kadınlar erkeklerden daha az içme eğilimindedirler, bu farklılık gelişmiş ülkelere göre diğer ülkelerde daha belirgindir. Dolayısıyla erkekler alkolün direkt sonuçlarıyla karşılaşırken, kadınlar aile içi şiddet, terk edilme ve fakirlik gibi dolaylı etkilerine maruz kalmaktadırlar.

Bira ve damıtılmış içki üretimi gelişmiş ülkelerdeki birkaç büyük şirketin elindedir. Bu kuruluşlar alkollü içeceklerle talebi artırmak için pazarlama konusunda ve alkol ticaretine girmek için varolan engelleri korumak üzere büyük harcamalar yapmaktadırlar. Gelişmiş ülkelerdeki tüketimin azalması ile birlikte bu şirketler gelişmekte olan ve geçiş döneminde olan ülkelerde, geleneksel olarak az alkol içen ya da hiç içmeyen kadın ve gençler arasında yeni pazarlar oluşturmak için girişimlerini artırmışlardır. Bu yeni pazarların birçoğunda alkol gelir yaratan bir potansiyel olarak görülmekte, ancak alkolle

ilişkili sorunların önemli maliyeti göz ardı edilmektedir.

Ülkemizde alkol kullanım bozuklukları nedeniyle tedaviye başvuruların artışı, tüketilen alkol miktarının artması ve alkol içmeye başlama yaşının küçülmesi nedeniyle gelişmiş ülkelerdeki kadar büyük sorun olmasa da alkol kullanımının giderek artan bir sorun olduğunu söyleyebiliriz. Rakı tüketimi 1971 ve 1997 yıllarında yılda 19 788 000 litreden 71 268 000 litreye artmıştır. 1987 ve 1997 yılları arasında şarap, votka ve bira tüketimi sırasıyla %2.05, %76.74, %62.84 oranında artmıştır. Kişi başına düşen alkol tüketimi 1961 yılında 0.75 litre iken, 1971'de 0.91, 1981'de 1.23, 1991'de 1.41, 2000 yılında 1.58 litre olmuştur.

Ülkemizde farklı demografik gruplarda ve farklı yöntemlerle genel toplumda yapılan araştırmalarda alkol kullanım sıklığı %8.4–54.5 arasında saptanmıştır. “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” araştırmasında 18–65 yaş arası 7479 kişide alkol bağımlılığı yaygınlığı %0.8 (erkeklerde %1.7; kadınlarda % 0.1) olarak saptanmıştır. 2000 yılından sonra lise ve üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda yaşam boyu alkol kullanım oranı % 46.1–71.2 arasında bildirilmiştir. Ülkemizde alkol kullanımının diğer ülkelere göre daha düşük olmasında dinin etkisi, alkol kullanımının günlük yaşamın bir parçası olmaması, genellikle sosyal ortamlarda alkol içilmesi ya da sosyal baskı nedeniyle az bildirim etkili olabilir. Ülkemizde erkekler kadınlara göre daha fazla içme, daha fazla oranda ağır içici olma ve alkolle ilişkili sorunlar yaşama eğilimindedirler. Geleneksel olarak alkol kullanımı erkekler için kabul edilebilir olmasına karşın, kadınların sosyal rollerindeki değişikliklerle birlikte genç nüfusta kadınlarda alkol kullanım yaygınlığı artmaktadır.

Akvardar ve arkadaşları alkol kullanımının üniversite mezunlarında (%41.5) daha yaygın olduğunu ancak riskli düzeyde alkol kullanımının alkol içmeye daha erken başlayan daha az eğitilmiş grupta (%37.6) daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmalar daha erken yaşlarda (13–14 yaşlarında) alkol kullanımının başladığını göstermektedir. Alkol içmeye başlama yaşı küçüldükçe alkole bağlı sorunların gelişme riski artmaktadır.

Alkolle ilişki zararı önlemek ve azaltmak için etkili olduğu belirlenmiş önlemler arasında fiziksel ulaşılabilirliği kısıtlayanlar (örn; yasaklar, minimum yaş yasaları, tekel ve lisans sistemleri), alkol vergileri, fiyat indirimine yönelik kısıtlamalar (örn, “happy hour”), maksimum kan alkol düzeyi gibi politikalar sayılabilir. Alkol kullanımının en önemli belirleyicilerinden biri fiyattır. Alkolün fiyatında %10'luk artış zengin ülkelerde uzun süreli alkol tüketimini % 7 oranında, fakir ülkelerde yaklaşık % 10 azaltmaktadır. Minimum yasal alkol içme yaşı-

nı artıran yasalar genç içiciler arasında alkol satışını ve problemleri azaltır. Alkol satan yerlerin sayısının, satış saatlerinin ve günlerinin azaltılmasıyla alkole erişimin kısıtlanması alkol kullanımı ve alkole bağlı sorunların azalması ile ilişkilidir. İçki şişelerinin üzerine uyarıcı etiketlerin konulması, alkol reklam ve promosyonuna kısıtlamalar getirilmesi, kısa müdahale ve diğer tedavi şekillerinin sağlanması diğer önleyici araçlardır. İçki reklamlarını yasaklayan ülkelerde alkol tüketimi yasak koymayan ülkelere göre %16 daha azdır ve % 10 oranında daha az motorlu araç ölümleri görülür.

Alkole ilişkili sorunların önlenmesi için kapsamlı ulusal politikalara gereksinim vardır. Dünya Sağlık Örgütü alkole ilişkin yaklaşımların yerel kültür ve değerlerle uyumlu olmasını, her ülkenin kendi stratejilerini geliştirmesini önermektedir. Alkole bağlı sorunları önlemek üzere birçok strateji vardır ve etkinlikleri gösterilmiştir. Alkole karşı dikkatin artması, alkolün zararlarına ilişkin farkındalığı artıracak eğitim, tedavi ve

düzenlemelere ilişkin kapsamlı programların oluşturulması alkole bağlı yetersizlik, hastalık ve ölümlerin azalmasına ve ortadan kaldırılmasına yardımcı olacaktır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Global Status Report: Alcohol Policy. Geneva, 2004
2. Akvardar Y. Alkole ilişkili bozuklukların epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi-Psikiyatri Alkol ve Madde Bağımlılığı Özel Sayısı 47: 5-9, 2005.

Doç. Dr. Yıldız Akvardar

Türkiye Psikiyatri Derneği

Alkol Madde Kullanım Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

ALKOL BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ

Alkol bağımlılığı, sigaradan sonra toplumda en yaygın görülen psikoaktif madde bağımlılığıdır. Alkol tüketimi ve içme örüntüsü çok çeşitlilik göstermektedir. Sosyal kullanımdan, zararlı kullanım ve bağımlılığa kadar giden bir süreç izlenir. Kullanılan alkol miktarı ve sıklığı arttıkça, bununla ilişkili tıbbi ve psikolojik sorunlar da artmaktadır.

Tüketilen alkol miktarı ile ilişkili olarak, kan alkol düzeyi yükselmektedir. Kan alkol düzeyi yükseldikçe ortaya çıkan tablo ağırlaşmakta, giderek koma ve ölüm görülebilmektedir. Bu nedenle alkol kullanım sorunu olmayan kişilerin de alkol tüketim miktarlarının kontrollü olması önemlidir.

Alkol kullanım bozukluklarında ülser gibi çeşitli mide barsak hastalıklarına; karaciğerde yağlanmadan, siroza kadar önemli karaciğer hasarına; gıda ile alınan birçok besinin emilimini bozarak, beslenme bozukluklarına; kalp ve damar hastalıklarına ve nörolojik hastalıklara rastlanmaktadır. Aynı zamanda depresyon, kaygı bozuklukları, psikotik bozukluklar sık görülür. İntihar oranları daha yükselmektedir.

Alkol bağımlılığında aynı zamanda aile içi sorunlar, çalışma hayatında ortaya çıkan problemler, çeşitli yasal sorunlar ve toplumsal yaşamın etkilenmesi görülür. Tıbbi ve sosyal birçok sorunun yaşanmasına karşın, alkol kullanımının devam etmesi bağımlılığın tanınmasında önemli bir ipucudur.

Alkol kullanım sorunu olan kişiler, böyle bir sorunları olduğunu kabul etmekte zorlanırlar. Aile içinde, işte, sağlıkları ile ilişkili ve toplumsal hayatta çeşitli sorunlar yaşansa dahi, bu sorunlarla alkol kullanımları arasında bir bağlantı kurmazlar. Bu sorunların kaynağının alkol dışı nedenler olduğunu düşünürler. Alkol kullanımını ve ortaya çıkan olumsuz sonuçlar arasında bu bağlantıyı kurmadıkları için tedaviye başvurmak için de bir nedeni bulunmaz. Bu noktada aile üyeleri ve çevrelerindeki kişiler sorunun kaynağı ile bağı kurmalarında önemli bir rol üstlenebilirler.

Alkol kullanımının bir sorun olduğu farkedildiği zaman yapılacak en doğru işlem tedavi kurumları ile ilişki kurmaktır. Alkol bağımlılık yapan bir madde olduğu için, kesildiği zaman yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Çoğunlukla hafif yoksunluk belirtileri ortaya çıksa dahi, şiddetli yoksunluk bulguları da gözlenebilmektedir. Hatta bazı yoksunluk tabloları uygun tıbbi tedaviden yararlanılmazsa, ölümlerle sonuçlanabilir.

Tedavinin ilk aşaması alkolün vücuttan arınması olan detoksifikasyon tedavisidir. Bu tıbbi bir tedavidir. Detoksifikasyon, yoksunluk belirtilerinin şiddetine göre, ayaktan veya yatarak yapılabilir. Çoğunlukla bir hafta - 10 gün içinde detoksifikasyon tamamlanır.

Detoksifikasyon tamamlandıktan sonra, alkol bağımlısı için tedavinin uzun süreli bölümü olan psikososyal tedavi bölümü başlar. Burada yeniden kullanımın önlenmesi, riskli durumların tespiti, alkolsüz yaşamın inşası için değişimin sağlanması önemlidir. Ailenin tedaviye katılımı, tedavi başarısını artırmaktadır.

Bağımlılık düzelebilen bir hastalıktır. Bağımlı olan kişi, bu davranışını değiştirmeye hazır olduğu zaman uygun yaklaşımlarla başarılı bir şekilde tedavi edilebilir. En önemli çağdaş tedavi yaklaşımı alkol ile ilişkili kendisinin ve çevresinin gördüğü zararları azaltmaktır. Bu nedenle alkol tüketimi ile ilişkili sorunu olduğunu düşünen kişilerin bir tedavi kurumuna başvurması, zararlı kullanım ve bağımlılık gibi sorunun tanımlanması ve uygun müdahalelerin yapılmasına olanak tanyacaktır.

Dr. Defne Tamar Gürol

Türkiye Psikiyatri Derneği

Alkol Madde Kullanım Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM Klinik Şefi

SAVAŞLARIN YOL AÇTIĞI RUHSAL YIKIMLAR

Ansiklopedilerde savaş “devlet, ulus gibi siyasal birimler arasında yada aynı devlet, aynı ulus içindeki rakip siyasal güçler arasında genellikle açık ve ilan edilmiş olarak yürütülen silahlı çatışma olarak tanımlanmaktadır. Ama özünde bu tanımdan çok öte bir anlam taşır. Savaş insanların ölmesi, yaralanması, sakat kalması, yaşamını yitirmesi demektir. Ailesini yakınlarını dostlarını kaybetmesi, korku, acı şiddet ve gözyaşı demektir. Savaş, yalnızca bugünkü mağdurlarını değil, süregelen etkisiyle sonraki kuşakları da örseleyecek ağır bir travmadır.

Savaşların tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. Tarih öncesi dönemlerde ve ilkel topluluklarda savaş, var kalabilmenin ve yaşamı sürdürebilmenin bir koşulu olarak insan ile doğanın diğer tüm güçleri arasında sürdürülen bir mücadele iken, modern kapitalist dünyada savaş egemenlik kurmanın ötesinde yeni pazarlar ve pazar ilişkileri oluşturmanın yolu haline gelmiştir. “İnsancıl” gerekçeler tanımlansa ve kutsal isimler verilse bile gerçekte savaş bu çıkar ilişkilerinin bir gereği olarak yeniden üretilen bir süreci anlatmaktadır. Bu egemenlik ilişkisinin ve sömürünün bir noktadan sonra “savaş”a kattığı yeni içerik, “haksız” ve “haklı” savaş kavramları olmuştur. Her ne şekilde olursa olsun savaş, yıkımı, kaybı, yıllarca hiç dinmeyecek acıları içinde barındırmakta; insanlık yalnızca geleceğinin özgürlük, eşitlik ve barış içinde olması umuduyla savaşın bu acılarını, yıkıcı etkilerini kabullenebilmektedir.

Yaklaşık 6000 yılı bulan yazılı insanlık tarihinde 15 binden fazla savaş yaşanmıştır. Bu her yıla yaklaşık üç savaş düşmesi demektir. Her 30 yılı bir kuşak sayarsak bu güne dek dünya üzerinde yaşamış 185 kuşağın içinde sadece 10 kuşağın savaşız bir ömür sürdüğünü söylemek yanlış olmaz. Neredeyse yaşamı boyunca savaş görmemiş ya da tanık olmamış insan yok gibidir.

İkinci Dünya Savaşından sonraki “barış ve huzur ortamında” bile (1945-1992) irili ufaklı 150'nin üstünde savaş gerçekleşmiş ve 60 milyonun üzerinde insan yaşamını yitirmiştir. Bu sayının 19. yy savaşlarındaki toplam kayıpların iki katından fazla olduğu belirtilmektedir. 1992 yılından bu güne yaşanan savaş ve çatışmalar bu sayıyı neredeyse iki katına çıkarmış, ölen, yaralanan, mağdur olan ve göç etmek zorunda kalan insanların sayısı daha da artmıştır.

Savaşın yarattığı ruhsal tahribatın geçici olduğu, zamanla kendiliğinden iyileşeceğine yönelik uzun yıllardır sürdürülen inanç özellikle İkinci Dünya Savaşı ve Vietnam sonrasında geçerliliğini yitirmiş, savaşın bireyi tüm yaşamında kolay düzelmeyecek izler bıraktığı anlaşılmıştır. Son 30 yılın savaşları, Irak-İran

savaşı, Afganistan, ABD'nin Irak'ı işgali ve bunlara eklenebilecek birçok savaş vs. bu sonuçları tüm açıklığıyla gösteren acı yaşam deneyimleri olarak tarihteki yerini almıştır.

Savaş bir insanda bir çok boyutta değişiklik yaratır. Çeşitli ruhsal bozuklukların oluşması ve tetiklenmesi, bireyde şiddet ve saldırganlık davranışlarında büyük bir artışa neden olması, temel insani değerlerin kaybedilmesi, bireyin kendine ve topluma giderek yabancılaşması, gelişmekte olan yeni kuşakların kişilik gelişimi üzerinde olumsuz ve kalıcı değişikliklere neden olması bu değişikliklerin başlıcalarıdır. Savaşlar yalnızca mağdurlarını değil, tv ekranlarından odamıza bir aksiyon filmi gibi giren savaş sahnelerini izleyen insanları, özellikle çocukları da etkileyecek onları da örseleyecektir.

Özellikle son yıllarda savaşlarda hedef alınanların, ölenlerin ve yaralananların yaklaşık %90'ını sivil halk oluşturmaktadır. En çok etkilenen kesimler çocuklardır. UNICEF 1996 Dünya çocuklarının durumu raporuna göre 1986-1996 yılları arasında gerçekleşen savaşlarda çocuk kurbanlarla ilgili değerlendirmeler iki milyon çocuğun öldüğü, 5 milyon çocuğun sakat kaldığı, 12 milyon çocuğun evsiz kaldığı, 1 milyondan fazla çocuğun ana babasını kaybettiği ve 10 milyon aşkın çocuğun ruhsal sarsıntı geçirdiğini göstermiştir. Savaşlarda sivillerin ve özellikle çocukların daha çok ölmesi ve kayba uğraması, savaşın savaş alanları dışına çıkması, yaşamın ve toplumun tüm alanlarına yayılması anlamına gelmektedir.

Çocukların maruz kaldığı savaşların örseleyici yaşantıları - özellikle son on yılın savaşları - ciddi ruh sağlığı sorunlarına yol açmış durumdadır. Unicef'in Saraybosna'da gerçekleştirdiği bir araştırmada çocukların % 50-97'sinin bombardımanlara tanık olmaktan, keskin nişancıların kurşunlarına hedef olmaya kadar ciddi ölüm tehdidi içeren yaşantılara maruz kaldıkları saptanmıştır. Yine Angola'da yapılan bir araştırma çocukların % 66-95'inin işkenceye uğrama ve insanların öldürülüşlerine tanık olma biçimindeki olaylar yaşadıklarını saptamıştır. Bu örseleyici yaşantıların çok uzun süren, sağlıklı gelişmeyi engelleyen ruhsal-toplumsal sorunlara yol açtığı bilinmektedir. Ne yazık ki son 10 yılın savaşlarında savaşın travmasından etkilenen insanların sayısı çok yüksek olmakla birlikte sayısı bilinmemektedir.

Unicef'in verilerine göre 2002 -2006 yılları arasında tüm dünyada 42 ülkede 1.5 milyondan fazla çocuğun savaşın korkunç dehşetine tanıklık ettiği kabul edilmektedir. Bu çocuklar savaşın içerdiği şiddet ve yüksek yoğunluklu çatışmaların mağduru olmuşlardır.

Tüm dünyada 250.000 çocuk asker yada askeri birlikler içinde açışlık, cephane taşıma gibi çeşitli görevlerde bulunmakta ve savaşa bir biçimde dahil olmaktadır. Bir çok çocuk bombalılara maruz kalmakta, sıklıkla cinsel ve fiziksel istismarın kurbanı olmaktadır.

2000 yılında Filistin'in Gazze bölgesinde 7-12 yaşları arasındaki ilkokul öğrencilerinde yapılan bir araştırmada savaş bağı olarak ortaya çıkan travma sonrası stres bozukluğunun %42 olduğu çatışmalar bittikten yaklaşık 1 yıl sonra bu oranın %19 gerilediğini göstermiştir. Bu bulgular savaşın sürekliliğinin yarattığı tahribat ve savaşın durmasının ne denli olduğunu göstermesi açısından çok önemlidir.

Amerika ve Iraklı epidemiyologlardan oluşan bir grup tarafından yapılan bir araştırmada Koalisyon güçlerinin Irak'a girişinden 2003 yılı Mart ayına kadara geçen sürece 655 bin den fazla kişinin öldüğü belirlenmiştir. Bu kişilerin 600 binden fazlası savaşın doğrudan yada dolaylı etkiler sonucu yaşamını yitirmiştir. Bu çalışma sonuçlarına göre Iraktaki ölüm hızı koalisyon güçlerinin Irak'ı işgalinden önce 1000 de 5.5 iken, işgal sonrasında bu oran 1000 de 13.3 e yükselmiştir. Araştırmacılar bu artışı "Aşırı ölüm" olarak tanımlamışlardır. Irak'ta bildirilen ölümlerin %87 si işgal sonrasındadır. Ölenlerin %75'ini erkekler oluşturmaktadır. Erkek kadın oranı 10 /1 olmuştur. Ölenlerin büyük çoğunluğunu 15-44 yaş arasındaki genç nüfus oluşturmaktadır. Ölümlerin %56'sı silahlı saldırı sonucu yaralanma sonucu olmuştur. Bomba yüklü araba saldırılarında ölenlerin oranı %14, koalisyon askerlerin doğrudan saldırısı ve şiddeti sonucu ölüm oranı %31'dir.

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin (UNHCR) verilerine göre Irak'ta 4.7 milyon Iraklı evini terk etmek zorunda kalmıştır. Bu insanların büyük çoğunluğunun insani yardıma ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir. 2.7 milyondan fazla Iraklı ülke içinde yer değiştirirken 2 milyona yakın Iraklı Suriye ve Ürdün gibi çevre ülkelere sığınmak durumunda kalmıştır. Azımsanmayacak oranda insan Avrupa ülkelerine mülteci olarak sığınmak durumunda kamıştır. Yine Irak'ta var olan sağlık sistemi çökmüş, 180 hastanenin %90 hizmet sunmalarını sağlayacak kaynakları yitirmiş, 2000 den fazla hekim ölmüştür.

