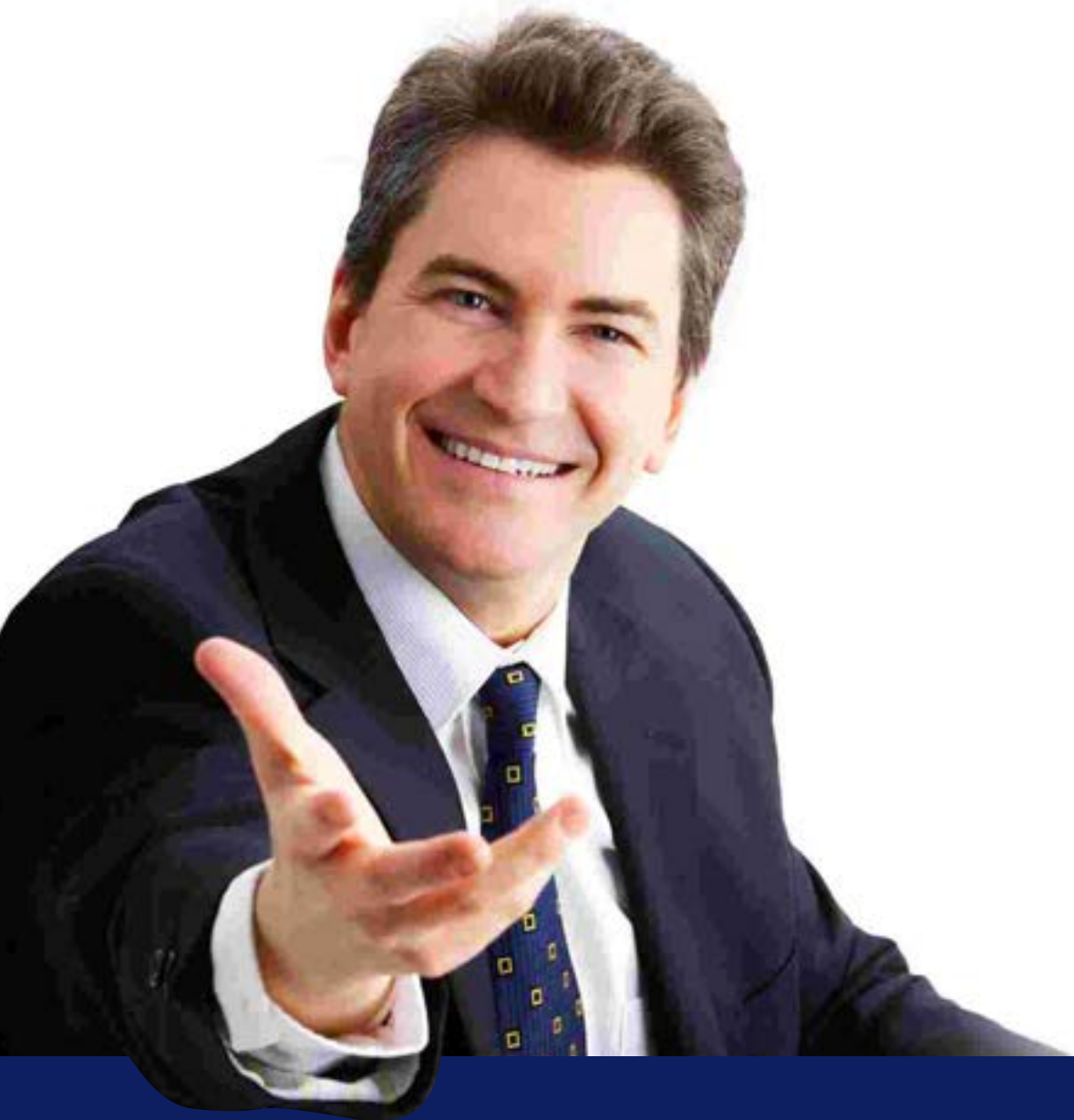


Saçınız kendini gösterebilir...

[HASTANE ORTAMINDA
İLERİ SAÇ EKİM TEKNOLOJİSİ...
BİR GÜNDE.]



MEDİPOL
SAÇ EKİM
MERKEZİ



SD

17

SD

SAĞLIK DÜŞÜNCESİ VE TIP KÜLTÜRÜ DERGİSİ

ARALIK
OCAK
ŞUBAT
2010-2011
12 TL
(KDV DAHİL)

KIŞ

17



PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN DSÖ CEPHESİNDEN ALKOL MÜCADELESİNDE KÜRESEL STRATEJİLER

DR. TOKER ERGÜDER DSÖ TÜTÜN KONTROLÜ ÇERÇEVE SÖZLEŞMESİ VE TÜRKİYE İ MUSTAFA PINARCI UYUŞTURUCU İLE MÜCADELEDE

İZLEMİN ÖNEMİ VE TÜRKİYE UYUŞTURUCU RAPORU İ PROF. DR. CEVDET ERDÖL: UYUŞTURUCUYLA MÜCADELE İÇİN SİGARA BATAKLICI KURUTULMALI

DOÇ. DR. NESRİN DİLBAZ ANKARA AVATEM PENCERESİNDEN TÜRKİYE'NİN BAĞIMLILIK FOTOĞRAFI İ MUHARREM BALCI BAĞIMLILIKLA MÜCADELE VE YEŞİLAY'IN

HUKUK MİSYONU İ BAHATTİN DUMAN ALKOLE İLÜŞKİN HUKUK KURALLARI VE GÜNLÜK TARTIŞMALARA KISA BİR BAKIŞ İ MİNE TUNÇEL TÜRK GİBİ SİGARA İÇMEKTEN

TÜRK GİBİ SİGARA MÜCADELESİNE İ A. SELİM TUNCER YAKILAN HER SİGARANIN ÖNÜNDE ATEŞ, ARKASINDA ÖLÜM VARDIR İ PROF. DR. FAHRİ OVALI MAĞDUR

ANNELEİN MAĞDUR ÇOCUKLARI İ M. PERVİN TUBA DURGUT ABD'DE MADDE SUİSTİMALI VE BAĞIMLILIK İ SEBAHATTİN KUŞ ALKOLLÜ İÇKİ ŞİŞELERİNDE SAĞLIK

UYARILARI İ PROF. DR. İBRAHİM BALCIOĞLU - DR. YASİN YILMAZ PSİKİYATRİDE BAĞIMLILIK İ İLKER KÖSE NASREDDİN HOCA'NIN TÜRRESİ VE "İTERNETTEN

KORUNMA" İ PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ "BAŞÖRTÜLÜ" ALKOLİK İ ZEYNEP ATASOY ALKOL HURAFELERİ İ DR. SEBAHATTİN İŞİK İDEOLOJİMİZİ KADEHE HAPSETMEK

DR. NAZAN YARDIM KRONİK HASTALIKLAR VE SAĞLIK BAKANLIĞI ÇALIŞMALARI İ DR. AHMET MURT TIP EĞİTİMİ: FAKÜLTETE KABUL EDİLME, ÖĞRENCİ SEÇİMİ

DOÇ. DR. ARZU KİHTİR SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN ETKİLİ İLETİŞİM İ PROF. DR. ERTAN TEZCAN HASTALARA KÖTÜ HABER VERMEK İ DR. FETTAH SAMETOĞLU

TÜRKİYE'NİN, SAĞLIK ALANINDA AFGANİSTAN'A YARDIMLARININ DÜNÜ VE BUGÜNÜ İ DOÇ. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK BALTA GİRMEMİŞ ORMANDA UZUN SOLUKLU

BİR KEŞİF: VANDA HEKİM OLMAK İ PROF. DR. İZZET ÖZGENÇ TIBBİ MÜDAHALE DOLAYISIYLA CEZA SORUMLULUĞU: HUKUKA UYGUNLUĞA İLİŞKİN KRİTERLER

ÖMER ÇAKKAL İÇİNDEN TIP GEÇEN FİLMER: KÖSTEBEK İ DR. KADİR DOĞRUEK KARİKATÜR





SAĞLIK DÜŞÜNCESİ VE TIP KÜLTÜRÜ PLATFORMU

www.sdplatform.com



Aslında ihmal fıtk eder!

[BEL FİTİĞİNDA ERKEN TANI,
ERKEN VE UYGUN TEDAVİ
ÖNEMLİDİR...]



MEDİPOL
OMURGA
SAĞLIĞI
MERKEZİ



Biz burada her gün
“sağlık” üzerine
konuşuyoruz.
Tıklayın, siz de katılın!



SD



ARALIK-OCAK-ŞUBAT 2010-2011
KIŞ SAYI 17
ISSN: 1307-2358

TESA
TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE
ARAŞTIRMA VAKFI
ADINA SAHİBİ
Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

YAYIN KURULU
Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Doç. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Dr. Mahmut Tokaç

BÖLÜM EDITÖRLERİ
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. M. Yücel Ağargün
Dr. Mehmet Demir
Prof. Dr. Teoman Durallı
Prof. Dr. Hayrettin Kara
İlker Köse
Prof. Dr. Hakan Leblebicioğlu
Dr. Bülent Özaltay
Prof. Dr. İzzet Özgenç
Doç. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Doç. Dr. Akif Tan
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Taşdemir

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Erol Altun

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy - İstanbul
Tel: 0212 453 48 66

BASKI
Ege Basım Ltd. Şti.
Esatpaşa Mah. Ziyapaşa Cad. No: 4
Ege Plaza Ataşehir / İstanbul
Tel: 0216 472 84 01

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

Yazıların içeriğinden yazarları sorumludur.
Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında,
yayımcının yazılı izni olmaksızın
hiçbir yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Bağlı olmak, bağımlı olmak

İnsanoğlu daha tek bir hücre halindeyken bile, gezinmeye başlar, bağlanacak ve yaşayacak bir yer bulabilmek için. Bu gezinti çok uzun sürmez, kendine uygun kuytu ve sıcak bir köşe bulduğunda gelişmeye başlar; ama büyüdükçe bağlanma ihtiyacı da artar. Gelişmiş bir fetüs, artık göbek bağıyla bağlıdır annesine. Tüm ihtiyaçlarını bu bağ sayesinde karşılar. Günün birinde artık dışarı çıkmak ister ve çıkar çıkmaz da bu bağı kesiliverir. İnsanın en dramatik ayrılığı olduğu söylenir, bu “bağ kopmasının”. Ancak boş durmaz insanoğlu. Avazı çıktığı kadar ağlamaya başlar, yeni geldiği bu dünyada. Belki de bu, yeni bir bağlanma ihtiyacının dışı vurumundan başka bir şey değildir. Nitekim öyle de olur; çevresindekiler hemen onu alır, annesinin kucağına verir ve böylece anne ile bağlantısı, farklı bir şekilde de olsa sürdürülür. Kendi kendine yetebilecek konuma gelinceye kadar, yıllarca sürececek bir bağıllık öyküsüdür bu. Tüm ihtiyaçları, başkası tarafından karşılanmak zorundadır. Hem o hem de çevresi çok iyi bilir ki, bağlantısını kopardığı anda hayatta kalabilmesi mümkün değildir. Çocukluktan çıkıp gençliğe adım attığında bağlanabileceği şeylerin sayısı da artmaya başlar. Annesine ve babasına bağıllığı devam etmekle birlikte, okula da bağlanabilir, spora da bağlanabilir, karşı cinsten bir arkadaşına da bağlanabilir. Biz de ona hep bağlanmanın faziletlerinden bahsederiz. Ailesine bağlı olmasını, okuluna bağlı olmasını, milletine, devletine bağlı olmasını, vefa duygusunu kaybetmemesini öğütleriz, “sürüden kaçanı

kurt kapar” özdeyişini sık sık hatırlatırız. Okuluna bağlı, derslerine bağlı olan çocukları severiz, överiz, destekleriz. Okul biter, iş hayatına atılır. Bu kez işine bağlı olmasını isteriz. Sık sık iş değiştirenlere pek hoş gözle bakmayız. Onu besleyenlere, büyütenlere, destekleyenlere karşı bağlı olmasını, saygı göstermesini isteriz. İşine ve eşine bağlı olanları severiz. Ülkesine bağlı olanları, ülkesi için çalışanları, yararlı işler yapanları severiz. İnançlarına bağlı olanları takdir ederiz. Ve bir gün bu dünyadan göçtüğünde, arkasından ağlayanların sayısına bakıp, “ne kadar da çok bağılısı varmış” deriz. Hayatımız hep bağlanmakla geçer. Bir bağlantı biterken bir diğeri başlar...

Bağlanmak iyi, hoş ve güzel de ya bağımlılık? Bağımlılık, bağlantının patolojik hali, istenmeyen durumu, uç noktası. Anneye bağlı olmak güzel de, anneye bağımlı olmak güzel değil. Özgür olmak güzel de, esir olmak hoş değil. İnsanın eşini sevmesi güzel de, bağımlı olması güzel değil. Yemek yemek güzel de, yemeğe bağımlı olmak istenir değil. Yemek yemek için başkasına bağımlı olmak hiç hoş değil. Yürümek için başkasına bağımlı olmak da hiç güzel değil. Çevreyi algılamak için başka bir şeye bağımlı olmak hiç de arzu edilen bir şey değil. Hayattan zevk almak güzel de, zevke bağımlı olmak, hayatı zevk üzerine inşa etmek güzel değil. Yaşamımız yiyeceklere bağlı ama alkole bağımlı olamayız. Temiz havaya bağlıyız ama sigara bağımlı olamayız. İşimizi bilgisayarda yapabiliriz ama internete bağımlı olamayız. İşimize bağlı olabiliriz ama

koltuk bağımlısı olamayız, olmamalıyız. Hayattaki hedeflerimize bağlı olabiliriz ama ihtiraslarımıza ve sabit fikirlerle bağımlı olamayız, olmamalıyız. Kısacası, bağlı olmak güzel de, bağımlı olmak, hele hele patolojik derecede patolojik şeylere bağımlı olmak hiç de güzel değil. Bağlı olduğunuz kadar, neye bağlı olduğunuz da önemli. Kaderiniz, neye bağlı olduğunuza bağlı.

İçindekiler



8

DSÖ CEPHESİNDEN ALKOL MÜCADELESİNDE
KÜRESEL STRATEJİLER
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

14

DSÖ TÜTÜN KONTROLÜ ÇERÇEVE
SÖZLEŞMESİ VE TÜRKİYE
DR. TOKER ERGÜDER

18

UYUŞTURUCU İLE MÜCADELEDE İZLEMENİN
ÖNEMİ VE TÜRKİYE UYUŞTURUCU RAPORU
MUSTAFA PINARCI

22

PROF. DR. CEVDET ERDÖL:
UYUŞTURUCUYLA MÜCADELE İÇİN
SİGARA BATAKLIĞI KURUTULMALI

26

ANKARA AMATEM PENCERESİNDEN
TÜRKİYE'NİN BAĞIMLILIK FOTOĞRAFI
DOÇ. DR. NESRİN DİLBAZ

30

BAĞIMLILIKLA MÜCADELE VE YEŞİLAY'IN
HUKUK MİSYONU
MUHARREM BALCI

34

ALKOLE İLİŞKİN HUKUK KURALLARI VE
GÜNLÜK TARTIŞMALARA KISA BİR BAKIŞ
BAHATTİN DUMAN

38

TÜRK GİBİ SİGARA İÇMEKTEN TÜRK GİBİ
SİGARA MÜCADELESİNE!
MİNE TUNÇEL



42

YAKILAN HER SİGARANIN ÖNÜNDE ATEŞ,
ARKASINDA ÖLÜM VARDIR
A. SELİM TUNCER

44

MAĞDUR ANNELERİN MAĞDUR ÇOCUKLARI
PROF. DR. FAHRİ OVALI



50

ABD'DE MADDE SUİSTİMALİ VE BAĞIMLILIĞI
M. PERVİN TUBA DURGUT

52

ALKOLLÜ İÇKİ ŞİŞELERİNDE SAĞLIK
UYARILARI
SEBAHATTİN KUŞ

58

PSİKİYATRİDE BAĞIMLILIK
PROF. DR. İBRAHİM BALCIOĞLU
DR. YASİN YILMAZ



62

NASREDDİN HOCANIN TÜRBESİ VE
"İNTERNETTEN KORUNMA"
İLKER KÖSE

66

"BAŞÖRTÜLÜ" ALKOLİK
PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ

68

ALKOL HURAFELERİ
ZEYNEP ATASOY

70

İDEOLOJİMİZİ KADEHE HAPSETMEK
DR. SEBAHATTİN IŞIK



72

KRONİK HASTALIKLAR VE SAĞLIK BAKANLIĞI
ÇALIŞMALARI
DR. NAZAN YARDIM



76

TIP EĞİTİMİ: FAKÜLTEYE KABUL EDİLME,
ÖĞRENCİ SEÇİMİ
DR. AHMET MURT

80

SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN ETKİLİ İLETİŞİM
DOÇ. DR. ARZU KİHTİR



84

HASTALARA KÖTÜ HABER VERMEK
PROF. DR. ERTAN TEZCAN

90

TÜRKİYE'NİN, SAĞLIK ALANINDA
AFGANİSTAN'A YARDIMLARININ DÜNYA VE
BUGÜNÜ
DR. FETTAH SAMETOĞLU

94

BALTA GİRMEMİŞ ORMANDA UZUN SOLUKLU
BİR KEŞİF: VAN'DA HEKİM OLMAK
DOÇ. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK



96

TIBBÎ MÜDAHALE DOLAYISIYLA CEZA
SORUMLULUĞU: HUKUKA UYGUNLUĞA
İLİŞKİN KRİTERLER
PROF. DR. İZZET ÖZGENÇ

102

İÇİNDEN TIP GEÇEN FİMLER: KÖSTEBEK
ÖMER ÇAKKAL

104

KARİKATÜR
DR. KADİR DOĞRUEK

Hazırlayan: Doç. Dr. Mustafa Öztürk



Kahvaltıda badem yemek, diyabet riskini azaltabilir

Nutrition And Metabolism Dergisinde yayımlanan bir araştırmada, sabah kahvaltısında yenilen bademin bozulmuş glukoz toleransı olan bireylerde yemek sonrası kan şekerinin fazla yükselmesini önlediği bildirildi. Araştırmada glukoz tolerans bozukluğu olan 14 bireye, 5 kollu bir çalışmada sırayla değişik diyetlerle kahvaltı yaptırılarak tokluk kan şekeri, insülin, esterefiye olmamış yağ asitleri ve glukagon-like peptid-1 düzeyleri çalışılmış ve iştah durumları sorgulanmış. Gruplarda 75 g glukoz içeren bir kahvaltının yanı sıra, tam badem, katı badem yağı, yağı alınmış badem tozu ya da sıvı badem yağı verilmiş. Sonuçlar bademsiz kahvaltı ile karşılaştırılmış. Tam badem, ikinci öğüne de uzanan şekilde kan şekerini düşürmüş ve gün boyu tokluk hissi sağlamış. Katı ve sıvı badem yağları ise sabah saatlerinde kan şekerinin düşürülmesinde etki etmiş. Tam badem ve sıvı badem yağı, ikinci öğündeki erken insülin yanıtını artırmışlar ve ikinci öğünden sonraki esterifiye olmamış yağ asidi yükselmesini azaltmışlar. GLP-1 konsantrasyonları ise değişmemiş. Araştırmacılar, kahvaltıda badem yenmesinin hem kan şekerinin düşürülmesinde hem de tokluk hissinin artmasındaki etkileri ile prediyabetik hastalarda fayda sağlayabileceğini belirtiyorlar.

Histerektomide overlerin korunması kalp için gerekli

European Heart Journal'da yayımlanan bir araştırmada, 50 yaşından önce yapılan bilateral ooferektominin, kardiyovasküler risk artışına neden olduğu bildirildi. İsveç'te yapılan çalışmada histerektomi yapılmış olan 184 binin üzerindeki kadın hastanın verileri incelenmiş. Kardiyovasküler nedenlerle hastaneye yatış kayıtları ile yapılan çalışmalarda, 50 yaşından önce ooferektomi yapılmış olanlarda hem koroner nedenlerle hem de inme nedeniyle yatışlarda, %40 artış saptanmış. Ooferektomi yapılmadan yalnızca histerektomi yapılan kadınlarda kardiyovasküler olaylara bağlı hastane yatışlarında %15-20 artış saptanmış. Çalışmanın sonuçları, 2009 yılında Nurses Health Study verileri ile yapılan bir çalışmanın sonuçları ile uyum gösteriyor. Söz konusu çalışmada histerektomi ya da histerektomi ve ooferektomi yapılmış 29 bin kadın izlenmiş, hasta grubunun tümünde kardiyovasküler olay riskinde hafif bir artış gözlenmişti. Ancak 50 yaşın altında histerektomi yapılan ve estrogenle tedavi edilmeyenlerde kalp hastalığı ve inme riskinin neredeyse ikiye katlandığı, tüm nedenlere bağlı ölümlerde de %40 artış olduğu saptanmıştı. İki çalışma da, 50 yaşından önce yapılan histerektomi ve ooferektominin risklerine dikkat çekiyor. Histerektominin tek başına ne kadar etkili olduğu belli değil; operasyon sırasında overlerin kanlanması bozulması ya da eşlik eden obesite gibi pek çok faktör mevcut. Ancak ooferektominin kardiyovasküler riski artırdığına dair önemli kanıtlar bulunuyor. Bu kanıtlar göz önüne alındığında, benign bir nedenle histerektomi yapılıyorsa overlerin korunması gerektiği, ooferektomi yapılması mecburiyeti varsa, doğal menopoza kadar estrojen tedavisi verilmesinin daha doğru olduğu düşünülebilir.



Sigarayı bırakmak lipidlere olumlu etki yapar

Sigara içmenin ve bırakmanın lipid profili ve lipoproteinler üzerindeki etkileri geniş ölçekte çalışılmıştır. American Heart Journal'da yayımlanan bir makalede 1 yıl süreyle yapılan prospektif plasebo kontrollü bir araştırma ile 5 ayrı sigarayı kesme stratejisinin lipidler üzerine etkisi rapor edildi. Lipoprotein profilleri sigarayı kesmeden önce kestikten 1 yıl sonra nükleer manyetik rezonans spektroskopisi ile çalışılmış. Ortalama 45 yaşında 1504 sigara tiryakisi, sigara kesme rejimlerinden birine alınmış. 1 yıl sonraki kontrolde 334'ünün sigarayı bıraktığı saptanmış. Sigarayı bırakanlarda, içmeye devam edenlere göre daha fazla kilo almamaları birlikte (4,6'ya karşı 0,7 kg) sigarayı bırakanlarda HDL daha fazla artmış (2,4'e karşı 0,1 mg/dl). HDL partikül sayısı da, büyük HDL düzeyindeki artış da anlamlı olmuş (06'ya karşı 0,1 µmol/l). LDL'de anlamlı bir farklılık olmamış. Artış oranları kadınlarda daha fazla bulunmuş. Araştırmacılar, HDL'deki artışın sigara kesilmesinden sonra kardiyovasküler riski azaltmanın bir kısmından sorumlu olabileceğini düşünüyorlar.

Çok yaşlı hastalarda primer anjioplasti mi, fibrinolitik tedavi mi daha yararlı?

Bu soruya cevap vermek üzere İspanya'da 75 yaş üzerinde miyokard infarktüsü geçiren ve ilk 6 saat içinde hastaneye başvuran hastalar iki gruba ayrılarak tedavi sonuçları karşılaştırılmış. Karşılaştırmada kullanılmak üzere son noktalar olarak 30 gün içindeki tüm nedenlere bağlı ölüm, reinfarkt ve önemli inme alınmış. Çalışmaya alınan 266 hastanın 134'ü primer koroner intervansiyona (pPCI), 132'si ise fibrinolitik tedavisine ayrılmış. pPCI grubunda 25 hasta, fibrinolitik grubunda 34 hasta son noktaya ulaşmış (p=0,21). Ölüm oranlarında (%13,6'ya karşı %17,2), re-infarkta (%5,3'e karşı %8,2) ve önemli inmede (%0,8'e karşı %3) pPCI lehine, istatistiksel olarak anlamlı olmayan iyileşme saptanmış. Tekrarlayan istemi pPCI hastalarında anlamlı olarak daha az izlenmiş (p<0,001). Major kanama oranları farklı bulunmamış. Daha önce yapılan iki intervansiyon çalışmasının sonuçları da birlikte değerlendirildiğinde, pPCI'nin ilk aydaki ölüm, re-infarkt ve inme riskini azaltmada fibrinolitik tedaviye göre üstün olduğu (relatif risk=0,64) saptanmış. Araştırmacılar, pPCI'nin en yaşlı hasta grubunda da en iyi tedavi seçeneği olduğu, ancak imkan yoksa fibrinolitik tedavinin de güvenli bir alternatif olduğunu belirtiyorlar.





İrritabl bağırsak sendromunda antibiyotik tedavisi

İrritabl bağırsak sendromu (IBS) klinik pratikte en sık rastlanan şikayetlerden biridir. Etkin tedavi yöntemleri oldukça sınırlıdır. Hastalığın bulgular kadar etiyolojik nedenleri de büyük çeşitlilik arz eder. Bağırsak florasının IBS'de önemli rol oynadığı bilinmektedir. Gastroenterology Dergisinde, emilmeyen bir antibiyotik olan rifaximin, kabızlığı olmayan IBS hastalarındaki etkinliği denenmiştir. Bin 260 hasta 2 hafta süreyle günde 3 doz 550 mg rifaximin ya da plasebo alacak şekilde iki gruba ayrılmış. 10 hafta süreyle takip edilen hastalarda şikayetlerdeki iyileşme durumu takip edilmiş. İyileşme durumu, yakınmalarındaki subjektif olarak "yeterli iyileşme" ve şişkinlik şikayetindeki azalma olarak belirlenmiştir.