Irakta ve Ortadoğu'da yaşanan bu savaş çocukları da derinden etkilemiştir. Irak'ta ve Ortadoğu'da 4.8 milyondan fazla çocuk savaşın doğrudan etkilerinden dolayı ağır beslenme sorunları yaşamakta, sağlık koşulları çok kötü koşullarda yaşamlarını sürdürmektedir. Malnutrisyon ve ishali hastalıklar yaygınlığının her gün arttığı resmi makamlarca ifade edilmektedir. Çocukların %30 dan fazlası yine bu nedenlerle okula gidememekte, aile ve iş ortamında şiddete maruz kalmaktadır. Birinci körfez savaşında da 13 milyon çocuğun risk altında olduğu, 500 bin çocuğun savaştan dolayı ağır beslenme bozukluğu yaşadığı ve düşük ağırlıklı saptanmıştır.

Savaş yol açacağı doğrudan acılar yanında insanlığın geleceğine ilişkin olumsuz gelişmelerin de hazırlayıcısıdır. Yapılan çeşitli araştırmalar göstermiştir ki savaşa katılan toplumlarda, savaştan sonra şiddet ve insan öldürme davranışında ciddi bir artış meydana gelmektedir. Örneğin ABD'de Vietnam savaşı sırasında cinayet ve saldırı olaylarında iki kat artış olmuş, 100 000 kişi başın 4.5'tan 9.3'e çıkmıştır. Savaşa giren toplum-

larda şiddet ve saldırı olayları savaştan sonra en az %10 artarken, girmeyenlerde en az % 10 azalma olmuştur. Savaş sonrası cinayetlerde görülen artış, savaşın sonu yada niteliğinden bağımsızdır. Savaştan kaybedilen insan sayısı ile savaş sonrasında cinayet artışı arasında paralellik saptanmıştır.

Uluslararası sorunlarını dayatma, şiddet ve güç kullanma yoluyla çözmeye çalışan bir devlet giderek bir şiddet toplumuna dönüşecektir. Bir devletin başka uluslarla problem çözme biçimi, giderek vatandaşları tarafından da benimsenecek bireyler içinde özgün bir problem çözme yaklaşımına dönecektir. Şiddet şiddeti doğuracak, şiddet sarmalı giderek büyüyecektir. Savaş amaca ulaşmak için şiddet kullanımını meşrulaştıracak ve insan öldürmenin önemsiz bir şey olduğu fikrini yaygınlaştıracaktır. En önemli tehlike budur. Bu tehlikeye karşı başta yöneticiler olmak üzere tüm toplumun duyarlı olması, savaşa karşı durması barış için çalışması gerekmektedir.

Savaşın sonuçların ortadan kaldırmak, acı çeken ve travmatize olan insanların sağaltılması ve topluma yeniden uyumlandırılması kadar savaşa her yönüyle karşı olmak, savaşı ortaya çıkaran, üreten toplumsal dinamikleri değiştirmek, savaşı bir dünya yaratmak için çabalamayı da gerektirir. Savaşa karşı olmaksızın sadece onun yaralarını sarmayı hedefleyen bir yaklaşım yabancılaştırılmış ve kendi geleceğinde söz sahibi olma becerisini kaybetmiş yığınlar yaratmaktan başka bir işe yaramayacaktır.

Savaşın içerdiği şiddet ve terör insanın yaşamını tehdit eder, insanı yaşamsal değerleriyle bir çelişkiye sürüklerse ve tercihe zorlarsa bireyin bu insani değerleri yitirme ve güce boyun eğme riski de artacaktır.

Yaşanan savaş travması bireyi öncelikle durumu inkara yöneltenecek, yaşanan deneyimleri pek de tahrip edici olmayan bir olay gibi algılamasına neden olacaktır. Olup biteni yanlış yorumlamak ve çarpıtmak, saldırganla özdeşleşmek, doğa üstü güçlere yönelmek ve sığınmak; ortaya çıkan çaresizlik ve güçsüzlükle örülü bir biçimde zayıf güçsüz kişilere yönelik eylemler üretmek biçiminde yeni ifadeler edinecektir.

Çözüm; savaşa ve şiddete karşı içtenlikli, onurlu ve kapsayıcı bir dayanışma oluşturmak, savaşın şiddetine maruz kalanları yalnız bırakmamak, işbirliği geliştirmek, boyun eğmemek, öfkeyi sağlıklı bir biçimde dışa vurabilmek, örseleyici yaşam deneyimlerinin yarattığı çaresizlik ve yılgınlığa kapılmamak ile başlayacaktır.

Unutulmamalıdır ki, bugün en acı sahneleriyle yaşadığımız bu trajedide her birimizin alacağı tutum, vereceği karar ve sergileyeceği tavır geleceğimizi doğrudan belirleyecektir.

Prof. Dr. Doğan Şahin

*İnsan Hakları ve Etik Bilimsel Çalışma Birimi
Koordinatörü*

Doç. Dr. Burhanettin Kaya

TPD Merkez Yönetim Kurulu Üyesi

TPD Merkez Yönetim Kurulu adına

TPD MERKEZ YÖNETİM KURULU BASIN TOPLANTISI DÜZENLEDİ

■ Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulu 23 Ocak 2009 tarihinde İstanbul The Marmara Otelinde bir basın toplantısı düzenledi. Toplantıya MYK adına Dr. Doğan Yeşilbursa, Dr. Burhanettin Kaya, Dr. Halis Ulaş, Dr. Çezar Atasoy katıldı. Toplantıda savaşın uzun dönemli ruhsal sonuçları, süregelen biçimiyle travma sonrası stres bozukluğu, Küresel krizin ruhsal etkileri ve başa çıkma yolları, küresel krizin yarattığı özgün bir stres biçimi olarak “yıldırma” (mobbing) üzerine bilgiler verildi. Basın toplantısında yer alan sunum metinlerine aşağıda iletilmiştir. Ayrıca basında yer alan bazı haberlere aşağıdaki linklerden ulaşabilirsiniz.

TPD MYK TPD ANTALYA VE TRABZON ŞUBELERİNİ ZİYARET ETTİ

■ Türkiye Psikiyatri Derneği Merkez Yönetim Kurulumuz 21 Şubat 2009 tarihinde Trabzondaydı. Daha önce almış olduğu “şubeleri ziyaret” kararı doğrultusunda, ilk olarak 20 Aralık’ta Antalya şubelerini ziyaret eden ve olağan aylık toplantısını gerçekleştiren MYK, ikinci ziyaretini Trabzon’a yaptı. Gündüz Şubat ayı toplantısını gerçekleştiren MYK üyeleri toplantı sonrasında TPD Trabzon şubesi yönetim kurulu üyeleri ile bir araya geldiler.

MYK üyeleri Şeref Özer, Doğan Yeşilbursa, Halis Ulaş, Ali Savaş Çilli, Burhanettin Kaya ve Çezar Atasoy ile TPD Trabzon Şubesi Yönetim Kurulu üyeleri İsmail Ak, Ahmet Tiryaki, Baykal İskender, Evrim Özkorumak ve şube üyelerinin katılımı ile gerçekleştirilen ve merkez yöneticileri ile Trabzon şube yöneticilerinin birbirini daha yakından tanıma olanağı bulduğu bu toplantıda Trabzon şubelerinin çalışmaları, sorunları merkez ile ilişkileri, merkezden beklentileri, merkezin şubeden beklentileri konuşuldu. Sıcak ve samimi bir ortamda gerçekleştirilen toplantı birlikte yenilen yemekten sonra sona erdi.

ECZANELERDEN TEMİN EDİLMESİNDE GÜÇLÜK ÇEKİLEN PSİKOFARMAKOLOJİK İLAÇLAR HAKKINDA AÇIKLAMA

■ Türkiye Psikiyatri Derneği, üyelerinden gelen bildirimler doğrultusunda temininde güçlük çekilen ilaçların üretici firmaları ile yazışmış ve ilaçların durumu hakkında bilgi istemiştir. İlaç firmaları tarafından yapılan açıklamalarda:

- Tranko-buskas adlı ürünün üretimine hammadde temininin yaşanan geçici zorluk nedeniyle bir süre ara verildiği (Fako-Aktavis),
- 1, 2 ve 5 mg trifluoperazin hidroklorid içeren 3 ayrı formdaki stilizan ürününün üretiminin ruhsat aldığı 1970 yılından beri devam etmekte olduğu ve yalnızca stilizan ampulün yaklaşık 4 yıldır üretilmemekte olduğu (Dr. F. Frik),
- Largactil tablet ve largactil ampul adlı ürünlerin 2007 ve 2008 Kasım ayı sonu itibarı ile pazara arz edilen satışlarının 2008 yılında talep artışına istinaden tablet formunun üretim ve satışının yaklaşık 2 katına çıkarılmış olduğu ve halen bekleyen siparişlerinin bulunmadığı, üretimde ve satışta herhangi bir sorun olmadığı (Eczacıbaşı)

bilgisi gelmiştir. Üyelerimizin bilgilerine sunarız.

TPD MYK

TPD'NİN ÜYESİ OLMAYAN BİR PSİKİYATRİ UZMANI HAKKINDA HEKİMLİK MESLEK ETİĞİ KURALLARI AÇISINDAN YAPTIĞI BAŞVURU SONUCUNDA İSTANBUL TABİP ODASI GEÇİCİ OLARAK MESLEKTEN MEN KARARI VERDİ

Türkiye Psikiyatri Derneği'nin, üyesi olmayan bir psikiyatri uzmanının çeşitli tarihlerde basın organlarında yaptığı açıklamaları ve yayınları nedeniyle “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” açısından soruşturulmasına ilişkin yaptığı başvuru sonucunda İstanbul Tabip Odası tarafından 6 ay süreyle meslekten men cezası verildi.

Değerli Üyelerimiz,

Alanımıza ilişkin etik ihlalleri önleme çalışmaları çerçevesinde son olarak Türkiye Psikiyatri Derneği üyesi olmayan bir meslektaşımızın çeşitli tarihlerde basın - yayın organlarında yaptığı açıklamaları ve yayınları nedeniyle “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” açısından soruşturulmasına ilişkin derneğimiz tarafından İstanbul Tabip Odası'na yapılan yazılı başvuru sonucunda;

İstanbul Tabip Odası Onur Kurulu inceleme ve değerlendirmesini tamamlamış, kişinin “hekim kimliği ile yaptığı yorumların ve önerilerinin bilim dışı olduğu, bunları sade bir vatandaş olarak değil hekim kimliği ile yaptığı dikkate alındığında etkisinin ve sonucunun ciddi olabileceği ve tıp bilimine zarar vereceği, kadını özgür ve eşit birey olarak görmeyerek cinsiyete özgü bilim dışı önermelerinde cinsiyet ayrımcılığı yaptığı, bu yolla etik ihlalde bulunduğu anlaşılarak Türk Tabipleri Birliği Kanunu'nun 39. maddesi gereği geçici olarak 6 ay süreyle meslekten alıkoyma ile cezalandırılmasına” karar vermiştir. Bilgilerinize sunarız

TPD-MYK

TPD PSİKİYATRİ EĞİTİMİ BÇB MEZUNİYET ÖNCESİ PSİKİYATRİ EĞİTİMİNİ GÜÇLENDİRMEK İÇİN ÇALIŞIYOR!

■ Tıp eğitimi, eğitim alan hekim adaylarından eğitim verenlere, hizmet sunan hekimlerden meslek örgütüne, eğitim kurumlarının yöneticilerinden yerel ve ulusal yöneticilere, toplumun tüm kesimlerini yakından ilgilendiren, sorumluluk yükleyen dinamik bir süreçtir. Ortaçağın başlangıcında usta-çırak ilişkisiyle başlayan tıp eğitimi sürecinde 20. Yüzyılın başından itibaren ülkeler kendi tıp eğitimi politikalarını oluşturmaya başlamışlardır. 20. yüzyılda tıp bilimi baş döndürücü bir hızla ilerlemiş olmasına rağmen dünyanın pek çok yerinde toplumların sağlık göstergelerinin oldukça kötü olması tıp biliminin ve tıp eğitiminin sorgulanmasına yol açmıştır. 1980'li yıllarda itibaren birçok dünya ülkesi ulusal tıp eğitimi politikalarını oluşturmuştur. Ulaşılabilecek ortak eğitim programları oluşturulmaya başlamıştır. Türkiye'de birçok uzmanlık derneği, uzmanlık eğitimi için kendi ortak eğitim programlarını oluşturmuştur ya da oluşturmaya çalışmaktadır. Tıp fakültesinde mezuniyet öncesi eğitim içinse 2001 yılında yayınlanan Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (ÇEP) bulunmaktadır.

Psikiyatri Eğitimi BÇB 3 yıldır düzenli aralıklarla toplanmakta, kongrelerde kurs ve paneller düzenlenmektedir. 43. Ulusal Psikiyatri Kongresindeki toplantısında Türkiye'de mezuniyet öncesi psikiyatri eğitimi veren tıp fakültelerinde, mevcut psikiyatri eğitiminin durumunu saptamak için bir anket çalışması yapmayı planlamıştır. Sonuçlarını TPD 12. Yıllık toplantısı- Bahar Sempozyumunda poster bildiri olarak sunmuştur. (Türkiye Psikiyatri Derneği 12. Yıllık toplantısı/Bahar Sempozyumu 23-27 Nisan 2008, Özet Kitabı s. 107-108) Araştırmanın sonuçları eğitim veren tıp fakültelerinde psikiyatri amaç ve öğrenim hedefleri, öğrenim ve değerlendirme yöntemleri ve eğitim sürelerinde ciddi farklılıklar olduğunu göstermektedir. 2001 yılında hazırlanan Ulusal Çekirdek Eğitim Programına (ÇEP) %70'in üzerinde uyan fakültelerin sayısı oldukça düşüktür ve bu programın yeniden gözden geçirilmeye ihtiyaç duyduğu tartışılmazdır.

Tüm dünyada 1. Basamak sağlık kurumlarına başvuranların yaklaşık dörtte birinde ruhsal bir bozukluk, onda birinde eşik altı bir bozukluk, üçte birinde ise ruhsal belirti bulunmaktadır. Tıp fakültesinden mezun bir hekim hangi ruhsal hastalıklara tanı koyabilir? Hangilerini tedavi edebilir? Hangi hastalıkların tedavi izlemine yapabilir? Hangilerini sevk etmelidir? Ruhsal hastalıklarda koruyucu hekimlik açısından neler yapabilir? Türkiye için bu soruların yanıtlarını bulmak güçtür. Ulusal Çekirdek Eğitim Programında yer alan başlıklar konusunda ortak bir anlaşma yoktur. Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda sabit bir politikası yoktur, bir yandan birinci basamakta çalışan hekimler için major depresyon için mezuniyet sonrası eğitim kursları düzenlerken, diğer yandan her yıl bütçe uygulama talimatında antidepresan ilaçları reçeteleme şartlarını değiştirmektedir. Yeterlik alanlarının belirlenmesi ve ortak bir müfredatın kullanılması bu sorunların çözümüne katkıda bulunacaktır. Diğer yandan T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu - Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi veri tabanına göre Türkiye nüfusu 71 milyona ulaşmıştır. Nüfusa orantılandığında kişi başına düşen psikiyatrist sayısının oldukça yetersiz olduğu göze çarpmaktadır. TTB- mezuniyet öncesi tıp eğitimi 2008 raporuna göre halen tıp fakültelerinde 2006-2007 ders yılında toplam 33892 öğrenci vardır.

Dünyada da mezuniyet öncesi psikiyatri eğitimi standart hale getirmek için çabalar mevcuttur. World Psychiatric Association (WPA) ve World Federation of Medical Education (WFME) 1998 yılında mezuniyet öncesi psikiyatri eğitimi için temel bir müfre-

dat yayınlamışlardır (<http://www.wpanet.org/institutional/edu5-1.html>). Bu müfredat; mezuniyet öncesi psikiyatri eğitiminin hekimlere getireceği üç önemli kazanımın üzerinde durur: İlki biyopsikososyal yaklaşımın kazanılmasında psikiyatri eğitimi önemli bir yer tutmaktadır. İkinci olarak psikiyatri stajı sırasında kazanılan hasta ile iyi iletişim kurabilme yetisi, ruhsal durumu değerlendirebilme, kötü haber verme gibi beceriler hekimlere gereklidir. 3. olarak ruhsal hastalıklar hem 1. Basamakta hem de tüm genel hasta gruplarında sık olarak görülmektedir. Bu rapora göre tüm dünyadaki ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi için ilk hedef 1. basamak sağlık kurumlarında birçok ruhsal hastalığın tedavisinin yapılabilmesidir.

Araştırmamızın sonuçları ve üstteki veriler Türkiye'de mezuniyet öncesi psikiyatri eğitiminin güçlendirilmesi gereksinimini ortaya koymaktadır. Bu nedenlerle TPD-Psikiyatri Eğitimi BÇB, Türkiye'de mezuniyet öncesi tıp eğitimi güçlendirmek ve standartları belirlemek için çalışmaya karar vermiştir. Bunun için eğitim programı oluşturmanın temel basamaklarından olan amaç ve öğrenim hedeflerini saptamak için bir çalıştay düzenlenmesi planlanmıştır. TPD-MYK da bu amacı ve bu çalıştay destekleme kararı almıştır.

Ocak 2009'da Türkiye'de halen mezuniyet öncesi tıp eğitimi veren tıp fakültelerinin psikiyatri anabilim dallarına dernek aracılığıyla resmi yazılarla ulaşılarak her kurumdan bir eğitim sorumlusu çalışmaya davet edilmiştir. 49 anabilim dalına davette bulunulmuş ve 21 anabilim dalından katılımcılar çalıştayda yer almıştır. Ayrıca eğitim programı geliştirirken, bu programdan etkilenen kişilerin de çalıştayda yer alması için tıp fakültesi son sınıf öğrencileri ve Pratisyen Hekimler Derneği ile temasa geçilerek pratisyen hekimler çalışmaya davet edilmiştir. BÇB üyeleri de çalışmaya katılmışlardır.

TPD, kuruluş aşamasından bu yana eğitime önem vermiştir. Türkiye'de uzmanlık eğitimi için ortak eğitim programını oluşturan ilk dernekler arasında yer almaktadır. Yeterlik sınavında NÖKS yöntemini dünya ilk kullanan psikiyatri yeterlik kurulu- dur. Bu çalıştayla birlikte Türkiye'de tıp fakültesinden mezun bir hekimin neler bilmesi, neleri uygulaması ve nasıl bir tutum sergilemesi üzerinde 21 farklı fakülteden akademisyenler ortak görüş birliği oluşturmak için çalışmaya başlamışlardır.

Çalışmalar Bahar Kongresi içinde de Psikiyatri Eğitimi Bilimsel Çalışma Birimi toplantısında sürdürülecektir. Psikiyatri Eğitimi BÇB, eğitimle ilgilenen tüm psikiyatristlere açık bir birimdir. Eğitim veren her kurumdan bir temsilciye ulaşılabilmesi için kurumlara yeni çağrılarda yapılması planlanmaktadır.

MEZUNİYET ÖNCESİ PSİKİYATRİ EĞİTİMİNİ GÜÇLENDİRME ÇALIŞTAYI

MART 2009, ANKARA

SONUÇ RAPORU

Türkiye Psikiyatri Derneği Psikiyatri Eğitimi Bilimsel Çalışma Birimi tarafından "Mezuniyet Öncesi Psikiyatri Eğitimi Güçlendirme" amacıyla düzenlenen çalıştay 7-8 Mart 2009 tarihinde Ankara'da, Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Merkezi'nde toplandı. Çalıştaya, ülkemizdeki değişik bölgelerdeki tıp fakül-

telerinde anabilim dalı başkanı/egitim sorumlusu olarak görev yapan akademisyenler, Ankara'daki tıp fakültelerinden son sınıf öğrencileri ve Pratisyen Hekimler Derneği Ankara Şubesi'nden pratisyen hekimler katıldı.

Çalıştayda ilk gün, Yrd. Doç. Dr. Ayşe Devrim Başterzi'nin "Türkiye'de Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi'nin Bugünü" başlıklı konuşmasının ardından, katılan kurumlar deneyimlerini paylaştı. Öğlen saatlerinde, Prof. Dr. Sabri Kemahlı "Tıp Eğitiminde Ulusal Hedefler, Ulusal Çekirdek Müfredat" hakkında katılımcıları bilgilendirdi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı'ndan Yrd. Doç. Dr. Ö. Sürel Karabilgin, amaç-öğrenim hedefi belirleme yöntemlerini katılımcılara tanıttı. Bu sunumlardan sonra 2 gün boyunca gerçekleştirilen küçük grup çalışmalarında, ülkemizdeki tıp fakültelerinin mezuniyet öncesi programlarında standardizasyonu sağlamak amacıyla öğrenim hedefleri belirlendi. 2. Gün grup çalışmalarından sonra, katılımcılar hazırlanan öğrenim hedefleri üzerinde anlaşma sağlamak için çalışmaya başladılar.

A. SUNUMLAR

Açılış konuşması, gündemin takdimi ve amacı, Prof. Dr. Raşit Tükel ve Doç. Dr. Burhanettin Kaya tarafından açıklandı. Çalıştayda yapılan sunum konuları, sunucular ve bu konulara ilişkin tartışmalar aşağıda özetlenmiştir:

Türkiye'de Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi'nin Bugünü, Dr. Ayşe Devrim BAŞTERZİ, Mersin Üniversitesi.

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Ayşe Devrim Başterzi, ülkemizde mezuniyet öncesi psikiyatri eğitiminin bugünkü durumu, tıp fakültelerinde gerçekleştirilen psikiyatri öğretim programlarının içerikleri, kullanılan öğrenim ve değerlendirme yöntemleri ve Çekirdek Eğitim Programı'na uyumları konusunda TPD-Psikiyatri Eğitimi Bilimsel Çalışma Birimi'nin 2008 yılında gerçekleştirdiği araştırmanın sonuçlarını sundu. Çalışmanın sonuçları kurumlarda ortak bir programın bulunmadığı, öğrenim ve değerlendirme yöntemlerinin modern tıp eğitimi yöntemlerine göre yapılandırılmadığını gösteriyordu.

Tıp Eğitiminde Ulusal Hedefler, Ulusal Çekirdek Müfredat, Dr. Sabri Kemahlı, Ankara Üniversitesi

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri/Tıp Eğitimi AD öğretim üyelerinden Prof. Dr. Sabri Kemahlı, Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nın geliştirilmesinin tarihinden, belirleme sırasında kullanılan kriterleri anlattı. Ulusal ÇEP'i tanıtan Dr. Kemahlı ayrıca uluslararası platformlarda mezuniyet öncesi öğrenim hedeflerini ortaklaştırma ve standardize hale getirme projelerinden söz etti. Avrupa Yeterlik Çerçevesi ve Tuning Projesi'ni tanıtarak tıp eğitiminin ve özellikle program geliştirme ulusal ve uluslararası düzeylerde sorunlarından söz ederek konuşmasını bitirdi.

Mezuniyet Öncesi Tıp eğitiminde Program geliştirme, Amaç ve Öğrenim hedeflerinin belirlenmesi, Dr. Ö. Sürel Karabilgin, Ege Üniversitesi

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD öğretim üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Ö. Sürel Karabilgin, sunumun başlangıcında eğitim programı geliştirmede kullanılan kavramlar ve modellere yer verdi. Daha sonra eğitim programı geliştirme basamaklarından genel olarak söz etti. İlk iki basamak olan ihtiyaçların belirlenmesi, amaç ve öğrenim hedeflerinin saptanmasının önemini vurguladı. Sunumun son bölümünde öğrenme hedeflerinin özellikleri, öğrenme hedefi/hedef davranış yazımı, öğrenme alanı ve öğrenme hedefleri arasındaki ilişki, öğrenme hedefi belirlemenin avantaj ve dezavantajları ile ilgili bilgi verdi.

Kurumların Deneyim Paylaşımları

Çalışmaya, köklü tıp fakültelerinden yeni kurulan fakültelere, aktif öğrenim yöntemini kullanan anabilim dallarından klasik sistemde eğitim veren kurumlara, özel üniversitelerden yalnızca iki öğretim üyesi bulunan anabilim dallarına kadar Türkiye'deki farklı bölgelerden geniş bir yelpazede katılım söz konusuydu. Kurumlar kendi eğitim ve fiziki koşullarından, yaşadıkları güçlüklerden söz ettiler. Farklı eğitim sistemlerinin uygulandığı fakülteler kendi deneyimlerini aktardılar. Bu kurumlardan eğitim alan intörn doktorlar, karşılaştıkları ve tek başlarına görüşme yapıp danışarak tedavisini düzenlemeye çalıştıkları hasta sayısı arttıkça, kendilerini daha yetkin hissettiklerini söylediler. Pratisyen hekimler sık karşılaştıkları ruhsal hastalıklardan söz ettiler ve özellikle hastalara ruh sağlığı alanında danışmanlık yaparken sıkıntı yaşadıklarını dile getirdiler.

B. ÇALIŞMA GRUPLARI

Çalıştayda ilk gün öğleden sonra dört çalışma grubuna ayrılan katılımcılar, önceden belirlenen konularda öğrenim hedeflerini oluşturdu. Öncelikle büyük grupta yapılan bir örnek alışmadan sonra, gruplar önceden amaç-öğrenim hedefleri yazmak konusunda deneyimli yönlendiriciler eşliğinde cumartesi akşamüstü ve Pazar sabah erken saatlerden itibaren çalıştılar. Grupların konu dağılımları aşağıda yer almaktadır.

Grup 1:

Öykü alma, muayene, tıbbi görüşme
Kognitif bozukluklar
Anksiyete bozuklukları
Cinsel işlev bozuklukları
Uyum bozuklukları
Önleme
Tıbbi etik

Grup 2:

Tıbbi kayıt ve iletişim
Madde kullanım bozuklukları
Somatoform bozuklukları, Temaruz
Farmakolojik tedaviler
Tedavi planlama ve yürütmede işbirliği
Psikiyatride yasal konular

Grup 3:

Klinik nedenselleştirme ve ayırıcı tanı
Psikotik bozukluklar
Dissosiyatif ve Amnestik Bozukluklar
Kişilik Bozuklukları
Somatik tedaviler
Kültür ve Psikiyatri

Grup 4:

Psikiyatrik Aciller
Duygudurum Bozuklukları
Yeme Bozuklukları
Uyku bozuklukları
Yaşlılık psikiyatrisi
Psikoterapiler

Mesleki sorumluluk konularında çalıştı.

Bu konularla ilgili olarak "Tıp fakültesinden mezun bir hekim bu başlıklarla ilgili ne kadar bilgi sahibi olmalıdır?", "Hangi beceri ve tutumları hangi düzeyde sergilemelidir?" sorularına yanıt arayan gruplar, bu aşamada Dünya Psikiyatri Birliği ve Dünya Tıp

Eğitimi Federasyonu'nun ortaklaşa yarattığı Psikiyatri mezuniyet öncesi ortak eğitim programı ve çeşitli ülkelerde kullanılan ortak öğrenim hedefleri rehberlerini de göz önünde tutular.

Küçük grup çalışmalarının ardından oluşan bazı ürünler hep beraber değerlendirildi ve yeniden düzenlendi.

Örnek:

C. ÇALIŞTAYIN GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ VE EYLEM PLANI:

Çalıştay tüm katılımcılar tarafından çok verimli ve yararlı bulundu. Mezuniyet öncesi eğitimle ilgili sorunların somutlaştırılmasını sağladığı, kurumlar arası işbirliği için zemin oluşturduğu, mezuniyet sonrası eğitimi tamamlayan ve katkıda bulunabilecek bir süreç olabileceği dile getirildi.

Küçük grupların ürünlerinin gözden geçirilmesinin tamamlanmasına Bahar Kongresi'nde devam edilmesi ve Bahar Kongresi'nde 2 saatlik bir bilimsel çalışma birimi toplantısı düzenlenmesine karar verildi.

Çalıştayda pratisyen hekim ve İntörn Doktor paydaşların bulunmasının önemi vurgulandı ve bundan sonraki toplantılara katılmalarının sağlanması istendi.

Kurum temsilcilerinin katılımını sağlamak için Bahar Kongresi'ndeki çalışma grubu toplantısı için dekanlıklara dernek aracılığıyla resmi yazıyla başvurulması istendi.

Projedeki gereksinim belirlenmesi aşamasının geliştirilebilmesi için Pratisyen Hekimler Derneği ve TTB-Pratisyen Hekimler Kolu ile iletişime geçilerek ve hazırlanan programı onlara göndererek mümkün olduğunca çok pratisyen hekimin programı değerlendirmesi istendi. Öğrenci gereksinimlerini belirlemek için TTB-Tıp Öğrencileri Kolu ile iletişime geçilmesine karar verildi.

Mezuniyet Öncesi Eğitim Programlarını belirleyen merkezi kurumlarla (YÖK'ün ilgili komisyonları) program oluşturulduktan sonra temasa geçilmesi planlandı.

Davranış Bilimleri programını düzenlemek içinde çalışılmasına karar verildi.

Bahar kongresinde oluşturulacak öğrenim hedeflerinin klinik öncesi dönem, klinik ve intörlük dönemi olarak yapılandırılması kararlaştırıldı.

Programın uygulanması aşaması için tüm kurumlardaki eğiticilerin eğitim becerilerinin geliştirilmesine öncelik verilmesine, bu amaçla eğitim becerileri kurslarının düzenlenmesine, bunun öncelikli olarak BÇB'nin eğitim becerileri kursuna katılmaması için Eylül-Ekim 2009 tarihlerinde düzenlenmesine karar verildi.

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Devrim Başterzi

TPD-Psikiyatri Eğitimi BÇB koordinatörü

4. YETERLİK SINAVI TARİHLERİ VE BAŞVURU KOŞULLARI İLE İLGİLİ DUYURU

Değerli Üyelerimiz,

Türkiye Psikiyatri Derneği 4. Yeterlik Sınavı aşağıdaki gün ve saatlerde yapılacaktır. Son başvuru tarihi 1 Eylül 2009, Salı olarak belirlenmiştir. Yazılı sınava uzmanlık eğitiminin son yılında olan tıpta uzmanlık öğrencileri/asistanlar da katılabilecektir.

Sınava katılmak isteyen meslektaşlarımızın TPD Genel Merkezi'ne aşağıda belirtilen belgelerle birlikte başvurmaları gerekmektedir.

Saygılarımızla.

TPD Yeterlik Yürütme Kurulu

Yeterlik Sınavı Yazılı Aşaması:

Gün: 11 Eylül 2009, Cuma

Yer: Ankara TPD Merkezi

Uygulamalı Sınav:

Gün: 25 Eylül 2009, Cuma

Yer: Ege Üniv. Tıp Fak. Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

Başvuru:

Başvuru için TPD Psikiyatri Yeterlik Kurulu'na bir dilekçeyle başvurulması ve dilekçeye aşağıdaki belgelerin eklenmesi gereklidir.

1- Asistanlığı süresince asistan karnesi (uzmanlık eğitimi kayıt belgesi) uygulanmışsa, bu belgenin asistanlık yaptığı kurum tarafından onaylanmış bir örneği,

2- Sınava katılım ücreti olan 25 YTL'nin, T. İş Bankası Kavaklıdere Şubesi'nde ki 4209-0759337 No'lu hesaba yatırıldığı gösterir dekontun fotokopisi,

3- Uygulama sınavı için Türkiye'de psikiyatri uzmanı olarak çalışabilir olduğunu gösterir bir belge.

Başvuru adresi:

Türkiye Psikiyatri Derneği Genel Merkezi

Tunus Caddesi 59/5 Kavaklıdere ANKARA

Tel: (0312) 468 74 97

Fax: (0312) 426 04 53

TEMEL ASİSTAN EĞİTİMİNİN I. MODÜLÜ BAHAR SEMPOZYUMUNDA YENİDEN YAPILACAK

■ İlki 44. Ulusal Psikiyatri Kongresinde yapılan TEMEL ASİSTAN EĞİTİMİ'nin I. Modülü Bahar sempozyumu kapsamında 14-15 Nisan 2009 tarihleri arasında yineleneyecek. Birinci yıl asistanlarına yönelik olan ve yeni başlayan asistanların meslek örgütü ile tanışma, psikiyatri kimliği, temel etik ilkeler, özlük hakları, uzmanlık eğitiminin temel ilkeleri konusunda bilgi kazanmalarını amaçlayan eğitim programının 4. yıl asistanlarına yönelik plan-

lanan ve "oryantasyon eğitimi" olarak adlandırılan II. modül ile bütünlük kazanacağı düşünülüyor. Her iki modülün birlikte gerçekleştirileceği TEMEL ASİSTAN EĞİTİMİ ve ORYANTASYON EĞİTİMİ programının Eylül ayında yinelenmesi planlanıyor. Tüm ilk ve son yıl asistanlarının bu eğitimden geçmeleri amaçlanıyor. Oryantasyon eğitiminin program içeriğini belirlemeye yönelik çalışmalar sürdürülmektedir.

TEMEL ASİSTAN EĞİTİMİ 1. MODÜL PROGRAMI

BİRİNCİ GÜN

| | | |
|-------------|--|--------------------|
| 13.00-13.10 | Açılış Konuşması | Şeref Özer |
| 13.10-13.30 | Tanışma, Kurs Programının Tanıtımı ve Beklentilerin Alınması | Burhanettin Kaya |
| 13.30-14.15 | Kısa Psikiyatri Tarihi | Şahap Erkoç |
| 14.30-15.15 | Psikiyatrinin İnsana ve Topluma Bakışı | Selçuk Candansayar |
| 15.30-16.15 | Psikiyatrinin kimliği: İnsan, Hekim, Şifacı, Bilimci? | Cem Kaptanoğlu |
| 16.30-17.15 | Psikiyatrik Etik, Ruh Hekimliği Meslek Etiği Kuralları | Doğan Şahin |
| 17.30-18.15 | Psikiyatrik Etik, Ruh Hekimliği Meslek Etiği Kuralları | Doğan Şahin |
| 18.30-19.15 | Psikiyatrinin Özlük Hakları, Hak ve Yükümlülükleri | Doğan Yeşilbursa |
| 19.30-20.15 | Türkiye Psikiyatri Derneğinin tarihsel öyküsü: Dernek neden önemli? Neden gerekli? Diğer meslek örgütleri ile ilişkiler... | Mustafa Sercan |
| 20.15-20.30 | Günün Değerlendirilmesi | Burhanettin Kaya |
| 21.00-23.00 | Akşam Yemeği ve Sosyal Program | |

İKİNCİ GÜN

| | | |
|-------------|--|------------------|
| 08.15-08.30 | ISINMA | |
| 08.30-09.15 | Psikiyatri Eğitiminin Temel İlkeleri: Standartlar, Sorunlar | Raşit Tükel |
| 09.30-10.15 | Alanda Çalışan Psikiyatri Uzmanı Gözüyle Psikiyatri Eğitimi ve Ekip ilişkisi | Mehmet Yumru |
| 10.30-11.15 | Asistan örgütlenmesi, TTB ve AHEK süreci | Sinan Gülöksüz |
| 11.30-12.15 | İlaç endüstrisi ile ilişkiler ve Etik | Halis Ulaş |
| 12.15-12.30 | Kursun Değerlendirilmesi ve Sertifika Töreni | Burhanettin Kaya |
| 12.30-13.30 | Yemek | |

TPD ANKARA ŞUBESİ

Cinsel İstismar ve Tacizin Ruhsal, Toplumsal ve Hukuksal Boyutlarını Tartışan Bir Panel Gerçekleştirildi

■ Türkiye Psikiyatri Derneği Ankara Şubesi 14 Ocak 2009 tarihinde son aylarda gündemde yer alan ve tartışılan Cinsel İstismar ve Taciz ile ilgili bir panel düzenledi. Ankara Barosu Çocuk Hakları Komisyonu Üyesi Avukat Türkan Asma'nın mazareti nedeniyle katılmadığı panelde cinsel istismar ve taciz olgusunun ruhsal, toplumsal ve hukuksal boyutları tartışıldı. Panele ağırlığını psikiyatr asistan ve uzmanlarının oluşturduğu 40 aşkın dinleyici izledi ve sorularıyla katkıda bulundu. Tavistock Psikanaliz Enstitüsü Fellow'u, Eğitim Psikanalisti ve aynı zamanda Uluslararası Psikanaliz Birliği üyesi olan Dr. Ülkü Gürışık, olgu örnekleri üzerinden giderek cinsel istisma ve taciz olgusuna psianalitik pencereden temellerinden bakarken, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Elvan İşeri cinsel istismarın çocuklarda giderek artışına, kız çocuklar kadar erkek çocuklarında giderek cinsel istismar mağduru olmaya başladıklarına, giderek daha önemli bir sorun haline geldiğine vurgu yaptı. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Erhan Büken adli tıp açısından cinsel istismarın ve tacizin nasıl değerlendirilemesi gerektiğini, sağlıklı bir adli değerlendirme yapılabilmesi için dikkat edilmesi gereken noktaları anlattı.

TPD Ankara Şubesi Aylık Eğitim Toplantısında Yrd. Doç. Dr. Serpil Aygün Cengiz Velázquez'i Unutmadı...

■ 25 Mart 2009'da TPD Ankara Şube sürekli eğitim etkinlikleri çerçevesinde Başkent Üniversitesi İletişim Fakültesi öğretim üyesi Serpil Aygün Cengiz "Velázquez'i Unutmak: Las Meninas" başlıklı konferansta iktidar mücadelesi ve güç ilişkilerini ele aldı.

Dr. Serpil Aygün Cengiz konuşmasının ilk bölümünde, Fransız düşünür Michel Foucault'nun, Rönesans sonrası dönemde kelimeler ve şeyler arasındaki ilişkinin bir temsil sorununa indirgenmesiyle ortaya çıkan, temsilin üretimi, temsilin nesnesi ve temsilin öznesi ayrımı üzerinde durdu. Diego de Silva y Velázquez'in Las Meninas (Nedimeler) tablosunun yeniden yorumunda Foucault, temsilin bir şeyin temsili olmasının yanı sıra kendisinin de bir temsili olarak görülebileceğini ve 1656 yılında resmedilen tabloda aslında neyin temsil edildiği sorusunu Kelimeler ve Şeyler adlı kitabında tartışmıştır. Foucault'ya göre, konusu "temsil" olan bu tabloda üç temel nokta vardır: birincisi, temsilin üreticisi olarak ressam; ikincisi, temsil edilen nesne (tabloda resmedilen kişiler ve bakışları); üçüncüsü, temsil edilene bakan kişi olarak izleyici/özne. Foucault, Las Meninas anlatı dizgesinin ya da kurgusunun konusunu egemenlik söyleminin temsili olarak değerlendirmiştir; yoklukları aracılığıyla (ya da aynadaki akislerinde her an kaybolabilirmişçesine belli belirsiz varlıklar biçiminde) ve modellerin bakışının merkezindeki kişiler olarak gösterilmekte olan İspanya Kralı ile Kraliçesi dolayımında egemenlik dizgesini aktarmaktadır.

Yıllardır tutkuyla Velázquez'i ve Las Meninas'ı araştırdığı anlaşılan Dr. Serpil Aygün Cengiz konuşmasının ikinci bölümünde, ressamın yaşamından önemli bilgileri kattığı kendi yorumunu aktardı. Dr. Cengiz, genel olarak egemenlik ilişkileri üzeri-

Destekleyici Psikoterapi Kursu Düzenlendi...