Rifaximin grubunda yeterli iyileşme rapor eden hastaların oranı daha yüksek (%41'e karşı %32, $p < 0,001$), şişkinlik hissindeki azalma bildiren hasta oranı da daha yüksek (%40 ve %30, $p < 0,001$) saptanmış. Araştırmacılar, daha önce yapılan iki çalışmada da rifaximinin IBS semptomlarını kontrol etmede etkili olduğunun görüldüğünü hatırlatarak, ilacın bağırsaklardaki bakteri yükünü azaltarak şişkinliği azaltmada etkili olabileceğini belirtiyorlar.

Havalar bozunca dizler gerçekten ağrı mı?

Hava bozduğunda eklem ağrılarının arttığı düşüncesi, Hipokrat zamanından beri vardır. Kronik ağrı şikayeti bulunan bireylerin %50-100'ü kötü havalarda şikayetlerinin arttığını ifade eder. European Journal of Pain'de yayımlanan bir araştırmada, romatoid artritli hastalarda yakınmaların hava durumu ile ilişkisi araştırıldığı, 1985-2009 tarihleri arasında yayımlanmış 9 çalışmada toplam 492 hastanın verilerinin metaanalizi yapılmış. Çalışmalarda sıcaklığın ağrı üzerine etkisi saptanmamış. Atmosferik basınç da benzer şekilde ağrı ile ilişkili bulunmamış. Nemin de bir etkisi gözlenmemiş. Makale, hava durumu ile romatoid artritli hastaların şikayetleri arasında ilişki olmadığını göstermekle birlikte, kullanılan yöntemin bazı kısıtlılıkları var. Araştırmacılar verileri yayımlanmış haliyle gruplar olarak değerlendirmişler. Bu nedenle gruplar içinde hava durumuna hassas bireyler varsa bunların saptanması mümkün olmamış.



Meyve ve sebze tüketimi diyabet riskini azaltıyor

Günümüz toplumunda sebze ve meyve tüketimi giderek azalırken, diyabet prevalansı da artmaya devam ediyor. Leicester Üniversitesi'nde, toplam 220 bin kişinin katıldığı 6 prospektüs çalışmasının meta analizi yapılarak sebze ve meyve tüketim alışkanlıkları ile diyabet riski arasındaki ilişki incelenmiş. Çalışmada günde 1,5 porsiyon daha fazla yeşil yapraklı sebze yenmesinin diyabet riskini %14 azalttığı saptanmış. Bu sebze grubunda lahanası, Brüksel lahanası, brokoli ve ıspanak varmış. Uzmanlar günde 5 porsiyon meyve ve sebze tüketilmesini öneriyor.

E Vitamini ömrü uzatabilir

Antioksidanlar, yaşlanmanın fiziksel etkilerini azaltıcı fonksiyon gösterebilmektedir. Alpha-Tocopherol-Beta-carotene (ATBC) çalışmasında günde en az 5 adet sigara içen 50-69 yaş grubu arası erkekler 65 yaşını geçene kadar takip edilmiş. Çalışmaya 10 bin 837 birey alınmış, 5-8 yıl boyunca 50 mg vitamin E (alfa tokoferol), 20 mg beta-karoten (vitamin A öncülü) ya da plasebo almaları istenmiş. İlaç kullanımı 1993'de sonuçlandırılmış ancak hastaların takipleri sağlık kayıtları üzerinden 2007'ye kadar devam ettirilmiş. 65-70 yaş arası Vitamin E alanlarda herhangi bir fayda gözlenmezken, 71 yaş ve üzerinde olanlarda mortalitede %24 azalma saptanmış. Vitamin C alımı ortalamanın üzerinde olan ve günde bir paketten az sigara içenlerde, vitamin E tedavisi ömrü 2 yıla kadar uzatmış. Diğer gruplarda mortalite arasında fark izlenmemiş. Bu çalışma, antioksidanların ömrü uzattığına dair ilk verileri sağlamakla birlikte, faydanın herkeste görülmemesi, vitamin E'nin herkese verilebilecek mucize bir ilaç olmadığını gösteriyor.



Yaşlılarda vitamin D düzeyi zafiyetle ilişkili

ABD'de 60 yaş ve üzeri 1606 erkek üzerinde yapılan bir çalışmada, vitamin D düzeyi ile yaşlılığa bağlı genel zafiyet durumu arasında ilişki araştırılmış. Zafiyet durumu Cardiovascular Health Study'de olduğu gibi alınmış. Hastaların 25-OH vitamin D düzeyleri kromatografik olarak çalışılmış ve ortalama 4,6 yıl sonra zafiyet durumları tekrar değerlendirilmiş. Bireyler başlangıçta ve takipte sağlam, orta ya da düşük olarak sınıflandırılmış. Diğer risk faktörleri eşitlendiğinde, başlangıçta vitamin D düzeyi 20 ng/ml altında olan erkeklerde zafiyet riski, vitamin D düzeyi 30 ng/ml üzerinde olanlara göre 1,5 kat yüksek saptanmış. Başlangıçta zafiyet tespit edilmeyen bin 267 bireyde, 4,6 yıllık takipten sonra zafiyet saptanma riskinin başlangıçtaki vitamin D düzeyinden bağımsız olduğu görülmüş. Vitamin D düzeyinin düşüklüğü zafiyet için risk yaratsa da, uzun dönemli etkileri fazla belirgin görülmemektedir.

DSÖ cephesinde alkol mücadelesinde küresel stratejiler

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimini Trakya Üniversitesinde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesinde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı ve Üroloji Klinik Şefliği görevlerinde bulundu. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörlüğü görevini yürütmektedir.

Dünyada gittikçe artan alkollü içki tüketimi, sonuçları itibariyle önemli bir küresel toplum sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü, alkollü içki tüketiminin dünyadaki yaygınlığı, bunun yol açtığı sorunlar ve alınması gereken tedbirler konusunu on yılı aşkın bir süredir gün-

deminde tutmaktadır. Bu konu, Dünya Sağlık Örgütü Yönetim Kurulunda sürekli tartışılan konulardan biri olmaya devam etmektedir. Ancak atılan adımlar, ne yazık ki, tütünle mücadele konusundaki kadar somut ve sonuç alıcı olamamıştır. Bu husustaki kararlılık eksikliğinin arka planında, farklı kültürel kabuller ve yaygın alışkanlık kadar, alkol üretim ve pazarlama sektörünün

de etkili olduğunu düşünüyorum.

Dünya Sağlık Örgütü, 1996 yılında alkol konusunda dünyayı kapsayan bir veri tabanı oluşturmaya başladı. İlk *Küresel Alkol Durum Raporu* 1999 yılında yayımlandı. Bunu, 2001 yılında yayımlanan *Alkol ve Gençlerle İlgili Küresel Durum Raporu* izledi. 2004 yılında da *Küresel Durum Raporu: Alkol*





Alkollü içkilerin üretimini, satışını ve servis edilmesini düzenleyecek bir mevzuatın oluşturulması, icraya konması ve denetimi, alkolün yaygınlaştırmasına ve alkol servis yerlerinin kültürel normlarla teşvik edilmesine önemli derecede sınırlama getirecektir. Gençlerin alkolle aralarına mesafe koyabilmek amacıyla alkollü içki satışı ve tüketimi için yaş sınırının konması önerilmektedir. Kamuya açık yerlerde ve kamu alanlarında, resmi toplantı ve faaliyetlerde içki içilmesine düzenleme getirilmesi gerekmektedir.



Politikası adlı rapor yayımlanmış oldu. Dünya Sağlık Assamblesinde son yıllarda üç ayrı karar kabul edilerek yürürlüğe konmuştur. 2005 yılında toplanan 58'inci Dünya Sağlık Assamblesinde "Alkolün Zararlı Kullanımından Doğan Toplum Sağlığı Problemleri" (WHA58.26) hakkındaki karar, 2008 yılında toplanan 61'inci Dünya Sağlık Assamblesinde "Alkolün Zararlı Kullanımına İlişkin Stratejiler" (WHA61.4) hakkındaki karar kabul edilmişti. 2010 yılında yapılan 63'üncü Dünya Sağlık Assamblesinde ise "Alkolün Zararlı Etkilerinin Azaltılmasına İlişkin Küresel Strateji" (WHA63.13) konulu karar kabul edilmiş oldu. Bu kararda üye ülkelerin, alkolün zararlı kullanımının azaltılması ve buna yönelik olarak politik kararlılık ile finansal kaynakların harekete geçirilmesi amacıyla toplum sağlığı politikası olarak alkolün zararlı kullanımının azaltılmasına ilişkin küresel strateji belgesinin kabul edilip uygulamaya konması talep edilmektedir. Karar, bundan önce kabul edilen kararlara atıf yaparak, *Alkolün Zararlı Kullanımından Doğan Toplum Sağlığı Problemleri* (WHA58.26) ile *Alkolün Zararlı Kullanımına İlişkin Stratejiler*

(WHA61.4) hakkındaki kararların gereklerinin yerine getirilmesine devam edilmesine vurgu yapmaktadır. Ayrıca riskli grupların, genç nüfusun ve alkol içenlerden zarar gören diğer insanların korunmasına yönelik olan ulusal çabaların güçlendirilmesini, bu küresel stratejinin ulusal izleme sistemleri ile takip edilmesi ve düzenli olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün alkol ve sağlık bilgi sistemine rapor edilmesini istemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün alkollü içkiye yaklaşımı

Alkollü içecek, içinde etanol (etil alkol) bulunan ve içmek için hazırlanan sıvıyı ifade etmektedir. Birçok ülkede "alkollü içecek" için yasal etanol eşik değeri % 0,5 veya % 1,0 kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü literatüründe alkolün zararlarından bahsedilirken biraz temkinli bir ifade kullanılmaktadır. Doğrudan alkollü içki kullanımını hedef almak yerine "alkolün zararlı kullanımı" gibi bir kavram türetilmiştir. Bu temkinli yaklaşımın arka planında, karşı çıkılması zor olan yaygın alışkanlıklar ile kültürel ve

dini normlardan öte alkol sektörünün lobi gücünün de olduğunu göz ardı etmemek gerekir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından "zararlı" ifadesi, dini inançlar ve kültürel normlardan bağımsız olarak alkol tüketiminin toplum sağlığına olan etkisine işaret etmek üzere kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün *Küresel Strateji* belgesinde belirtildiğine göre, alkol kullanımı toplum sağlığı üzerinde önemli bir etki yapmaktadır ve küresel anlamda sağlığı bozan risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Alkolün zararlı kullanımı konusu, geniş bir açıyla sağlığın bozulmasına yol açan içki içme paternlerinin yanı sıra, alkol içeni ilgilendiren sonuçlardan başka içenin etrafındaki insanları ve genelde toplumu kapsamaktadır. Alkolün kötü kullanımı, hem bireyin hem de toplumun gelişimini etkilemektedir. Bireylerin hayatını mahvetmekte, ailelerin dağılmasına yol açmakta ve toplumların yapısını bozmaktadır. Alkolün kötü kullanımı, küresel hastalık yükünde önemli bir yer tutmakta ve dünyada erken ölümlerin ve engelliliğin risk faktörleri arasında üçüncü sırada yer almasına neden olmaktadır. Bütünü ele alındığında alkol kullanımı ile nedensel ilişkisi bulunan



60 kadar hastalık ve sakatlık mevcuttur.

2004 yılında dünyada 2,5 milyon insanın alkole bağlı nedenlerle hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir. Bunların 320 bin tanesini 15-29 yaş grubu gençler oluşturmaktadır. Alkol, 2004 yılındaki ölümlerin % 3,8'inden, engelliye ayarlı yıl kaybı bakımından küresel hastalık yükünün % 4,5'inden sorumlu tutulmaktadır. Alkol nöropsikiyatrik hastalıklar ve kalp damar hastalıkları, karaciğer sirozu ve çeşitli kanserler gibi diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar için önlenemez majör risk faktörüdür. Alkol tüketiminin eşiği ile alkole ilişkili hastalıklar arasındaki ilişkiyi gösteren yeterli bir kanıt yoktur. Yine alkol tüketimi HIV/AIDS, tüberküloz ve pnömoni gibi enfeksiyon hastalıklarına zemin hazırlamaktadır. Trafik kazaları, kavgalar ve intiharlar gibi bilinçli ve bilinçsiz yaralanmalara ilişkin önemli oranda hastalık yükü alkolün kötü kullanımına bağlıdır. Alkole bağlı ölümle sonuçlanan yaralanmaların çoğu, bilhassa gençlerde olmaktadır. Çeşitli akut ve kronik zararlı etkilerinin yanında alkol tüketimi çok yaygın sosyal, mental ve emosyonel sorunlara da yol açmaktadır. Toplumsal düzeyde alkolün zararları kısmen az sayıdaki aşırı alkol alanlarla veya alkole bağlı hastalığı teşhis edilenlerle sınırlı değildir. Hiç alkol almayanlar bile alkolün kurbanla-

rı haline gelebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre, çoğu ülkede yaygın kullanım, alkolün az ya da orta düzeyde tüketimi şeklindedir. Bu tarz alkol tüketicilerinin kişisel olarak maruz kaldıkları zarar, aşırı alkol alanlara göre çok az olsa da, sayılarının çok olması, kolektif olarak toplumdaki alkole bağlı hastalık yükünün çoğunluğundan sorumlu olmalarına yol açmaktadır.

Fırsat ve tehditler

Şu anda Dünya Sağlık Örgütü'nün önerliğinde alkolün zararlı kullanımının azaltılmasına ilişkin belirlenen hedefler, alkole dayalı hastalık yükünün azaltılmasında ve toplumların sağlığının iyileştirilmesi yönünde önemli fırsatlar sunmaktadır. Ancak küresel veya ulusal programların ve inisiyatiflerin harekete geçirilmesinde zorluklar olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü durum raporundan özetleyerek bu zorlukları şöyle sıralayabiliriz:

1- Bugün mevcut olan kültürel durum ve piyasa şartları, alkol kullanımının bir müddet daha problem olmaya devam edeceği sinyali vermektedir. Bunun için uluslararası dayanışmaya ihtiyaç vardır.

2- Alkole ilgili tutum ve tavırlar, düzenlemeler ve hatta veriler, çok çeşitli ve birbiriyle çelişkili olmaktadır. Bu itibarla,

ulaşım, adalet, sosyal güvenlik, maliye, ticaret, tarım, tüketici, eğitim ve istihdam politikaları arasında uyum ve işbirliği ile sivil toplumun katılımı gereklidir.

3- Toplum sağlığı açısından çok ciddi sonuçları olmasına rağmen, politika yapıcılar bu konuya yeterince öncelik vermemektedir. Bu hususta gerekli önlemler alınmazsa alkolün zararlı etkileri artarak devam edecektir.

4- Alkollü içeceğin üretimi, dağıtımı, pazarlaması ve satışı farklı seviyelerde istihdam sahası oluşturmaktadır. Alkole mücadelede toplum sağlığı çıkarları bazen serbest piyasa, tüketici tercihi gibi hususlarla çelişmektedir. Devletin vergi gelirlerinin azalmasına yol açacağı bahaneleri ileri sürülmektedir. Yetkililer bu çelişkili durumlar arasındaki tercihlerini toplum sağlığı lehine yapma durumundadır. Uluslararası ticaret anlaşmaları bile insan sağlığının korunmasının ülkelerin tabii hakkı olduğu kaydını taşımaktadır.

5- Alkollü içeceklerin toplumda yaygın kullanımı fakir toplumlarda nispeten daha düşüktür. Ancak belli bir tüketim miktarı ölçü olarak ele alındığında, fakir toplumların alkolden gördüğü zarar daha şiddetli olmaktadır. Bu şekilde sosyal farklılıkların ortaya çıkardığı hakkaniyetsizliği giderici politika ve

programların geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu tür politikalar ayrıca alkolün zararlı tüketimi ile sosyal eşitsizlikler ve sağlık eşitsizlikleri arasındaki karmaşık ilişki hakkında yeterince bilgi oluşturmak ve bunu yaygınlaştırmak bakımından da gereklidir.

6- Alkol politikaları ile ilgili yayımlanmış verilerin çoğu gelişmiş ülkelerden elde edilmektedir. Bu politikaların etkisinin uygulandığı ortamlarla sınırlı olduğu ve başka toplumlarda aynı sonucu vermeyeceği belirtilmektedir. Yine de alkolün zararlı kullanımını azaltmaya yönelik politikalar farklı toplumlarda ve farklı kültürlerde uygulamaya konmaktadır. İyi bir gözlem ve geri bildirimle toplumların kendi lokal politikalarını belirlemeleri gerekmektedir.

7- Küresel anlamda bir bilgi sistemi kurularak alkollü içki kullanımı, zararlı etkileri ve mücadele politikalarının sonuçlarını kapsayan detaylı bir veri tabanının olmaması karar vericileri zor durumda bırakmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü öncülüğünde kapsamlı bir veri tabanı oluşturulmalıdır.

Küresel alkol stratejisi

Küresel alkol stratejinin 5 hedefi vardır.

1. Alkol kullanımı ile ortaya çıkan sağlık, sosyal ve ekonomik problemlerin niteliği ve büyüklüğü hakkında küresel farklılık oluşturmak ve hükümetleri bu sorunların önlenmesi konusunda kararlı olmalarının sağlanması.

2. Alkole bağlı zararların büyüklüğü ve belirtiçleri ile bu zararların önlenmesine yönelik çabaların sonuçları hakkında güçlü bir bilgi bankasının oluşturulması.

3. Üye ülkelerin alkolün zararlı kullanımını önleme ve alkole bağlı ortaya çıkan hastalıkların üstesinden gelinmesi yönünde kapasitelerinin artırılması için teknik destek sağlanması.

4. İş birliğinin güçlendirilmesi, paydaşlar arasında daha iyi bir koordinasyon sağlanması ve alkolün zararlı etkilerinin önlenmesi için gerekli olan kaynakların mobilizasyonu.

5. Farklı düzeylerde izleme ve surveyans için gelişmiş bilgi sistemlerinin kurulması, politika geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması için doğru bilginin paylaşımı.

Temel ilkeler

Dünya Sağlık Örgütü, alkolün zararlı kullanımını azaltarak ve önleyerek insanların sağlığının korunmasını bir toplum sağlığı önceliği olarak görmektedir.

Bu itibarla her düzeyde politika geliştirilmesi ve bu politikaların icrası için rehber oluşturacak ilkeler belirlenmiştir.

1. Alkole bağlı zararların önlenmesi ve azaltılmasının yönelik girişimler ve kamu politikaları toplum sağlığı çerçevesinde yönlendirilmeli ve formüle edilmelidir. Mümkün olduğunca kanıta dayanmalı ve net bir şekilde toplum sağlığına odaklanmalıdır.

2. Politikalar hakkaniyeti ve ulusal, dini ve kültürel kontekste hassasiyeti gözetelemelidir.

3. Bütün paydaşlar alkolün zararlı kullanımını önleyecek ve azaltacak girişimler ile kamu politikaları paralelinde davranma sorumluluğunu taşımaktadır.

4. Rekabetçi çıkarların karşısında toplum sağlığına uygun ayrıcalık tanınmalı ve bu tarz yaklaşımlar teşvik edilmelidir.

5. Alkole bağlı zarar görme riski yüksek olan toplumların ve zararlı alkol kullanımına muhatap olan diğer insanların korunması, politikaların önemli bir yönünü oluşturmaktadır.

6. Zararlı alkol kullanımından etkilenen bireyler ve ailelerin, koruma ve bakım servislerine erişebilirliği sağlanmalıdır.

7. Alkollü içki içmeyen çocuklar, ergenler ve erişkinler, içki içmeme davranışlarının desteklenmesi hakkına sahiptir ve içme baskısına maruz kalmaktan korunmalıdır.

8. Alkole bağlı zararların önlenmesi ve azaltılmasına yönelik girişimler ve kamu politikaları bütün alkollü içecekleri ve diğer alkollü sıvıları (surrogate alcohol) kapsamalıdır.

Başlıca mücadele alanları

Dünya Sağlık Örgütü alkolün zararlı etkilerini azaltmak veya önlemek amaçlı başlıca politika alanlarını belirlemiştir. Üye devletleri bu alanlarda politika geliştirmeye, bu politikaları uygulamaya teşvik etmektedir. Bu hususlarda teknik destek vadetmekte, ülke yöneticilerinin kararlılığını beklemektedir. Alkolle mücadele konusunda politika geliştirilmesi öngörülen başlıca alanlar şunlardır:

1. Liderlik, farkındalık ve kararlılık
2. Yeterli sağlık hizmetinin verilmesi
3. İletişim
4. Alkollü araç kullanma
5. Alkole erişim
6. Alkollü içeceklerin pazarlanması
7. Fiyat politikaları

8. Alkollü içki içmenin ve aşırı alkol alımının azaltılması

9. Yasa dışı yollarla üretilip pazarlanan alkolün zararından toplumun korunması

10. İzleme ve surveyans

Her mücadelenin başarılı olabilmesi, bu konuda liderlik yapacak politik önderlere ihtiyaç göstermektedir. Bu hususta hem liderlik düzeyinde hem de toplumsal olarak yeterli farkındalığın olması en önemli itici güçlerden biridir. Politik kararlılık, uygulanan politikanın sonuca ulaşması bakımından şarttır. Türkiye, bütünle mücadele konusunda bu hususları yaşayarak test etmiş ve hatta bu konuda örnek gösterilen bir ülke olabilmeyi başarmıştır. Alkol, tü-tünden farklı olarak kronik sağlık sorunlarından başka akut ve hatta acil sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Bu itibarla mücadelede ihtiyaca cevap verecek donanım ve sayıda sağlık kuruluşunun varlığı stratejinin nemli bir yönünü oluşturmaktadır. Alkolle mücadele, kronik bir alkolizm konusu olarak görülemez. Dünya Sağlık Örgütü de konuya böyle yaklaşmamaktadır. Konunun, bireyin özgürlüğü kapsamında ele alınması ise toplum sağlığı çıkarları ile çelişmektedir. Bu yüzden ki, Dünya Sağlık Örgütü aşırı alkol almanın (intoksikasyon) yanında alkollü içki içmenin azaltılmasını politika geliştirecek bir mücadele alanı olarak kabul etmiştir. Alkollü içki içenin kendisine zararı yanında çevresine olan zararı da göz ardı edilemez. Nitekim stratejilerde alkollü içki içenlerden daha ziyade, diğer insanlar ve çocuklar, ergenler, doğurgan yaşta kadınlar hamile ve emziren anneler, düşkünler ve sosyoekonomik düzeyi düşük gruplar üzerindeki zararlarına özel önem verilmesi gereğine vurgu yapılmaktadır.

Alkol destekli trafik terörü

Alkollü araba kullanımından kaynaklanan trafik kazaları, bütün dünyada bir katliam aracı haline gelmiş durumdadır. Gelişmiş ülkelerde ölümcül yaralanmayla sonuçlanan trafik kazalarının yaklaşık % 20'sinde sürücülerin kanında yüksek derecede alkol tespit edilmektedir. Düşük gelirli ülkelerde bu oran % 69'a kadar çıkmaktadır. Alkollü halde araba sürerken kişinin muhakeme, koordinasyon ve diğer motor fonksiyonları ciddi bir şekilde etkilenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, alkol alınarak araba kullanılmasını hem içeni hem de birçok masum insanı riske eden bir toplum sağlığı problemi olarak görmektedir. Nüfusun gittikçe yaşlandığı kuzey ülkelerinde erken ölümlerin büyük bir oranını alkollü sürücülerden kaynaklanan trafik kazaları oluşturmaktadır. Bu ülkeler için alkol problemi sadece bir toplum sağlığı

problemi değil, aynı zamanda demografik yapıyı tehdit eden bir gelecek problemi olmaya başlamıştır. Bazı ülkelerde alkollü araba kullanmanın yanında, alkol almış yayaların yol açtığı trafik kazaları da önemli bir yer tutmaktadır. Bu durumda mücadele politikalarında bu hususların da dikkate alınması gerekmektedir.

Alkole erişimin sınırlandırılması

Dünya Sağlık Örgütü kaynaklarında alkolün toplumda erişilebilirliğini ve piyasasını mevzuat, politika ve programlarla düzenlemeyi amaçlayan toplum sağlığı stratejilerinin, alkolün yaygın olarak kullanımını azaltan önemli araçlar olduğu belirtilmektedir. Bu tür stratejiler yüksek riskli hassas grupların alkole erişimini önlemede önemlidir. Alkolün ticari bir ürün olarak piyasada bulunması ve toplumda yaygın olarak erişilebilirliğinin sağlanmasının, sosyal faaliyetlerde alkolün mutataşmasına ve sosyal ve kültürel normların alkolün zararlı kullanımını teşvik eden yöne doğru dönüşmesine yol açtığı ileri sürülmektedir. Alkole erişilebilirliği sınırlandıran mevzuatın şiddet derecesi, sosyal, kültürel ve ekonomik durum gibi yerel şartlarla birlikte uluslararası taahhütlere de bağlıdır. Bazı gelişmekte olan ve düşük ve orta gelir grubundaki ülkelerde yasa dışı alkol üretimi ve pazarı bulunmaktadır. Yasal yoldan alkole erişime sıkı bir kısıtlama getirilmesi, yasa dışı alkol tüketimini artırmakta ve kayıt dışı pazar oluşumuna yol açmaktadır. Arkadaş veya sorumsuz anne baba aracılığıyla alkole erişimin ikincil bir yol olduğu ve mücadele stratejilerinde dikkate alınması gerektiği uyarısı yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü bu hususta bir dizi tedbirlerin alınması gerektiğine inanmaktadır. Alkollü içkilerin üretimini, satışını ve servis edilmesini düzenleyecek bir mevzuatın oluşturulması, icraya konması ve denetimi, alkolün yaygınlaştırılmasına ve alkol servis yerlerinin kültürel normlarla teşvik edilmesine önemli derecede sınırlama getirecektir. Gençlerin alkole aralarına mesafe koyabilmek amacıyla alkollü içki satışı ve tüketimi için yaş sınırının konması önerilmektedir. Kamuya açık yerlerde ve kamu alanlarında, resmi toplantı ve faaliyetlerde içki içilmesi ne düzenleme getirilmesi gerekmektedir. Yine alkollü içkilerin yasa dışı üretimi, satışı ve dağıtımını önleyici düzenlemelerin yapılması gerekir.