■ Türkiye Psikiyatri Derneği Ankara Şubesi 21 Şubat 2009 tarihinde Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Cem Kaptanoğlu'nun eğitici olarak katıldığı "Destekleyici Psikoterapi" ile ilgili bir günlük bir kurs düzenledi. Saat 10'da başlayan ve yoğun bir katılımın yaşandığı kursun ilk bölümünde Prof. Dr. Cem Kaptanoğlu; psikoterapinin geniş yelpazesinden ve destekleyici psikoterapinin tam olarak yelpazenin hangi bölümüne denk geldiğinden söz etti. Psikiyatrik hastaların çok çeşitli olabileceğini ve destekleyici psikoterapiden birçok hasta tipinin yarar göreceğini vurguladı. Kursun ikinci bölümünde ise, özellikle asistan eğitimlerinin temel parçası olan expressive (açıklayıcı/araştırmacı) psikoterapi ile destekleyici psikoterapi arasındaki farklılıkları örneklerle açıkladı. Günün ikinci yarısında destekleyici psikoterapiye özgü terapötik girişimler anlatıldı ve olgular üzerinden tartışma sürdürüldü. Kursun son bölümünde ise gönüllü iki hekim senaryosu öncesinden yapılandırılmış bir görüşmeyi Prof. Dr. Cem Kaptanoğlu'nun gözetiminde, etkileşimli olarak sundu. Saat 1730 da geri bildirim alma ve katılım sertifikalarının dağıtılması ile kurs sona erdi...



ne kurulu bu resmin farklı anlatı dizgeleri taşıdığını ve resmin egemenlik ilişkileri aracılığıyla değişik kurguları bir arada barındırdığını vurguladı. Bu bağlamda, resimde söz konusu başat kurgulardan birinin sanatçının egemenliğinin temsili olduğunu savundu. Las Meninas'ta, yalnızca kralla kraliçenin (izleyicinin) iktidarının anlatı dizgesinin değil, bu egemenliğe meydan okuyan sanatçının iktidarının da bir anlatı dizgesi olarak öykünün içine sokulduğunu ileri sürerek resmi yeni bir okuma ile ele aldı. Dr. Cengiz, tabloyu büyütürken bizlere gösterdiği her bir parçada, Velázquez'in soylu bir aileye mensup olmadığı için sarayda kendisini sanatkar değil zanaatkar olarak kabul eden İspanya Kralı II. Philip ve diğer soyluları dehâsiyla mutlak egemenliği altına alışı son derece zevkli bir sunumla anlattı.

Kendisine bu renkli ve güzel sunumu için Ankara Şube yönetim kurulu olarak teşekkür ediyoruz.

Dr. Gamze Özçürümez
TPD Ankara Şube Sekreteri

Borderline Kişilik Örgütlenmesi Başlıklı Eğitim Etkinliği Gerçekleştirildi

■ Türkiye Psikiyatri Derneği Ankara Şubesi 17 Ocak 2009 tarihinde saat 10.00-18.00 arasında TPD Genel Merkezi'nde "Borderline Kişilik Örgütlenmesi" başlıklı bir kurs düzenledi.

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Doğan Şahin'in eğitmeni olarak davet edildiği kursa çoğunluğunu asistanların oluşturduğu 42 kişi katıldı.

TTB tarafından kredilendirilen kursun ilk üç saatinde borderline kişilik örgütlenmesi, borderline kişilik örgütlenme-

sinin yapısal analizi, borderline kişilik örgütlenmesinde klinik görünüm, borderline kişilik örgütlenmesi gösteren kişilik bozuklukları ve ayırıcı tanıları, olgu örnekleriyle anlatıldı. Öğleden sonraki oturumda ise borderline kişilik örgütlenmesinde klinik görüşme, borderline kişilik örgütlenmesinde terapi ilkeleri, borderline kişilik örgütlenmesinde terapi süreci ve aktarım, borderline kişilik örgütlenmesinde karşıtarm konuları işlendi.

Prof. Dr. Şahin verdiği teorik bilginin yanı sıra katılımcılarla yaptığı uygulamalı pratiklerle kursu daha anlaşılır ve zevkli bir hale getirdi. Yaklaşık sekiz saat boyunca büyük bir dikkatle takip edilen, soru ve katkılarla zenginleştirilen kurs sonunda katılımcılara katılım belgesi verildi. Prof. Dr. Doğan Şahin'e davetimizi kabul ettiği için teşekkür ederiz.

28 Mart 2009 Cumartesi günü; TPD Ankara Sürekli Eğitim Etkinlikleri çerçevesinde Prof. Dr. Şahika Yüksel ve Dr. Ejder Yıldırım'ın eğitici olarak katıldığı "CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI ve TEDAVİ İLKELERİ" adlı bir kurs düzenlendi.

■ Saat 09.30'da başlayan 35 kişinin katıldığı kursa Dr. Ejder Yıldırım tanışmanın ardından gerçekleştirdiği "Cinsellik Kavramı ve Cinselliği Konuşmak" başlıklı sunumuyla etkili bir açılış yaptı. Dr. Yıldırım; ilk iki bölümde cinselliği konuşmanın kimi toplumsal değer yargıları ve kimi bireysel önyargılar nedeniyle çok zor olabileceğinden söz ederek ağırlıklı olarak "Cinsellik Sorununa Yaklaşım, Görüşme Teknikleri ve Cinsel Öykü Alma" üzerinde durdu. Dr. Yıldırım; üçüncü bölümde "Cinsel İşlev Bozukluklarında Tanı ve Ayırıcı Tanı" konusunu ele aldı. Büyük bir özveriyle katılımcıların sorularını yanıtlayan Dr. Yıldırım, son olarak "Tanı ve Tedavide Kullanılan Temel Teknikleri" olgu tartışmaları üzerinden yalın ve anlaşılır biçimde anlattı. Ardından kurs Prof. Dr. Şahika Yüksel'in "Cinsel Travmalar" başlıklı ardışık iki sunumuyla devam etti. Prof. Dr. Yüksel; "Travma odaklı Tedavi ilkeleri"nden söz ederek katılımcıların deneyimleri ve olguları üzerinden sunumunu gerçekleştirdi. Oldukça verimli geçen kursumuz saat 17.45'te katılımcılarda geri bildirim alınması ve katılım sertifikalarının dağıtılması ile sona erdi... TPD Ankara Şubesi Nisan ayında vaka sunumları dışında "Gö-



zleri Tamamen Kapalı" adlı filmin psikoanalitik çözümlemesi ile ilgili bir konferans, "Medya ve Psikiyatri" konulu bir panel ve "Aile Terapileri" ile ilgili bir günlük bir kursu içeren sürekli eğitim etkinliklerini gerçekleştirmeye devam edecektir.

Dr. Ercan ALTINÖZ
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

TPD ANTALYA ŞUBESİ

"Psikiyatri'de Kullanılan Ölçekler" Konulu Kurs Gerçekleştirildi

■ 7 Mart 2009 tarihinde TPD Antalya Şubesi tarafından Doç. Dr. Timuçin Oral ve Prof. Dr. Ömer Aydemir'in eğitici olarak katıldığı "PSİKİYATRİ'DE KULLANILAN ÖLÇEKLER" konulu bir kurs gerçekleştirildi. Antalya Şubesinin bu yıl içine gerçekleştirdiği ikinci eğitim etkinliğine psikiyatri asistanları ve uzmanları yoğun ilgi gösterdi. TPD Antalya Şubesi hem Antalya'da hem de çevre illerde çalışan psikiyatrların da katılımını artırmayı amaçlayan eğitim etkinliklerini her ay düzenli olarak yaşama geçirme arzusundadır.

TPD Antalya Şubesi Etkinliği

■ TPD Antalya Şubesi tarafından 06.02.2009 tarihinde Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Konferans salonunda Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Selçuk Candansayar'ın konuşmacı olarak katıldığı ve farklı akademik disiplinlerden öğretim üyelerinin de yoğun ilgi gösterdiği "Psikiyatri ve İktidar" konulu bir konferans gerçekleştirildi. 07.02.2009 cumartesi günü ise yine Prof. Dr. Selçuk Candansayar tarafından psikiyatri asistanları ve uzmanlarına yönelik "Bir kavram olarak psikoz" başlıklı bir kurs gerçekleştirildi. Şubemiz yıl içinde üyelerine yönelik eğitim etkinlikleri ve bilimsel toplantılar düzenlemeyi sürdürecektir.

TPD BURSA ŞUBESİ

Eğitime Dönük Yüzüyle TPD Bursa Şubesi

2007'den 2009'a Kısa Bir Değerlendirme

■ 2007 Yılındaki yönetim kurulu değişikliğinden sonra başlattığımız düzenli ve sürekli etkinlikler 2008-2009 döneminde de devam ediyor. Bu döneme 10 Ekim 2008'de düzenlediğimiz "Forum"la başladık. Forumda, üyelerimizle birlikte, şubemizin planladığı programlar ve etkinliklerle ilgili öneri ve eleştirileri ele aldık. Kasım ayındaki ilk etkinliğimiz Amerika'dan konuk olarak gelen Dr. Sağman Kayatekin ve Dr. Emel Kayatekin'di. Psikanalitik psikoterapide merak, ilgi ve terapinin çerçevesi üzerinde birbuçuk günlük bir çalışma gerçekleştirdik. Hem katılanlar hem konuklar bu etkinlikten çok memnun kaldılar ve yeniden buluşmanın planları yapılmaya başlandı. Daha sonra İstanbul Psikanaliz Derneği ile ortak yürüttüğümüz ve dört oturumluk programa geçtik. Aralık ayında Psikolog Ferhan Özener ile "Düşler", Ocak ayında Doç. Dr. Volkan Topçuoğlu ile "Histeri", Şubat ayında Uzm. Dr. Vehbi Keser ile "Topografik Kuram" ve Mart ayında Doç. Dr. Talat Parman ile "Aktarım ve Karşı aktarım" üzerinde çalıştık. Tüm bu programlarda kuramsal çalışmanın yanında, daha çok zaman ayırdığımız olgu değerlendirmeleri ile pratik çalışmalarımızı güçlendirdik.

Önümüzdeki günlerde, Nisan ayında Doç. Dr. Aslı Sarandöl'ün başkanlığında bir "Şizofreni Okulu", Haziran ayında Yrd. Doç. Dr. Yusuf Sivrioğlu'nun başkanlığında bir "Geriyatrik Depresyon Kursu" düzenleyeceğiz. Tüm bu bilimsel etkinliklerle birlikte üyelerimiz her ay buluşma, görüşme ve konuşma olanağı buldu, ki aslında yıllardır elde edilemeyen bu birlikteliğe her şeyden çok gereksinimimiz vardı.

Şubemiz, şube başkanımız Uzm. Dr. İbrahim Karakılıç'ın hassasiyetle üzerinde durduğu "sınır ihlalleri" konusunda gerekli

yasal başvurularda bulundu. Üzerine gittiğimiz iki konu oldu. Ama psikiyatri camiasında sıklıkla gündeme geldiği gibi, psikiyatri ve psikolojik sorunlarla çalışmada görev, çalışma ve sınır tanımlamalarındaki eksiklikler, bazılarının pratik yansımalarının olmaması, başvuran hastaların haklarını arama konusundaki isteksizlikleri gibi nedenlerle üzerine gidemediğimiz birçok sorun kentimizde varlığını sürdürmekte...

Bu mesleki sınırlar ve tanımlar birçok yerel televizyon kanalında, yine başta şube başkanımız olmak üzere, tüm üyelerimiz tarafından her fırsatta kamuoyuna anlatılmaya ve halkımız bu konularda bilgilendirilmeye çalışıldı.

Halkımızı bilgilendirmede önemli bir ulaşım kanalı olarak interneti de kullanıma sokmayı planladık ve derneğimizin web sitesindeki "Halka Yönelik" bölümünden esinlenerek www.psikiyatribursa.org alan adıyla bir site hazırladık. Sitede daha çok halka yönelik bilgilendirmelere, uyarılara ve üyelerimizin çalışmalarına yer verdik. Aynı zamanda bu siteyi, üyelerin programları ve etkinlikleri takip edebileceği bir buluşma adresi olarak değerlendirmeye çalışacağız.

TPD Bursa Şubesinin; Başkan Uzm. Dr. İbrahim Afif Karakılıç, İkinci Başkan Uzm. Dr. Arif İsmet Adanur, Genel Sekreter Uzm. Dr. Ali Algın Köşkdere, Sayman Uzm. Dr. Dilber Sipahioğlu ve Bilimsel Toplantılar Genel Sekreteri Yard. Doç. Dr. Cengiz Akkaya'dan oluşan yönetim kurulu, seçildiği andan itibaren üyelerıyla birlikte çalışmaya başladı ve her ay en az bir etkinlikle sosyal ve eğitimsel açıdan üyelere güzel bir zemin yaratmanın çabasını sürdürüyor.

Tüm TPD üyelerini programlarımıza davet eder, onları aramızda görmekten ve ağırlamaktan onur duyuyoruz.

Uzm. Dr. Ali Algın Köşkdere
TPD Bursa Şubesi Genel Sekreteri

TPD DİYARBAKIR ŞUBESİ

TPD Diyarbakır Şubesi Uygulamalı Temel Hipnoz Kursu Düzenledi

■ TPD Diyarbakır Şubesi, bir eğitim etkinliği olarak "Uygulamalı Temel Hipnoz Kursu" düzenledi. Dr.Şeref Özer tarafından verilen olan kurs 22.3.2009 tarihinde Diyarbakır Dedeman otelinde saat 13.00-19.00 arasında gerçekleştirildi. Diyarbakır, Mardin, Batman, Muş, Siirt, Bitlis illerindeki psikiyatri uzmanlarının ve asistanlarının katıldığı kursta hipnoz ve hipnoterapi ilgili teorik bir bilgi aktarımı yanı sıra uygulama örnekleri gerçekleştirildi.

TPD EDİRNE ŞUBESİ

28 Şubat 2009 Cumartesi TPD Edirne Şubesi'nce gerçekleştirilen "Etkili Sunum Teknikleri Kursu"

■ Etkili sunum teknikleri kursu, 28 Şubat 2009 Cumartesi günü 53 katılımcı ile Edirne'de gerçekleştirildi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan Doç. Dr. Fisun AKDENİZ ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nden Doç. Dr. Timuçin ORAL'ın eğitmeni, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ercan ABAY'ın düzenleyici olduğu bu kurs sadece psikiyatri çalışanlarını değil, Tıp ve Tıp dışı bir çok bilim insanını Trakya Üniversitesi'nde buluşturdu.

Bir sunumun nasıl olması gerektiğinin yanında, nasıl olmaması gerektiğinin de anlatıldığı, bilmenin tek başına yeterli olmadığı günümüzde, aktarmanın önemi ve aktarım yolları üzerine verimli bir sunum gerçekleştirildi. Ayrıca powerpoint, tepegöz ve diğer materyallerde sunum hazırlama üzerine bilgiler verildi. Sayın Fisun AKDENİZ ve Timuçin ORAL sadece bilgi vermekle yetinmeyip, bir sunumun oluşturulma algoritmasını tüm katılımcılara, kendi fikirleri doğrultusunda hazırlatıldı. Bu oluşturulan fikirler eğitimcilerin kılavuzluğunda diğer katılımcılar önünde sunuldu. Böylece tüm katılımcıların sabahdan akşama tüm sunumlara katıldığı, aktif olarak dinlediği ve yön verdiği bir etkinlik gerçekleştirilmiş oldu.



Etkinlik Ülkemizin serhat şehri Edirne'de Trakya Üniversitesi bünyesinde gerçekleştirildi. Kurs 3 STE puanı ile kredilendirildi. Kursa talebin beklenenden fazla olması nedeniyle katılımcı sayısı sınırlandırılmak zorunda kalındı.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Merkez Müdürlüğü'nün verdiği destek sayesinde yemek, çay-kahve araları açısından katılımcıların sıkıntı çekmedikleri bir organizasyon oldu.

Tüm katılımcılara, yoğun emeklerinden ötürü Sayın Fisun AKDENİZ ve Timuçin ORAL'a teşekkürler.

Prof Dr. Ercan ABAY
TPD Edirne Şubesi Başkanı



TPD Edirne Şubesi'nden "Nöroloji ve Psikiyatri"yi Buluşturan İkili Konferans"

■ Prof. Dr. Mine ÖZMEN ile Prof. Dr. Çiğdem ÖZKARA'nın konuşmacı olarak katıldığı "Psikojenik Psödonöbetlerle Ortaya Çıkan Konversiyon Bozukluğunda Psikopatoloji" ve "Epilepsi-Psikojenik Psödonöbet Ayrımı" konularını içeren ikili konferans 25 Mart 2009 tarihinde gerçekleştirildi.

Nöroloji ve Psikiyatri Alanında İkili Konferans, 25 Mart 2009 tarihinde yaklaşık 100 katılımcı ile gerçekleştirildi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Mine ÖZMEN ve Nöroloji Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Çiğdem ÖZKARA'nın eğitmeni, Prof. Dr. Ercan ABAY'ın düzenleyici olduğu bu etkinlik Edirne ve çevre illerde çalışan psikiyatri ve nöroloji anabilim dalları öğretim görevlilerini, araş-

tırma görevlilerini ve tıp fakültesi son sınıf öğrencilerini Trakya Üniversitesi'nde buluşturdu.

Prof. Dr. Mine ÖZMEN, "Psikojenik Psödonöbetlerle Ortaya Çıkan Konversiyon Bozukluğunda Psikopatoloji" konferansında hekimlik pratiğinde oldukça sık karşılaşılan psikojenik psödonöbetleri bir psikiyatrist gözüyle, tarihsel gelişiminden başlayarak ayrıntılı bir şekilde açıkladı. Böylece katılımcılar psödonöbetlerin oluşum mekanizmalarını farklı ekollerin bakış açıları ile kavramış oldu.

Ardından Prof. Dr. Çiğdem ÖZKARA "Epilepsi-Psikojenik Psödonöbet Ayrımı" konferansı ile bir çok benzer yanı bulunan,



hem nöroloji ve psikiyatri hekimlerini ayırıcı tanı konusunda zor durumda bırakabilen, Epilepsi ve Psikojenik Psödonöbetlerin nasıl karışabileceği ve ayırımlarında dikkat edilmesi gereken durumları açıkladı. Yoğun görsel materyalin kullanıldığı sunumda katılımcılar psödonöbet gibi gözükken bir çok epileptik nöbeti ve epileptik nöbetlere çok benzeyen psödonöbetleri hem gördü, hem de bu iki durumun ayırımı konusunda pratik bilgiler kazandı.

Bu iki sunumda, önce bir psikiyatrist ardından nörolog bakış açısı ile nöroloji ve psikiyatri hekimlerinin kafasındaki birçok kalıplaşmış düşünce konusunda soru işaretleri yaratıldı. Daha

sonra bu ayırıcı tanının aslında her iki branş açısından ne kadar dikkat ve ortak çalışma gerektiren durumlar olduğu katılımcılara aktarılmış oldu.

Etkinlik Edirne’de TPD Edirne Şubesi ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık A Salonu’nda gerçekleştirildi. Tüm katılımcılara, yoğun emeklerinden ötürü Sayın Mine ÖZMEN’e ve Çiğdem ÖZKARA’ya teşekkürler.

Prof Dr. Ercan ABAY
TPD Edirne Şubesi Başkanı

TPD ESKİŞEHİR ŞUBESİ

TPD Eskişehir Şubesi Eğitim Etkinliği: “Aile Terapileri Kursu”



TPD Eskişehir şubesi 2009 yılını ilk bilimsel etkinliğini 15 Ocak 2009 tarihinde Anemon Oteli’nde gerçekleştirdi. Kentimizdeki psikiyatri asistan ve uzmanlarının gereksinimleri çerçevesinde ağırlıklı olarak psikoterapi ile ilgili eğitim etkinliklerine öncelik veren şubemiz bu amaçla Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Oğuz Berksun,un eğitici olarak katıldığı “Aile Terapileri” konulu bir çalışma grubu düzenledi. Yeni kurulan bir şube olan TPD Eskişehir Şubesi eğitim etkinliklerini gereksinimler ve öncelikler çerçevesinde sürdürme, üyelerini eğitime ve kamu-yu doğru bilgilendirme yönündeki çalışmalarına süreklilik kazandırma çabasında olacaktır.

TPD Eskişehir şubesi adına
Prof. Dr. Gökay Aksaray

Türkiye psikiyatri topluluğunu 45. kez bir araya getirecek olan kongre, 13 yıl aradan sonra, yeniden Ankarada yapılıyor



■ Ana teması “Geçmişten Geleceğe, Teşhisten Tedaviye Psikiyatri” olan toplantıda sınıflandırma, görüntüleme, genetik gibi alanlardan, psikofarmakoterapi, psikanaliz ve psikoterapiye dek tedavi ile ilgili güncel konular ele alınacak.

Ayrıca gelenekselleşen kongre öncesi sempozyumlarının bu yılki konusu ise Cinsel İşlev Bozuklukları. Bir anlamda ülkemizdeki kongre ve toplantı enflasyonunu da azaltmayı hedefleyen bu yaklaşım Duygudurum Bozuklukları, Şizofreni, Anksiyete Bozukluklarından sonra bu yıl da yoğun faaliyet gösteren bir başka Bilimsel Çalışma Biriminin işbirliği ile gerçekleşecek.

45. Ulusal Kongrenin dünya çapında üç seçkin konuğu ise James Leckman, Natalie Ranson ve Nick Craddock.

Bu yıl 45.si düzenlenecek olan Ulusal Psikiyatri Kongresi kapsamında Cinsel İşlev Bozuklukları Sempozyumu'nda, Cinsel so-

runların çözümüne yönelik eğitim almış profesyonellerin sayısının yeterli olmayışı, bir dizi uygunsuz tedavi yanı sıra çeşitli sınır ihlalleri, vb. sorunların yaygınlaşmasını önlemek ve bu konularda yapılabileceklerin tartışılması sempozyumun önem ve değerini artırmaktadır.

Uygulama becerilerinin artırılması, tedavide karşılaşılan güçlükler, cinsel alanda birliktelik, iyi ve etik uygulamalar gibi başlıklar sempozyumda öncelikle ele alınan konular olacaktır. Cinsellik alanında son bilimsel gelişmeler ışığında kadın ve erkek cinsel işlev bozuklukları tanı ve tedavi algoritmaları tartışılacaktır. Ulusal ve uluslar arası katılımlarla alanında deneyimli bilim insanları bilgilerini bizlerle paylaşacaktır. Ayrıca sempozyum programı çerçevesinde oluşturulacak çalışma grupları ve kurslar ile meslektaşlarımızın klinik becerilerinin artırılması, kapsamlı cinsel tedaviler eğitimi ve bilgi paylaşımı amaçlanmaktadır.

18. Anadolu Psikiyatri Günleri, 17 - 20 Haziran 2009 tarihleri arasında, Türkiye Psikiyatri Derneği, Türkiye Psikiyatri Derneği Denizli Şubesi ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı işbirliği ile Afyonkarahisar'da düzenleniyor



■ “Psikiyatri’de uzaktakiler” ile, birçok nedenle uzak durduğumuz, uzakta bıraktığımız psikiyatrik bozuklukları, tedavi yöntemlerini irdelemeyi ve mesleki anlamda bunları tanımayı ve tedavileri konusunda açılımlar sağlamayı amaçlayan toplantı, bunların yanı sıra Anadolu’nun değişik bölgelerinde “uzaktaki” uzman ya da akademisyen olarak halka hizmet sunan meslektaşların sorunlarına eğiliyor. Bu kapsamda adli psikiyatri sorunları, psikiyatride az görülen sendromlar, alkol madde kullanımı, dissosiyatif bozukluklar, kişilik bozuklukları, psikoeğitim, psikoterapetik yaklaşımlar, özel durumlarda psikofarmakolojinin kullanımı, Anadolu’da psikiyatrist olmak gibi birçok konu tartışılacak.

Konu Başlıkları

- Uzakta psikiyatrist olmak (yurt dışında, ya da anadoluda yaşayan meslektaşlarımızın hastane, muayenehane, idari ve yasal sorunları)
- Uzakta hasta olmak (yurt dışında ya da anadoludaki hastaların sorunları, kültürel farklılıklara bağlı tanı ve tedavi sorunları)
- Zor durumlar ve baş etme yolları
- Psikiyatri’de direnç kavramı ve dirençli vakalarla baş etme
- Az görülen sendromlar, az görülen olgular
- Kişilik Bozuklukları
- Madde ve Alkol Bağımlılıkları
- Somatoform Bozukluklar
- Dissosiyatif Bozukluklar
- Yapay Bozukluklar

- Hipnoz, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)
- Beyin göçü, bilgi göçü
- Psikiyatri ve Göç, Psikiyatri’de köy-kent farklılığı
- Psikiyatri ve şiddet (“töre cinayetleri”, “ebevyn cinayetleri”, “aşk cinayetleri”, “kadına şiddet”, “çocuğa şiddet”)
- Psikiyatri ve Terör
- Bir Demans olgusuyla yaşamak, ailelerin sorunları ve çözümler...
- Bir Şizofreni olgusuyla yaşamak, hasta yakını olmak, sorunlar ve çözümler...
- Psikoeğitimin psikiyatrideki yeri
- Psikiyatride tıbbi yardım arayışını (başvuru) belirleyen etkenler



6. Ruhsal Travma Toplantısı (RTT) 11-13 Aralık 2009 tarihleri arasında İstanbul gerçekleştiriliyor

Ana teması 'Günlük Hayatın Travmaları' olarak belirlenen 6. Ruhsal Travma Toplantısı 11-13 Aralık'ta İstanbul'da yapılacaktır.

Toplantıda sokaktaki şiddetten politik şiddete, gezegenimiz için varoluş sorununa dönüşen ve sadece bir nesil içinde daha yoğun hissedilen küresel iklim değişiklerinin travmatik etkilerinden aslında yine insanla ilgili 'doğal afetlere', seks işçiliğinden 'mobbing'e, yoksulluktan yok-

sunluğa geniş bir spektrumdaki bu etkenleri, önlemlerini ve baş etme yolları tartışılacaktır.

6. Ruhsal Travma Toplantısı, öncekilerin somut çıktılarından da görüleceği gibi, yine dünyanın, özellikle bölgemizin, farklı yerlerinden gelen ve farklı disiplinlere mensup uzmanların görüş, düşünce, çalışma ve deneyimlerinin paylaşılıp tartışılacağı bir ortam yaratacaktır.

ANA KONULAR

ŞİDDET

- * Şiddetin epistemolojisi
- * Şiddet kültüründe yaşamak
- * Şiddetin psikolojisi
- * Aşkın şiddeti
- * İnsan, doğa ve şiddet; çevre kirliliği
- * Küresel bir olgu olarak şiddet
- * Doğu'nun şiddetle ilişkisi; Binbir Gece Masalları'ndan Mevlana ve Yunus'a
- * Sinemada şiddetin anlatımı

KİMLİK ÜZERİNE ŞİDDET

- * Etnik travma
- * Cinsel kimlik ve şiddet
- * Şiddetin çocuğa yönelmesi
- * Aile içi şiddet ve kadınlar
- * Namus şiddeti ve cinayetleri
- * Akıl hastalarına yönelik şiddet ve ayrımcılık
- * Yaşlılara yönelik şiddet
- * Nasıl bir şiddet; ölüm oruçları ve intihar saldırıları

İŞ, ÇALIŞMA YAŞAMI VE ŞİDDET

- * Yoksulluk ve Travma
- * İşsizlik
- * Seks işçileri
- * İş kazaları
- * Çalışma yaşamında yıldırma ve baskı
- * Hekime yönelik şiddet, hekimin yönelttiği şiddet
- * İkincil Travmatizasyon
- * Tükenmişlik

SOKAKTAKİ ŞİDDET

- * Sokağın travmatik çocukları
- * Politik şiddet
- * Trafik şiddeti
- * Sporun şiddete alet edilmesi
- * Kitleleşen şiddet
- * Sokaktaki terör
- * Bir sevinme biçimi olarak şiddet: Kurşunlu kutlamalar

ŞİDDETİN SONUÇLARI, BELİRTİLERİ, BULGULARI VE DEĞERLENDİRİLMESİ

- * Travmanın ardından adli rapor süreçleri
- * İnsan elinden çıkan travmaların değerlendirilmesi: İstanbul protokolü yaygınlaştırılabilir mi?
- * Sokaktaki travmanın klinikte değerlendirilmesi
- * Travma çalışmalarında beyin görüntüleme tekniklerinin kullanılması
- * Sokak'tan beyine travmatik stresin nörobiyolojisi
- * Beyinin travması ve nöroplastisite
- * Travmatik yas
- * Bedensel hastalıkların travması
- * İnsan elinden çıkan şiddetin yarattığı sonuçlar
- * Karmaşık travma sonrası stres bozukluğu
- * Bağımlılık ve travma
- * Şiddetle ilişkili hayvan modelleri

ŞİDDETE YAKLAŞIM, KORUNMA, KORUMA VE TEDAVİ

- * Şiddetin çözümü; gelecekte ne beklenebilir?
- * Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde ruhsal travma yönelimli hizmet örgütlenmesi
- * Ruhsal travmayla ilişkili sendromların tedavileri
- * Şiddete yönelik psikofarmakolojik yaklaşımlar
- * Psikoterapiler ve şiddet yaşayan insanlar
- * Psikanalizin ruhsal travmaya ve şiddete yaklaşımı
- * Bilişsel davranışçı terapilerin travma sonrası kullanımı
- * Şiddet ve psikoterapi
- * Çocuğa yönelik şiddetin tedavisi

13. TPD Yıllık Toplantısı ve Bahar Sempozyumu 15 -18 Nisan tarihlerinde Belek Maritim Pine Beach Otel’de yapılıyor

■ Toplantı programında Duygudurum Bozuklukları ve Şizofreni Bilimsel Çalışma Birimleri’nin Sağlıkım Kılavuzunun güncellenmesine yönelik panel ve çalışma grupları, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi’nin kursu, Psikanalitik Psikoterapiler Bilimsel Çalışma Biriminin çalışma grubu ile Nöropsikiyatri Bilimsel Çalışma Birimi’nin panelleri yer alıyor. Yine programda sözel bildiriye yer veriliyor. Ödüle aday posterlerin ve araştırma projelerinin yanısıra poster olarak gönderilenler arasından seçilen 19 adet araştırma da bildiri olarak sunulacak.



7. Ulusal Biyolojik Psikiyatri Kongresi, Türk Biyolojik Psikiyatri Derneği ile Trakya Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalının birlikte düzenledikleri bilimsel bir etkinlik olarak 02-06 Haziran 2009 tarihleri arasında Edirne’de Trakya Üniversitesi Balkan Kongre Merkezi’nde gerçekleştiriliyor



■ Kongre, ülkemizden çok sayıda değerli bilim insanının katılımı yanı sıra Edirne’nin Bulgaristan ve Yunanistan’a komşu olması nedeniyle bu iki ülkeden bilim insanlarının da katılması sağlanarak bilimsel işbirliğini arttırmayı amaçlamakta.

Ayrıntılı bilgi için: www.biyolojikpsikiyatri2009.org

ANA KONULAR

- Acil Psikiyatri
- Komorbid Durumlar
- Adli Psikiyatri
- Kişilik Bozuklukları
- Ağrı
- Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi
- Alkol Bağımlılığı
- Madde Kullanım Bozuklukları
- Alzheimer Hastalığı
- Mental Retardasyon
- Anksiyete Bozuklukları
- Moleküler Nörobiyoloji
- Anksiyolitikler
- Nörofizyoloji
- Antidepresanlar
- Nöropatoloji
- Antipsikotikler
- Nöroplastisite
- Beyin Görüntüleme
- Nöropsikolojik Testler
- Bilişsel Bozukluklar
- Nörotransmitterler
- Bipolar Bozukluklar
- Obsesif Kompulsif Bozukluk
- Biyolojik Belirleyiciler
- Organik Mental Bozukluklar
- Biyolojik Ritimler
- Panik Bozukluk
- Cinsel İşlev Bozuklukları
- Parkinson Hastalığı
- Çocuk ve Ergen Ruhsal Bozuklukları
- Premenstrual Sendrom
- Demanslar
- Psikofarmakoloji
- Depresyon
- Psikonöroendokrinoloji
- Derin Beyin Uyarımı
- Psikonöroimmunoloji
- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- Psikoontoloji
- Duygudurum Dengeleyicileri
- Psikoşürji
- Elektrofizyoloji (EEG, MEG)
- Sinirbilim
- Elektrokonvulzif Terapi
- Somatoform Bozukluklar
- Epidemiyoloji
- Stres
- Epilepsi
- Şiddet
- Etik
- Şizofreni ve Şizofreni Benzeri Psikotik Bozukluklar
- Farmakogenetik
- Transkranyal Manyetik Uyarım
- Genetik
- Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- Geriatrik Psikiyatri
- Uyarılmış Potansiyeller
- Hamilelik ve Postpartum Dönem
- Uyku Bozuklukları
- Hipnotikler
- Vagus Sinir Uyarımı
- İntihar
- Yaşlanma
- Kadın ve Psikiyatri
- Yeme Bozuklukları



8. Ulusal Sinirbilimleri Kongresi 18–22 Nisan 2009 tarihleri arasında, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Kültür Merkezi'nde yapılıyor

■ Kongrenin bu yılki teması “Deneyden kliniğe” olarak saptandı. Bu yalnızca kongrenin konu çerçevesi değil, aynı zamanda bilimsel katkıları beklenen temel ve klinik bilimlerden tüm sinirbilimcilere bir katılım çağrısı olarak değerlendirilmektedir.

VIII. Ulusal Sinirbilimleri Kongresi'ne, sinirbilim alanında ulusal ve uluslararası bilgi ve deneyim birikiminin paylaşılması amaçlanmakta ve sinirbilim alanında uluslararası ilişkilerin geliştirilmesi ve yapılması, öte yandan ülkemizin sinirbilim alanında giderek bir bölgesel işbirliği merkezi haline gelmesi hedefine yönelik ön görüşmeler için de kongrenin bir başlangıç oluşturması düşünülmektedir.

Genç araştırmacıların katılımını kolaylaştırmak amacı ile de kayıt ve konaklama bursu için TÜBİTAK'a başvuru yapılmış ve 35 yaş altı genç araştırmacıların adlarını, doğum tarihlerini, çalıştıkları ve/veya eğitim gördükleri kurumu, çalışma alanlarını kongre sekreteriyasına bildirmesi istenmiştir.

İlgiler ayrıntılı bilgi için; www.sinirbilim2009.ibu.edu.tr adresine başvurabilirler.

DENEYDEN KLİNİĞE ANA KONULAR

Gelişim ve Yaşlanma

(Plastisite, Organogenez, haritaların oluşumu, dentrit gelişimi)

Sinaptik iletim ve exitabilite

(İyon kanalları, Nöroimmünoloji, Nörogenetik, Nörofarmakoloji)

Duysal ve motor sistemler

(İşitme sistemi, görme sistemi, somatik duysal sistem, duysal-motor entegrasyon, EMG, TMS, beyin-bilgisayar arayüzü)

Otonom, Nöroendokrin ve diğer homeostatik sistemler
(Uyku, yeme davranışı, stres, emosyon)

Kognisyon ve Davranış

(Nöropsikoloji, elektrofizyoloji, nöro görüntüleme, öğrenme ve bellek, dil)

Sinir Sistemi Hastalıkları

(Nörodejeneratif hastalıklar, epilepsi, ağrı, travma, iskemi, şizofreni, afektif bozukluklar)

Kompütasyonel Nörobilim

(Yapay nöral ağlar, beyin modelleri, biyomedikal işaret işleme)

Psikiyatri Güz Okulunun onuncusu 31 Ağustos-4 Eylül 2009 tarihleri arasında Eskişehir'de gerçekleştiriliyor

■ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından 10 yıldır düzenlenen ve bu yıl onuncusu Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalının işbirliğiyle gerçekleştirilecek olan Psikiyatri Güz Okulu “**Psikiyatride Vaka Formülasyonu ve Sınıflandırma Sistemleri**” başlığıyla 31 Ağustos 2009-4 Eylül 2009 tarihleri arasında Eskişehir'de gerçekleştirilecek. Güz Okulu asistan eğitimi ve uzmanlık sonrası eğitime katkı sağlamak, farklı bölge ve kurumlarda çalışan psikiyatri asistan ve uzmanları arasındaki bilimsel ve eğitimsel iletişimi ve mesleki dayanışmayı artırmak amacıyla düzenleniyor. 2000

yılında gerçekleştirilen ilk güz okulundan bu yana katılımcıların istekleri ve gereksinimleri doğrultusunda bir çok önemli konunun ele alındığı, tarihe iz bırakacak ve anılarda yer alan özgün tartışmalar, paylaşımlar gerçekleştiği görülüyor. Etkinliklerin bir kısmında ana tema ile bağlantılı olarak katılımcıların da araştırma, olgu, araştırma projesi yada tartışma açmaya yönelik bir bildiri sunması olanaklı kılınmıştır. Okulun yoğun ilgiye rağmen katılımcı sayısının etkileşimi artırabilmek amacıyla 50 ile sınırlı tutulduğu belirtilmektedir. Güz okulunu TTB tarafından kredilendirilecek. Güz okulu eğitim programında **Vaka**

formülasyonu nedir? Formülasyon Yaklaşımları, Psikodinamik formülasyon, Kognitif formülasyon ve kavramsallaştırma, Yapısal Formülasyon, Psikogenetik Formülasyon, Dinamik Formülasyon, Bilişsel-Davranışçı Formülasyon, Biyolojik Formülasyon, Psikososyal Formülasyon, Psikiyatride Sınıflandırma Sistemleri, DSM ve/veya ICD:Görüneni Tanımlamak yeterli mi? Ruhu ve Davranışı Sınıflandırmak: Neden, Kimler için? Başlıklı konuların yer alması planlanıyor.

İletişim: burha65@yahoo.com,
ck26040@yahoo.com

Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği (KDTD) 2. Ulusal Kongresi 6-8 Kasım 2009 tarihlerinde İstanbul'da gerçekleştiriliyor

Meslektaşların bilgi-beceri güncellenmesi doğrultusundaki gereksinimleri karşılama beklene kongrede, bu amaçla bu kongrede, merak edilen 3. Dalga KDT yaklaşımlarına ağırlıklı olarak yer veriliyor. Kongre de; yeme bozuklukları, depresyon, borderline kişilik bozuklukları ve şizofreni alanlarında KDT uygulamaları ile ilgili çalışma grupları, konunun otoriteleri olan yabancı konuklar tarafından yapılacaktır. Ayrıca bu kongrede hipnozun kognitif terapilerdeki yeri ve bir teknik olarak KDT'de kullanımı üzerine bir çalışma grubu, her iki konuda da oldukça deneyimli bir konuk öğretim üyesi tarafından aktarılacaktır.

Kongrenin ilk günü, kendi alanlarının en başarılı isimleri arasından seçilen konuk meslektaşların yürüteceği tüm gün süren çalışma gruplarına ayrılmıştır. Daha sonraki iki günde ise yine tüm gün süren çalışma grupları, paneller, uzmanla buluşma saatleri ve konferanslar düzenlenecektir.

Kongre Ana Konuları Şöyledir.

- Ağrı ve KDT
- Alkol ve madde bağımlılığı
- Anksiyete bozuklukları
- Biliş, davranış ve duygular
- Bilişsel analiz
- Bilişsel rehabilitasyon
- Bilgisayar aracılığıyla KDT
- Bilişsel davranışçı grup tedavileri
- Bipolar bozukluk ve KDT
- Bütüncül tedavi yaklaşımları
- Cinsel işlev bozuklukları ve KDT
- Cinsel yönden kötüye kullanım ve KDT
- Çift terapilerinde KDT
- Çocukluk ve ergenlik dönemi sorunlarında KDT
- Davranış analizi
- Davranışsal tıp
- Depresyon ve KDT
- Diyalektik davranış terapileri
- Disosiyasyon ve KDT
- Eğitim ortamlarında KDT
- Eşcinsellik ve transseksualite
- EMDR
- Farmakolojik tedaviler ve/veya KDT
- Fonksiyonel analitik psikoterapi
- Gelişimsel bozukluklar ve KDT
- İletişim becerileri ve KDT
- İntihar davranışı ve KDT
- Kanıta dayalı tıp ve KDT
- Kanser ve KDT
- KDT'de kavramsallaştırma
- KDT'de etik ilkeler
- KDT'de kültürel etkenler
- KDT'de formülasyon oluşturma
- KDT'de maliyet/etkililik
- KDT eğitimi ve akreditasyon
- KDT'nin biyolojik temelleri
- KDT ve davranışçı deneyler
- Kendi kendine yardım ve KDT
- Kendilik saygısı
- Kognitif rehabilitasyon
- Krize müdahale ve KDT
- Motivasyon artırıcı teknikler ve KDT
- Nüks önlemede KDT
- Öfke ve agresyon
- Öğrenme ve KDT
- Parafililer ve KDT
- Ruminatif düşünce ve imajlar ve KDT
- Sağlık anksiyetesi ve KDT
- Sağlık psikolojisi ve KDT
- Sigara içme davranışı ve KDT
- Sorun çözme terapileri
- Sosyal beceriler ve KDT
- Suç davranışı ve KDT
- Şema terapileri
- Somatoform bozukluklar ve KDT
- Stresle başa çıkma ve KDT
- Şizofreni ve KDT
- Tıbbi sorunların tedavisinde KDT
- Transferans ve kontr-transferansta KDT
- Uyku bozuklukları ve KDT
- Üçüncü dalga KDT
- Yaşlılık ve KDT
- Yeme bozuklukları ve KDT
- Zeka gerilikleri ve KDT

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu'nun Tam Gün Yasa Tasarısı Üzerine Görüşleri

TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu olarak, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve son zamanlarda yeniden gündemde olan "Tam Gün" çalışmaya dair yasa tasarısı üzerine, aşağıda yer alan görüşlerimizi bir kez daha kamuoyu ile paylaşmayı gerekli gördük.