Alkole erişimin sınırlandırılması konusunda Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği tedbirler şunlardır:

1. Uygun olan yerlerde perakende satışın ruhsata bağlanması veya toplum sağlığını önceleyen devlet kurumları ile sınırlı tutulması.

2. Alkol satışı ve servis mekânlarının yerleşim ve sayı bakımından sınırlandırılması.

3. Perakende satış günlerinin ve saatlerinin düzenlenmesi.

4. Alkolün perakende satış tarzının belirlenmesi.

5. Bazı mekânlarda ve muayyen etkinliklerde perakende satışların sınırlandırılması.

Alkollü içkilerin pazarlanması

Markalı alkollü ürünlerin çoğalıp gelişmesi, dünya çapında markette yer almalarına yol açmıştır. Burada önemli bir problem, bu ürünlerin sınır tanımadan bütün dünyada yoğun bir reklam ve tanıtım kampanyası yürütüyor olmalarıdır. Birçok gelişmiş ülkede alkollü içecekler en yoğun reklamı yapılan ürünlerdir. 6 alkollü içecek üreticisi dünyanın en çok reklam veren 100 firması arasında yer almaktadır. Yine alkollü ürün üreticisi olan firmalar diğer tanıtım alanlarına da büyük yatırımlar yapmaktadır. Spor faaliyetleri ve takımların sponsorluğu, gençliğe yönelik müzik etkinlikleri, moda gösterimleri, karnavallar ve son zamanlarda internet gibi yeni teknolojilerin kullanım bunların arasındadır. Son zamanlarda e-mail, SMS ve podcasting, sosyal medya ve diğer iletişim teknikleri gibi yeni pazarlama teknikleri kullanılmaktadır. Alkol pazarlama mesajlarının ülke sınırlarını geçmesi, uydu televizyonu ve internet gibi iletişim ağlarının kullanılması ve spor ve kültürel etkinliklerin sponsorluğu gibi pazarlama tekniklerinin bazı ülkelerde gittikçe önem kazanan bir problem halini aldığı belirtilmektedir. Bu tanıtım faaliyetleri, bilhassa bu ürünlerin en iyi potansiyel tüketicileri olan gençlere yönelik yürütülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, özellikle gençlere ve adölesanlara yönelik pazarlama hedefinin kısıtlanmasının alkolün zararlı kullanımı için önemli olduğunu bildirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün alkol pazarını kontrol amacıyla önerdiği tedbirler şunlardır:

1. Pazarlamanın hem içeriği hem de miktarının yasal olarak düzenlenmesi.

2. Medyada doğrudan veya dolaylı tanıtımının yasal düzenlenmesinin yapılması.

3. Alkollü içecekleri teşvik eden sponsorluklarla ilgili düzenleme yapılması.

4. Gençlere yönelik etkinliklerin sponsorluğunun sınırlandırılması veya yasaklanması.

5. Sosyal medya gibi yeni pazarlama tekniklerine yasal düzenleme getirilmesi.

Fiyat politikaları

Dünya Sağlık Örgütü, alkole mücadelede bütün mücadelesinde olduğu gibi fiyat politikalarının etkili olduğunu belirtmektedir. Fiyat politikaları üzerinden mücadeleye önerdiği tedbirler şöyledir:

1. İçkiye olan taleple bağlantılı olarak fiyat üzerine ilave vergi konması.

2. Düzenli bir şekilde gelir ve enflasyona göre fiyat ayarlamasının yapılması.

3. İndirim, belirlenen fiyat altında satış, sınırsız içki gibi doğrudan veya dolaylı fiyat promosyonlarının yasaklanması.

4. Uygun olan yerlerde asgari fiyatların belirlenip ilan edilmesi.

5. Alkolsüz içkileri özendirici fiyat teşviklerinin verilmesi.

6. Alkole ilgili alanlarda yatırım teşviklerinin azaltılması veya kesilmesi.

Kaynaklar

A60/14 Add.1 for a global assessment of public-health problems caused by harmful use of alcohol, and Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, World Health Organization, 2009.

David H. Jernigan: Global Status Report: Alcohol and Young People, World Health Organization, Geneva 2001

Endicott RC. Advertising age's 19th annual global marketing. Advertising Age, 2005, 100:1201.

Global Status Report : Alcohol Policy. World Health Organization. 2004

WHA58.26 Public-health problems caused by harmful use of alcohol, (Ninth plenary meeting, Committee B, fourth report, 25 May 2005)

WHA63/2010/REC/1 World Health Organization, Sixty-Third World Health Assembly, Geneva, 17-21 May 2010 Resolutions And Decisions, Annexes

DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi ve Türkiye

Dr. Toker Ergüder



1965 yılında Elazığ'da doğdu. Elazığ Namık Kemal İlkokulu, Ankara Atatürk Anadolu Lisesi ve Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni (1989) bitirdi. 1996 yılında Halk Sağlığı Doktorasını tamamladı. 1997 -2000 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünde değişik görevlerde bulundu. 2000-2007 yıllarında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ruh Sağlığı Daire Başkanlığında Madde Bağımlılığı Şube Müdürlüğü ve Tütün Kullanımı ile Mücadele Şube Müdürlüğü yaptı. Halen Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi'nde Tütün Kullanımı ile Mücadele Uzmanı olarak görev yapmaktadır. Madde bağımlılığı ve tütün kullanımı ile mücadele konusunda çok sayıda yayınları vardır. Evlidir ve bir çocuk babasıdır.

Günümüzde önlenemez ölüm nedenleri arasında en önemli kabul edilen tütün, kullanıcıların yaklaşık yarısını öldürmektedir. Dünyada halen bir milyardan fazla insan -yetişkin nüfusun 1/4'ü- tütün ve tütün mamullerini kullanmaktadır. Tütün kullanımı her yıl 5 milyondan fazla kişinin ölümüne yol açmaktadır ki bu sayı tüberküloz, HIV/AIDS ve sıtmaya bağlı ölümlerin toplamından daha fazladır. Bununla beraber, tütün kullanımı, nüfus

artışı ve tütün endüstrisinin saldırgan pazarlama çabaları sayesinde gelişmekte olan ülkelerde her geçen gün artmaktadır. Eğer sigara kullanma oranları bu şekilde devam ederse, tütün 2030 yılında yılda 8 milyondan fazla kişinin ölümüne yol açacaktır. Bu ölümlerin dörtte üçü, düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşanacaktır (1).

Tütün kullanımı genelde -yanlış olarak- kişisel bir seçim olarak algılanmaktadır. Bu algının temelinde; çoğu kullanıcının tütünün zararlarının farkında olması ve kullanmayı bırakmak istemesi ancak

nikotin bağımlılığından ötürü bunu zor bulması yatmaktadır. Bunlara ek olarak, dünya çapında çok güçlü olan tütün endüstrisi, tütün kullanımını sürdürmek ve hatta artırmak amacıyla her yıl milyarlarca dolarını yaygın ve saldırgan pazarlama kampanyalarına harcamaktadır (2). Bugüne kadar tütün kullanımını azaltmak için pek çok strateji denenmiştir. Fakat tütün kullanımının sağlığa verdiği zararın bilimsel olarak kanıtlanmasının üzerinden 50 yıl ve pasif içiciliğin zararlarının onaylanmasının üzerinden ise 30 yıl geçmesine rağmen, çok az sayıda ülke tütün salgınına önlemeye





yönelik etkili ve bilinçli stratejiler uygulanmıştır. Gelişmekte olan ülkeler, tütünle mücadele konusunda gelişmiş ülkelere nazaran çok daha geride kalmıştır. Gelişmekte olan ülkelerdeki özellikle kadınlar ve genç erişkinler tütün endüstrisinin kar ve satış rakamlarını artırmada büyük bir potansiyele sahiptirler ve bu yüzden tütün endüstrisi tarafından hedef kitle olarak seçilmişlerdir (3). Bazı ülkelerde hükümetlerin tütün yetiştirme ve satışından doğrudan veya dolaylı kazançlar elde etmeleri de tütün karşıtı hareketi engellemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yönlendirdiği uluslararası çabalar neticesinde, tütün salgınına karşı verilen sa-vaşta ilk adım olan *DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi* (DSÖ TKÇS) 2003 yılında uygulamaya girmiştir. Bu antlaşma, tütün arzını ve talebini azaltma yolunda ülkelere ayrıntılı bilgiler vermekte ve yol göstermektedir. DSÖ TKÇS uluslararası bir yasa niteliğindedir ve hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme bakımından hayati bir öneme sahiptir. Tütün kullanımı ile mücadelenin başarılı olabilmesi için uluslararası birliklerin ve kurumların koordineli desteğinin yanı sıra, ülke içindeki mücadelede devlet kurumlarının, akademik kuruluşların, profesyonel birliklerin ve sivil toplum örgütlerinin de koordineli bir yapıda çalışması gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (DSÖ TKÇS)

TKÇS, Dünya Sağlık Örgütü himayesinde görüşülen ve imzalanan ilk halk sağlığı antlaşmasıdır. DSÖ TKÇS, tüm bireylerin en yüksek sağlık standardında yaşama hakkını onaylayan kanıta dayalı tek antlaşmadır. DSÖ TKÇS, madde bağımlılığında düzenleyici stratejiler geliştirme anlamında yeni bir anlayış geliştirmektedir. Önceki madde kontrolü antlaşmalarının tam tersine, DSÖ TKÇS, arz konularının yanı sıra talep azaltmanın da önemini vurgulamaktadır.

DSÖ, 1998 yılında TKÇS hazırlık çalış-

malarına başlamış, sözleşme, uzun süren tartışmalar sonunda 2003 yılında üye ülkelerin oy birliğiyle kabul edilmiştir. Sözleşme, ardından ülkelerin Sağlık Bakanları tarafından imzalanmış, ülke parlamentolarında onaylanmıştır. Adı geçen sözleşme Türkiye adına Sağlık Bakanı Sayın Prof. Dr. Recep Akdağ tarafından 24 Nisan 2004 tarihinde imzalanmıştır. Türkiye sözleşmeyi ilk imzalayan ve Parlamentosunda onaylatarak sözleşmeye taraf olan ilk ülkeler arasındadır. Sözleşmeyi parlamentolarında onaylayan ülke sayısı 1 Şubat 2011 tarihi itibarıyla 172'ye ulaşmıştır. Bu anlamda TKÇS, Birleşmiş Milletler tarihinde en çok üye ülkeye (tarafa) sahip olan antlaşmadır (4).

DSÖ TKÇS, tütün salgınının küreselleştirilmesine cevap olarak geliştirilmiştir. Tütün salgını, ticaretin liberalleşmesi ve doğrudan yabancı yatırımları da içeren sınırlar ötesi etkilerin bulunduğu karışık faktörler aracılığıyla yaygınlaşmaktadır. Küresel pazarlama teknikleri, uluslararası tütün reklâmı, promosyon ve sponsorluk, kaçak ve sahte sigaraların uluslararası hareketleri gibi diğer faktörler de tütün kullanımındaki önemli artışa katkıda bulunmuştur.

DSÖ TKÇS'deki tütüne talebi azaltmaya yönelik önlemler hakkındaki ana maddeleri (6-14) şöyledir:

- Tütüne talebinin azaltılması için fiyat ve vergi önlemleri,
- Tütün dumanından korunma,
- Tütün ürünlerinin içerikleri ile ilgili düzenleme,
- Tütün ürünlerinin ifşası ile ilgili düzenleme,
- Tütün ürünlerinin paketlenmesi ve etiketlenmesi,
- Öğretim, iletişim, eğitim ve toplumsal bilincin artırılması,
- Tütün reklâmı, promosyonu ve sponsorluğu,
- Tütün bağımlılığı ve tütünün bırakılması ile ilgili talep azaltıcı önlemler.

DSÖ TKÇS'deki tütün arzının azaltma-

Dünyada, nüfusun ancak %6'sını kapsayacak şekilde yalnızca 15 ülkede sigara paketleri üzerinde (paketin ana yüzünün %30'unu kaplayacak şekilde) resimli uyarı yasal zorunluluktur. Halen dünya nüfusunun ancak %5'i tütün reklâm, tanıtım ve sponsorluğu konusunda kapsamlı yasakların olduğu ülkelerde yaşamaktadır. Dünyadaki çocukların yaklaşık yarısı ise tütün ürünlerinin ücretsiz olarak dağıtılmasının yasak olmadığı ülkelerde yaşamaktadır.

sına yönelik önlemler hakkındaki ana maddeleri (15-17) şöyledir:

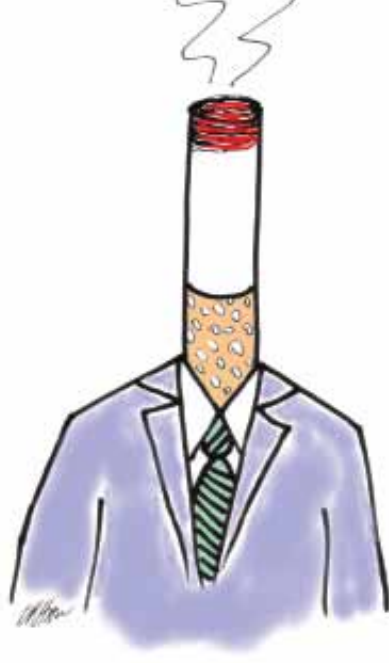
- Tütün ürünlerinin yasa dışı ticareti,
- Çocuklara ve çocuklar aracılığıyla satış yapılması,
- Ekonomik açıdan uygun alternatif faaliyetler için destek sağlanması konusundaki önlemler.

Çerçeve Sözleşmenin kabul edilmesinden 5 yıl sonra 2008 yılında DSÖ, *Sözleşmede* yer alan konuların etkili şekilde uygulanmasına imkân sağlamak üzere tütün kontrolü konusunda etkili olduğu kanıtlanmış olan 6 uygulamayı içeren bir politika paketi (MPOWER) hazırlamıştır.

Bu pakette tütün kontrol politikası olarak en etkili 6 politika ele alınmaktadır:

- Vergileri ve fiyatı artırmak (R),
- Reklâm, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak (E),
- Toplumlara pasif sigara dumanı etkile- nimeninden korumak (P),
- Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak (W),
- Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek (O),
- Salgını ve koruyucu uygulamaları ti- tizlikle izlemek (M).

Bu politikaların tütün kullanımını azalttığı



Sigara fiyatının %10 artırılması yüksek gelirli ülkelerde sigara kullanımında %4, orta ve düşük gelirli ülkelerde de %8 oranında azalmaya yol açabilir. Vergilerin artırılması yoluyla tütün kontrolü amacı ile kullanılmak üzere maddi kaynak sağlanabilir, bu kaynak halk sağlığı ile ilgili diğer alanlarda ve sosyal programlarda da kullanılabilir. Orta ve düşük gelirli ülkelerden edinilen bilgilere göre 3,8 milyar dolarlık vergi gelirine karşılık, tütün kontrolü amacı ile kullanılan miktar yılda sadece 14 milyon dolar olmuştur.

kanıtlanmıştır. Bu 6 politika paket olarak etkili şekilde uygulandığı takdirde gençlerin sigaraya başlaması önlenmekte, halen sigara içenlere bırakmaları için destek sağlanmakta, sigara içmeyenler pasif sigara dumanı etkileniminden korunmakta ve toplumlar sigaranın zararlarından korunmuş olmaktadır (5).

MPOWER paketi, Dünya Sağlık Asamblesi'nin 61. oturumunda sunulan Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü için DSÖ Eylem

Planı'nın (6) önemli bir parçasıdır. Bu plan, 2000 yılındaki 53. oturumda bu tür hastalıkların engellenmesi ve kontrol edilmesine öncelik verilmesi kararının benimsenmesini takip etmiştir. Tütün kontrolü için güçlü bir politik birliğin yanı sıra sivil toplumun da katılımını gerektirir (7). Küresel tütün kullanımını azaltmak için MPOWER politika içindeki müdahale ve politikaların hayata geçilmesi, uygulamaları geliştirme yönünde veri toplamak için sistematik araştırmalar yapılması, titiz izleme çalışmaları yürütülmesi gerekmektedir. Kısmi müdahaleler genellikle toplumun tütün kullanımını azaltmada yetersiz kalmaktadır. Bundan ötürü, müdahale uygulamalarının geniş kapsamlı olması gerekmektedir. MPOWER politika paketini uygulamak için ülkelerin yapması gerekenler şunlardır (8):

Tütün kullanımı ve koruyucu politikaların izlenmesi (M):

Tütün kullanımı ve buna bağlı etkiler konusundaki değerlendirmeler güçlendirilmelidir. Halen ülkelerin yarısında (gelişmekte olan ülkelerin üçte ikisinde) gençlerin ve yetişkinlerin sigara kullanımı konusundaki bilgiler yetersizdir. Tütüne bağlı hastalıklar ve ölümler gibi salgının diğer boyutları konusunda da bilgiler sınırlıdır. İyi bir izleme ile ülkede salgının boyutları konusunda bilgi edinilebilir ve ülkenin gereksinmesine özel politikalar geliştirilebilir. Tütün salgınının iyi anlamak ve tersine çevirmek için küresel düzeyde ve ülkeler bazında bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır.

İnsanların tütün dumanından korunması (P):

Temiz hava solumak herkes için çok temel bir hak. Sigarasız ve dumansız ortamlar sağlanması, hem sigara içmeyenleri koruyan, hem de sigara içenleri bırakmaları konusunda destekleyen bir yaklaşımdır. Gelir düzeyinden bağımsız olarak bütün ülkeler sigarasız ortam ile ilgili yasaları etkili şekilde uygulayabilirler. Bununla birlikte, dünya nüfusunun ancak %5'i kapsamlı dumansızlık yasaları ile korunmaktadır. Çoğu ülkede dumansızlık yasaları bazı kapalı alanları kapsamaktadır, güçlü değildir ve uygulama tam gerçekleştirilememektedir. Ancak kapalı alanlarda sigara içilmesinin yasaklandığı yasalar çıkarıldıktan ve uygulamaya girdikten sonra konu daha çok gündeme gelmekte ve sigara içenler tarafından da desteklenmektedir. Yalnızca "tam dumansız" alanlar uygulamasının insanları sigara dumanından etkili şekilde koruyacağı ve sigara içenlere bırakmaları konusunda yardımcı olacağı unutulmamalıdır. Bu uygulamaların, çoğu kez aksi iddia edilse de, işyerlerini olumsuz etkilemediği kanıta dayalı olarak gösterilmiştir.

DSÖ tarafından hazırlanan 2009 yılı Küresel Tütün Kontrolü Raporunda (GTCR 2009), ikram sektörü de dahil olmak üzere tüm kapalı alanlarda sigara içilmesini yasaklayan ülke sayısı 2008 yılı itibarıyla Türkiye de dahil olmak üzere sadece 17'dir. Türkiye pasif olarak sigara dumanına maruziyete karşı DSÖ Avrupa Bölgesinde İrlanda ve İngiltere'den sonra genel ve etkili koruma sağlayan 3. ülkedir (5).

Sigarayı bırakma konusunda yardım sağlanması (O):

Dünyada sigara içen bir milyardan üzerindeki kişinin (yetişkin nüfusun dörtte biri) çoğu bağımlıdır. Sigara içenlerin pek çoğu sigarayı bırakmak ister ancak pek azı gereksinim duyduğunda bu konuda yardım alabilir. Tütün bağımlılığı tedavisi için kapsamlı hizmet dünyada ancak dokuz ülkede vardır, bu da sigara içenlerin %5'ini kapsamaktadır (GTCR 2009). Bu nedenle ülkeler, sigara kullanan ve bırakmak isteyenlere yönelik olarak etkili ve ucuz müdahale programları oluşturmalarıdır.

Sigaranın zararları konusunda uyarılması (W):

Bilimsel araştırmalar, bu konudaki ikna edici kanıtlara karşın sigara içenlerin pek az bir bölümünün sigara kullanımına bağlı sağlık sorunlarını bütün boyutları ile bildiklerine işaret etmektedir. Tütün kullanımının tehlikeleri konusunda kapsamlı uyarılar adolesan ve genç yetişkinler arasında sigaranın imajını değiştirebilir. Dünyada, nüfusun ancak %6'sını kapsayacak şekilde yalnızca 15 ülkede sigara paketleri üzerinde (paketin ana yüzünün %30'unu kaplayacak şekilde) resimli uyarı yasal zorunluluktur (GTCR 2009). Halen dünya nüfusunun sadece %4'ünden biraz fazlasını kapsayacak kısmında (yalnızca beş ülkede) bu konuda en üst düzeyde uygulama yapılmaktadır. Dünya nüfusunun %40'ının yaşamakta olduğu ülkelerde "hafif (light)", "düşük katranlı (low-tar)" sigara benzeri yanıltıcı ve aldatıcı ifadelerle karşı koruma sağlanamamaktadır. Bu tür uygulamaların sağlık riskini azaltıcı herhangi etkisinin olmadığı bilinmektedir ve tütün endüstrisi de bunu uzun zamandan beri bilmektedir.

Tütün ürünlerinin reklâm, tanıtım ve sponsorluğunun yasaklanması konusundaki yasaların güçlendirilmesi (E):

Tütün endüstrisi her yıl sigara reklâmı, tanıtımı ve sponsorluğu için on milyarlarca dolar harcamaktadır. Reklâm, tanıtım ve sponsorluk konusunda kısmi yasak işe yaramamaktadır, zira endüstri, kaynaklarını hemen yasak olmayan diğer kanallara yöneltmektedir. Yalnız-

ca tam olarak yasaklama, insanları, özellikle de gençleri, tütün endüstrisinin taktiklerinden koruma konusunda başarılı olmakta ve sigara kullanımında belirgin azalma sağlamaktadır. Halen dünya nüfusunun ancak %5'i tütün reklâm, tanıtım ve sponsorluğu konusunda kapsamlı yasakların olduğu ülkelerde yaşamaktadır (GTCR 2009). Dünyadaki çocukların yaklaşık yarısı ise tütün ürünlerinin ücretsiz olarak dağıtılmasının yasak olmadığı ülkelerde yaşamaktadır.

Tütün üzerindeki vergilerin artırılması (R):

Vergilerin, dolayısı ile sigara fiyatının artırılması sigara kullanımını azaltma bakımından en etkili yoldur. Sigara fiyatının artırılması özellikle gençlerin sigaradan uzak kalmasını sağlamaktadır. Bu uygulama sigara içenlerin sigarayı bırakmasına da yardımcıdır. Dünyada, nüfusun % 2'sini kapsayacak şekilde sadece 4 ülkede sigara satış fiyatının %75'i kadar vergi uygulanmaktadır (GTCR 2009). Yüksek gelirli beş ülkenin dördünde % 51-75 arasında vergi uygulanmasına karşılık, bilimsel çalışmalara göre orta ve düşük gelirli ülkelerin dörtte birinden daha azında

bu düzeyde vergi uygulanmaktadır. Türkiye, 2010 yılında sigara vergilerini artırarak, sigara satış fiyatının % 78,7'si kadar vergi uygulama başlamıştır. Bu vergi oranı ile Türkiye dünyada en başarılı ülkeler arasına girmiştir.

Sigara fiyatının %10 artırılması yüksek gelirli ülkelerde sigara kullanımında %4, orta ve düşük gelirli ülkelerde de %8 oranında azalmaya yol açabilir. Bu durumda, sigara kullanımı azaltmakla birlikte, sigara satışından sağlanan vergi gelirlerinde azalma olmaz. Vergilerin artırılması yoluyla tütün kontrolü amacı ile kullanılmak üzere maddi kaynak sağlanabilir, bu kaynak halk sağlığı ile ilgili diğer alanlarda ve sosyal programlarda da kullanılabilir. Bu konuda bilgi toplayan ülkelerde tütün satışından sağlanan vergi gelirlerinin, tütün kontrolü için kullanılan miktarın 500 katı olduğu görülmektedir. Orta ve düşük gelirli ülkelere edinilen bilgilere göre 3,8 milyar dolarlık vergi gelirine karşılık, tütün kontrolü amacı ile kullanılan miktar yılda sadece 14 milyon dolar olmuştur. Öte yandan, bazı ülkelerde vergi gelirleri 66,5 milyar dolara kadar çıkmaktadır. Bir başka ifade ile her 5 bin dolarlık vergi gelirine karşılık tütün kontrolü

için sadece 1 dolar harcanmaktadır. Düşük gelirli ülkelerde tütün kontrolü için kişi başına harcama bir sentin onda birinden azdır; orta gelirli ülkelere de yarım sent kadardır.

Tütün kullanımının tehlikeleri sosyoekonomik sınır tanımamakla birlikte, tütün salgınının hasarı düşük gelirli toplumlarda ve ülkelere daha çok görülür. Dünyada insanların çoğunluğu düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelere yaşamaktadır. Bu ülkelere tütün kullanımını artırmaktadır, buna karşılık tütün kullanımının yol açacağı sağlık, sosyal ve ekonomik sorunlara cevap verecek yeterli kaynak yoktur. Tütün endüstrisi de özellikle bu ülkeleri hedef almakta ve bu ülkelere yönelik pazarlama ve tanıtım yapmaktadır.

Kaynaklar

- 1) Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.
- 2) Federal Trade Commission. Cigarette report for 2003. Washington, DC, Federal Trade Commission, 2005 (<http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>), Erişim 17 Eylül 2010)
- 3) World Health Organization. Gender and Tobacco Control. A Policy Brief. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595773_eng.pdf), Erişim 17 Eylül 2010).
- 4) WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC), (<http://www.who.int/fctc/en/>), Erişim 13 Eylül 2010)
- 5) WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments World Health Organization. (<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>). Erişim 17 Eylül 2010).
- 6) World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 4. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf), Erişim 17 Eylül 2010).
- 7) DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008, MPOWER Paketi, World Health Organization, Regional Office for Europe. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_tur.pdf), Erişim 17 Eylül 2010).
- 8) WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. the MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008 MPOWER: a policy package to reserve the tobacco epidemic, ISBN: 978 92 4 159663 3, World Health Organization. (<http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/index.html>), Erişim 17 Eylül 2010)

Mpower Paketinin Politikaları ve Müdahaleleri (9) M (MONITOR) Tütün kullanımını ve koruyucu çalışmaları takip et Kesişen aktiviteler m1 Genç ve erişkinlerde tütün kullanımını ulusal bazda ve periyodik olarak takip edebilecek verileri elde et	P (PROTECT) Toplumları pasif sigara dumanı etkileniminden koruyun. Müdahale p1 Sağlık ve eğitim kurumları ile işyerleri, restoranlar ve barlar dahil tüm kapalı kamusal alanlarda tamamen dumanlı bir ortam için yasa çıkartın ve uygulayın.
	O (OFFER) Sigarayı bırakmak için uygun yardım önerin. Müdahale o1 Sağlık sistemini, temel sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak sigara bırakma müdahalesini yapacak şekilde güçlendirin. Bırakma hattını ve diğer toplumsal girişimleri destekleyin ve uygun olan düşük maliyetli ilaç tedavilerini kolay ulaşılabilir hale getirin.
	W (WARN) Sigaranın zararları konusunda toplumu eğitin. Müdahale w1 Etkili paket uyarı etiketleri oluşturun. Müdahale w2 Tütün karşıtı reklamları uygulayın. Müdahale w3 Bağımsız medyayı tütün karşıtı aktivitelerde kullanın.
	E (ENFORCE) Tütün ürünlerinin reklâm, tanıtım ve sponsorluğunu kısıtlama konusunda var olan mevzuatı güçlendirin. Müdahale e1 Gerekli düzenlemeleri yaparak, tütün konusunda direk reklâm, promosyon ve sponsorluğun yapılmasını engelleyin. Müdahale e1 Gerekli yasal düzenlemeleri yaparak, tütün konusunda her türlü reklâm, promosyon ve sponsorluk yapılmasını engelleyin.
	R (RAISE) Tütün ürünleri üzerindeki vergiyi artırın. Müdahale r1 Tütün üzerindeki vergileri artırmanın yanı sıra vergilerin, periyodik olarak enflasyona uyum sağlamasını ve tüketici alım gücünden daha hızlı artmasını sağlayın. Müdahale r1 Tütün ürünlerindeki yasadışı ticareti azaltmak için vergi yönetimini ve düzenlemesini kuvvetlendirin.

Uyuşturucu ile mücadelede izlemenin önemi ve Türkiye uyuşturucu raporu

Mustafa Pınarcı



1968 yılında Aydın'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini bu kentte tamamladı. 1991 yılında Polis Akademisinden Komiser Yardımcısı olarak mezun olup Antalya Emniyet Müdürlüğü'ne atandı. Van Emniyet Müdürlüğü'ne atandığı 1994 yılında narkotik birimlerinde çalışmaya başladı. 1999 yılında Başkomiser olarak Ankara Emniyet Müdürlüğü Narkotik Şube Müdürlüğü'ne atandı. 2002 ve 2008 yılında 18 ay Kosova'da Birleşmiş Milletler Polis Misyonunda görev yaptı. 2003 yılında Emniyet Genel Müdürlüğü KOM Daire Başkanlığı Merkez Narkotik Suçlarla Mücadele Birimine görevlendirildi. Emniyet Müdürü olduğu 2006 yılından itibaren TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) Başkanı olarak görev yapmaktadır. Başta EMCDDA (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) olmak üzere birçok uluslararası toplantı ve konferanslara katıldı. Kamu yönetimi yüksek lisansını tamamladı. Halen "Uluslararası Güvenlik" alanında doktora programına devam eden Pınarcı, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Bağımlılık yapıcı maddeler ve madde bağımlılığı dünyada hemen her ülkenin büyüyen bir sorunudur. Buna paralel olarak, alınacak tedbirlerde öncelikli yer tutmaktadır. Bu sorunla mücadelede uluslararası kabul gören üç ana başlık vardır. Bunlar önleme, tedavi-rehabilitasyon ve ceza adalet boyutudur. Birbiri ile aslında iç içe olan bu başlıklarda mücadele ile görevli

başlıca kurumlar ise sırasıyla -önleme için- Sağlık ve Milli Eğitim Bakanlıkları, Başbakanlığa bağlı SHÇEK, Gençlik Spor Genel Müdürlüğü ve kısmen de İçişleri Bakanlığı unsurlarıdır. Tedavi ve rehabilitasyon alanında ise ana sorumlu bakanlık Sağlık Bakanlığıdır. Bunun yanında bazı belediyeler ve özel kliniklerde sınırlı oranda tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verilmektedir. Ceza adalet sistemi denildiğinde ise ilk akla gelen başta polis olmak üzere kolluk birimleridir.

Önemli bir sorun olan madde ve madde bağımlılığı ile mücadelede en önemli adım bireyin madde kullanmasını, madde kullanımını denemesini engellemek, toplumu temiz tutmaktır. Zira madde bağımlısı olmuş bireylerin hem tedavisi zahmetli ve masraflı, hem de tedavide uzun süreli temiz kalma oranı düşüktür. Diğer yönden madde kullanımı iç hukumuza göre suçtur. Ceza ve tevkif evlerinde bulunanlar işledikleri suç türlerine göre sınıflandırıldıklarında



uyuşturucu sanıkları ilk sırada gelmektedir (Türkiye uyuşturucu raporu/2010). Çok sayıda insanın cezaevinde olması önemli bir işgücü kaybı ve maddi-manevi açıdan önemli bir kayıptır.

Peki, bu önemli sorunla mücadelede izlenecek yol nasıl olmalıdır? Her şeyden evvel mücadelenin bir yol haritası olmalıdır. Bu yol haritası belli veriler ışığında yapılmış durum tespitleri yardımıyla hazırlanmalıdır. Bulunulan noktanın neresi olduğu bilinmeden hangi yöne ve nereye gidileceğine karar verilemeyecektir. Durum tespitinin yapılabilmesi için kurumlar arasında bir dayanışma, koordinasyon ve veri akışı olmalıdır.

Türkiye, uzun yıllardır, bölge ülkeleri ve AB ülkelerine kıyasla önemli uyuşturucu madde yakalamaları yapan ülkelere başında gelmektedir. Kolluk güçleri önemli miktarlarda uyuşturucu madde yakalaması yapmakta ve çok sayıda şüpheliyi cezaevine göndermektedir. Buna rağmen sıklıkla basın yayın organlarında Türkiye’de uyuşturucu kullanımı yaşının düştüğü, kullanım oranlarının arttığı yönünde haberler yer almaktadır.

Uyuşturucu kullanım yaşı gerçekten düştü, kullanım oranı yükseldi mi?

Günümüz verilerine göre bu soruya “evet” veya “hayır” cevabı vermek olanaksızdır. Bazı münferit olaylarda küçük yaşta çocukların tedavi merkezlerine sevk edildiği veya aileleri ile başvurduğu olaylar kimi zaman basına yansımaktadır. Ancak münferit olaylara bakarak genelleme yapmak doğru bir tespit olmayacaktır. Doğru ve bilimsel tahminlerde bulunmak ve yorumlar yapabilmek için ülkenin tamamını görmek ve sorunu bütün yönleri ile ele almak daha doğru bir yaklaşım olacaktır.

Ulusal Uyuşturucu Ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezinin doğuşu

Ülkemizde bu doğrultuda ilk adımlar 2000 yılında atılmıştır. Türkiye Cumhuriyeti, AB Komisyonuna başvurarak Türkiye’nin Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) çalışmalarına katılımı için süreç başlatmıştır. Teklif, AB Komisyonunca kabul görmüş ve ilk olarak 2001 yılında, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu, Ulusal İzleme Merkezi ve EMCDDA temas noktası olarak belirlenmiştir. Ancak kısa süre sonra 2002 yılında Aile Araştırma Kurumu’nun da görüşü ile Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (EGM-KOM), Başbakanlık makamınca Ulusal İzleme Merkezi ve EMCDDA temas noktası olarak görevlendirilmiştir. KOM Daire



Başkanlığı, EMCDDA ile ilişkileri yürütmek ve ulusal anlamda, kurumsal ortaklardan verileri toplamak ve analiz etmek üzere TUBİM’i (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) kurmuştur. TUBİM fiili olarak 2004 yılında çalışmalarına başlamıştır. 2006 yılında ilk kapsamlı “Ulusal Uyuşturucu Strateji Belgesi” ve 2007 yılında “Ulusal Uyuşturucu Eylem Planını” hazırlayan TUBİM, ulusal koordinasyondan da sorumlu merkez olarak görevlendirilmiştir.

TUBİM’in görevleri

- **İzleme:** EMCDDA temas noktası olmasının gereği olarak, EMCDDA bilimsel kriterlerine uygun olarak ulusal verileri toplamak, analiz etmek ve raporlamak ve/veya raporlanmasını koordine etmek. Uyuşturucu ile ilgili tüm veriler TUBİM’de toplanmakta, hem ulusal hem de uluslararası kuruluşlarla TUBİM aracılığı ile paylaşılmaktadır. TUBİM, uyuşturucu verilerinin referans noktasıdır.

- **Koordinasyon:** Ulusal strateji ve eylem planlarının hazırlanması ve uygulanmasından sorumlu olan TUBİM, merkezi koordinasyonu sağlayan ve yerel koordinasyon takip eden bir merkezdir.

- **Önleme:** Emniyet Genel Müdürlüğü’ne yetki veren mevzuatlar gereği, polisin, suçu “işlenmeden önlenmesi” ile ilgili de görevleri olduğundan, EGM-KOM il birimleri bulundukları illerde önemli faaliyetler yürütmektedirler. Kısaca TUBİM-İLTEM (il temas noktası) olarak adlandırılan personelin bu görevi yürütebilmesi için gerekli olan donanım ve uzmanlık eğitimi TUBİM tarafından sağlanmaktadır. Ağırlıklı olarak TUBİM Bilim Kurulu üyelerinin eğitici olarak yer aldığı iki haftalık yoğun eğitim programında başarılı olan personel seminer, konferans türü bilgilendirme faaliyetleri başta birçok projeli çalışma yürütmektedirler. Bunun yanında, gerek TUBİM merkez, gerek TUBİM il eğitimcileri aracılığı ile kamu kurumlarına, Türk Silahlı Kuvvetleri unsurlarına, STK’lara, yurt dışı kolluk birimleri ve derneklere eğitim-

2009 yılında Türkiye’de 16 bin 59 kg eroin ele geçirilmiştir. Türkiye, tüm dünyadaki eroin yakalamalarının %16’sı ile İran İslam Cumhuriyeti’nin (%23) ardından ikinci sırada gelmektedir. Türkiye, tüm AB ülkelerinin yakaladıkları toplam eroin miktarından bile fazlasını tek başına yakalamaktadır. 2009 yılında Türkiye genelinde toplam 51 bin 451 kg esrar ele geçirilmiş olup, bu rakam 2008 yılında yakalanan 39 bin 138 kg esrara oranla %31,5’lik ciddi bir artışı ifade etmektedir.

ler vermektedirler. TUBİM Web siteleri aracılığı ile ve hazırladığı afiş, spot vb. yapımlarla önleme çalışmalarına katkı sağlamaktadır.

İlk ulusal-kapsamlı uyuşturucu raporu çalışmaları

KOM Daire Başkanlığı, görev alanına giren diğer suçların yanında uyuşturucu alanında, sadece polis verileri ile sınırlı yıllık raporlar hazırlamakta iken 2002 yılından sonra ulusal bir uyuşturucu raporunun hazırlanması için çalışmalara başlanılmıştır. Ancak Türkiye ilk ulusal uyuşturucu raporunu 2005 verileri ile 2006 yılında hazırlayabilmiştir. Çalışmalar, 1993 yılında, AB ülkeleri arasında bilimsel, karşılaştırılabilir ve güvenilir veri toplama ve analizi ile gö-

Ülkede yeni görülen, yasal kısıtlılık altında olan veya olmayan maddeler, TUBİM Koordinesinde oluşturulan EWS (erken uyarı sistemi) ile Ulusal Çalışma Grubu tarafından takip edilmektedir. 2008 yılında BZP, mCPP; 2011 yılında Khat, JWH Grubu Maddeler, 2 CP-2 CB'nin de içinde olduğu 18 madde, bu çalışma grubunun koordineli çalışması ile yasa kapsamına alınmıştır. Böylelikle uyuşturucu kaçakçılarının mevcut yasaları by-pass etmelerinin önü alınmaktadır.

revli olan EMCDDA kriterlerine paralel yürütülmüştür.

2010 Raporu ile beşinci kez hazırlanan Türkiye Uyuşturucu Raporunun veri kalitesi ve zenginliği her yıl artmaktadır. Her geçen yıl ilgili bakanlıklarımız daha geniş oranda karşılaştırılabilir veri gönderebilmekte ve veri kaynaklarını geliştirmektedirler. Buna paralel olarak, Türkiye'de sorunun büyüklüğünü gösteren resim, her geçen yıl daha da netleşmektedir. Buna rağmen özellikle bazı alanlarda daha çok önemli çalışmalar yapma ihtiyacı bulunmaktadır. Rapor EMCDDA kriterlerine paralel olarak aşağıdaki başlıklarda bilgileri içermektedir:

Beş anahtar epidemiyolojik gösterge:

- Genel ve genç nüfusta madde kullanım yaygınlığı (GPS)
- Problemlili uyuşturucu kullanımı (PDU)
- Tedavi talep göstergesi (TDI)
- Uyuşturucuya bağlı ölümler (DRD)
- Uyuşturucuya bağlı bulaşıcı hastalıklar (DRID)

Suç ve pazarlar:

- Uyuşturucuya bağlı suçlar

• Yasadışı uyuşturucuların bulunurluğu
Yeni uyuşturucular hakkında eylem:

- Erken uyarı sistemi (EWS)
- Risk değerlendirme mekanizması
- Karar alma süreci

Türkiye'nin tek resmi uyuşturucu raporu olan Türkiye Uyuşturucu Raporundan bazı değerlendirmeler şöyledir:

Beş anahtar epidemiyolojik gösterge

Bölümde yer alan epidemiyolojik göstergelerden, "uyuşturucuya bağlı ölümler" son üç yıldır büyük ilerleme kaydetmiş olan karşılaştırılabilir ve güvenilir verinin temin edildiği ve raporlandığı bir bölümdür. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi tarafından toplanan ve yorumlanan veriler önemli bir boşluğu doldurmuştur. Uyuşturucu kullanımına doğrudan bağlı 2007-2008-2009 yılının verileri, sırasıyla 136-147-153 ölüm vakası olarak rapor edilmiştir. Buna göre ölüm vakalarının hafif de olsa artışta olduğu görülmektedir. Ölümle sonuçlanan vakalar, madde türüne göre bakıldığında her yıl yaklaşık vakaların % 88-95'inde afyon ve türevi maddeye rastlanmıştır. Son üç yıla mukayese edildiğinde küçük artış göze çarpmaktadır. Ölüm oranları illere göre bakıldığında son iki yılın mukayesesine göre İstanbul ölüm olaylarında düşüş yaşanırken Antalya'da önemli bir artış görülmüştür.

Yine bu bölümde, tedavi talep göstergesinde yatarak tedavi verileri, ayakta tedavi verileri ve tedavi talep verileri önemsenmektedir. Sağlık Bakanlığı'na yatarak tedavi gören bağımlılara ait istatistik veriler rapor edilmektedir. Ayakta tedavi verileri ve toplam tedavi talep sayısının toplanabilmesi için gerekli çalışmalar Bakanlık tarafından yürütülmektedir. Tedavi talebinin büyüklüğünü görebilmek için bu veriler önemlidir. 2005 yılında 2 bin 78 kişinin yatarak tedavi gördüğü rapor edilirken bu sayı 2009 yılında 2 bin 594 olarak gerçekleşmiştir. Yatarak tedavi gören hastaların %57'si ilk kez tedaviye başvurmuştur. Yatarak tedavi gören 2 bin 594 kişinin kullandıkları madde türüne göre profillerine bakıldığında, %56,67'sinin eroin kullanımı olduğu görülmektedir.

Türkiye'de genel ve genç nüfusta madde kullanımı yaygınlığı konusunda, ülke genelini yansıtan hiçbir bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu alanda, en fazla her 4 yılda bir aynı ölçek ve yöntemle tekrarlanan araştırmalara ihtiyaç vardır. 2007 yılında çocuklarda ve gençlerde artan şiddet eğilimi ve okullarda meydana gelen olayların araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla TBMM tarafından kurulan Meclis Araştırma Komis-

yonu bir araştırma yaptırmıştır. Araştırma için hazırlanan kapsamlı ankete ana hatları ile madde kullanımına dair bazı sorular eklenmiştir. Bu araştırmaya göre genç nüfusta herhangi bir madde kullanım oranı % 2.9 olarak tespit edilmiştir. 2011 yılında, Emniyet Genel Müdürlüğü KOM Daire Başkanlığı-TUBİM koordinesinde, genel nüfusta madde kullanımına dair bir araştırma başlatmıştır.

Problemlili Madde Kullanımı (PDU), "enjeksiyon yolu ile madde kullanımı ya da uzun süreli veya düzenli eroin, kokain ve/veya amfetamin/metamfetamin kullanımı" şeklinde tanımlanmaktadır. 2009 yılında Türkiye'de problemlili madde kullanıcısı, ilk kez çarpan yöntemi kullanılarak hesaplanmıştır. Bu doğrultuda, çarpan sayısı Avrupa'da yapılmış bir çalışmanın sonuçları referans alınarak Türkiye'ye uyarlanmış ve problemlili madde kullanıcı sayısının 25 bin 500 ile 36 bin 500 aralığında olduğu saptanmıştır. TUBİM, 2010 yılında PDU konusunda Ankara, İstanbul ve İzmir illerini kapsayan bir araştırma başlatmıştır. Madde kullanımı bağlantılı bulaşıcı hastalıklar başlığında, gerek bölgesel gerek ulusal düzeyde araştırmalara gereksinim duyulmaktadır. Bu alan geliştirilmeye açık bir alandır.

Suç ve pazarlar

Uyuşturucu raporunun veri bakımından güçlü bölümüdür. Kolluk ve cezaevi verilerini geriye dönük temin etme ve karşılaştırılabilir olanağı mümkündür. 2009 yılında Türkiye'de 16 bin 59 kg eroin ele geçirilmiştir. Bu rakam 2008 yılına oranla (15 bin 447 kg) %4 oranında bir artışı ifade etmektedir. Türkiye, tüm dünyadaki eroin yakalamalarının %16'sı ile İran İslam Cumhuriyeti'nin (%23) ardından ikinci sırada gelmektedir. Avrupa ülkeleri arasında ise açık ara ilk sırada gelmektedir. Zira Türkiye, tüm AB ülkelerinin yakaladıkları toplam eroin miktarından bile fazlasını tek başına yakalamaktadır.

2009 yılında Türkiye genelinde toplam 51 bin 451 kg esrar ele geçirilmiş olup, bu rakam 2008 yılında yakalanan 39 bin 138 kg esrara oranla %31,5'lik ciddi bir artışı ifade etmektedir. Yakalanan esrar maddesinin tamamının ülke içi kullanım için olduğu değerlendirilmektedir. Türkiye, Avrupa genelinde Hollanda ve İngiltere'nin ardından en çok kubar esrar yakalayan ülkedir.

2009 yılında Türkiye'de 432 bin 513 adet ecstasy tablet ele geçirilmiştir. Bu sayı 2008 yılına göre (Bir milyon 41 bin 111 adet) %58,5 oranında bir düşüşü ifade etmektedir. Ecstasy yakalamalarında 2009 yılındaki bu düşüşe rağmen, Türkiye 2008 yılında Avrupa ülke-

leri arasında en çok ecstasy yakalayan ülke olmuştur. Türkiye’de ecstasy üretiminin olmadığı, tüketimin ise Avrupa ülkeleri kadar yoğun olmadığı göz önüne alındığında, Türkiye’nin Avrupa ülkeleri arasında en fazla ecstasy yakalayan ülke olması, anlamlıdır.

Türkiye’nin; eroin yakalamalarında dünya ikincisi, Avrupa çapında ise birinci sırada yer almasının, esrar maddesi yakalamalarında Avrupa’da en çok yakalama yapan ülkelere birisi olmasının, aynı şekilde ecstasy yakalamalarında da Avrupa’da ilk sırada gelmesinin, uyuşturucu madde kaçakçılığı ile mücadele kapasitesinin açık bir göstergesi olduğu değerlendirilmektedir.

2009 yılı verileri, 2010 yılı verileri ile karşılaştırıldığında (2010 yılı kolluk verilerine erişim sağlanmıştır. Bu veriler 2011 yılı raporunda geniş olarak yorumlanacaktır) esrar ve kokain yakalamasında önemli artış görülmüştür. 2009 yılında ülkemizde ilk kez methamfetamin maddesi yakalamasının görülmesi de dikkatle takip edilmesi gereken bir gelişmedir. 2009 yılında yakalanan methamfetamin maddesinin ülkemizi transit olarak kullandığı, üretildiği ülkeden pazar ülkeleri olan uzak doğu ülkelerine kaçakçılığı yapılmak istenirken yakalandığı tespit edilmiştir.

Erken uyarı sistemi

Ülkede yeni görülen, yasal kısıtlılık altında olan veya olmayan maddeler, TUBİM Koordinesinde oluşturulan EWS (erken uyarı sistemi) ile Ulusal Çalışma Grubu tarafından takip edilmektedir. Çalışma Grubu, Adalet Bakanlığı-Adli Tıp Kurumu, Sağlık Bakanlığı-İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Polis ve Jandarma Kriminal Laboratuvar Müdürlükleri, Üniversite Farmakoloji Bölümü üyesi uzmanlardan oluşmaktadır. 2008 yılında BZP, mCPP; 2011 yılında Khat, JWH Grubu Maddeler, 2 CP-2 CB’nin de içinde olduğu 18 madde, bu çalışma grubunun koordineli çalışması ile yasa kapsamına alınmıştır. Böylelikle uyuşturucu kaçakçılarının mevcut yasaları by-pass etmelerinin önü alınmaktadır.

Yüksek yakalama miktarları

Büyük uyuşturucu miktarlarının ele geçirilmesi, kimi zaman farklı ve hatalı yorumlara neden olabilmektedir. Yüksek rakamlar “korkutucu uyuşturucu gerçeği”, “ürküten rakamlar” gibi başlıklarla basında yer alabilmektedir. Yüksek yakalama miktarlarının nedenleri bilindikten sonra değerlendirme yapılmalıdır. Büyük miktarlar ve çok sayıda şüphelinin yakalanmasının iki ana nedeni vardır:

• Türkiye’nin uyuşturucu ile mücadele politikası:

Türkiye’de uyuşturucu kullanımı hukuken “suçtur”. Ulusal strateji ve politika belgesi, uyuşturucu bağımlılığını tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak görmekle beraber, tedaviyi bazı şartlara bağlamıştır. 2005 yılında Türk Ceza Yasasında yapılan değişiklikle “tedavide denetimli serbestlik” uygulaması getirilmiştir. Tedavi şartlarına riayet etmeyen sanık, hakkında verilen ceza tecil kararı bozularak cezaevine gönderilmektedir. Ancak birçok AB ülkesinde kullanım suç olmaktan çıkarılmıştır. Aslında bu durum madde kullanma riski taşıyan, potansiyel kişilerin kullanma yönünde tercih kullanmalarına yol açmakta ve daha fazla madde kullanıcısı oluşmaktadır. Kolluk birimleri de kullanımı soruşturmadıkları için küçük miktarlardan iz sürerek büyük miktar yakalamalara gidememiş olmaktadır. Türkiye kolluk birimleri en küçük miktarda uyuşturucu hakkında bile derin soruşturma yaparak büyük yakalamalarla sonuçlanan soruşturmalar yapmaktadır.

• Türk kolluk kuvvetlerinin başarısı:

Bu başarıyı, eğitimli narkotik uzmanları, kullanılan yüksek teknik soruşturma kapasitesi, sadece uyuşturucuya değil, organizasyonun çökertilmesine yönelik sürdürülen çalışmalar, koordinasyon işbirliği kültürü getirmektedir.

“Uyuşturucu kullanım yaşı ... kadar düştü”

Gerek bu alanda çalışan uzmanlar ve bürokratlar, gerekse medyanın bilgiyi servis etme yöntemlerine bağlı olarak uyuşturucu kullanma yaşının sürekli düştüğü yönünde haberlere, yorumlara rastlanmaktadır. Bu konuda en bilimsel verilerin, yapılacak araştırmalar sonunda verileceği aşikârdır. Toplumda artan bilinç düzeyi, artan sağlık olanakları ve duyarlılık nedeniyle küçük yaşta bireylerin madde tedavi merkezlerine başvuru bilinen bir vakadır. Küreselleşen dünya ve gelişen iletişim araçlarıyla bu tür gelişmelerin paylaşımı da önemli oranda gelişmiş ve hızlanmıştır. Dolayısıyla bu tür bir durum hemen medyada yer bulabilmektedir. Bu hususta dikkat edilmesi gereken, bu yorumların genellenmemesi olmalıdır. 2010 yılına kadar, genellikle İstanbul ölçekli bir dizi araştırma yapılmış olmasına rağmen, bu araştırmalarda farklı araştırma anketleri, yöntemleri kullanıldığı için bu veriler bile kendi içinde karşılaştırılabilir değildir. TUBİM tarafından yürütülen 2011 Genel Nüfus Araştırması da tek başına artış ve düşüş göstermeye yeterli olmayacaktır. Bu anketin, aynı yöntemlerle gelecek

yıllarda tekrarlanması halinde, iki araştırma verisinin mukayesesi ile ancak artış ve düşüş görülebilecektir.