- Geçmiş dönemlerde kamu kurumlarında uygulanan tam süre çalışma zorunluluğu, başta tam gün ve eğitici tazminatı olmak üzere çeşitli kazanımlar getirmiştir. Ancak, daha sonra, bunların karşılanamamasını da içeren bir dizi sorun nedeniyle yarı zamanlı çalışmaya yeniden izin verilmiştir. Yeni bir düzenlemeye gidilerek, güvencesiz ve kaynağının ne olacağı belirsiz bir ücretlendirmeye bugün getirilmek istenen tam gün çalışma zorunluluğunu bu şekilde kabul etmek mümkün değildir.
- Ülkemizde sağlıktaki temel sorunların başında, çıkarılacak yeni yasalarla, kamu ile özel sağlık kurumu ayrımının kaldırılarak, kamunun özel sağlık kuruluşu anlayışına uygun olarak yapılandırılması gelmektedir. Gündemdeki yasal düzenlemeler;
 - Genel Sağlık Sigortası ile sadece prim ödeyebileceklere sınırlı bir sağlık hizmetinin sunulması,
 - Kamu Hastane Birlikleri yasası ile kamu hastanelerinin "şirketleştirilmesi",
 - Sosyal Güvenlik Kurumu'nun muayenehanelerle anlaşma yapmaması ve son çıkan yönetmelikle Tıp Merkezleri ve Polikliniklerin kapanma durumuna gelmesi,
 - Tam Gün yasasıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında ve üniversite hastanelerinde çalışan hekimlerin özlük hakları bakımından güvencesiz kalmasını getirecektir.
- Bu koşullarda gündeme getirilen tam gün/tek iş uygulamasıyla;
 - özelde büyük hastane zincirlerine, kamuda özelleştirilme yolundaki üniversite ve devlet hastanelerine ucuz iş gücü sağlanacak;
 - hekimler düşük ücretle ve güvencesiz olarak çalışmaya zorlanacak;
 - tıp ve uzmanlık eğitiminin niteliğinin yükseltilmesi yerine, üniversite ve eğitim hastanelerinde döner sermayeye daha çok kazanç sağlamak için performans yöntemiyle daha fazla işlem yapılması hedeflenecek;
 - eğitici niteliği taşıyan belirli bir orandaki hekimin kurumlarından ayrılmasına yol açarak tıp eğitimi olumsuz etkilenecektir
- Sadece kamuda çalışmayı tercih eden öğretim üyeleri ve hekimler nitelikli emeklerinin karşılığında performans dayalı ödeme değil, özlük haklarının en üst düzeyde tutulduğu güvenceli ücret ile teşvik edilmelidir.

Tüm bu düzenlemeler, hekimlerin yanı sıra diğer sağlık çalışanları, üniversite ve Sağlık Bakanlığı eğitimcileri ve sonuçta sağlık hizmetlerinin sunumu ve toplum sağlığı üzerinde olumsuz bir etki oluşturacaktır.

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

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
UZMANLIK DERNEKLERİ EŞGÜDÜM KURULU

YÖK Yürütme Kurulunun Geçici Görevlendirme Kararı ile İlgili Ankara, İstanbul ve İzmir’de Eş Zamanlı Olarak Basın Toplantıları Düzenlendi

(05.03.2009)

TTB Merkez Konseyi, TTB-UDEK, İstanbul, Ankara, İzmir Tabip Odaları ve Uzmanlık dernekleri tarafından düzenlenen basın toplantılarına, üniversitelerin ve uzmanlık derneklerinin ilgisi büyük oldu. Ankara’da , İstanbul’da ve İzmir’de düzenlenen toplantılara Türkiye Psikiyatri Derneği MYK temsilcilerinin yanısıra uzmanlık derneklerinden ve tıp fakültelerinden çok sayıda temsilci katıldı.

YÖK’ün 27 tıp fakültesinden 250’yi aşkın öğretim üyesini, 13 tıp fakültesinin ihtiyacını karşılamak gerekçesiyle, 2009-2010 ders yılı için en az 1 yıl süreyle “mecburi hizmet”e tabi tutmasına ilişkin olarak, bugün (05.03.2009) Ankara, İstanbul ve İzmir’de eş zamanlı olarak basın toplantıları düzenledi.

TTB Merkez Konseyi, TTB Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (UDEK), Uzmanlık dernekleri ile Ankara, İstanbul ve İzmir Tabip Odalarıncı düzenlenen basın toplantılarına, üniversitelerin ve uzmanlık derneklerinin ilgisi büyük oldu. Ankara’da, İstanbul’da ve İzmir’de düzenlenen basın toplantılarına TPD MYK temsilcilerinin yanısıra uzmanlık derneklerinden ve tıp fakültelerinden çok sayıda temsilci katıldı. Her üç kentte de aynı basın açıklaması metni basına dağıtıldı.

05.03.2009

BASIN AÇIKLAMASI

TIP FAKÜLTELERİ/HEKİMLERE KAÇINCI ZORUNLU HİZMET?

Yüksek Öğretim Kurulu’nun 26.2.2009 tarihinde Yürütme Kurulu kararı ile ağırlıklı olarak İstanbul, Ankara, Gazi, Ege, Hacettepe, Dokuz Eylül, Çukurova ve Akdeniz üniversitelerinden olmak üzere toplam 27 tıp fakültesinden 250’yi aşkın öğretim üyesinin, 13 tıp fakültesinin öğretim üyesi ihtiyacının karşılanması için 2009-2010 ders yılı sonuna kadar en az 1 yıl süreyle görevlendirileceği öğrenilmiştir.

Biz Türk Tabipleri Birliği, UDEK ve Ankara Tabip Odası olarak özellikle gelişmekte olan ve gelişmiş tıp fakültelerinde tüm olumsuzluklara rağmen görev yapan meslektaşlarımızın emek ve çabalarını büyük bir takdirle karşılıyoruz. Türkiye’de tıp eğitimine katkı sunan her öğretim üyesinin eğitime destek vermek isteyeceğini bilerek bu görevlendirme sisteminin haksız ve adaletsiz olduğunu belirtmek istiyoruz. YÖK’ün bu uygulamada amacının ne olduğu anlaşılammıştır. Hatta uygulama ilgili önceki deneyimlerimiz nedeniyle kaygılanmamıza yol açmıştır.

Bilindiği gibi üniversitelerin profesör, doçent ve yardımcı doçent kadrolarını dengeli bir oranda tespit etmek görevi Yükseköğretim Kurulu’na aittir. Bu alanda yıllardır planlama yapılmaksızın neredeyse her ilimizde popülist kaygılarla ve altyapı hazırlıkları olmaksızın yeni tıp fakülteleri ve/veya eğitim hastaneleri açılmıştır. Bu durum, daha önce defalarca belirttiğimiz gibi, alt yapıları tamamlanmadan ve eğitici insan gücü yetiştirilmeden tıp fakültelerinin açılmasının sonucudur. Özellikle de çoğu mezun vermiş bu tıp fakültelerinin taleplerinin temel tıp bilimleri ve klinik bilimleri ana dallarında bu denli eksikleri olması eğitim çıktıları açısından kaygı vericidir. Ayrıca muhtemeldir ki bu fakültelerin bugüne kadar yapmış oldukları kadro talepleri de karşılanamamıştır.

13 üniversitenin ihtiyaç bildirdiği ana dallarda öğretim üyesi görevlendirmesi yanı sıra yan dallarda veya yan dal olmayan bazı bilim dallarında görevlendirme istenmesi tıp fakültelerinin önemli işlevi olan eğitimden çok, hizmetin ön planda tutulduğunu düşündürmektedir.

Görevlendirme yapılması planlanan tıp fakültelerinden farklı illerdeki eğitim hastanelerine 130’dan fazla sınavsız ve önemli bir kısmı hukuk dışı bir biçimde şef ve şef yardımcısı atamaları yapılmıştır. Bu yolla gelişmekte olan üniversitelerin çoğunda üç büyük kente tersine göçle ciddi bir kan kaybı söz konusu olmuştur. Şimdi bir yanlış uygulama başka bir yanlış uygulamayla telafi edilmeye çalışılmaktadır.

Son 10 yıl içinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerine tıpta uzmanlık eğitimcilerini hastane kadrolarından sağlayan sınav sistemi uygulanmamış bunun yerine öğretim üyesi sıkıntısı çekilen tıp fakültelerinin doçent ve profesörlerinden çok sayıda atama yolu ile klinik şefi görevlendirilmiştir. Sadece 2008 yılında, tıp fakültelerinden Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerine şef ve şef yardımcısı olarak atanan profesör ve doçentlerden bilgisine ulaşılabilen öğretim üyelerinin listesi incelendiğinde, klinik şefliklerine öğretim üyesi gönderen 12 üniversitenin bugün ihtiyaç bildiren 13 üniversite arasında yer aldığı görülmektedir.

Bu geçici görevlendirmeler öğretim üyelerinin aile bütünlüklerini göz ardı etmektedir. Ayrıca görevlendirme talep edilen fakültelerdeki hizmetlerin de aksayacağı kesindir. Altyapı olanakları göreceli olarak kısıtlı bu tıp fakültelerinin bazılarında üst düzey teknoloji gerektiren dallarda geçici bir süre görevlendirme istenmesi bu görevlendirmelerin veriminin pek de iyi olamayacağını düşündürmektedir. Bu tür zorunlu görevlendirmelerle verim alınması oldukça güçtür.

Örnek Bir Tıp Fakültesi

Bu fakültelerden sadece birisine 37 Anabilim ve Bilim Dalı için 100'e yakın görevlendirme yapılması planlanmaktadır. Bu fakülte 2000 yılında kurulmuş ve 2003 yılında öğrenci almaya başlamış ve 2004 yılında YÖK tarafından Anabilim Dallarının kuruluş izni verilmiştir. Biyokimya, Histoloji, Anatomi, Tıbbi Biyoloji, Mikrobiyoloji gibi Temel Tıp Bilimleri Anabilim Dallarının bile kurulmadan bir tıp Fakültesinin kurulmuş olması ve öğrenci alması kabul edilemez bir gerçektir. Bugün bu fakültenin sadece 16 öğretim üyesi vardır, bunların ikisi profesör, kalanları yardımcı doçenttir. İlginçtir ki bu iki profesör şu anda Ankara'da bir eğitim hastanesinde şef olarak görevlidir. Kadrosunda bulunan iki profesörün (Kulak Burun Boğaz ve Kardiyoloji), Ankara Atatürk Eğitim Hastanesi'nde görevlendirildiği bilinmektedir. Şimdi bu üniversiteye başka üniversitelerden bu alanlarda da görevlendirme istenmektedir.

Önerilerimiz:

- Yeni tıp fakültesi açılmamasını,
- Alt yapısı tamamlanmamış tıp fakültelerinin değerlendirilerek öğrenci almasının durdurulmasını,
- Görevlendirmelerin zorunlu değil gönüllü olmasını,
- Gelişmekte olan üniversitelerde öğretim üyelerinin özlük haklarının iyileştirilmesini ve buralarda görev yapmanın özendirilmesini,
- Öğretim üyelerine bu üniversitelerde daha iyi sosyal bir ortam yaratılmasını,
- Bu fakültelerde alt yapı olanaklarının iyileştirilmesini,
- Öğretim üyesi yetiştirme programları çerçevesinde kalıcı eğitici kadro yetiştirilmesini,
- Öğretim üyesi değişim programlarının rasyonel biçimde hayata geçirilmesini,
- Mevcut zorunlu hizmet uygulamasından bu tıp fakültesine kadro verilmesini ve
- Bu uygulamanın başlatılmadan durdurulmasını, gerçekçi bir planlamayla eğitici yetiştirilerek toplum sağlığı açısından kalıcı bir yarar sağlanmasını bekliyoruz.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ
TTB-UZMANLIK DERNEKLERİ EŞGÜDÜM KURULU
(UDEK)
ANKARA TABİP ODASI
İSTANBUL TABİP ODASI
İZMİR TABİP ODASI
UZMANLIK DERNEKLERİ

YÖK Yürütme Kuruluna Gönderilen Mektup

Sayın Başkan,

Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Yürütme Kurulu tarafından; 13 Üniversite Rektörlüğü'nün, tıp fakültelerinde anabilim ve bilim dallarında öğretim üyesi ihtiyacı nedeniyle talepte buldukları belirtilerek, en az bir yıl süre ile öğretim üyesi ihtiyacını karşılaması uygun görülen üniversitelerden öğretim üyelerinin ihtiyaç bulunan yerlerde görevlendirilmesine karar verilmiştir.

2547 sayılı yasanın 41. maddesi uyarınca, ihtiyacı karşılaması uygun görülen üniversitelerin Rektörleri, Yükseköğretim Kurulu'na, ihtiyaç listelerinin kendilerine ulaştığı tarihten itibaren en geç iki hafta içinde ihtiyaçları karşılamak üzere hangi öğretim üyelerini görevlendirdiklerini Yükseköğretim Kurulu'na bildirmekle; isimleri bildirilen öğretim üyeleri de, bir yarı yıldan az, dört yarı yıldan fazla olmamak üzere görevlendirme yazılarında yer alan süre kadar, kadroları kendi üniversitelerinde kalmak kaydıyla görevlendirildikleri üniversitelere gitmekle yükümlü kılınmıştır. Aynı maddeye göre, öğretim üyeleri, görevlendirme yazısının tebliğinden itibaren

15 gün içerisinde o yere hareket ederek işe başlamak zorundadırlar.

2547 sayılı yasanın 41. maddesi esasen yüksek öğretim amacıyla görevlendirmeye olanak sağlarken, 13 Üniversitenin ihtiyaç bildirdiği öğretim üyelerinin alanları, ihtiyaç bildirimimin temel tıp eğitiminin yanı sıra uzmanlık eğitimi ve özellikle de sağlık hizmeti için yapılmış olduğunu düşündürmektedir.

Yükseköğretim Kurulu'nun, 2547 sayılı yasanın 7. maddesi uyarınca, üniversitelerin kurulmasına ilişkin önerilerini, bölümlerin, anabilim ve bilim dallarının açılma ve kapatılma kararlarını, yükseköğretimin planlanması çerçevesinde, yükseköğretimin amaçları ve gereksinimleri doğrultusunda oluşturması gerekmektedir. İhtiyaç bildirimlerine bakıldığında, bir kısmı son yıllarda kurulan tıp fakültelerinin, bir bölümünde bütün dallarda olmak üzere, önemli sayıda öğretim üyesi ihtiyacı olduğu görülmektedir. Son uygulamalar, ihtiyaçlar belirlenmeden, eğitim-öğretim programları ve araştırma faaliyetleri planlanmadan, öğrenci sayıları ve eğitim-hizmet dengesi üzerinden akademik kadrolar oluşturulmadan tıp fakültelerinin açıldığını ve çözümün, aynı çarpık yapılanma anlayışıyla,

geçici görevlendirmelerde görüldüğünü ortaya koymaktadır.

Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Yürütme Kurulu'nun, geçici görevlendirme olarak tanımlanabilecek bu işleminin en önemli sonuçlarından biri, geçici görevlendirme yapılan personelin asli kadrosunun bulunduğu birimde hizmetin aksayacak olmasıdır. Öncelikle, söz konusu üniversitelerde, ihtiyacın geçici olmadığı, bu nedenle geçici görevlendirmelerin çözüm oluşturamayacağı, çözümün Yükseköğretim Kurulu'nun belirli bir plan içinde öğretim üyesi yetiştirilmesine ilişkin hükümleri yerine getirmesinden geçtiğini belirlemek gerekiyor.

Yaşama geçirilmek istenen uygulama, çözüm üretmek bir yana, eğitim-hizmet ve araştırma dengesini oluşturmuş birimlerde, bu yapıyı bozarak, olumsuz etkilere yol açacağını göstermektedir. Çok sayıda öğretim üyesinin görev yaptıkları tıp fakültelerinden ayrılmasının doğrudan sonucu, bazı bölümlerde tıpta uzmanlık eğitimi, ileri tedavi uygulamaları ve bilimsel çalışmalar açısından ciddi aksamaların ortaya çıkması olacaktır.

Öte yandan, öğretim üyesi ihtiyacı bulunan üniversitelerden çok sayıda öğretim üyesi son yıllarda sayıları hızla artan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerine hukuka aykırı bir biçimde klinik şefi ve şef yardımcısı olarak atanmış ve böylece bu öğretim üyeleri temel tıp eğitiminden çıkartılarak tıpta uzmanlık ve sağlık hizmeti ile sınırlı bir alanda görevlendirilmiş tir. Üstelik Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim sorumlusu ihtiyacı hastane bünyesinde görev yapan uzman hekimlerden mesleki ve bilimsel bir değerlendirme yöntemi ile sağlanabilecek iken 10 yıldır bundan kaçınılmış, zaten öğretim üyesi sayısı yetersiz olan fakültelerin kadroları iyice boşaltılmıştır.

Söz konusu uygulamayla, görevlendirilecek öğretim üyelerinin eğitim, araştırma ve hasta bakımına yönelik çalışmalarının kesintiye uğrayacağı, döner sermaye ödemeleri gibi alanlarda özlük hak kayıplarının olacağı da açık olarak görülmektedir. Bu tür kayıpların giderilmesine yönelik, hiçbir tedbir alınmamıştır. Ayrıca, görevlendirmeler için hangi ölçütlerin kullanılacağına açık olmaması, bu tür görevlendirmelerin uzun süreli olarak planlandığının, yönetim tarafından kişilerin isteginden bağımsız olarak uygulamaya konulacağına anlaşılması, üniversitelerde öğretim üyelerine yönelik örtülü bir tehdit de içeren, özgürlükleri sınırlayıcı bir ortamın oluşmasına neden olabilecektir.

Türk Tabipleri Birliği-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK) olarak, Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Yürütme Kurulu'nun almış olduğu karara, yukarıda belirttiğimiz gerekçeler doğrultusunda karşı olduğumuzu bildiriyor, söz konusu kararın uygulamaya geçilmeden geri alınmasını talep ediyoruz.

5 Mart 2009, Perşembe günü, Ankara, İstanbul ve İzmir'de ilgili illerin tabip odalarıca (Ankara Tabip Odası, İstanbul Tabip Odası ve İzmir Tabip Odası); TTB Merkez Konseyi, TTB-UDEK, uzmanlık dernekleri ve tıp fakülteleri dekanlıklarının davet edileceği basın toplantıları yapılacaktır. Aşağıda, yer ve saatle ilgili bilgilerin verildiği basın toplantılarına sizin ya da derneğiniz Yönetim Kurulu'nu temsilen bir üyenin katılımı, yanımızda olmanız, taleplerimizi dile getirme de bizi daha güçlü kılacaktır.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Raşit Tükel
TTB-UDEK Başkanı

AFETLERDE PSİKOSOSYAL HİZMETLER BİRLİĞİ (APHB) İŞLEYİŞ YÖNERGESİ

Amaç

Madde 1. Bu yönerge, 16.08.2006 tarihinde imzalanan Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği İşbirliği Protokolü ile ana hatları belirlenmiş olan birliğin uygulamalarını ülke genelinde standart ve belirgin hale getirmek amacıyla hazırlanmıştır.