Uyuşturucu kullanım oranı arttı (mı?)

Benzer durum bu alanda da geçerlidir. Karşılaştırılabilir, paralel araştırmalar olmadan kullanım oranlarını, gerek iller arasında gerek ülke genelinde yorumlamak hatalı sonuçlar doğuracaktır.

Özetle, her yıl TUBİM Koordinesinde hazırlanan “Türkiye Uyuşturucu Raporları” önemli bir boşluğu doldurmuştur. Veri toplamada güçlü ve zayıf yönler ortaya çıkmıştır. Zayıf yönlerin geliştirilmesi için çalışmalar yürütülmektedir. İlgili tüm bakanlıkların TUBİM’e verdikleri destek ve paylaşım memnuniyet vericidir. Bununla birlikte, özellikle bazı alanlarda daha fazla veriye ve araştırmaya ihtiyaç vardır. Tedavi talebi ve ayakta tedavi verileri, kullanım yaygınlık verileri, bulaşıcı hastalıklar, riskli gruplarda madde kullanımı, uyuşturucu konusunda kamu harcamaları, bu konulardan başlıcalarıdır. Etkili ve kalıcı bir mücadele politikası için, veri toplama ve izleme önemlidir. Delile dayalı ve dengeli bir mücadele için zayıf alanların geliştirilmesi hayati önem taşımaktadır.

Kaynaklar

Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılıkla Mücadelede Ulusal Strateji ve Politika Belgesi (2006-2012)

<http://www.emcdda.europa.eu/about-Avrupa> Uyuşturucu ve Uyuşturucu bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA),

Resmi Gazete, 13 Şubat 2011 tarihli

Türkiye Uyuşturucu Raporu-2010

Prof. Dr. Cevdet Erdöl: Uyuşturucuyla mücadele için sigara bataklığı kurutulmalı

Röportaj: Ömer Çakkal

Cevdet Erdöl, 1958'de Trabzon Sürmene'de doğdu. İstanbul Üniversitesi Edirne Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ankara GATA'da İç Hastalıkları ve Kardiyoloji İhtisası yaptı. ABD'de Washington'da eğitim gördü. Ağrı ve Ankara Mevki Askeri Hastaneleri'nde çalıştı. GATA'da yardımcı doçent olarak görev yaptı. Bursa Yüksek İhtisas Hastanesi'ne atandı. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yaptı. 2002'de profesör oldu. Yüzden fazla araştırma-

sı ve makalesi ulusal ve uluslararası yayınlarda yer aldı. 2002 seçimlerinden beri iki dönemdir hem Trabzon Milletvekili, hem de TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu'nun Başkanı. 8 yıldır sağlıkta atılan devrim gibi adımların çoğunda beyin takımının içinde yer aldı. Kendisi "yasak" tanım-lamasını kabul etmese de herkesin "sigara yasağı" olarak bildiği kapalı alan-larda sigara sınırlamasının alt yapısını hazırladı, kanununu yazdı. SD'nin yeni sayısında bağımlılık konusunu dosya yapmak istediğimizde Cevdet Hoca ile bir röportaj yapmak da şart oldu. Gü-neşli bir kış Cumasında bizi Meclisteki

odasında kabul etti. Sigara ve alkol sınırlamalarını, kendisinin ve AK Parti hükümetinin bağımlılıkla mücadele politikalarını enine boyuna konuştuk.

"Sigara bir bataklık, uyuşturucu ise sivrisinek"

Size sigara yasağının mimarı diyor-lar. Sigarayla alıp veremediniz nedir?

Sadece sigarayla değil tüm bağımlılıkla mücadele, Anayasamızın bize emrettiği bir konu. Bağımlılıktan en fazla 25 yaş altı gençler ve çocuklar olumsuz etkileniyor. Yani bağımlılık aslında



bir gençlik sorunu. En kolay ulaşılabilen maddeler en tehlikeli olanlar. Bağımlılık maddesi, her geçen gün daha fazla tüketim istiyor. Vücut, her seferinde daha fazla ürün tüketmek istiyor. Gençliğinden, parasından, ar ve namusundan fedakârlık gerektiriyor. Bağımlılık ailesinin üyeleri şunlar: Sigara, bira, tiner ve benzeri uçucu maddeler, kokulu kırtasiye malzemeleri, okul çağında kullanılan yapıştırıcılar, haplar, otlar, uyuşturucular, son dönemde ise siber bağımlılık, bilgisayar oyunları, televizyon, insanları adeta ekrana mihlayan görüntüler. Uyuşturucuya başlayanların yüzde 99'u için giriş kapısı sigara. Sigara bir bataklık, uyuşturucu ise sivrisinek. Uyuşturucu ile mücadele etmek için sigara bataklığını kurutmamız gerekiyor. Biz 22 ve 23. Dönem olarak milletimize borcumuzu önemli bir oranda ödediğimizi inanıyorum. Sigarayla ilgili çok önemli bir noktaya gelindi. Artık okullarda bağımlılık yapabilecek yapıştırıcıların kullanımı yasaklandı. Dünya Sağlık Örgütü'nün son dönemde önemli çalışmalar yaptığı alkolle ilgili mücadele ise Türkiye'deki siyasi konjonktür nedeniyle maalesef pek kolay değil. Alkol ile mücadelede siyasi desteği bulamıyoruz. Konu, yaşam tarzı meselesi haline geliyor.

Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu'nun yayımladığı alkolle ilgili yeni yönetmelik epey bir tartışmalara neden oldu. Alkol sınırlamasıyla ilgili de tıpkı sigaradaki gibi yasal bir altyapı düşünüyor mu?

Bu sınırlamanın yasal altyapısı zaten mevcut. Yasadan ziyade Anayasal alt yapısı var. 58. Madde, "Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır." diyor. Anayasa bu kadar açıkken diğer siyasi partilerin, STK'ların ve sivil otoritelerin de konuya siyasi gözlükle yaklaşmaması ve bize yardımcı olması lazım. Bu bir halk sağlığı sorunudur. Ben size başka bir şeyden bahsetmek istiyorum. Klasik bilinen alkolü içeceklerdeki alkol etil alkoldür. Ama bir de metil alkol vardır. Metil alkol daha ucuz, bulunması daha kolay. İçeceklere konulduğunda gözde körlük ve ölüme kadar sonuçlara neden olurken, kolonyalara katıldığında cilde zarar verme ve körlüğe neden olabiliyor. Hiç kimse çocuğunun uyuşturucu ya da alkol bağımlısı olması istemez. Ancak bağımlı olmasını istemediğimiz bir çocuğumuzun alkol tüketmesini istememiz de doğru olmaz. Sigara içen insanlar aylık ortalama 250 lirayı boşu boşuna havaya üflüyorlar. 250 lira, bugün asgari ücretin üçte biri bir fiyat. Zevk aldığı için 250 lirayı havaya üfleyen bir baba, çocuklarının beslenme giderlerini boş yere ben-cilce tüketmektedir.

"Sigara kaçakçılığını yabancı sigara şirketleri yönlendiriyor"

Madem sigarayla mücadele ediyorsunuz, neden paketi 50 lira değil?

Bu bir fiyat politikası. Çok çok yükselttiğiniz zaman da farklı yollarla sigaraya erişiliyor.

Sigara kaçakçılığı mı?

Hem o hem de başka şeyler var. Şunu açık bir şekilde söyleyebilirim ki, Türkiye'deki sigara fiyatından memnun olmayan yabancı sigara şirketleri sigara kaçakçılığını bilerek yönlendiriyorlar. Sigaracıların bilgisi dışında kaçakçılık yapamazsınız.

Şu anda ülkemizde tüketilen sigaranın ne kadar kaçak?

Çok cüzi bir oranı kaçak. Ama fiyatlar aşırı yükselirse kaçak tüketim yükselir. O nedenle sigara fiyatını adım adım yükseltmek gerekiyor. Türkiye'de sigara fiyatı Avrupa ve ABD'den daha ucuz.

Petrolü Avrupa ve ABD'den daha pahalıya erişebiliyoruz ama sigara Avrupa ve ABD'ye göre daha ucuz öyle mi?

Evet, ama ülkemizde sigaradaki vergi yükü petrolden daha yüksek. Petrolde yüzde 65, sigarada yüzde 75. Yani vergi yükü bakımından da biz yapılması gerekenleri yapmış sayılırız ama daha iyi şeyler elbette yapılabilir. Bunu bu şekilde belirttikten sonra size siber bağımlılıktan söz etmek istiyorum. Bugün dünyada bilgisayar başında ölen insanlar var. Anlayabiliyor musunuz: Ölen insanlar! Sigara, alkol, uyuşturucuyu diyebilirim ki yasakladınız. Peki, televizyonu, cep telefonunu, bilgisayarı, interneti yasaklamak mümkün mü? Mümkün değil. O nedenle burada ailelere büyük iş düşüyor. İnternete erişim sınırlandırılmalı. Belli sitelere erişim olmalı. Televizyon sınırlı sürelerde izlenmeli. Bilgisayarlar evlerde ortak kullanım alanlarında kullanılmalı. Bilgisayar, televizyon ve cep telefonu bıçağa benzer. Doğru kullanıldığında tükettiğimiz gıdaları keser, bilinçsiz kullanıldığında ise bir insanı keser. Çocuklarımızı eğitmeden bilgisayar ve televizyonun karşısına oturtmamalı, cep telefonları ellerine verilmemeli.

Televizyon bağımlılığı diyorsunuz, bununla ilgili hükümetin stratejisi nedir?

Şimdi insanlara daha az televizyon izleyin diyemeyiz. Dizi izlemeyin de diyemeyiz. Ya da dizi yapanlara kalı-



Bağımlılık ailesinin üyeleri şunlar: Sigara, bira, tiner ve benzeri uçucu maddeler, kokulu kırtasiye malzemeleri, okul çağında kullanılan yapıştırıcılar, haplar, otlar, uyuşturucular, son dönemde ise siber bağımlılık, bilgisayar oyunları, televizyon, insanları adeta ekrana mihlayan görüntüler. Uyuşturucuya başlayanların yüzde 99'u için giriş kapısı sigara. Sigara bir bataklık, uyuşturucu ise sivrisinek. Uyuşturucu ile mücadele etmek için sigara bataklığını kurutmamız gerekiyor.

tesiz diziler yapın da insanlar fazla izlemesinler de diyemeyiz. Öte yandan bakıldığında yaptıkları diziyi bu kadar izletenleri ve yurtdışına da satılabilenleri de tebrik etmek lazım. O zaman yapılacak şey, bu dizilerin ve televizyonun insanların olumlu gelişimine katkıda bulunması noktasında katkı sunmaktır. Örneğin her TV kanalı ve radyo, ayda 90 dakika tütün ve tütün ürünlerinin zararı noktasında yayınlar yapmak zorunda.

Ben hiç görmedim. Çok geç saatlerde sabaha karşı ya da gündüz yayımlanıyor olmalı. Akşam en çok izlenen saatlerde olmalı tabi.

Eskiden öyleydi. 2008'den sonra çıkardığımız yasayla bu yayınların gündüz saatlerinde olması ve 30 dakikasının akşam saatlerinde olması noktasına gelindi.

Halk sahip çıkmasaydı, polisiye ve cezai tedbirlerle bu kanunu yürütmeniz mümkün değildi. Bizim Trabzon'un Sürmene ve Of ilçelerinin köylerine çıkıyorsunuz. Orada polis, jandarma yok. Kahveye giriyorsunuz; mahsustan, "Bir sigara içebilir miyim?" diyorsunuz, "Olmaz, yasak" diyorlar. Bu kanunun kabul edilmesinden önce 2003'den 2008'e kadar bu konuda çok ciddi eğitimler, söyleşiler, konferanslar yapıldı. Toplum bu yasaya alıştırdı, farkındalık arttı.



Ayda 90 dakika çok az değil mi? Günde sadece 3 dakika eder.

Bu süreyi verimli kullanabilirsek o bile yeterli. Ülkemizdeki çalışma dünyadaki en güzel uygulamalardan biri. "sigaranı da beni de yakma" reklam filmi, "Bu kadar katran, sizi kanser etmeye yeter" sloganı, reklamı çok etkili sonuçlar verebilir.

"Askere zorla sigara dağıttık; doktor, hastasına sigara reçete etti"

Uygulama ile ilgili naçizane düşüncemi ifade etmeme izin verin. Kapalı alanlarda sigara yasağı, sigara içenleri kurtarmaz ama gelecek nesilleri kurtarır! Sigaranın çocuklar ve gençler arasında özendirilmemesi, sigara kullanan çocukların "büyük adam" muamelesi görmeleri bir yana sigara kullananların "hasta insan" muamelesi görmesi bence gerçek bir devrim. Haksız mıyım?

Tabi ki. Sigara kullanan birinin bunu bırakması pek kolay değil. Ancak yeni nesillerin sigaraya başlamamasına yönelik politika, çok önemli bir politika. Bir de işyerlerindeki sigara sınırlaması da önemli bir politika. İşyerinde bulunduğu katta sigara için belli bir oda tahsis edildiğinde sigara tüketimi azalıyor. Ancak sigara içmek için aşağıya, bahçeye inmek zorunda kalan bir kişi,

sigara tüketimini azaltmak durumunda kalıyor. Sigara sınırlamasının başladığı ilk yılda İstanbul'da 10 eğitim ve araştırma hastanesinin acil servislerinde araştırma yapıldı. Astım tipi hastalıklarında yüzde 20, kalp hastalıklarında yüzde 33 azalma görüldü.

Bu sınırlamanın ardından sigara içenlerde sanki tuhaf bir tepkisizlik de var. "Evet, iyi oldu ama" deniyor ancak sigara tüketimini de bir dal olsun azaltmıyor. Sigara paketlerindeki cinsel iktidarsızlık, kanser yapar resimlerine karşı sanki halkta bir görmezden gelme yok mu? Sizce halk, bu sigara sınırlamasını ne derece sahiplendi?

Halk sahip çıktı. Halk sahip çıkmasaydı bu kararı sizin polisiye ve cezai tedbirlerle bu kanunu yürütmeniz mümkün değildi. Bizim Trabzon'un Sürmene ve Of ilçelerinin köylerine çıkıyorsunuz. Orada polis, jandarma yok. Kahveye giriyorsunuz, mahsustan "Bir sigara içebilir miyim?" diyorsunuz, "Olmaz, yasak" diyorlar. Bu kanunun kabul edilmesinden önce 2003'den 2008'e kadar bu konuda çok ciddi eğitimler, söyleşiler, konferanslar yapıldı. Toplum bu yasaya alıştırdı, farkındalık arttı. Hem reel gerçeklerden kopmadan konuşmalıyız. Bu ülke, 1934'te hastanede yatan hastaya hekimin ne kadar sigara içebileceğine dair adeta reçete yazdığı bir ülke. Sigaranın zararını bilmiyor, rahatlasın diye

yazıyor. Askerimize içsin, içmesin sigarayı zorla dağıtmışız. Anadolu'nun en ücra köşelerine kadar bu sigarayı yaymışız. Bakınız, Sağlık Bakanlığı, çok iyi bir mücadele yaparak kızımağı ve sıtmayı adeta sıfıra indirdi. Aşı yaparak, batakliklarla mücadele ederek, çevre sağlığı politikası güderek bir çalışma yapıldı. Sigarada da kapsamlı bir politika, strateji gerekiyor. Bu konu bugünden yarına halledilebilecek bir mesele de değil. Çocuğu için gözünü kırpmadan canını verecek olan babaya, içtiğini sigara ile çocuğunu zehirlediğini, ölümünü hazırladığını anlatmaya çalışıyoruz. "Arabayı yeni aldım, getir şu çocuğuna biraz egzoz dumanı koklatayım" desen hangi baba izin verir? Ama kendi koklatıyor. Böcek zehrinden fare zehrine kadar içinde her şey var. Biz topluma bu bilinci aşılamaya çalışıyoruz.

Sigarayla, alkolle, uyuşturucuyla, internetin ve televizyonun aşırı kullanımıyla, bağımlılık yapan yapıştırıcılarla mücadele ediyorsunuz. Sanırım her konuda farklı direnç mekanizmaları ile mücadele ediyorsunuzdur. Ne tür dirençlerle karşılaşıyorsunuz?

Burada tabi herkes kendi çıkarını düşünmek durumunda. Karşımızdaki insanlar ne kadar çok sigara, alkol, uyuşturucu satarlarsa o kadar çok para kazanacaklar. Bizimse işimiz bunların mümkün olduğunca tüketilmemesi. Biz sattırmadıkça halkı, çocuklarımızı

zı mutlu edecekken, onlar sattıkça çok para kazanacaklarını ve kendilerini, ailelerini mutlu edeceklerini düşünüyorlar. Yani halk pek umurlarında olmuyor. Burada bir çıkar çatışması yaşanıyor.

Daha somut olarak yani şimdi ne yapıyorlar?

Her grubun her aşamada yaptığı farklı. Kanunun hazırlaması sürecinde farklı, yasalaşması sürecinde farklı, uygulanması sürecinde farklı. Çok çeşitli stratejiler geliştiriyorlar, elbette biz de karışık stratejiler geliştiriyoruz.

Bu alkol sınırlaması konusu hatırlanacak olursa sanırım medyayı çok iyi kullanıyorlar.

Ben medyanın bağımlılıkla mücadelede bize çok destek verdiğini düşünüyorum. Bu konuda ben medyaya toz kondurmuyorum, çok müteşekkirim. Alkolle ilgili yapılan mücadele bazı kesimler tarafından yaşam tarzına müdahale zeminine çekiliyor.

Efendim, insanlar diyorlar ki, “Ben çocuğumla haftada bir duble içtiğimde bu neden bağımlılık olsun?”

Eğer düzenli olarak içiyorsa, almadığında, kullanmadığında vücut onu istiyorsa, onun adı bağımlılık oluyor. Kahve de böyledir, çay da böyle.

Çay ve kahve ile de mi mücadele edeceksiniz?

Efendim çay ve kahve alkol ve sigara ile aynı mı? Burada sağlığa etkisi bağlayıcıdır.

“Alkolde amacımız, belirli bir yaşın altındakilerin tüketmemesi”

Alkolle ilgili hedeflenen nedir? Alkol tüketimini sınırlamak mı?

Öyle bir hedef yok. Alkolle ilgili yapmak istenen, belli bir yaşın altındakilerin tüketmemesidir. Bu bağlamda alkol satışının belli kriterlere bağlanması noktasında politikalar yürütülüyor. Modern dünyada durum neyse bizim yapmaya çalıştığımız da o. ABD’de Washington kentinde büyük anıtın arkasında uzanan binlerce dönümlük arazide alkol içemezsiniz. Parklarda alkol içemezsiniz. ABD’de 21 yaşından küçükler alkolü içecek satmazlar. Bazı eyaletlerde bu yaş 23’e çıkar.

Kahvehaneler, sigara yasağını Anayasa Mahkemesi’ne götürdüler. Yüksek Mahkeme’nin konuya yaklaşımını nasıl buldunuz?

Anayasa hükümleri çok açık. Bu konuda amir hükümdeki 58. Madde, 82 Anayasasında kabul edildi. Bu Anayasa’yı AK Parti yapmadı. Dolayısıyla, ne Anayasa Mahkemesi’nden, ne de öteki yüksek yargı mercilerinden bu konuda farklı bir karar çıkacağını sanmıyorum. Medyanın bazı kesimlerinde “Yok şöyle olacak, içki her yerde yasaklanacak, içtirmeyecekler” türündeki haberler gerçeklerle bağdaşmıyor. Yapılmak istenen çok açık. Yeri gelmişken, CHP Grup Başkanvekili Sayın Kemal Anadol’a da teşekkür etmek istiyorum. Kendisi “Alkolü araç kullananlara hapis cezası verelim” diyor.

Sizin görüşünüzü merak ediyorum. Sigara kullanımı kişisel bir hak mıdır?

Şöyle düşünmek lazım: Bir kişinin kendisini kronik olarak zehirlemesi bir hak mıdır? Hadi buna kendi tercihidir diyelim. Kişi kendisini zehirlesin. Ama iş orada kalmıyor. Üzerine sinen partiküllerle, sigara dumanıyla başkalarını, çocuklarını, kendisini savunmaktan aciz yavrularını da zehirliyor. Şimdi siz söyleyin, bu bir hak mı? Böyle bir hak yok, buna da kimsenin hakkı yok.

Sigara sınırlamasının kaçınıcı günündeyiz?

Kahvehanelerde ve restoranlarda başlıyalı yaklaşık 1.5 yıl oldu.

Ne kadarlık bir azalma oldu?

Yaklaşık yüzde 15-20’lik bir azalma var.

Cami ve hastane bahçeleri halen yasak kapsamının dışında mı?

Evet, halen öyle.

Peki neden?

Kanun hazırlanırken, hastanede cenesini alan birine sigaranı söndür demenin, ona ceza kesmenin sıkıntıları doğuracağı düşünüldü. Camilerle ilgili ise, ihtiyaç duyulmadığı için kapsama alınmadı. İbadethanelerde zaten kimse saygıdan ötürü sigara içmiyorlar.

Bir ihmal mi oldu yani?

İhmal demeyelim de, bir iyi niyetten ötürü diyelim.

Eski Sağlık Bakanları’ndan Bülent Akarcalı, SD’de yazdığı makalesinde şöyle demişti: “Başbakan Recep Tayyip Erdoğan, Sağlık Bakanı Recep Akdağ ve TMBB Sağlık Komisyonu Başkanı Cevdet Erdöl. ‘İki Recep’ ve ‘bir Cevdet’ olarak adlandıracağım bu takım, sağlıkta en cesur tavrı aldı. Benim ‘ölüm tacirleri’ diye adlandırdığım Amerikan-İngiliz ve Japon sigara tekellerinin her türlü açık ve gizli baskılarına direndiler, bu tekellerin kıskırtmaya çalıştığı kahvehane, lo-

Bu ülke, 1934’te hastanede yatan hastaya hekimin ne kadar sigara içebileceğine dair adeta reçete yazdığı bir ülke. Sigaranın zararını bilmiyor, rahatlasın diye yazıyor. Askerimize içsin, içmesin sigarayı zorla dağıtmışız. Çocuğu için gözünü kırpmadan canını verecek olan babaya, içtiğin sigara ile çocuğunu zehirlediğini, ölümünü hazırladığını anlatmaya çalışıyoruz. “Arabayı yeni aldım, getir şu çocuğuna biraz egzoz dumanı koklatayım” desen hangi baba izin verir? Ama kendi koklatıyor.

kanta vs sahip ve işleticilerinin siyasi baskılarına ve oy kaybetme riskine aldırmadılar ve yasayı çıkardılar.” Sayın Akarcalı’nın görüşü hakkında ne dersiniz?

Bunlar tabi kendisinin görüşleridir. Ancak bu düzenlemenin hayata geçmesinde en büyük pay mutlaka Sayın Başbakanımıza aittir. Nihayetinde bir milletvekiliyim. Size istediğiniz kadar kanun yazabilirim. Biz işin sekretarya görevini yaptık. Ancak Sayın Başbakanın bu konudaki tavrı ve kararlılığı milletin geleceği adına bir ışık oldu. Ona millet olarak müteşekkirim. Biz bu sigara konusunda bütün dünyaya örnek olduk. Ortadoğu ülkelerinden gelip, “Siz bu işi nasıl yaptınız” diye gelip sürekli danışıyorlar. İspanya, benzer bir yasa hazırlıyordu ancak kahvehanelerde içilen bölüm/içilmeyen bölüm gibi uygulaması mümkün olmayan bir formattan geri döndü.

Ankara AMATEM penceresinden Türkiye'nin bağımlılık fotoğrafı

Doç. Dr. Nesrin Dilbaz



1984 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uzmanlık eğitimi Anadolu Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalında tamamlandı. Aynı yıl atandığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doçent oldu. 2. Psikiyatri Kliniğinde Anksiyete Bozuklukları ve Duygudurum Bozuklukları Kliniğini kurdu. 2004 yılında Ankara AMATEM'in kurucu başkanı oldu. Ankara AMATEM'in direktörlüğünü de yürüten Dilbaz, 1996 yılından beri Ulusal Anksiyete Bozukluğu Kongresinin başkanlığını yapmaktadır. Dilbaz halen Birleşmiş Milletler, Avrupa Birliği ve Avrupa Konseyi Pompidu Grubu ile Madde Bağımlılığı Tedavi Platformunda çalışmaktadır. 2005'ten beri SB Madde Bağımlılığı Bilim Komisyonu üyesi olarak da çalışan Dilbaz, Amerikan Psikiyatri Birliği, Dünya Biyolojik Psikiyatri Birliği, Dünya Şizofreni Derneği başta olmak üzere birçok dernekte aktif olarak çalışmalarını sürdürmektedir. Halen Türk Bağımlılık Psikiyatrisi Derneği Başkanı olan Dilbaz'ın 100'ün üzerinde yayını, ulusal ve uluslararası kitap bölümü yazarlığı vardır. Evlidir ve bir çocuk annesidir.