Kapsam

Madde 2. Bu yönerge Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği üyesi tüm dernekler ve bu derneklerin yerel birimlerini kapsamaktadır.

Dayanak

Madde 3. Bu yönerge 16.08.2006 tarihli Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği İşbirliği protokolüne dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4. Bu metinde geçen terimlerden ;

“Afet” Deprem, yangın, sel, kuraklık ve benzeri doğa olayları ile; terör, mülteci ve sığınmacı akınları, çatışmalar, savaşlar, kazalar, salgın hastalıklar gibi doğal olmayan, olağanüstü durumları

“Acil Durum” Afet ölçeğine ulaşmayan ancak insan hayatı, refahı, mülk ve çevre açısından doğrudan tehdit oluşturan her tür durumu

“APHB” 16.08.2006 tarihinde imzalanmış olan Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği İşbirliği Protokolüne taraf olan sivil toplum kuruluşlarının oluşturduğu birliği

“Protokol” 16.08.2006 tarihinde imzalanan Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği İşbirliği protokolünü

“Üye Dernekler” APHB protokolüne taraf dernekleri

“Yerel Birimler” APHB üyesi derneklerin illerde/bölgelerde yerleşik birimlerini (şube, temsilcilik vb.)

“Genel Sekreteryası” APHB çalışmalarının ulusal ve uluslararası çapta düzenlenmesinden ve eşgüdümünden sorumlu organı

“Yürütme Kurulu” APHB'nin ulusal ve uluslararası çalışmalarına karar veren, planlayan, yürütülmesini sağlayan ve Genel Merkez Temsilcilerinden oluşan kurulu

“Genel Merkez Temsilcisi (Yürütme Kurulu Temsilcisi)” Üye Derneklerden her birinin Genel Merkez Yürütme Kurulunda temsil edilmesini sağlayacak kişileri

“Bölge Sekreteryası” APHB'nin bölgesel organizasyonu ve koordinasyonundan sorumlu olan organı

“Bölge Komitesi” APHB'nin bölgesel çalışmalarına karar veren, planlayan, yürütülmesini sağlayan ve bölge temsilcilerinden oluşan komiteyi

“Bölge Temsilcisi” Üye dernekler tarafından APHB Bölge Komitesinde temsilen görevlendirilmiş dernek üyelerini

“İl Temsilcisi” Üye dernekler tarafından il düzeyinde temsilen görevlendirilmiş dernek üyelerini ifade etmektedir.

Genel Esaslar

Madde 5. APHB çalışmalarında genel esaslar şunlardır:

- Genel Sekreteryası üye Derneklerden herhangi biri tarafından üstlenilir. Bu derneğin hangisi olacağına Yürütme Kurulu tarafından karar verilir.
- APHB bölge komitelerinin nerelerde kurulacağına ve bölgesel sekreteryanın hangi dernek tarafından yürütüleceğine Yürütme Kurulu karar verir. Bölge komitelerinin buldukları iller ve bölgesel sekreteryayı yürüten dernekler gerektiğinde yürütme kurulu tarafından değiştirilebilir. Yürütme Kurulu kararı ile değiştirilene kadar bölgesel komiteler, sorumlu oldukları iller ve bölgesel sekreteryayı yürütecek dernekler Ek 1'deki şekliyle kabul edilmiştir.
- Zarar azaltma ve hazırlık konusundaki çalışmalar Yürütme Kurulu tarafından belirlenir ve uygulanır. Gerektiğinde Bölge Komitesi, Yürütme Kurulu tarafından harekete geçirilir. Söz konusu çalışmalar eğitimler, kamu/kurum kuruluşları ve toplum nezdinde APHB tanıtımı, gönüllü organizasyonu ve benzeri çalışmalardır.
- Üye Dernekler Genel Merkez (Yürütme Kurulu), Bölge ve İl Temsilcilerinde değişiklik olduğunda değişen temsilciye ait tüm iletişim bilgilerini zorunlu olarak Genel/Bölge Sekreteryaya resmi olarak yazılı şekilde bildirmek zorundadır.
- Üye Derneklerin afet/acil durumlara ilişkin yapacağı her türlü çalışma, organizasyon ve yayında; tanıtım, duyuru ve görünürliğünün artırılması amacıyla, APHB isminin belirtilmesi esastır. Üye dernekler yürüttükleri çalışmalarını, diğer üye derneklerle paylaşılmak üzere Genel Sekreteryaya gönderebilirler.
- Üye derneklerin ulusal ve yerel afet/acil durum müdahale planları kendileri tarafından oluşturulur, güncellenir ve Genel Merkez (Yürütme Kurulu) Temsilcileri tarafından Genel Sekreteryaya bildirilir.
- APHB afet/acil durum müdahaleleri Ek 2' de bulunan afet/acil durum işleyiş şemasına göre yürütülür.
- Afet/acil durumlarda haberi alan genel merkez/il-bölge temsilcileri, durumu Genel/Bölge Sekreteryaya bildirir. Haberin ilgili diğer temsilcilere, Yürütme Kuruluna ve/veya Bölge Komitesine iletilmesi ve bilgi akışı Genel/Bölge Sekreteryası tarafından sağlanır. Durum tespiti için öncelikle bölge komitelerinin olanakları kullanılır.
- Afet/acil durumlarda bölge komitesinin müdahale kapasitesinin yetersiz kaldığı durumlarda; Yürütme Kurulu müdahaleye destek verir.
- Bölge komitesi bulunmayan yerlerde meydana gelen afet/kriz durumlarında, APHB adına müdahale edilip edilmeyeceğine ve müdahalenin esaslarına Yürütme Kurulu tarafından karar verilir.
- Bölge Komitelerinin tüm çalışmalarında Yürütme Kurulu ile eşgüdüm

sağlamaları ve yapılan tüm etkinlikler ile ilgili Genel Sekreteryayı bilgilendirmeleri esastır.

- l. Afet/acil durumlarda APHB tarafından yerel, bölgesel ya da genel psikososyal müdahale gerçekleştirildiği durumlarda izleme ve değerlendirme çalışmaları organize edilmesi esastır.
- m. Afet/acil durumlarda, müdahale sırasında üye dernekler yetkin oldukları ve istedikleri psikososyal müdahale ve izleme-değerlendirme tekniğini kullanabilirler. Müdahale planı ve üye derneklerin görev dağılımı Yürütme Kurulu ve Bölge Komitesi toplantılarında kararlaştırılır.

Genel Etik İlkeler

Madde 6. APHB adına psikososyal hizmet uygulayıcısı her profesyonel kendi mesleki etik sorumlulukları yanında bu ilkelerden de sorumludur. APHB çalışmalarında genel etik ilkeler şunlardır:

- a. Afet/acil durum sırasında ve sonrasında yürütülen hiçbir çalışma, etkilenen insanların acısını hafifletmek, insan yaşamını ve sağlığını korumak amacının dışına çıkamaz. Yapılacak yardımların bu temel amaç çerçevesinde ve aşağıdaki ilkeler doğrultusunda sürdürülmesi görevli, profesyonel ya da gönüllü her psikososyal hizmet uygulamacısının etik ve vicdani sorumluluğudur.
- b. Yardım çalışmalarında insan haklarına aykırı ve insan onurunu zedeleyici davranışlarda bulunulamaz.
- c. Hizmet verilen kişilerin özel yaşamları ile ilgili bilgilerin gizliliği korunur.
- d. Hizmet verilen ülke ya da bölgeye özgü kültür ve geleneklere saygılı olunur.
- e. Yardım edilen insanlara yaş, kimlik, cinsiyet, cinsel kimlik, cinsel tercih, etnik köken, din, dil, mezhep, engellilik durumu, siyasi görüş gibi farklılıklar temelinde ayırım uygulanamaz.
- f. Etkilenenlere yararlı girişimde bulunma yanında zarar verebilecek girişimlerden kaçınılır.
- g. Bilgi ve deneyimin yardım verilen insanların yararına kullanılmasına büyük özen gösterilir.
- h. Yardım çalışmaları hizmet verilen kişi ya da kurumların gereksinimlerine uygun ve gelişimlerini destekleyecek şekilde hazırlanır ve tüm çalışmalar hizmet verilenlerin en yüksek yararını gözeterek yürütülür.
- i. Etkilenenlere verilecek yardımın kişinin öznel durumuna uygun olmasına özen gösterilir. Kişi hazır olmadan müdahalede bulunulmaz. Afet/acil durumun dönemlerine göre uygun müdahale yöntemleri belirlenir ve uygulanır.
- j. Yürütülen hizmetler aşamalandırılır, sonlandırma zamanı özenle seçilir ve alandan çekilme süreci zamana yayılır.
- k. Hizmetlerin sürdürülebilir olmasına ve olağan döneme geçişe olanak sağlayan düzenlemeler içermesine dikkat edilir. Bu bağlamda ruhsal travma yaşayan kadınlar, çocuklar, engelliler gibi risk gruplarına yönelik destek çalışmaları, bu gruplara hizmeti sürdürecektir resmi

kurumlar ya da sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içerisinde yürütülür.

- l. Hizmet verilen kişilere bu hizmetin koşulları, akışı, bitişi ve izlenmesi hakkında doğru bilgiler verilir.
- m. Hizmetler etkilenenlerin güç kazanmalarına ve iyileşmelerine odaklanmalıdır.
- n. Etkilenenlere verilen her tür bilginin nesnel ve kolaylıkla anlaşılır olmasına özen gösterilir.
- o. Reklam amaçlı açıklamalardan ya da öyle anlaşılacak tanıtımlardan kaçınılır.
- p. İzleme ve değerlendirmesi yapılmayacak müdahale yöntemleri uygulanmaz.
- q. Yardım uygulamalarında; kişi ya da grupların gereksinimleri ve gereksinim düzeyleri doğru olarak belirlenmeli ve kaynakların gerçek ve öncelikli gereksinim sahiplerine ulaştırılmasına dikkat edilmelidir.
- r. Hizmetlerde öncelik gereksinim aciliyeti ve başvuru sırasına göre belirlenir.
- s. Sosyal yardım uygulamalarında, gereksinim sahiplerinin en kısa sürede kendi olanakları ile gereksinimlerini karşılayabilecekleri hale gelebilecekleri bir hizmet anlayışı içinde bulunulur.
- t. Afet/acil durumlar sonrasında yapılan aynı ve nakdi sosyal yardımların profesyonel meslek elemanları aracılığıyla dağıtılmasına dikkat edilir.
- u. Tüm hizmetler ,gerçekleşmeyecek vaatlerde bulunmadan, gerçekçi bir zeminde yürütmeli, çatışmalarda yapıcı olmaya özen gösterilmelidir.
- v. Etkilenenlerin yardım gereksinimini belirlemek amacıyla yapılan değerlendirmelerde, iyileştirme sürecinin ilk adımı olarak psikososyal ilk yardımın temel öğeleri uygulamaya konulur.

APHB Profesyonellerine Yönelik Etik İlkeler

Madde 7. APHB üyesi derneklere üye profesyonellere yönelik etik ilkeler şunlardır:

- a. Profesyoneller üstlendikleri görevleri yetkinlik/yeterlikleri çerçevesinde sürdürmeye özen göstermelidir.
- b. Profesyoneller, bilgi ve uygulamalarını, hizmet verdiği kişi ve/veya kuruma en yüksek yararı getirecek şekilde planlamalı ve zararlı olabilecek durumlardan kaçınmalıdır.
- c. Profesyoneller, hizmet sunduğu kişi ve/ya da kurumlara ve içinde yaşadığı topluma karşı mesleki ve bilimsel sorumluluklarının, mesleki uygulamalarının nitelik ve sonuçlarından sorumlu olduğunun bilincinde; aynı zamanda başkaları tarafından bir bilim dalının temsilcisi olarak algılandığının da farkında olmalıdır.
- d. Profesyoneller, bilimsel, eğitsel ya da uygulamalı çalışmalarında mesleğinin etik kuralları doğrultusunda doğruluk, dürüstlük ve tarafsızlık ilkelerine uygun davranmak zorundadır.
- e. Profesyoneller verdikleri sözleri tutmalı, gerçekleştiremeyeceği be-

lirsiz vaatlerde bulunmamalıdır.

- f. Profesyoneller çalıştıkları tüm kişi ve kurumlara karşı saygılı davranmalı, tüm çalışma alanlarında kendi rolünü olabildiğince açık tanımlamalıdır.
- g. Profesyoneller, gönüllülerin manevi bir amaç uğruna çalışmalara katıldıklarını göz önünde tutmalı, olanaklar ölçüsünde en iyi şekilde çalışmalarını sağlayacak bir işbirliği koşulu sağlamalıdır. Çalışmalarda gönüllülerin yeteneklerine ve becerilerine uygun olarak görevlendirilmesini sağlamaya çalışmalıdır.
- h. Profesyoneller, bir birimin çalışanı ya da yöneticisi oldukları durumlarda, bağlı oldukları birimlerin yanı sıra tüm birimler tarafından da gönüllülerin çalışmalarını özendirerek ve tükenmelerini önleyecek önlemler almaya ve eşit koşullarda çalışmalarını sağlamaya çaba göstermelidir.

Bilimsel Çalışmalara Yönelik Etik İlkeler

Madde 8. Afetler/acil durumlar sonrasında yürütülecek bilimsel çalışmalarda uyulması gereken etik ilkeler şunlardır:

- a. Yalnızca merak ya da bilimsel yayın kaygısı ile hareket edilmez.
- b. Katılımcılara çalışmanın amacı anlaşılır bir dille açıklanır.
- c. Çalışmalara katılım kesinlikle zorunlu olamaz.
- d. Etkilenenlere sağlanan gıda, barınak, giyim gibi somut yardımlar ve psikososyal destek hizmetleri, bilimsel çalışmalara katılımla eşleştirilemez. Katılımcılara, sağlanacak her tür yardımın bilimsel araştırmaya katılımla bağlantılı olmadığı açıkça anlatılmalıdır.
- e. Araştırmanın desenine uygun olduğu sürece (etkililik vb. bir araştırma değilse) veriler yardım ya da psikolojik hizmet verildikten sonra toplanır, öncelik hizmet sağlamaya verilir.
- f. Çalışmalar/Araştırmalar, gereksinimi olan katılımcıların psikososyal destek sistemlerine ve gereken durumlarda ileri tedavi hizmetlerine yönlendirebilecek bir sistem içinde yapılandırılır.
- g. Çalışmanın sonucunda elde edilecek bilgilerin nerede ve nasıl kullanılacağı, sonuçların katılımcılara verilip verilmeyeceği, bireysel düzeyde değerlendirme yapılıp yapılmayacağı katılımcılara anlaşılır bir dille açıklanır.
- h. Çalışmanın verileri, eğitimi uygun kişiler tarafından toplanmalıdır.
- i. Katılımcıların kimlik, kişisel, özel bilgilerinde gizlilik kuralına uyulur.
- j. Çalışma sonucunda elde edilen bilgiler, çalışmanın başında konulan hedefe uygun olarak, çalışmanın yürütüldüğü mevcut etkilenen grup ya da gelecekteki olası etkilenecek olanların yararına kullanılır.

Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği İç Örgütlenmesi (Ek 3)

Genel Sekreteryaya

Madde 9. APHB Genel Sekreteriyasının görevleri şunlardır:

- a. Üye Derneklerin Genel Merkezleri arasında iletişim ve haberleşme sağlamak
- b. APHB çalışmalarının geneline ilişkin yazışmaları ve raporlamaları yapmak

- c. Afet/acil durum haberlerini takip etmek, haberleri Yürütme Kuruluna ve ilgili Bölge Komitesine bildirmek, Yürütme Kurulunu göreve çağırmak
- d. Afet/acil durumlarda resmi makamlarla iletişimi sağlamak
- e. Afet/acil durumlarda görevlendirilecek temsilcilerin resmi izinlerini almak
- f. Yürütme Kurulu toplantılarının gündemini hazırlamak, toplantıları organize etmek, düzenlemek ve raporlamak
- g. Her türlü APHB çalışmasına ilişkin plan, tasarı, gündem, rapor ve dokümanları Genel Merkez (Yürütme Kurulu) Temsilcilerine iletmek

Yürütme Kurulu

Madde 10. APHB Yürütme Kurulu üye derneklerden en az iki temsilcisinin katılımıyla oluşur. Bu temsilciler Genel Merkez (Yürütme Kurulu) Temsilcileri olarak adlandırılır. Kurulda her derneğin 1 oy hakkı vardır. Kurul olağan dönemde 4 ayda bir toplanır. Afet/acil durumlarda kurulun ne zaman ve ne sıklıkta toplanacağı bu durumdan sonra yapılacak ilk toplantıda belirlenir.

Yürütme Kurulunun Görevleri

Madde 11. Yürütme Kurulunun görevleri şunlardır:

- a. APHB adına yapılacak afet/acil durum hazırlık, zarar azaltma, güçlendirme çalışmalarına karar vermek, bu çalışmaları planlamak ve organize etmek, Bölge Komiteleri tarafından bu kapsamda planlanan çalışmalara ilişkin eşgüdümü sağlamak
- b. APHB tanıtım çalışmalarını planlamak, düzenlemek ve yürütmek,
- c. Yerel Komiteden gelen rapor ve çalışmalarını değerlendirmek, geri bildirimde bulunmak
- d. Afet/acil durum haberi alındığında iletişime geçmek, APHB müdahalesi gerekip gerekmediğine karar vermek, ilgili Bölge Komitesini harekete geçirmek, durum, ihtiyaç ve kapasite değerlendirmesi yapmak
- e. Afet/acil durum müdahalesinde; Bölge Komite kararları ve çalışmalarını izlemek, gerektiğinde yönlendirmek, destek olmak, çalışmalarını değerlendirmek ve geri bildirimde bulunmak
- f. Yerel kapasitenin yetersiz olduğunun bildirildiği afet/acil durumlarda müdahale planı oluşturarak veya Bölge Komitesi tarafından oluşturulmuş plana dahil olarak Bölge Komitesini insan kaynağı, malzeme, mali ve benzeri açılardan desteklemek

Genel Merkez (Yürütme Kurulu) Temsilcisi

Madde 12. Genel Merkez temsilcileri üye derneklerden her birinin Genel Merkez Yürütme Kurulunda temsil edilmesini sağlayacak kişilerden oluşur. Bu temsilciler derneklerin kendileri tarafından 2 asıl 2 yardımcı olarak belirlenir. Genel Merkez Temsilcilerinin görevleri şunlardır:

- a. Yürütme Kurulu toplantıları için gerektiğinde kendi derneğinin diğer üyelerini de harekete geçirebilecek şekilde, 24 saat esasına uygun olarak hazır bulunmak
- b. Yürütme Kurulu toplantılarında üyesi bulunduğu derneği temsilen bulunmak ve çalışmalara aktif katılım sağlamak

- c. Bölge ve İl Temsilcilerinin belirlenmesini sağlamak, temsilci listelerini güncellemek, kontrol etmek ve Genel Sekreteryaya bildirmek
- d. Üyesi olduğu derneğin genel merkezi, bölge ve il temsilcileri ve organları ile APHB arasındaki iletişim ve eşgüdümü sağlamak, APHB çalışmaları hakkında bilgilendirmek, kendi derneğinin iç sistemi içinde AHPB'yi tanıtmak, Yürütme Kurulu kararlarını duyurmak

Bölge Sekreteryası

Madde 13. Bölge Sekreteryanın Yürütme Kurulu tarafından karar verilmiş üye dernek tarafından yürütülür. Bölge Sekreteryanı yürütecek dernek sekreteryanı yürütmekten sorumlu 2 asıl 2 yardımcı üye belirler ve Genel Sekreteryaya bildirir. Bölge Sekreteryanının görevleri şunlardır:

- a. Üye derneklerin bölge ve il temsilcileri ve yerel birimleri arasında iletişim ve haberleşme sağlamak
- b. Genel Sekreteryaya tarafından istenildiğinde; APHB çalışmalarına ilişkin yazışmaları yapmak
- c. Afet/acil durum haberlerini takip etmek, haberleri yerel temsilcilere ve Genel Sekreteryaya bildirmek, Bölge Komitesini göreve çağırmak
- d. Afet/acil durumlarda durum ve ihtiyaç tespiti yapmak ve bu tespiti Genel Sekreteryaya bildirmek
- e. Bölge Komitesi toplantılarının gündemini hazırlamak, toplantıları organize etmek, düzenlemek ve Genel Sekreteryaya raporlamak
- f. Her türlü APHB çalışmasına ilişkin plan, tasarı, gündem, rapor ve dokümanları yerel temsilcilere ve gerektiğinde Genel Sekreteryaya iletmek
- g. Yürütme Kurulunun karar verdiği durumlarda APHB çalışmaları kapsamında, panel, sempozyum, çalıştay vb toplantılar düzenlemek
- h. Yerelde APHB'nin tanıtım çalışmalarını yapmak, birliğin yerel mülki makamlar ile iletişimini sağlamak
- i. Bölge/İl düzeyinde APHB müdahalelerini izlemek, raporlamak
- j. Yürütme Kurulu veya Bölge Komitesi tarafından verilecek diğer görevleri yürütmek

Bölge Komitesi

Madde 14. Bölge Komiteleri üye derneklerin her birinden en az bir bölge temsilcisinin katılımıyla oluşur. Komitede her üyenin 1 oy hakkı vardır. Bölgesel komiteler 4 ayda bir toplanır. Afet/acil durumlarda komitenin ne zaman ve ne sıklıkta toplanacağı bu durumdan sonra yapılacak ilk toplantıda belirlenir.