A lkol ve alkol dışı madde kullanımı çağımızın en ciddi ve kapsamlı toplumsal sorunlarından biridir. Gerek toplumun her kesimini etkilemesi, gerekse bir toplumdan diğerine sınır tanımaz yaygınlığı nedeniyle, çağımızın öncelikli sorunu diye de tanımlayabiliriz. Çünkü sorun, yalnızca madde kullanan bireyi değil o bireyin içine doğduğu aileyi, ailenin parçası olduğu toplumu ve giderek o toplumda kültürel yapı özelliklerinden ekonomik işleyişe dek uzanan bir devamlılıkta tüm toplumsal evreni boyutlu biçimde etkilemektedir. Madde bağımlılığı, bir maddenin belirgin bir etkiyi elde

etmek için alınması sürecinde ortaya çıkan bedensel, ruhsal ya da sosyal sorunlara karşın madde alımının devam etmesi, bırakma isteğine karşın bırakmaması ve maddeyi alma isteğinin durdurulamaması durumudur. Madde bağımlılığı açısından 30 yıl öncesine kadar çok şanslı ülkelerden biri iken zamanında gerekli tedbirlerin alınmaması nedeniyle artık bu kadar şanslı olmadığımızı söyleyebiliriz. Son yıllarda yapılan çalışmalar göre ülkemizde sigara kullanımı yaygın boyutlardadır. Ayrıca alkol, uyuşturucu ve uyarıcı kullanımı çok yavaş da olsa artış göstermektedir.

Madde kullanımının ve bağımlılığının sağlık, yasal ve sosyoekonomik yönleri

ile madde kullanımı konusunda psikolojik ve sosyoekonomik etmenleri belirlemek ve ergenlerde kullanım sıklığı ve biçimini ortaya koymak için Sağlık Bakanlığı ile Birleşmiş Milletler Madde Kontrol programı tarafından "Türkiye Madde Kullanım Profili" gerçekleştirilmiştir. TC Sağlık Bakanlığı'nın Birleşmiş Milletler ile 6 ilde 17 yaşındaki gençler ile yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin yarısından fazlasının sigara deneyimi ve yarısına yakınının ise alkol deneyimi olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin yüzde 5'inden fazlası herhangi bir yasadışı maddeyi denediklerini ifade etmişlerdir. Bunlar arasında, en çok kullanılan maddeler sırasıyla marihuana/esrar ve uçucular olarak bildirilmiş-



tir. Bu maddeleri, (reçetesiz) anabolik steroidler, sakinleştiriciler veya sedatifler ve Ecstasy izlemektedir.

Son bir yılda öğrenciler arasında alkol kullanma oranı %35 civarındadır. Öğrencilerin yüzde 3'ünden fazlası esrar, yüzde 2'den fazlası da uçuucu madde kullandığını ifade etmiştir. Bu sonuçlara göre Türkiye'deki öğrenciler arasında bildirilen sigara, alkol ve esrar kullanımının Avrupa'daki akranlarına göre çok düşük olduğu, ancak amfetamin ve Ecstasy gibi diğer maddelerde aşağı yukarı aynı düzeyde sonuçlar alındığı söylenebilir.

21. yüzyılın en büyük sağlık sorunu olmaya aday olan bağımlılık, birbirinden farklı birçok sosyal, kültürel, ekonomik ve tıbbi bireysel ve toplumsal etkileri nedeniyle oldukça geniş bir toplum kesimini ilgilendirmektedir. Bu boyuttaki bir sağlık sorunu ile baş etmek birçok alanda etkili bir örgütlenme ve çaba gerekmektedir. Bağımlılığın ortaya çıkması ve büyümesi birbirinden farklı birçok sosyal, kültürel, ekonomik ve tıbbi nedenlerden etkilenmektedir. Bağımlılık sorununun ülkelere ve sonuçta da insanlığa yönelik yüksek maliyeti, küresel örgütlenmeleri kaçınılmaz hale getirmektedir. Baş etmek için birçok alanda etkili bir örgütlenme ve çaba gerektiren bu boyuttaki bir sağlık sorunu, hükümetimizin ulusal sağlık politikası içinde öncelikli bir konu olarak ele alınmıştır.

Alkol ve madde kullanmamış kişilerin bu maddeye başlamalarını engellemek, bağımlılık gelişen hastaların tedavi ve rehabilitasyonlarını gerçekleştirmek, bağımlı kişilerin kendilerine ve topluma verdikleri zararı azaltmak ve suçu önlemek, ulusal sağlık politikamızın temel taşlarıdır. Bağımlılık tedavisinin güç ve masraflı bir tedavi olduğu göz önüne alındığında sorunun yaygınlaşmasını önlemek ülkemiz için önem taşımaktadır. Caydırma, bilgilendirme, kişilerarası ve sosyal becerileri artırma ve uyuşturucu karşıtı değerler dizgesi yaratma koruyucu çalışmanın temel ilkeleridir. Bakanlığımız tarafından yürütülmekte olan sigara ile mücadele programı ulusal politikamızın en güzel örneklerinden biridir.

Madde bağımlılığının tedavisi

Madde bağımlılığının tedavisi, bağımlılığın düzeyine (ciddiyetine), madde tipine, kişisel motivasyona ve madde bağımlılığı tedavi merkezine ulaşılabilirliğe bağlıdır. Bazı kullanıcılar tedaviye gönüllü olarak ve genelde aile, arkadaş veya iş yeri desteğini alarak geldikleri gibi, bazı kullanıcılar istekleri dışında mahkemeler tarafından tedaviye gönderilebilirler ve bunların hiçbir desteği de olmayabilir. Merkezlerde

uygulanen tedavide hem ilaçlı hem de psikolojik tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Bu uygulamalar eğitim ve sosyal programlarla da desteklenmeye çalışılmaktadır. Uyuşturucu maddelerin etkilerini nötralize eden bazı ilaçlar, örneğin alkol için Antabus, kokain ve eroin için Naltrexon dünyada olduğu gibi ülkemizde de kullanılmaktadır. Eroin bağımlılarının gerek tedavisi gerekse stabilizasyonu için methadon veya buprenorfin gibi ilaçlar ikame tedavisi olarak dünyada kullanılmaktadır. Ülkemizde ise yaklaşık 1 yıldır buprenorfin ikame tedavide kullanılmaya başlanmıştır. Bazı ülkelerde özellikle hamile bağımlılarda akupunktur uygulamalarında yararlanıldığı da bilinmekte olup ülkemizde bu yönde tedavi uygulayan bir merkez bulunmamaktadır.

Bağımlılık tedavisine başvuranların karşı karşıya kaldıkları, tedavi için ileri bir tarihe randevu verilmesi ve tedavi merkezinin yaşanılan bölgelere uzak olması gibi sorunlar tedavi isteğini kırmaktadır. Türkiye'de yatak kapasitesi açısından konuya yaklaşıldığında mevcut 500 yatak kapasitesinin hastaların merkezlerde ortalama 30 gün yattığı hesabıyla yılda 5 bin hastaya rahatlıkla hizmet verebileceği söylenebilir. Bu hasta sayısı da Türkiye için mevcut sayının iki katı gibi gözükmektedir. Ancak hastaların bazı merkezleri daha fazla tercih etmeleri ve belli dönemlerde (özellikle kış aylarında) tedaviye başvuruların yoğunlaşması sonucu bazı merkezlerde ileri tarihlere randevu verilmesine yol açabilmektedir. Ayrıca, tedavi merkezlerinin hastaların yaşadıkları bölgelerden uzakta olması da tedaviye başvuruyu, tedaviye devamı ve tedavinin bir parçası halindeki sosyal ve psikolojik destekleri (eğitim, aile görüşmesi, işe yerleştirme, danışmanlık vs) olumsuz etkilemektedir. Çocuklar ve kadınlar gibi özel gruplara hizmet veren madde tipine göre ve tedavi modeline göre uzmanlaşmış merkezler yetersizdir veya yoktur.

Belli bir dönem tedavi ile madde kullanımından uzak kalmayı başaran, bir başka deyişle kanı ve idrarı maddeden temizlenen hastalar, yatarak tedavi sonrası veya ayakta tedavi sırasında sosyal, ekonomik ve psikolojik yönden desteklenmez, sosyal yaşantılarında bir değişim sağlanamaz ise tekrar madde kullanıcısı konumuna gelebileceklerdir. Tedavinin başarısının artırılması için tıbbi yaklaşımın yanında mutlaka sosyal destek programlarının da yürütülmesi gerekmektedir. Bugün için tedavi merkezleri öncülüğünde bazı kurum ve sivil toplum kuruluşları işbirliğinde eğitim, iş edindirme, barınma ve danışmanlık hizmetleri verilmeye çalışılsa da bu hizmetler son derece yetersiz kalmaktadır.

Son bir yılda öğrenciler arasında alkol kullanma oranı %35 civarındadır. Öğrencilerin yüzde 3'ünden fazlası esrar, yüzde 2'den fazlası da uçuucu madde kullandığını ifade etmiştir. AMATEM'de 2004 yılında 2 bin 470 olan yıllık poliklinik sayısı 2009 yılına gelindiğinde 4 katına çıkarak 9 bin 686'ya ulaşmıştır. 2004 yılında Ankara AMATEM'e başvuran ve yatırılarak tedavi verilen hastaların yalnızca %28'i il dışından iken 2009 yılına gelindiğinde bu oran %56'lara çıkmış ve 6 yıllık sürede toplam başvuruların yarısını Ankara dışından gelen hastalar oluşturmuştur. Başvurularda Ankara'nın ardından ilk üç sırayı alan iller Gaziantep, Hatay ve Van olmuştur.

İlaçsız tedavi

Temel stratejiler: Madde kullanımını sonlandırma motivasyonunu artırma, baş etme becerilerini öğretme, yaşam desteklerini arttırma, olumsuz duygularla baş etme gücünü kazandırma, kişilerarası işlevselliği arttırma, sosyal destekleri güçlendirme.

Relaps önleme: Bireyler problem davranışlarını belirlemeyi ve düzeltmeyi öğrenirler. Relaps önlemede yoksunluğu hızlandıracak ve relaps yaşayan hastalara yardımcı olabilecek birçok BDT stratejileri uygulanmaktadır. Sürekli kullanımın yol açacağı olumsuz sonuçları ortaya koymak, madde arama davranışını erken dönemde tanımak ve kullanım için yüksek riskli olan durumları belirlemek, baş etme becerileri geliştirmek, yüksek riskli durumlardan uzak durmak ve etkili baş etme

stratejileri geliştirmek bu alanda kullanılan tekniklerdendir.

Matriks modeli: Uyarıcı kullanılan hastaların tedavisinde ve maddeden uzak durmalarını sağlamak için kullanılmaktadır. Hastalar bağımlılığa ve relapsa özgü konuları öğrenirler, eğitilmiş ve deneyimli bir profesyonelden destek alırlar. Bu programda aile bireyleri de konu ile ilgili eğitilirler. Terapist hastaların benlik saygılarını, kendilerini değerli hissetme duygularını artırma yönelik tedavi oturumları yapabilecek nitelikte eğitilirler.

Destekleyici-ekspresif psikoterapi: Zaman sınırı olan eroin ve kokain bağımlıları için adapte edilmiş psikoterapi yöntemidir. İki temel bileşkesi vardır. Destekleyici teknikler, hastanın yaşantısını tartışarak kendini rahat hissetmesini amaçlamaktadır. Ekspresif teknikler ise hastanın kişilerarası ilişkiler konusundaki sorunlarını belirleme ve bu konular üzerine tartışmayı hedeflemektedir. Burada problemli duygu ve davranış üzerine maddenin rolüne ve madde olmaksızın bu problemlerin nasıl çözülebileceğine odaklanılır. Hastaların yatarak tedavi gördükleri dönemde bu modeli uygulayabilecek eğitilmiş personeli olan merkezlerde uygulanmaktadır.

Motivasyonu artırma terapisi: Hastanın tedaviye başlama ve maddeyi kesme konusundaki ambivalansını çözümlemesine yardımcı olunarak davranış değişikliği oluşturan bu yöntemle hastaya iyileşme sürecine rehberlik etmekten ziyade hastada hızlı bir değişim konusunda motivasyon sağlamak amaçlanmaktadır. Özellikle esrar ve sentetik haplara bağlı olarak gelişen sorunlarda bilişsel davranışçı tedavi kullanılmaktadır. Özellikle madde kullanımı olan gençlerde ve ailelerini hedef

alan çoklu yaklaşımlı aile tedavisi modeli de uygulanmaktadır. Ama gençlerin ve ailelerin özellikle hastaneden ayrıldıktan sonra tedaviye ayaktan devam etmedeki zorluklar bu tedavi metodunu zaman zaman olanaksız kılmaktadır. Merkezlerde var olan personelin sayısal yetersizliği ve özellikle hastaların farklı coğrafi bölgelerden geliyor olmaları (ayaktan tedaviyi olanaksız kılmaktadır) psikoterapötik yöntemlerin kullanımında kısıtlılıklar yaratmaktadır.

Kendi kendine yardım grupları:

Son 5 yıl içinde var olmaya çalışmakla birlikte özellikle 2-3 büyük ilin dışında bu gruplar var olmamaktadır. Stigmatizasyon nedeniyle aileleri bu gruplara katılma konusunda motive etmekte zorluk yaşanmaktadır. Bu tedavilerin ülkede etkinliğini gösterecek ve bilimsel kanıt olabilecek nitelikte yayınlanmış çalışma mevcut değildir.

Tıbbi tedavi

Yoksunluk ve yerine koyma tedavisi:

Halen ülkemizde yerine koyma tedavisinde uygulanan ilaçlar mevcut değildir. Son 2 yıldır opioid kısmi antagonisti olan naltrekson kullanıma başlanmıştır. Bu dönemde hastalara özellikle quetiapine gibi atipik antipsikotik ilaç, ağrı yakınması için periferik nöropatide kullanılan gabapentin, carbamazepin gibi medikasyonlar uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalar, özellikle cezaevi popülasyonunda quetiapin gibi antipsikotiklerin kötüye kullanıldığını göstermektedir. Madde kullanımı nedeniyle denetimli serbestlik kapsamında olan hastalarda ketiapiin kötüye kullanımını araştırmak amaçlı yapılan araştırmada Ankara AMATEM'e başvuran 51 mahkûm hastadan 37'sinin (%72,5) görüşme sırasında ketiapiin talebi oldu. Yasa dışı maddeyi ilk kullanma yaşı ortalama 14,9 (SD:3,7) olarak belirlendi. Vakaların ilk kullandıkları madde 24'ünde (%64,9) esrardı. Cezaevine girmeden önce madde kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi başvurusu olan 13

(%35,1) vaka bulunmaktadır. Bunların 7'si (%18,9) bir yataklı tedavi merkezinde yatarak tedavi almıştır. Yine cezaevine girmeden önce vakaların 29'u (%78,3) aktif olarak birden fazla madde kullanırken 30'unda (%81,1) esrar, 26'sında (%70,2) amfetamin türevi madde, 22'sinde (%59,4) kokain kullanımını mevcutmuş.

Mahkûm hastaların ketiapiin içeren preparatların ısrarla talebi, tedavinin değiştirilmesi planlandığında, şiddetle başka bir ilacın reddedilmesi ve ketiapiine karşı bu denli ilaç arama davranış ilgi çekicidir. Sorulara verilen cevaplara göre doktor tarafından önerilen ve yasal dozu aşacak miktarda ilaç kullanımı mevcuttur. Mahkûm popülasyonu içerisinde önerilen popüler bir ilaç olması, etkileri içerisinde rahatlatma ve rahat uyku, alınmadığı dönemlerde de uykusuzluk, sinirlilik, huzursuzluk gibi kesilme belirtilerinin ortaya çıkması, giderek artan miktarlarda ilaç kullanımının olması, olası bağımlılık ve kötüye kullanım potansiyelini düşündürmektedir.

İki vakada ketiapiinin toz haline getirip burun yolu ile ilacı uygulama deneyimleri mevcuttur. Farmakokinetik olarak nazal kullanımın oral kullanıma göre etkisinin hızlı başlaması, ketiapiinin anksiyolitik ve sedatif etkisine çabuk ulaşmak amacıyla olduğu düşünülmektedir. Bu yıl içinde Suboxone Sağlık Bakanlığı'nca ruhsatlandırılmış ve SGK tarafından geri ödemesi yapılmakta olan bir yerine koyma tedavisidir. Yerine koyma tedavisinin uygulanması hastanın tedavi başlangıcındaki yoksunluk dönemini daha rahat geçirmesine yol açması nedeniyle daha önce tedavi için başvurmamış hastalarında tedaviye başvurdıklarını gözlemlemekteyiz.

Tedavinin etkinliğini gösterebilmek amacıyla Ankara AMATEM'de yatarak tedavi gören hastaların remisyon süreleri ve remisyon sürelerine etki eden etmenleri araştıran bir araştırma yapılmıştır. Yatarak tedavi gören toplam 572 hastadan 253'üne (%44,2) ulaşılabilmektedir. Araştırmaya katılan hastalar yüz yüze ve telefon görüşmesiyle değerlendirilmiştir. Sonuçlar şöyledir: Tüm hastaların ortalama remisyon süresi 213 gün, kalıcı tam remisyon süre ortalaması 537,3 gün, erken tam remisyon süre ortalaması 123,8 gün olarak tespit edilmiştir. Alkol bağımlılığında kalıcı tam remisyon % 26,6, opiyat bağımlılığında %33,3, inhalan bağımlılığında % 33,3, mixt madde bağımlılığında ise %

Yıllık poliklinik sayıları					
2004	2005	2006	2007	2008	2009
2470	4464	6756	9165	8109	9686

Yıllara göre 18 yaş altı yatan hasta dağılımı						
Yatış	2004	2005	2006	2007	2008	2009
İnhalan	41	62	40	26	16	20
Madde	12	24	29	28	30	15
Eroin	1	--	3	6	13	32
Alkol	2	3	2	1	--	3
Toplam	56	89	74	61	49	70

Ayaktan tedavi gören hasta sayısı: Toplam: 40 bin 650 kişi										
Alkol	Opiat-eroin	Esrar	Sedatif	Kokain	Kafein ve uyarıcılar	Halusinojenler	Tütün	Uçucu	Karışık	Diğer
8.008	2.331	9.945	203	91	42	42	2.681	1.811	3.250	12.220

22,2 bulunmuştur. Madde bağımlısı hastaların yatarak tedavi olma sayıları arttıkça hastaların remisyon süre ortalamaları düşmektedir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Alkol ve alkol dışı madde kullanan hastaların remisyon süresi ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Salah ile taburcu olan hastaların remisyon süre ortalaması haliyle taburcu olan hastalardan daha yüksektir.

Ankara AMATEM'in verileri

Ankara Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Psikiyatri Kliniği'ne bağlı olarak 22.Şubat.2004 tarihinde hizmete açılmıştır. Merkezimiz 90. Sokak, Serhat Yapı Koop. Karşısı Güneşevler/Karşıyaka adresinde üç katlı müstakil bir binada hizmet vermektedir. Merkezde bulunan portabl konvansiyonel röntgen cihazı ile direkt grafiler çekilmektedir. Madde kullanicılarının kanından ve idrarından alkol, eroin ve diğer maddelerin ölçülmesi için gerekli laboratuvar donanımı bulunmaktadır. İki adet uyku laboratuvarı, beyin tarama (nöroscan), bilgisayarlı EEG ve EMG laboratuvarımız mevcuttur.

AMATEM 2004-2009 verilerine göre; 2004 yılında hizmete giren AMATEM'de 2010 yılı başına kadar toplam yatış sayısı 4 bin 10 ve poliklinik sayısı 40 bin 560'a ulaşmıştır. 2004 yılında 2 bin 470 olan yıllık poliklinik sayısı 2009 yılına gelindiğinde 4 katına çıkarak 9 bin 686'ya ulaşmıştır. 2004 yılında Ankara AMATEM'e başvuran ve yatırılarak tedavi verilen hastaların yalnızca %28'i il dışından iken 2009 yılına gelindiğinde bu oran %56'lara çıkmış ve 6 yıllık süreçte toplam başvuruların yarısını Ankara dışından gelen hastalar oluşturmuştur. Başvurularda Ankara'nın ardından ilk üç sırayı alan iller Gaziantep, Hatay ve Van olmuştur. Bu iller dışında başta Doğu ve Güneydoğu Anadolu, Akdeniz, Karadeniz ve İç Anadolu illeri olmak üzere hemen her ilden hastaya hizmet verilmiştir.

Başvuruların maddelere göre dağılımına bakıldığında, 6 yıllık süreçte hastaların %48'i alkol, %28'i eroin, %16'sı diğer maddeler ve %8'i uçuucu madde kullanımının tedavisi için başvurmuştur. Alkol kullanımının tedavisi için başvuran hastaların tüm hastalara oranı 2004 yılında %56 iken bu oran eroin kullanımının tedavisi için başvuran hasta sayılarındaki artış nedeni ile %45'lere kadar gerilemiştir. Eroin kullanımının tedavisi için başvuran hastaların tüm hastalara oranı 2004 yılında %8,7 iken bu oran 2009 yılında %38'lere kadar çıkmıştır. Uçuucu maddeler ve diğer maddelerin kullanımı için başvuran hastaların sayı-

larında ise önemli bir değişim izlenmiştir. Alkol, uçuucu madde ve diğer madde kullanımının tedavisi için başvuruların çoğunluğu Ankara'dan olmakla birlikte eroin kullanımının tedavisi için başvurular %90'ların üzerindeki oranlarda il dışından ve özellikle doğu ve güney illerinden olmaktadır. Başvuran hastaların sosyal güvenceleri açısından dağılımına bakıldığında en büyük dilimin %31 ila %38'lik yeşil kartlı hastalardan oluştuğu görülmektedir. Toplamda hastaların %90'ına yakın bir bölümünün sosyal güvencesinin bulunduğu, %10'luk kısmının ise tedaviyi ücretli olarak aldığı belirlenmiştir.

Denetimli serbestlik nedeni (Madde nedeniyle yakalanan kişiler) ile kurumumuza 2006-2009 yılları arası 2 bin 78 kişi gönderilmiş ve bu kişilere takibe alınarak 10 bin 52 poliklinik yapılmıştır. (31 vaka yatarak tedavi görmüştür)

Toplam yatan hasta 4010'dur. 2060 (% 51) Ankara, 1950 (% 49) hasta Ankara dışında ikamet etmektedir. Yatan hastaların %90'ın sosyal güvencesi vardır.

Alkol : 1917 hasta % 48

Madde: 647 hasta % 16

İnhalan Madde: 327 hasta % 8

Eroin: 1074 hasta % 28

Dikkat çekici bir biçimde madde kullanmaya başlama yaşı 10-63 arasında değişmektedir. Alkol nedeni ile yatan hastaların %76'ı Ankara'da yaşamaktadır. Eroin nedeniyle yatan hastaların illere göre dağılımı ise %38 Gaziantep-Kilis, %20 Van-Hakkâri, %9 Hatay, %35 diğer illerdir. Uçuucu madde nedeni ile yatan hastaların ikamet yerleri; %58 Ankara, %10 Kayseri, %4 Yozgat, % 4 Niğde, %3 Konya illeridir.

Damar yoluyla eroin kullananlarda %75 HCV (+), tüm eroin kullananlarda bu oran % 46'dır.

Çocuk hastalar: Toplam 399 hasta yatmış bulunmaktadır. Kullanılan maddeler:

Alkol: 11 hasta % 1

Madde: 127 hasta % 32

İnhalan Madde: 204 hasta % 51

Eroin: 55 hasta % 14

Diğer: 2 hasta

34 (% 8,5) kişi bayan, 365 (%91,5) kişi erkek. Yaş Ortalaması 16,5 (en küçük 11 yaş). En küçük İnhalan 11 yaş, en küçük O.B.S. 13 yaş, en küçük madde 14 yaş, en küçük alkol 17 yaş. Kız çocuklarımızın 1 alkol, 5 inhalan, 17 madde, 11 opiat kullanıcısı mevcuttur. Yatan hastaların %10'unu **18 yaş altı gençler** oluşturmaktadır. Gençlerin %77'i aileleri ile yaşarken, %6'ı sokakta

yaşamaktadır. %95'i 15-18 yaş grubundadır. Esas kullandıkları madde uçuucu, karışık madde ve eroinidir. Çarpıcı olan nokta, son 2 yıl içinde eroin kullanan genç sayısındaki artıştır. Eroin kullanan gençlerin erişkinlerden farklı olarak Ankara dışında İçel, Antalya ve Hatay gibi turizmin olduğu illerden geldiği görülmektedir.

AMATEM'de yatarak tedavi gören hastaların remisyon süreleri ve remisyon sürelerine etki eden faktörlerin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi amacıyla bir çalışma yapılmıştır. Hastaların remisyon durumları: Kalıcı tam remisyon %29,2, kalıcı kısmi remisyon %7,5, erken tam remisyon %28,5, erken kısmi remisyon %16,9, remisyon yok %16,9.

Sonuç

Birçok farklı maddelerin bağımlılık yaptığı göz önüne alındığında maddeler için tedavi yöntemleri de farklılıklar gösterebilir. Tedavi, ayrıca kişinin özelliklerine ve madde kullanımı ile ilişkili problemlerine bağlı olarak farklılıklar da göstermektedir. Birçok hastada eşzamanlı olarak ruhsal, mesleki, genel tıbbi ve sosyal problemlerin de var olması bağımlılık tedavisini güçleştirir. Bağımlı olan kişiler tedavi konusunda genellikle kararlı olmamaları nedeniyle tedavi için başvurdukları mutlakla programa alınmalıdır. Eğer tedaviye hemen başlanamazsa hastalar kaybolabilir. Tedavi, mutlakla kişinin gereksinimlerine uygun biçimde kişiye özel olarak planlanmalıdır. Eğer tedavinin etkili ve başarılı olması isteniyorsa, tedavi, kişinin yalnızca madde kullanımına yönelik olmamalıdır. Madde kullanımı dışında, ilgili tıbbi, psikolojik, sosyal ve yasal problemlerine de yönelik girişimlerde bulunulmalıdır. Madde bağımlılığı tedavisi davranışçı tedavi (danışmanlık, bilişsel tedavi ve diğer psikoterapiler), ilaç tedavisi ve bu tedavilerin kombinasyonunda oluşmaktadır. 2003 yılında BM ve Sağlık Bakanlığı'nın birlikte yapmış oldukları çalışmada hasta ve hasta yakınları tarafından en güvenilir ve tercih edilen tedavi kurumu olduğu bildirilen TC Sağlık Bakanlığına bağlı çalışan AMATEM'lerin sayısı her geçen gün artmaktadır.

Bağımlılıkla mücadele ve Yeşilay'ın hukuk misyonu

Muharrem Balcı



1952 yılında İstanbul'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Sarıyer'de tamamladı. 1977 yılında İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nden mezun oldu. Halen serbest avukatlık ve Türkiye Yeşilay Cemiyeti Genel Başkanlığı yapmaktadır. Halen İstanbul'da Bilim ve Sanat Vakfı'nda, Ankara'da Bilgi Vakfı'nda hukuk seminerleri vermektedir. Hukukçular Derneği (HD), İslam Dünyası Kültür ve Tarih Araştırmaları Merkezi (İDKAM), Mazlumlarda Dayanışma Derneği (MAZLUMDER), Özgür Düşünce ve Eğitim Hakları Derneği (ÖZGÜRDER) kuruculuğu, Tüketiciler Birliği (TB) Onur Kurulu Başkanlığı, Araştırma Kültür Vakfı (AKV) Mütevelli Heyet Üyeliği, Hasta Hakları Aktivistleri Derneği, Sağlık ve Gıda Güvenliği Hareketi ve Hukuk Vakfı Üyeliği yapmaktadır. Çok sayıda makalelerinin yanı sıra yayımlanmış kitapları, araştırma raporları ve tebliğleri vardır. Mecelleyi ilk defa sadeleştirerek hukukçulara sunmuştur. Evlidir ve üç çocuk babasıdır.

Yeşilay, Birinci Dünya Savaşı sonunda yurdun neredeyse tamamen işgal edilmesine rağmen bağımsızlık mücadelesini sürdüren Türk halkının azim ve mücadelesini kırmak, toplumu içten çökertmek için İngiliz işgal güçlerinin İstanbul limanına gemilerle getirip halka el altından dağıtılan içki ve uyuşturucu

maddelerden toplumu ve gençleri korumak, uyarmak, bu yolda mücadele etmek amacıyla bir grup hamiyetli aydın tarafından kurulmuştur. Uluslararası sermayenin gayrimeşru ve gayriahlaki surette ve insanların en küçük zaafalarını dahi kullanarak, önceleri sadece bireysel keyif aracı olarak kullanılan tütün, alkol ve uyuşturucuyu kitlesel ve endüstriyel silaha dönüştürmesi, sonuçta da toplumları köleleştirmesi karşısında

Yeşilay bir misyon üstlenmektedir. Yeşilay önümüzdeki dönemde, TV ve internet bağımlılığı, sigara, alkol, kumar, fuhuş, uyuşturucu gibi her türlü bağımlılığa karşı mücadele edecektir ve bu mücadele bundan böyle sağlık gerekçelerinin yanı sıra hukuk temelli olarak da devam edecektir. Yeşilay'ın misyonu, geleceğimizin teminatı olan gençlerimizi ve ülkemizin geleceğini korumak için kamuya yararlı bir sivil toplum örgütü olarak





Bağımlılık sadece fertlerin hayatını alt üst eden, öldüren bir salgın değil, bunun da ötesinde siyasi bir projedir. Uluslararası sermaye şirketleri büyük devletlerin de desteğiyle güçlerine güç katmak, daha fazla söz sahibi olmak için “öteki toplumlara” savaş açmaktadır. Amaçları, toplumları vicdanları körelmiş, bedenleri çürümüş, beyinleri uyuşturulmuş, cepleri boşaltılmış, çocukları çalınmış, aileleri dağılmış, suç işleyen, haksızlığa isyan etmeyen sürüler haline getirmektir. Neticede bağımlı hale getirmek, en sinsi ve acımasız savaş taktiklerinden biridir.

toplumu bilinçlendirmek, resmi kurum ve kuruluşları harekete geçirmek. Sağlıklı nesil ve sağlıklı gelecek için bütün imkânları seferber ederek toplumu ifsad eden her şeyle savaşmaktır.

Bağımlılıklar

Çocuk yaşta başlayan televizyon, internet, sosyal paylaşım siteleri hatta cep telefonu merakı zamanla alışkanlığa dönüşmektedir. En basit ve yakın örnek, her akşam evlerde televizyonların oluşturduğu dizi bağımlılığıdır. Modern kültür adına her türlü sefihliği özendiren, polis ve askeri alkolik veya işkenceci olarak resmeden, rol model tip sanatçıları aile içi ensest ilişkilere kadar ilerletmiş dizilerin oluşturduğu ahlaki çöküntü bir faciadır. Bu özentilerin yanı sıra sigara, kuvvetli, özgüvenli olmanın, içki modernlik ve zenginliğin sembolü gibi gösterilmektedir. Hatta bağımlılıklar birbirini tetikleyerek uyuşturucu, kumar gibi başka bağımlılıklara sürüklemektedir. İnsan iradesini bozan, insanı şuursuzlaştıran

bu maddelerin kullanımı ve ahlaki çöküntü sonucu insanlar cinayet, fuhuş, porno, aile içi şiddet, çocuk istismarı gibi suçlara itilmektedir. Hobi, zevk, alışkanlık kisvesi altında gençlerimiz yavaş yavaş bağımlı hale getirilmektedir. Üstelik televizyon ve medyanın pohpohlamasıyla, karşı mahalle baskısıyla, kullanınca kendini iyi hissettiği bahanesiyle, kimileri de “İçkimi de içerim, namazımı da kılarım” çarpık felsefesiyle kendince içki içmekle din-siz olunmayacağını anlatmaya çalışarak bağımlı olduğunu kabul etmemektedir. İnsan kişiliğine ve vücuduna hatta ailesine, sevdiklerine, sahip olduğu her şeye verdiği zararlar bilinmesine rağmen kullanıcıların büyük çoğunluğu bu zehri bırakmaya iradesinin yetmediğini, aciz kaldığını, maddenin kölesi olduğunu yani bağımlı olduğunu itiraf etmeyi gururuna yedirememektedir.

Bağımlılaştırma/köleleştirme/onursuzlaştırma siyasi proje

Bağımlılık sadece fertlerin hayatını alt

üst eden, öldüren bir salgın değil, bunun da ötesinde siyasi bir projedir. Uluslararası sermaye şirketleri büyük devletlerin de desteğiyle güçlerine güç katmak, daha fazla söz sahibi olmak için “öteki toplumlara” savaş açmaktadır. Amaçları, toplumları vicdanları körelmiş, bedenleri çürümüş, beyinleri uyuşturulmuş, cepleri boşaltılmış, çocukları çalınmış, aileleri dağılmış, suç işleyen, sorgulamayan, çözüm üretmeyen, mücadele etmeyen, haksızlığa ve zulme isyan etmeyen sürüler haline getirmektir. Neticede bağımlı hale getirmek, en sinsi ve acımasız savaş taktiklerinden biridir.

Yeşilay olarak, bağımlılığın bir nevi kölelik olduğunu söylüyoruz. Gerçekten de bağımlılık, “onsuz yapılmaz” olandır. Bağlanılanın hayatın ta kendisi olduğuna inanmaktır. Kısacası bağımlılık köleliktir. Hem de bile bile, isteye isteye, göz göre göre köleliktir. Kölelik, sömürülmektir. Uluslararası zehir tacirlerinin, insanların gözünün içine baka baka onları köleleştirmesidir. Kölenin iradesi elinden

Anayasanın 58. maddesinin 2. fıkrasında; “Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden ve kumardan korumak için gerekli tedbirleri alır.” hükmü düzenlenmiştir. Maalesef aynı devlet, uzun yıllar içki ve sigara üretimini tekelinde tutmuş, gençleri bizzat kendisi zehirlemiştir. Devlet halen şans oyunları adı altında 8 dalda kumar oynatmakta, kumarı özendirmekte ve teşvik etmektedir. 45 adet liseye “Milli Piyango” adı, bazı okullar ve spor okullarına da bir alkollü içki markası adı verilmiştir. Devlet, taahhüt ettiği sosyal devlet olma gereğini yerine getirmemekte ve halkını yeterince korumamaktadır.

alınmıştır, efendisine tabi hale getirilmiştir. Bağımlılık yapan madde, üreticilerinin kölesi haline getirilmiştir. Seküler hukukta kölenin hukukundan bahsedilemez, zira köle kullan-at tipinde bir eşyadır. İçine katılan binlerce katkı maddesi ile bir markadan diğerine yönlendirilen iradesiz tüketim makinesi. Kölenin efendisi karşısında onuru da olmadığı kabul edilir. Kölenin işi sadece efendisini onore etmektir. Tıpkı bağımlıların, bağımlılık yapan maddeleri üretenlere hizmet ettikleri gibi. Çocuklarının rızasını, onları öksüz yetim bırakmak ve onlara kötü örnek olmak pahasına efendilerinin eline verenlerin, kendilerini köleleştirenler nezdinde onurlarından bahsedilebilir mi? Her birey bilir ki onur, “farkında olmak” demektir. Bağımlılığının, köleliğinin farkında olmayanların, kendilerini sömüren, köleleştirenlerin nezdinde onurları olmadığı anılamaları dahi zordur.

ABD’de yapılan ve Amerikan Halk Sağlığı Dergisinde yayımlanan bir haberde, korkunç gerçekler ortaya konuyor. Haberde, Dr. Michael Rabinoff ve Dr. Nicholas Caskey’in “Pharmacological and Chemical Effects of Cigarette Additives” isimli araştırmasında sigaranın inanılmaz etkileri olduğu ortaya çıkarıldığı belirtiliyor. Önümüzdeki 10 yılda sigaradan kaynaklanan hastalıklar dolayısıyla 1 milyar kişinin öleceği öngörülen araştırmada, bu ölümlere sebep olan asıl unsurun sigara içinde bulunan katkı maddeleri olduğu vurgulanıyor. Araştırmada, sigaranın içinde tütünün yanı sıra 599 adet katkı maddesi bulunduğu, bu katkı maddelerinden yaklaşık 100 tanesinin ilaç endüstrisinde kullanıldığı belirtildi. Sigara üreten şirketlerin sigaraya öksürük ilacı, aroma ve mentol katarak bırakmayı engelledikleri ortaya çıktı. Beyni uyuşturarak büyük zarar veren propilen glikol maddesi, amonyak, alkol hatta siyanür katılan sigaranın içindeki katkı maddeleriyle adeta bir uyuşturucu maddeye dönüştürüldüğü ve çok daha fazla zehirlediği tespiti yapılıyor. Sigara üreticilerinin gençleri ve çocukları bağımlı yapmak için yakın bir zamanda muz, çikolata, çilek aromalı sigaraları piyasaya süreceği ifade ediliyor.

Devletin sorumluluğu

Bağımlılık yapan maddeleri sadece uluslararası sermaye güçleri değil, ulusal şirketlerimiz de üretilip pazarlamaktadır. Peki, gençlerimizin geleceği karartılırken devlet ne yapmaktadır? Anayasanın 58. maddesinin 2. fıkrasında; “Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır.” hükmü düzenlenmiştir. Maalesef aynı devlet, uzun yıllar içki ve sigara üretimini tekelinde tutmuş ve koruması gereken gençleri bizzat kendisi zehirlemiştir. Devlet halen şans oyunları adı altında 8 dalda kumar oynatmakta, kumarı özendirmekte ve teşvik etmektedir. 45 adet liseye “Milli Piyango” adı, bazı okullar ve spor okullarına da bir alkollü içki markası adı verilmiştir. Devlet, Anayasanın 2. maddesinde taahhüt ettiği sosyal devlet olma gereğini yerine getirmemekte ve halkını yeterince korumamaktadır. Birinci derecede sorumluluk, geçmişte sigara ve alkolü üretilip pazarlayan, bağımlılıklara karşı önlem almayan, gençlerin alkol batağına düşmesine, suç işlemesine sebep olan devlettir. İkinci derecede sorumluluk aile bireylerine, dolayısıyla topluma aittir.

Uluslararası sözleşmelerde ve iç hukuk mevzuatımızda uyuşturucu, kaçak sigara, kaçak alkol imal ve ticareti, kumar oynatma, fuhuş yasaklansa da bazı kamu kurum temsilcileri yani soyut devlet kavramının içini dolduran uygulayıcıları ve tabii ki devlet, bu işleri yapanlara göz yummakta, hatta el altından desteklemektedir. Her yıl sadece Türkiye’de sigaraya bağlı kanserden 100 bin, dünyada da 5 milyon kişinin hayatını kaybettiği, alkolün katliam gibi trafik kazalarına, aile içi şiddete, büyük sağlık sorunlarına ve diğer bağımlılıklara yol açtığı görülmese rağmen devlet bu zehirlerin üretimine ve dağıtımına, hatta reklamına (alkolün yazılı basında reklamının serbest olması gibi) izin vermektedir. Yeşilay olarak devletimizi görevlerini hatırlatıyor ve somut adımlar atmaya çağırıyoruz. Adana’nın Yüreğir İlçesinde Efes Pilsen’in yaptırdığı okula kendi ismini vermesine karşı Efes Pilsen’e, sponsorluk anlaşmalarına karşı Türkiye Futbol Federasyonuna, Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğüne, Milli Eğitim Bakanlığına, Valiliklere, yine bir kumar (şans oyunu denerek aldatıcı tanım yapılıyor) şirketinin isminin 45 adet okula verilmesinden dolayı Milli Piyango Teşkilatına ve Valiliklere, Milli Eğitim Bakanlığına, isimlerin değiştirilmesi için ihtar gönderiyor, davalar açıyoruz.

İnsanlık suçu

Milyonlarca insanın her türlü zehre bağımlı hale getirilerek ıstıraplar içinde ölmesine, sakat kalmasına sebep olmak, köleleştirmek, fuhuşa zorlayarak insan ticareti yapmak gibi zulümler; yaşama hakkı, vücut bütünlüğünün korunması hakkı, kişi güvenliği ve özgürlüğü gibi temel insan haklarını açıkça ihlal etmektir, suç işlemektir. Temel insan hakları iç hukukumuzda ve uluslararası hukukta güvence altına alınmıştır. 1 Temmuz 2002 de yürürlüğe giren Roma Statüsü ile Uluslararası Ceza Mahkemesi (UCM) kurulmuş olup mahkemeye soykırım suçları, insanlığa karşı suçlar, savaş suçları ve saldırı suçlarını yargılayıp cezalandırma yetkisi verilmiştir. Bu suçlar dünya toplumlarının tamamını ilgilendiren, uluslararası barış ve güvenliği tehdit eden en ağır suçlardır. Bu suçlar zamanışımına uğramazlar. Roma Statüsü’nün 7. maddesinin 1 fıkrasında insanlığa karşı suçlar tanımlamıştır. “Bu Statü’nün amaçları bakımından “insanlığa karşı suçlar” herhangi bir sivil topluluğa karşı geniş çapta veya sistematik bir saldırının bir parçası olarak işlenen aşağıdaki eylemleri kapsamaktadır:

a) Öldürme

b) Toplu yok etme

c) Köle (esir) etme

d) Halkın sürülmesi veya zorla nakli

e) Uluslararası hukukun temel kural-
larının ihlali sonucu hapsetme veya
fiziki özgürlüğün başka biçimlerde
ciddi olarak kısıtlanması

f) İşkence

g) Irza geçme, cinsel köleleştirme,
fuhşa zorlama, hamileliğe zorlama,
zorla kısırlaştırma veya benzer ağır-
lıkta cinsel şiddet

h) 3. paragrafta tanımlandığı gibi po-
litik, ırkçı, ulusal, etnik, kültürel, din-
sel veya cinsel nedenlerle kabul edi-
lemez olarak benimsenen evrensel
ölçütlere bağlı, bu paragrafta ya da
Divan'ın yetkisi içindeki herhangi bir
suç ile ilgili olarak diğer eylemlerle
ilintili esaslar çerçevesinde herhangi
bir gruba veya herhangi bir belirle-
nebilir topluluğa zulmetme

i) Kaybolan şahıslar

j) Irk ayrımcılığı (apartheid)

k) Vücuda veya ruhsal ve fiziksel
sağlığa ciddi zarara bilinçli olarak
neden olacak nitelikteki diğer benze-
ri insanlık dışı eylemler."

Maddenin (k) bendinde "diğer ben-
zeri insanlık dışı eylemler" denilerek
eylem tipleri sınırlandırılmamıştır.
Roma Statüsünü imzalayan her dev-
let Uluslararası Ceza Mahkemesinin
yargılama yetkisini kabul etmiştir. An-
cak UCM, ulusal mahkemelerin üze-
rinde yer almayıp bu mahkemelerin
tamamlayıcısıdır. Çeşitli nedenlerle
ulusal mahkemelerde yargılama ya-
pılamaması halinde UCM yargı yetki-
sini kullanabilmektedir. Türkiye maa-
lesef henüz UCM'nin yargı yetkisini
kabul etmemiştir.

Türk Ceza Kanununun suçları düzen-
leyen birinci kısmında da uluslararası
suçlara yer verilmiştir. Bu kısmın bi-
rinci bölümünde soykırım ve insanlı-
ğa karşı suçlar, ikinci bölümünde
göçmen kaçakçılığı ve insan ticareti
suçları düzenlenmiştir.

İnsanlığa karşı suçlar TCK'nın 77.
maddesinde sayılan fiillerin siyasal,
felsefi, ırki veya dini saiklerle toplu-
mun bir kesimine karşı bir plan doğ-
rultusunda sistemli olarak işlenmesi-
dir. Bu fiiller; kasten öldürme, kasten
yaralama, işkence, eziyet veya köle-
leştirme, kişi hürriyetinden yoksun
kılma, bilimsel deneylere tabi kılma,
cinsel saldırıda bulunma, çocukların

cinsel istismarı, zorla hamile bırak-
ma, zorla fuhşa sevk etme fiilleridir.
TCK'da suçlar tek tek sayılmış, suçta
ve cezada kanunilik ilkesi gereği "di-
ğer benzeri insanlık dışı eylemler"
ibaresi madde metnine alınmamıştır.
TCK'nın diğer kısımlarında adi suçlar
olarak ulusal düzeyde müeyyideye
bağlanan bu suçlar siyasal, felsefi,
ırki veya dini saiklerle toplumun bir
kesimine karşı bir plan doğrultusun-
da sistemli olarak işlenmesi halinde
TCK madde 77 gereğince zamanaşım-
ına tabi olmaksızın daha ağır şekil-
de cezalandırılabilir. Bağımlılık
yapan madde üreticileri geniş
çapta, yaygın ve sistematik bir saldırı
aracı olarak uyuşturucu, sigara, al-
kol, kumar gibi maddelerle insanların
yavaş yavaş veya aniden ölümüne
sebeup olmakta, bütün bağımlılık ya-
pan madde kullanıcıları köleleştiril-
mekte, bilinçli olarak vücuda veya
ruhsal ve fiziksel sağlığa ciddi zarar-
lar vermek suretiyle esasen insanlığa
karşı suç işlemektedirler. Dolayısıyla,
her tür madde bağımlılığı üreticileri-
nin iç hukuk mevzuatımıza göre yar-
gılanabilmeleri, yargılamaya yönelik
düzenlemelerin yapılması zorunlulu-
ğu gelip çatmıştır. Hiçbir surette bu
gereksinim ertelenmemelidir. (Av.
Arzu BESİRİ, "İnsanlığa Karşı Suçlar
Üzerine Bir Araştırma", Yeşilay Der-
gisi, Yıl. 86, Sayı. 925)

Mücadelemiz

Yeşilay olarak uyuşturucu imal ve sa-
tışının, fuhşun, alkol ve sigara üretimi
ve satışının, kumar oynatılmasının in-
sanlığa karşı suç olarak kabul edil-
mesi için çaba harcıyoruz. Yeşilay
olarak bu fiilleri, insanlığa karşı suç
kategorisine sokarak insanlık tarihin-
de önemli bir adım atmak, tarihe
geçmek istiyoruz. Hem uluslararası
düzeyde BM İnsan Hakları Bildirgesi,
Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi,
UCM'yi kuran Roma Statüsü gibi çok
tarafli sözleşmelerde ve tek tarafli
anlaşmalarda hem de Türk Ceza Ka-
nununda bu eylemlerin insanlığa kar-
şı suç kabul edilmesi gerekmektedir.
Esasen bu suçların faillerinin yargı-
lanması için Türkiye'nin Roma Statü-
süne taraf olması beklenmemelidir.
Bahsi geçen suçlar açıkça yaşam
hakkını ihlal etmekle, köleliğe sebe-
biyet vermekle uluslararası suçlar
kategorisine girdikleri için bu suçla-
rın failleri Uluslararası Ceza Mahke-
mesinde bütün dünya önünde yargı-
lanabilmeli ve cezalandırılmalıdır.
Yazar Atasoy Müftüoğlu'nun şu söz-
leri gerçekleri ne kadar güzel özetli-
yor: "Direnerek ilahi, insani değerleri,
anlamları çoğaltabiliriz. Köleşerek
çoğaltabileceğimiz hiçbir şey yoktur.
Köleşmek bütün bilgeliklere, insan-
lık onuruna ve ahlakiliğe veda etmek

Bağımlılık yapan madde
üreticileri geniş çapta,
yaygın ve sistematik bir
saldırı aracı olarak
uyuşturucu, sigara, alkol,
kumar gibi maddelerle
insanların yavaş yavaş veya
aniden ölümüne sebep
olmakta, esasen insanlığa
karşı suç işlemektedirler.
Yeşilay olarak uyuşturucu
imal ve satışının, fuhşun,
alkol ve sigara üretimi ve
satışının, kumar
oynatılmasının insanlığa
karşı suç olarak kabul
edilmesi için çaba
harcıyoruz. Yeşilay olarak
bu fiilleri, insanlığa karşı suç
kategorisine sokarak
insanlık tarihinde önemli bir
adım atmak, tarihe geçmek
istiyoruz.

demektir." Her türlü bağımlılıktan
uzak yaşamak, özgürleşmek için mü-
cadele etmek sadece Yeşilay'ın gö-
revi değildir. Bu sorumluluk akıl ve
irade sahibi olarak yaratılmış olan
bütün insanlığın omuzlarındadır.

Alkole ilişkin hukuk kuralları ve günlük tartışmalara kısa bir bakış

Bahattin Duman



1962 yılında Bolu, Göynük'te doğdu. 1986 yılında İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nden mezun oldu. Serbest avukatlık (1988), Türkiye Vagon San. AŞ avukatlığı (1988-1993), Sakarya Üniversitesi'nde avukatlık ve Hukuk Müşavirliği (1993-2005), TRT'de 1. Hukuk Müşaviri (2005-2009), Yükseköğretim Kurulu 1. Hukuk Müşavirliği (2010) görevlerinde bulundu. 1996-2005 yılları arasında Sakarya Üniversitesi'nde Çevre Hukuku dersleri verdi. Halen TRT'de Müşavir olarak görev yapmaktadır. Çeşitli hukuk kitapları vardır. Evlidir ve iki çocuk sahibidir.

Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu'nun yayımladığı, *Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkilerin Satışına ve Sunumuna İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik* 7 Ocak 2011 günü Resmi Gazete'de yayınlandı, ortalık da karıştı. Kimi çevreler, "gizli ajandasında alkölü

yasaklama amacının da yer aldığı" iddiasıyla hükümeti yıllardır suçluyor. Bugüne kadar bu iddialara pek aldırın olmamıştı. Yönetmeliğin yayımlanmasının ardından gazete yazarlarının bu iddia- da bulunan bir kısmı, "Bakin gördünüz mü, zaten biz söylemiştik bunların asıl niyeti ortaya çıktı" türünden (1-5), bir diğer kısmı "Siz alkölü kısıtlarsanız uyuşturucu kullanımı yaygınlaşır, daha

kötü sonuçlar doğar" türünden (6-7) açıklamalarda bulundu, yazılar yazdı.

Bir kısmı ise alkölün verdiği zevki -hem de sağlığına zararlı olduğu için doktorunun yasakladığını anlattıktan sonra- anlatan yazılar (8-11) yazdılar. Bunlar, öteden beri toplumumuzun önemli bir kesiminin medyadan ve sağdan soldan duyduklarıyla kanaat





Yönetmelik gerçekte ne getiriyor? Her türlü düğün veya kutlama organizasyonlarında, düğün veya kutlama sahibinin içkiyi kendisinin temin etmesi ve yetkili mercilerden izin alması halinde içki servisi yapılabilir. 18 yaşını doldurmuş herkese içki satışı veya sunumu yapılabilir. Tütün mamulleri, sadece işyeri içinde dışarıdan görünmeyen ayrı bir bölümde teşhir edilip satılabilir. Radyo, televizyon gibi yayın araçları hariç gazete, dergi vb. basılı yollarla ve internet yoluyla alkol reklamı yine yapılabilir.

sahibi olma alışkanlığını sürdürdüğü varsayımıyla toplum mühendisliği görevine devam ediyorlar. Eleştirilerde bazı doğruların yer alması, bu genel tespiti değiştirmiyor. Neyse ki siyasi aktörler sağduyulu bir tutum izlediler ve genel olarak alkolün zararına vurgu yapan demeçler verdiler.