Bölge Komitesinin Görevleri

Madde 15. Bölge Komitesinin görevleri şunlardır:

- a. APHB'nin yerel afet/acil durum hazırlık, zarar azaltma, güçlendirme çalışmalarına karar vermek bu çalışmalarını planlamak ve Yürütme Kurulu onayına sunmak, çalışmaların sonuçlarının Genel Sekreteryaya bildirmek

- b. APHB'nin yerelde tanıtım çalışmalarını planlamak, organize etmek, yürütmek ve Genel Sekreteryaya raporlamak
- c. Afet/acil durum haberi alındığında; durum, ihtiyaç ve kapasite değerlendirmesi yapmak, APHB müdahalesi gerekip gerekmediğine karar vermek, durumu Genel Sekreteryaya bildirmek
- d. Afet/acil durumlarda yerel APHB müdahalesi yapılacak ise müdahalenin detaylarına karar vermek ve çalışmaları yürütmek
- e. APHB yerel kapasitesinin yetersiz kaldığı Afet/acil durumlarda, durumu Genel Sekreteryaya bildirmek
- f. Yürütme Kurulu tarafından verilecek diğer görevleri yürütmek

Bölge Temsilcileri

Madde 16. Bölge Temsilcileri üye derneklerden her birinin Bölge Komitesinde temsil edilmesini sağlayacak kişilerden oluşur. Bu temsilciler derneklerin kendileri tarafından 2 asıl 2 yardımcı olarak belirlenir. Bölge temsilcilerinin görevleri şunlardır:

- a. Bölge Komitesi toplantıları için, gerektiğinde kendi derneğinin ilde/bölgede bulunan diğer üyelerini de harekete geçirebilecek şekilde, 24 saat esasına uygun olarak hazır bulunmak
- b. Bölge Komite toplantılarında üyesi bulunduğu derneği temsilen bulunmak ve çalışmalara aktif katılım sağlamak
- c. Üyesi olduğu derneğin yerel birimi ile APHB arasındaki iletişim ve koordinasyonu sağlamak
- d. Üyesi olduğu derneğin il/bölgede bulunan birimlerini ve üyelerini APHB hakkında bilgilendirmek, Yerel Komite kararlarını duyurmak
- e. Bölge Komitesi tarafından verilecek diğer görevleri yapmak

İl Temsilcileri

Madde 17. İl temsilcileri üye derneklerden her birinin il düzeyinde APHB'de temsilen görevlendirdiği dernek üyeleridir. İl temsilcileri 1 asıl 1 yedek olarak belirlenir. O ilde uygun üyesi bulunmayan dernek için il temsilcisi seçilmez. İl temsilcilerinin görevleri şunlardır:

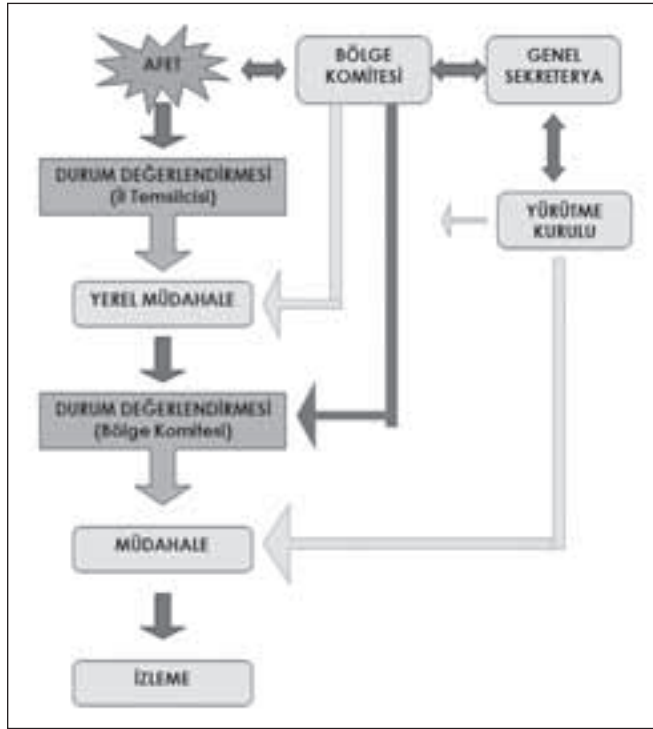
- a. Gerektiğinde kendi derneğinin ilde bulunan diğer üyelerini de harekete geçirebilecek şekilde, 24 saat esasına uygun olarak hazır bulunmak
- b. APHB ile ilgili tüm aktif katılım sağlamak
- c. Üyesi olduğu derneğin ildeki birimi ile APHB arasındaki iletişim ve koordinasyonu sağlamak, APHB hakkında bilgilendirmek, Bölge Komitesi kararlarını duyurmak
- d. Bölge Komitesi tarafından verilecek diğer görevleri yapmak

Madde 18. Bu yönerge APHB Yürütme Kurulu tarafından kabul edildiği tarihten itibaren yürürlüğe girer.

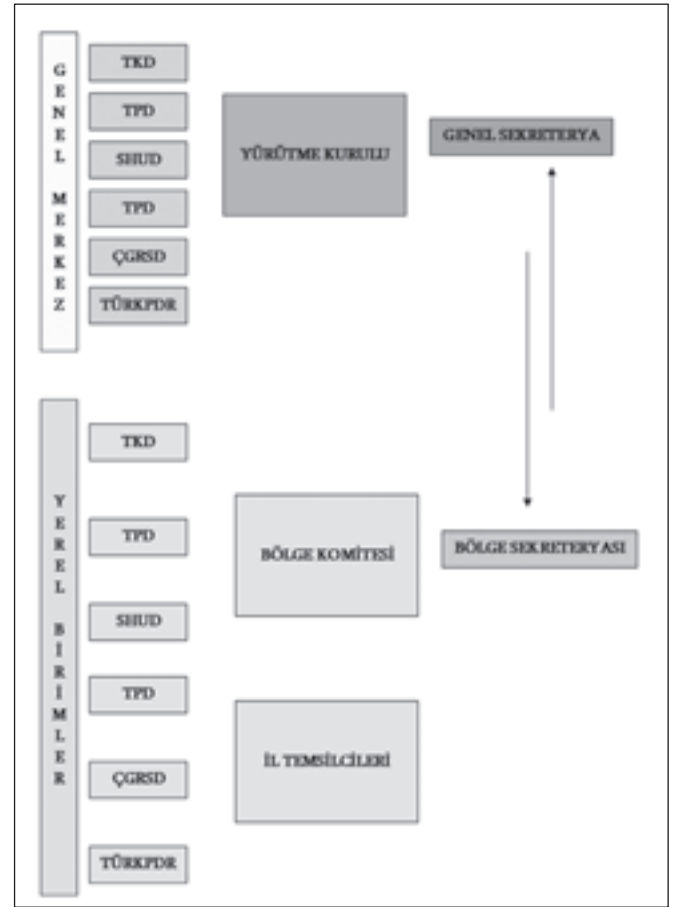
EK 1

| BÖLGE KOMİTELERİ | | | | | | | |
|------------------|-------------|--|----------------|--|--|----------------------------|--|
| BÖLGE | BAĞLI İLLER | YEREL SEKRETERYA | BÖLGE | BAĞLI İLLER | YEREL SEKRETERYA | | |
| 1. İstanbul | Edirne | TÜRK KIZILAYI | 9. Konya | Kayseri | SOSYAL HİZMET UZMANLARI DERNEĞİ | | |
| | Kırklareli | | | Nevşehir | | | |
| | Tekirdağ | | | Aksaray | | | |
| 2. Bursa | Çanakkale | TÜRK PSİKOLOGLAR DERNEĞİ | 10. Adana | Karaman | TÜRK KIZILAYI | | |
| | Balıkesir | | | Niğde | | | |
| | Bilecik | | | İçel | | | |
| | Yalova | | | Osmaniye | | | |
| 3. İzmir | Manisa | TÜRK KIZILAYI | | Kahramanmaraş | | TÜRK KIZILAYI | |
| | Uşak | | | Gaziantep | | | |
| | Kütahya | | Kilis | | | | |
| | Aydın | | Hatay | | | | |
| | Muğla | | 11. Erzurum | Erzincan | TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ | | |
| | Denizli | | | Gümüşhane | | | |
| 4. Antalya | Burdur | SOSYAL HİZMET UZMANLARI DERNEĞİ | Ardahan | TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ | | | |
| | Isparta | | İğdir | | | | |
| | Afyon | | Kars | | | | |
| 5. Kocaeli | Düzce | ÇOCUK ve GENÇLİK RUH SAĞLIĞI DERNEĞİ | Bayburt | | | TÜRKİYE PSİKİYATRİ DERNEĞİ | |
| | Sakarya | | Ağrı | | | | |
| | Bolu | | Sivas | | | | |
| | Zonguldak | | 12. Van | | Hakkari | | TÜRK PSİKOLOJİK DANIŞMA ve REHBERLİK DERNEĞİ |
| | Bartın | | | | Siirt | | |
| | Karabük | | Muş | | | | |
| 6. Samsun | Amasya | TÜRK PSİKOLOJİK DANIŞMA ve REHBERLİK DERNEĞİ | Bitlis | TÜRK PSİKOLOJİK DANIŞMA ve REHBERLİK DERNEĞİ | | | |
| | Tokat | | Şırnak | | | | |
| | Çorum | | 13. Diyarbakır | | Şanlıurfa | | |
| | Sinop | | | | Adıyaman | | |
| | Kastamonu | | | | Mardin | | |
| 7. Ankara | Çankırı | TÜRK PSİKOLOGLAR DERNEĞİ | Malatya | | TÜRK PSİKOLOJİK DANIŞMA ve REHBERLİK DERNEĞİ | | |
| | Yozgat | | Elazığ | | | | |
| | Eskişehir | | Batman | | | | |
| | Kırıkkale | | Tunceli | | | | |
| | Kırşehir | | Bingöl | | | | |
| 8. Trabzon | Ordu | SOSYAL HİZMET UZMANLARI DERNEĞİ | | | | | |
| | Giresun | | | | | | |
| | Rize | | | | | | |
| | Artvin | | | | | | |

EK 2
AFETLERDE PSİKOSOSYAL HİZMETLER BİRLİĞİ
AFET/ACİL DURUM İŞLEYİŞ ŞEMASI



EK 3
AFETLERDE PSİKOSOSYAL HİZMETLER BİRLİĞİ
İÇ ÖRGÜTLENME ŞEMASI



Prof. Dr. ESAT OĞUZ GÖKTEPE (1942- 2009)

1942 yılında Söke'de doğan Prof. Dr. Göktepe, ilkokulu Söke'de, ortaokul ve liseyi İzmir Özel Türk Koleji'nde okudu. 1965'te İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra Britanya'ya giderek 1966-1975 yılları arasında Londra ve çevresinde çeşitli hastanelerde çalıştı.



1971 yılında "Diploma in Psychological Medicine" ile uzman hekim ünvanını aldı. 1974 yılında yeni kurulan İngiliz Kraliyet Psikiyatristler Koleji üyeliğine kabul edildi. Britanya'da hazırladığı psikocerrahi konulu tezi 1976'da Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü'nce uzmanlık tezi olarak kabul edildi ve nöropsikiyatri uzmanı oldu. 1976-1982 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda uzman hekim olarak çalıştı. 1982'de yardımcı doçent olarak atandığı Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1986 yılına kadar anabilim dalı başkanlığı yaptı. 1983'te doçent, 1989'da profesör ünvanlarını aldı.

Haziran 1986'da atandığı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, emekli olduğu 2009 yılına kadar Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı olarak görevini sürdürdü. Ulusal ve uluslararası alanda çok sayıda bilimsel makaleye imza atmış olan Prof. Göktepe'nin psikocerrahi alanında yaptığı çalışmalar dünya çapında ilgi uyandırmış ve çok sayıda atıf yapılmıştır.

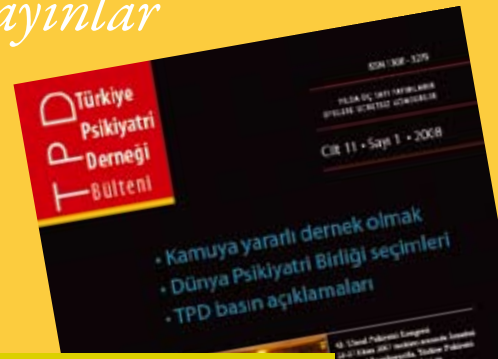
9 Mart 2009 tarihinde geçirdiği kalp krizi sonucu hayatını kaybeden Prof. Göktepe evli ve dört çocuk babası idi.

İBRAHİM HAKKI ŞAHİNLER (10.03.1966 -14.03.2009)

1991 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1993 yılında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde psikiyatri ihtisasına başladı. Karadenizli mizacı, zor durumlarda mücadeleliliği, hastalarına ilgisini kaybetmeden tedavilerini sürdürmesine de yansıyor. 1995-1996 yıllarında İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Programı'nda eğitim gördü. Uzmanlık tezini depresyon ve depresif hastaların ailelerindeki morbidite ile ilgili seçmesi kayda değerdi. Nitekim kendi kaygı ve sıkıntılara çözümü de, kendine özgü bir mücadelelilik ve üslupla buluyordu. Her zaman elinde bir yapılacaklar listesi olurdu. Yapılanlar işaretlenir, yapılamayanlar yeni bir listeye aktarırdı.



1997 yılında psikiyatri ihtisasını bitirdikten sonra tayin olduğu Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde psikiyatri polikliniğinin kurulmasına öncülük etti. Tıpkı okuduğu Trabzon'un Bengisu Köyü'ndeki Kisarna İlkokulu'nun sobasını yakmak için erkenden okula giderek hazırlık yaptığı gibi. Doğaya düşkünlüğü, evinin bahçesindeki bitkilerin Karadeniz'in koyu yeşil rengini taşımasından belli oluyordu. Son olarak Şişli Etfal Hastanesi'ne bağlı Gazi Mahallesi Nevzat Ayaz Semt Polikliniği'nde çalışmaktaydı. Bir 14 Mart günü sabahında kalp krizi sonucu onu kaybettik. Ruhu şad olsun. Sevenlerinin başı sağ olsun.



TOPLANTI VE DUYURULAR

- **01-04 Nisan 2009**, WPA “Treatments in Psychiatry : A New Update” Floransa, İtalya.
www.wpa2009Florence.org
- **15-18 Nisan 2009**, Türkiye Psikiyatri Derneği Yıllık Toplantısı, 13. Bahar Sempozyumu, Antalya.
www.baharsempozyumu2009.org
- **17-18 Nisan 2009**, The Eighth Annual Pharmacogenetics in Psychiatry Meeting, The New York Marriott Downtown, 85 West Street, New York, NY 10006.
www.pharmacogeneticsinpsychiatry.com
- **18-22 Nisan 2009**, 8. Ulusal Sinirbilimleri Kongresi, “Deneyden Kliniğe”, İzzet Baysal Kültür Merkezi, Bolu.
www.sinirbilim2009.ibu.edu.tr
- **23-26 Nisan 2009**, 7. Ulusal Geropsikiyatri Sempozyumu, Klasis Resort Hotel, İstanbul.
www.geropsikiyatri2009.org
- **25-27 Nisan 2009**, Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologium (CINP), “Thematic Meeting on Major Psychoses and Substance Abuse”, Edinburgh, İskoçya.
- **16-21 Mayıs 2009**, APA Annual Meeting 2009, “Shaping Our Future: Science and Service”, San Francisco, California, A.B.D.
www.psych.org
- **21 Mayıs 2009**, “Uygulamalı ‘Temel Görüşme’ Tekniği” Semineri, Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Merkezi, Buca, İzmir.
www.halimeodagvakfi.com
- **22-24 Mayıs 2009**, IV. Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumu, İzmir.
www.savasir.net
- **27-28 Mayıs 2009**, the 2nd International Anxiety Disorders Symposium, Amsterdam.
www.adsymposia.org
- **27-31 Mayıs 2009**, IV Macedonian Psychiatric Congress and International Meeting, Ohrid, Makedonya.
www.mpaohrid2009.com.mk
- **02-06 Haziran 2009**, 7. Ulusal Biyolojik Psikiyatri Kongresi, Trakya Üniversitesi Balkan Kongre Merkezi, Edirne.
www.biyolojikpsikiyatri2009.org
- **15-19 Haziran 2009**, “16th ISPA Congress Differentiation Integration and Development”, Kopenhag, Danimarka.
www.ISPS2009.ics.dk
- **16-20 Haziran 2009**, WPA “II Thematic Conference on Legal and Forensic Psychiatry”, Madrid, İspanya.
www.worldpsychiatricassociation.org
- **17-20 Haziran 2009**, 18. Anadolu Psikiyatri Günleri, “Psikiyatri’de Uzaktakiler”, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Afyon.
www.apg2009.org
- **31 Ağustos-4 Eylül 2009**, 10. Psikiyatri Güz Okulu, Psikiyatride Vaka Formülasyonu ve Sınıflandırma Sistemleri: İnönü Üniversitesi ve Osmangazi Üniversitesi Psikiyatri AD işbirliğiyle, Eskişehir.
İletişim: burha65@yahoo.com, ck26040@yahoo.com
- **01-04 Eylül 2009**, WPA International Congress, “Treatments in Psychiatry: A New Update”, Floransa, İtalya.
www.wpa2009florence.org
- **02-06 Eylül 2009**, “World Federation of Mental Health World Congress”, Atina, Yunanistan.
www.worldpsychiatricassociation.org
- **12 -16 Eylül 2009**, 22nd ECNP Congress, İstanbul.
www.ecnp.eu
- **23-25 Eylül 2009**, Second European Conference on Schizophrenia Research (ECSR)” Düsseldorf, Almanya.
www.kompetenetz-schizophrenia.de
- **23-27 Eylül 2009**, “Annual Meeting of the International Society of Addiction Medicine (ISAM)”, Calgary, Kanada.
www.isamweb.org
- **24-26 Eylül 2009**, “VII World Congress of Depressive Disorders and International Symposium on Posttraumatic Stress Disorder”, Mendoza, Arjantin.
www.worldpsychiatricassociation.org
- **06-09 Ekim 2009**, “16th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)”, Münih, Almanya.
www.wadp-congress.de
- **20-24 Ekim 2009**, 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi, “Geçmişten Geleceğe Teşhisten Tedaviye...” Sheraton Hotel & Convention Center, Ankara.
www.psikiyatri2009.org
- **6-8 Kasım 2009**, Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği II. Ulusal Kongresi, İstanbul.
www.ktd2009.org
- **12-15 Kasım 2009**, “10th World Congress of the World Association of Psychosocial Rehabilitation”, Bangalore, Hindistan.
www.wapr.info
- **11-13 Aralık 2009**, Uluslararası Ruhsal Travma Toplantıları VI, “Gündelik Hayatın Travmaları”, Armada Otel, İstanbul.
www.ruhsaltravma2009.org