Konuya açıklık getirmek üzere, öncelikle Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu ve mevzuatı hakkında kısa bilgiler verelim. Kurum, 3.1.2002 tarih ve 4733 Sayılı Tütün, Tütün Mamulleri, Tuz ve Alkol İşletmeleri Genel Müdürlüğünün Yeniden Yapılandırılması ile Tütün ve Tütün Mamullerinin Üretimine, İç ve Dış Alım ve Satımına, 4046 Sayılı Kanunda ve 233 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile idari ve mali özerkliğe sahip olarak kurulmuştur. Kurumun karar organı, Tütün, Tütün Mamulleri ve Alkollü İçkiler Piyasası Düzenleme Kurulu'dur. Kurul üyeleri 5 yıllık süreyle görev yapmak üzere seçilir. Kurul üyelerinin görev süreleri dolmadan görevlerine son verilemez. Kurulun görevleri arasında, tütün ve alkol tüketiminden

kaynaklanan kamusal, toplumsal ya da tıbbi nitelikteki her türlü zararlı etkileri önleyecek düzenlemeleri yapmak, bunlarla ilgili kararları almak, kanunun uygulanmasıyla ilgili sektörel düzenlemeler yapmak, 4250 sayılı *İspirto ve İspirtolu İçkiler İhhası Kanunu* ve diğer kanunlar ile Genel Müdürlüğe verilmiş olan görevleri yürütmek, gerekli yönetmelikleri çıkarmak gibi hususlar bulunmakta. Bu arada Kanunun, Adalet ve Kalkınma Partisi hükümetleri döneminden önceki koalisyon hükümeti tarafından çıkarıldığı belirtilim. Alkolle ilgili düzenlemelerin asıl yapıldığı, tekelciliğin ve birçok kısıtlamanın yer aldığı *İspirto ve İspirtolu İçkiler İhhası Kanunu* ise ilk haliyle 1926 yılında, daha sonra 1942 yılında tek parti iktidarı döneminde çıkarılmıştır. 2003 ve 2004 yıllarında kanunda yapılan değişikliklerle bir kısıtlama getirilmediği gibi, tekelci uygulamaları kaldıran hükümler konulmuştur.

Anayasamızın 58'inci maddesinde, "Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden ve benzeri kötü alışkanlıklardan korumak için gerekli tedbirleri alır." diyor. Yukarıda değinilen kanunlar tütün ve alkol tüketiminden kaynaklanan kamusal, toplumsal ya da tıbbi nitelikteki her türlü zararlı etkilerin önlenmesini öngörüyor.

Düzenlemeler sadece yukarıda belirtilenlerden ibaret değil. DYP-SHP Koalisyon Hükümetinin işbaşında bulunduğu 1994 yılında kabul edilen 3984 sayılı *Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayınları Hakkında Kanun* 22. Maddesinde "Alkol ve tütün ürünleri reklamlarına izin verilemez." hükmü getirilmiş, aynı hüküm *TRT Reklam Yönetmeliğinde* tekrar edilmiştir. Ayrıca çeşitli dönemlerde alkol ve tütünle ilgili halen yürürlükte bulunan çok sayıda yönetmelik yayımlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne üye devletler tarafından mutabık kalınan, *Gençler ve Alkol Üzerine Bildirge*; "Alkol tüketen genç sayısını önemli ölçüde azaltmak, gençlerin içkiye başlama yaşını geciktirmek, gençler arasında yüksek riskli alkol tüketiminin meydana gelmesini ve sıklığını önemli ölçüde azaltmak, özel olaylara vurgu yapılarak alkolün teşvik edilmesi, bedava dağıtımı, reklamları, sponsorlukları ve kolay ulaşılabilirlik durumları ile ilişkili olarak gençlerin içmeleri yönünde yapılan baskıları azaltmak" temel hedef olarak benimseniyor.

Dünya Sağlık Örgütü *Avrupa Bölgesinde Alkol Politikaları Çerçevesi*, *Alkol Konusunda Avrupa Sözleşmesi*, Dünya Sağlık Örgütü-EURO Üye ül-

kelerince alkol tüketimini azaltmayı amaçlayan ve tehlikeli içki alışkanlıkları ile mücadele için tedbirler içeren Dünya Sağlık Örgütü-EURO Bölgesel Komitesi *Alkol Politikası Çerçevesi*, Avrupa Birliği, "alkollü içkilere ilişkin her türlü reklâm, sponsorluk, televizyon üzerinden satış gibi görsel-işitsel ticari unsurlar özellikle 18 yaşından küçüklerin hedef alınamayacağına, bu içeceklerin ölçüsüzce tüketiminin özendirilemeyeceğine, alkollü içkilere yönelik televizyon reklâm ve televizyon üzerinden satışların belli kriterlere uygun olmak zorunda olduğuna" dair 2010 Görsel-İşitsel Medya Hizmetleri AB Direktifi, "genç ve çocukların yer aldığı organizasyonlarda reklam ve promosyon yapılmamasına dair" 2001/458/EC sayılı Konsey Tavsiye Kararı, her çeşit alkollü içeceğin reklâmı ve teale-ışverişini kısıtlayıcı kuralları getiren *Avrupa Konseyi Değiştirilmiş Avrupa Sınır Ötesi Televizyon Konvansiyonu* ve daha bir çok belgede özellikle genç insanların alkolden ve alkole özendirilecek reklam, organizasyon ve sponsorluklar ile benzeri durumları engelleme ve önlem almaya ilişkin kararlar yer alıyor.

Yine Türkiye'nin de onayladığı, *Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Milletlerarası Sözleşmesi* tütün salgınının ve yol açtığı zararların önlenmesine yönelik hükümler içeriyor. ABD, Almanya, Belçika, Fransa, Hindistan, İngiltere, İrlanda, İtalya ve diğer birçok ülkede alkol ve tütün konusunda, bir kısmı ülkemizden daha ağır kısıtlamalar içeren hukuki düzenlemeler yapılmıştır.

Lafı fazla uzatmadan diyebiliriz ki, bir öncekinin gelişmiş hali olan tartışma konusu yeni yönetmelik, yukarıda temel amacı özetlenen uluslararası ve iç hukukun gerektirdiği anlayışa yaklaşmaya çalışmıştır. Yönetmelik tüketiciyi kısıtlamak yerine, tüketimi özendirilecek reklam, sponsorluk, kampanya, teşvik gibi yöntemlere disiplin getirilmesi, alkolün gençler ve özellikle çocuklar açısından kolay ulaşılabilir olmaktan çıkarılması, sağlığa zararı yönünden gerekli uyarı ve bildirimlerin yapılması gibi hususlara öncelik vermiştir. Elbette, bütün bunlar yapılırken, özellikle ticari yönden çıkarı zarar göreceği endişesi taşıyanlar olacaktır. Hatta bunlara, sağlığının korunması olarak değil de yaşam biçimine müdahale olarak görenler de katılabilir. Sonuçta bu kadar netameli bir konuda kimseyi incitmeden düzenleme yapmak mümkün değildir. Hele hele kapitalist ekonominin hâkim olduğu, yaşama biçimi farklılıklarının bulunduğu bir toplumda, yapılan düzenlemelerden

rahatsız olan ve bunların hayata geçmemesi için, örneklerini gördüğümüz türden mücadele verenlerin bulunması şaşırtıcı olmasa gerek.

Pekiye, sözü edilen Yönetmelik gerçekte ne getiriyor? İddialar ne derece doğru? Yönetmeliğe hızlıca bir göz atarak işin özüne değinmeye çalışalım. Her şeyden önce içki satışı yapılan yerler açısından değişen kayda değer bir değişiklik yok. Açıkta alkollü içki satışı önceden de ruhsata tabi idi, şimdi de öyle. Sadece bu konuya biraz daha açıklık getirilmiş oldu. Her türlü düğün veya kutlama organizasyonlarında, düğün veya kutlama sahibinin içkiyi kendisinin temin etmesi ve yetkili mercilerden izin alması halinde içki servisi yapılabilir. 18 yaşını doldurmuş herkese içki satışı veya sunumu yapılabilir. Satış ruhsatına sahip olanlar posta internet ve benzeri dağıtım yöntemleriyle satış yapabilir. Ancak tabii ki alkolle ilgisi olmayan internet sayfalarından içki satışı yapılamıyor. Tütün mamulleri, sadece işyeri içinde dışarıdan görünmeyen ayrı bir bölümde teşhir edilip satılabilir. Tütün ve alkol ürünlerine ait bölümler çocuklara hitap eden ürünlerle yan yana olamıyor. Radyo, televizyon gibi yayın araçları hariç gazete, dergi vb. basılı yollarla ve internet yoluyla alkol reklamı yine yapılabilir. Bunun dışındaki yenilikler, yukarıda belirttiğimiz gibi, daha çok teşvik edici ve özendirici olmayı engelleme amaçlı hükümlerden oluşuyor.

Eleştiri yapanların ileri sürdüğü hususların çoğunun yanlış bilgiye dayandığını, böylece görmüş oluyoruz. Öte yandan, Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu'nun açıkladığına göre; Türkiye'de alkollü içki satışı ABD ve Avrupa ülkelerinden daha kolay. Yukarıda belirttiğimiz gibi, ülkemizde 18 yaşını dolduranlara sorgusuz sualsiz içki satışı yapılabilirken ABD'de 21 yaşını doldurmayanlara içki satılmıyor, doldurmuş olanlara bile kimlik kontrolü ile satılıyor. Türkiye'de 2003'te 500 milyon litre olan tüketim, 2009 yılında 1 milyar 79 milyon litreye yükselmiştir. Avrupa ülkeleriyle yapılan kıyaslamalar ise tek başına doğruyu yansıtmıyor. Türkiye'de Avrupa'dan farklı olarak, halkın önemli bir kısmının dini inançlar sebebiyle ağzına hiç içki koymadığı gerçeği göz ardı ediliyor. Bütün bunlara rağmen kişi başı 15 litreye varan yıllık alkol tüketimi, hiç de azımsanacak bir rakam değil. Asıl vahim olan ise alkol alışkanlığının giderek artan bir seyir izlemesi. Kanaatimce eleştirel yaklaşanlar da daha insafli bir şekilde gidişatın vahametini görmeli. Gençlerimiz için

tehlike çok. Ama başka tehlikeler var diye alkol ve tütünü hafife alma hakkımız yok. Bundan dolayıdır ki, koalisyon hükümeti 2001 yılında 4773 sayılı Kanunda yaptığı değişiklikle bugünkü Yönetmelikle getirilen önlemlerin alınmasını sağlayacak hukuki temeli oluşturmuştur. Dolayısıyla yaşama biçimlerini, alkole bakışındaki dini hassasiyetini ve benzeri konuları gerekçe yaparak, bu Yönetmeliği "AK Parti düşmanlığı"na kurban etmeye çalışanların tezleri inandırıcı değil.

Burada şu tespiti yapmadan geçemeyeceğim. Konuya ilişkin İslâm dini hükümlerini bile bile, içkiyi övdüğü yazıya hadisi başlık yaparak insanımızı tahkir etmek; yetinmeyip zarar vermeyecek miktara ilişkin doz ayarı tavsiyesinde bulunarak aynı anda hem doktorluk, hem eczacılık hüneri (!) gösterecek kadar tıbbi hafife almak; problemlere yaklaşımda ciddi bir duyarsızlık ve sağlıksızlık işareti. Alkolün yol açtığı sosyal faciaları, ölümleri, hastalıkları, doğrudan veya dolaylı ekonomik kayıpları duymayan bilmeyen kaldı mı? İçinde yer aldıkları medyada buna ilişkin haber, dizi ve parodiler her gün karşımıza çıkmakta. Pek çok insan alkollü halde kameralardan gizlenmeye çalışırken aynı medya tarafından görüntülenmekte, böylece o kişilerin uygun olmayan bir davranış içinde olduğu izleyiciye gösterilmektedir. Öyleyse sergiledikleri tutum başka neyle izah edilebilir?

İnsanımızı tek tek bireyler olarak yanlışı seçme hakkı da dahil özgür bırakalım. Ama çocuk ve gençlerimizden başlayarak toplumumuzu koruma ve zararlı olana karşı bilinçlendirme kararlılığımızdan da vazgeçmeyelim. O halde Yönetmeliği de bu kapsamda değerlendirerek savunalım ve varsa hatalı düzenlemelere karşı eleştirelim. Ama insan hak ve özgürlüğünden yanaymış gibi yapıp, insanı yok eden nesnelere övgü de dizmeyelim.

Kaynaklar

- 1) Mert Ali Başarır, Yine yeşillendi AKP Hükümeti, 13 Ocak 2011, Posta
- 2) Aydın Ayaydın, Alkollü içki yönetmeliğine neden siyasetçi cevap verir, 26.1.2011, Vatan
- 3) Tufan Türeng, İktidar ahlakı ve gençleri koruyormuş, 14 Ocak 2011, Hürriyet
- 4) Meral Tamer, Milliyet'in web sitesi şarap reklamı alabilir mi, 19.01.2011, Milliyet
- 5) Melih Aşık, Alkol ve ibadet, 16.01.2011, Milliyet
- 6) Ertuğrul Özkök, Rıhtım İmparatorluğu A.Ş., 13.1.2011, Hürriyet
- 7) Çetin Altan, Şeytanın gör dediği, Ekşi boza,

Ülkemizde 18 yaşını dolduranlara sorgusuz sualsiz içki satışı yapılabilirken ABD'de 21 yaşını doldurmayanlara içki satılmıyor, doldurmuş olanlara bile kimlik kontrolü ile satılıyor. Türkiye'de 2003'te 500 milyon litre olan tüketim, 2009 yılında 1 milyar 79 milyon litreye yükselmiştir. Avrupa ülkeleriyle yapılan kıyaslamalar ise tek başına doğruyu yansıtmıyor. Türkiye'de Avrupa'dan farklı olarak, halkın önemli bir kısmının dini inançlar sebebiyle ağzına hiç içki koymadığı gerçeği göz ardı ediliyor.

27 Ocak 2011 Milliyet

8) Hadi Uluengin, İçkiye, Bektaşî'ye ve zaptiye-ye dair, 19.1.2011, Hürriyet

9) Mehmet Coşkundeniz, Adın aşk olsun kadehin aşk dolsun, 16 Ocak 2011, Posta

10) Candaş Tolga Işık, Alkol bütün kötülüklerin atasıdır, 13 Ocak 2011, Posta

11) Reha Muhtar, Bu ülkede alkolik değil melankolik var, 19.01.2011, Vatan

Türk gibi sigara içmekten Türk gibi sigara mücadelesine!

Mine Tunçel



1968 yılında Ankara'da doğdu. 13 Ekim İlkokulu, Mehmet Akif Ersoy Ortaokulu, Ankara Aydınlikler Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nü (1990) bitirdi. Marmara Üniversitesi İletişim Fakültesi'nde master yaptı. Çeşitli basın yayın organlarında çalıştı. Halen Sağlık Bakanlığı'nda Bakan Müşaviri olarak görev yapmaktadır. Evlidir ve bir çocuk sahibidir.

Küreselleşme, toplumsal hayatımıza son otuz yıldır damgasını vurmuş bir kavram. Gündelik yaşamdan, politikaya, mutfak kültürüne, sosyolojiye, ekonomiye, edebiyattan spora kadar pek çok alanı açıklamaya başlarken önce küreselleşmeye bir giriş yapmak durumunda kalıyoruz. Elbette bu yazıda üzerinde duracağımız sigara bağımlılığı ve bu

bağımlılıkla mücadelede ülkemizde etkin olarak kullanılmakta olan sağlık iletişimi alanını da küreselleşmeyi anlamadan incelemek olanaksız. Küreselleşme, bilginin, malların, paranın ve insanların politik ve ekonomik sınırların ötesine akışı olarak tanımlanmaktadır. Küreselleşmenin kamu sağlığı üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Malların ve kişilerin dolaşımı alkol, tütün, uyuşturucu madde, kötü beslenme alışkanlıkları gibi sağlık risklerinin

de dünyada çok hızlı yayılmasına sebep olmaktadır. Küreselleşmenin sonuçları, hükümetlerin daha fazla halk sağlığı çalışması yapmasını gerekli kılarken öte yandan halk sağlığı çalışmalarının vazgeçilmez bir enstrümanı olarak sağlık iletişiminin de önemini arttırmaktadır. Sigara bağımlılığı ile mücadelede, halk sağlığını korumak ve geliştirmek için kaçınılmazdır. 2008 yılında yürürlüğe giren kapalı alanlarda sigara içilmesini yasaklayan mevzuat

Onlar %100 Dumansız Hava Sahasına %100 Destek Veriyorlar!



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Daha fazla bilgi için www.havanikoru.org.tr



düzenlemesi, "Dumansız Hava Sahası/Havayı Korumak" isimli sağlık iletişimi kampanyası ile bütünleştirilerek sigara bağımlılığı ile mücadelede başarılı bir örnek olarak ülkemizin bu alanda öne çıkmasını sağlamıştır.

Tütün bağımlılığı ile mücadelede sağlık iletişiminin rolü

Sağlık iletişimi hakkında bir tanımlama yapmaya başlamadan önce iletişim kavramı üzerinde durmak gerekiyor. İletişim herkesin bildiği ancak çok az kişinin doyurucu biçimde tanımlayabildiği bir insan etkinliğidir. İletişim, yüz yüze konuşmadır, televizyondur, enformasyon yaymadır, saç biçimimizdir, edebi eleştiridir (1). İletişim, demokratikleşme sürecinde hayati, bütünleştirici ve toplumsallaştırıcı bir güç haline geldi ve bu haliyle de toplum teorisi ve araştırmalarında önde gelen bir kavram olarak kaldı (2).

İletişim, iletilmek istenilen materyalin, ilgili herkes tarafından tamamen anlaşılabilmesi amacıyla bilgi, düşünce, yazı, konuşma ve diğer araçlarla ya da bunların bir arada kullanımıyla iletilmesi, alınması ya da değiştirilmesi olarak tanımlanabilir. İletişim genel olarak insanlar arasındaki düşünce ve duygu alış-verişi olarak ele alınmaktadır. İletişimin amacı, alan ve veren arasında bilgi, düşünce ve tutum ortaklığı yaratmaktır.

İçinde bulunduğumuz yüzyılda hiçbir toplumsal olayı bir bakış açısıyla bir tek neden ve sonuca indirgemek mümkün değil. Sağlık alanı da yalnızca tıbbi bilgilerimiz ile izah edebileceğimiz ve yalnızca kişilerin hastalık hallerinin konu olduğu bir alan değil. Çünkü bir bireyin hastalığı ya da sağlık durumu yalnızca o kişinin bireysel sorunu değil. Sağlığın ekonomik, sosyal, kültürel, çevresel ve hatta siyasal bir boyutu var.

21. yy. her alanda etkileşimlere, sektörler arası işbirliklerine ve bilimsel anlamda multidisipliner çalışmalara sahne olmaktadır. İlerleyen iletişim teknolojileri, elektronik iletişim sistemindeki gelişmeler, toplumsal ve kurumsal organizasyonların yapı ve işleyişlerinde ciddi değişikliklere yol açmıştır. Sağlık alanı da son yüzyılda yalnızca sağlık bilimlerinin inceleme alanı olmaktan çıkarak sosyal bilimlerin de ilgi alanına girmeye başlamıştır. Tüm bunların sonucu olarak sağlık bilimciler ile sosyal bilimciler birbirleriyle daha fazla diyalog ve etkileşim içine girmişlerdir. Bu diyalog ve etkileşim alanlarından biri de sağlık ve iletişim alanlarının kesiştiği sağlık iletişimi alanıdır (3).

Sağlık iletişimi; içeriği sağlık olan her türlü insan iletişimi olarak tanımlanmaktadır. Bireyler arasında sağlıkla ilgili oluşan etkileşim ve işlemlere iletişim kavramı ve kuramlarının uygulanması

sağlık iletişimidir. Halk sağlığına ve sağlık davranışına yönelik sağlık iletişiminin kapsam ve işlevi öncelikle, sağlık hizmetlerinin tanınması, doğru sağlık bilgilerinin yayılması, sağlıkla ilgili tutumların değişmesi ve sağlıklı yaşam biçimlerinin temeli olan sağlık davranışının geliştirilmesi açısından temel süreç olarak belirlenir. Sağlık iletişimi çeşitli düzeylerde oluşmaktadır. Kitle iletişimi düzeyindeki sağlık iletişimi; ulusal ve evrensel sağlık programları, sağlık geliştirme kampanyaları ve halk sağlığı planlarında yer alır. Bu düzeydeki sağlık iletişimi, sağlıkla ilgili mesajların yayılması ve yorumlanması olarak değerlendirilmektedir. Toplum iletişimi düzeyinde sağlık iletişimi; bireylerin sağlıkla ilgili konularda yaptıkları sunumları, konuşmaları ve benzer etkinlikleri kapsar (4).

Tütünle mücadele stratejisi, halk sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir aşamadır. Bu stratejinin uygulanabilirliği, yalnızca mevzuat düzenlemelerinin tamamlanması, belli yasakların kamusal hayata geçirilmesi ve denetim mekanizmalarının oluşturulması ile mümkün değildir. Stratejinin uygulanabilirliği, toplumsal kabul ve onay ile desteklenmek zorundadır. Toplumsal onay için ise sağlık iletişimi vazgeçilmezdir.

Bireylerde ve toplumlarda sağlık konusunda davranış değişikliği oluşturmak için uygulanan sağlık iletişimi kampanyaları diğer klasik iletişim kampanyalarından daha zorlu hedeflere odaklanmaktadır. Bu kampanyalarda özellikle kitle iletişim araçları yoğunlukla kullanılmaktadır. Sağlık iletişimi kampanyalarının tipik karakteristik özelliklerini şöyle özetleyebiliriz (5):

- Sağlık iletişimi kampanyaları, bir sağlık davranışını edinmesi ve değiştirmesi beklenen kişiler için doğrudan eğitim sağlamayı amaçlar.

- Kampanyalar geniş kitleleri etkilemeyi hedefler. Bunun için parasal kaynakların yanı sıra gönüllü kullanımı, diğer kurumların desteği gibi kaynaklar da kullanılır. Dumansız Hava Sahası Kampanyası ile kapalı alanlarda sigara tüketiminin engellenmesi için yasaya geniş bir kamuoyu desteği sağlanması amaçlandı. Toplumun her kesimine ulaşmak için sanatçılar, kanaat önderleri, sporcular, siyasi parti liderlerinin kampanyaya desteği alındı. Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ Kampanyayı bizzat üstlenerek öne çıkardı. Katıldığı popüler televizyon programlarında, Bakan kimliğini çocuk hekimi kimliği ile destekleyerek mevcut düzenlemenin çocuklarımız, dolayısıyla da geleceğimiz için önemini vurguladı.

- Kampanyalar genellikle çoklu kanallar kullanırlar ve araçlı kanalları (tele-

2008 yılı itibarıyla yürürlüğe giren yasa ve bilinçlendirme çalışmaları, aslında sigara içmeyen çoğunluğun haklarını iadedir. Kampanya, sigara içenler ile birlikte içmeyenlerin de yasayı benimsemesini sağlamıştır. "Yasa" sosyal dönüşüm için düğmeye bastı. İçselleştirme ve ikna, iletişimle sağlandı. En önemlisi de "Türk gibi sigara içmek" algısının yıkılması sağlandı. Her sosyoekonomik görüşten bireyin, rol modelin ve politikacının kampanyanın ortak sözcülüğünü yapması hedeflenmiştir. Tüm siyasal partilerin liderlerinin kampanyaya dâhil edilmesi ile birliktelik mesajı güçlendirilmiştir.

vizyon, radyo gibi) kişisel kanallarla (sağlık çalışanları, gönüllüler, sosyal yardım çalışanları) bütünleştirirler. Dumansız Hava Sahası Kampanyasında internet ortamı, televizyon, radyo, yazılı basın ve açık alan görselleri eş zamanlı olarak kullanıldı. Tüm görsellerde kampanyayı destekleyen kişiler "Havayı Korumak" mesajını taşıyan temizlik ve sağlığı çağrıştıran mavi rengin ağırlıklı kullanıldığı materyallerde yer aldı.

- Kampanyalar, önerilen davranışların kabulünü, tüketicilerin davranış hakkında neye inandıklarını veya algılanan sosyal normları etkileyerek önerilen davranışın kabul edilmesini sağlamaya dönüktür.



Kampanyanın birinci ve ikinci fazında ağırlıklı olarak pasif içicileri hedef alan olumlu bir dil tercih edilirken Kasım'2010 da yürürlüğe üçüncü faz ile birlikte bağımlılar hedefe oturtulmuştur. Sigaranın insan sağlığı üzerinde yaptığı tahribatlar çarpıcı bir dille ortaya konulduktan sonra çözüm önerisi bağımlılıktan kurtulmak için yardım olarak getirilmektedir. Sigara bağımlılığı ile mücadelenin kazandığı her başarı, geleceğimiz için kurtarılmış bir mevzidir. Bu mücadelede yer alan herkese bugün ve gelecekte minnet duyacağız ve onlar tarih sayfalarında yerlerini alacaklar.

· Kampanyalar genellikle hükümet tarafından desteklenmektedir. Bazen de bu destekler özel taraflar veya profesyonel organizasyonların işbirliğiyle yahut ulusal taraflar ve profesyonel organizasyonlar tarafından tak başına da gerçekleştirilebilmektedir. Dumansız Hava Sahası Kampanyası, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmüştür. Elbette yasaya hükümetin ve Başbakanın kuvvetli desteği kampanyanın başarısında çok ciddi katkılar sağlamıştır. Yasaya sağlanan siyasi desteği, toplumsal sağduyu ile birleştiren kampanya, geniş kitlelere ulaşmıştır.

Dünyada tütün ile mücadele

İktisat teorisinde, kalkınma iktisadı ile ilgili olarak çok bilinen bir paradoks vardır. Şöyle ki; "Azgelişmiş ülkeler, az gelişmiş oldukları için azgelişmişlerdir". Bu ifadeyi, azgelişmiş ülkeler, sağlıklı toplumlardan oluşmadıkları için azgelişmişlerdir ve azgelişmiş ülkelerin toplumsal sağlık düzeyleri son derece düşüktür biçiminde de okuyabiliriz. Kısacası sigara bir toplumun hem geri kalmışlığının nedenlerinden biridir hem de geri kalmışlığın göstergelerindendir. Bu yüzden tütün salgını, azgelişmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada halk sağlığını tehdit etmektedir.

· "Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı bir halk sağlığı sorunudur" kavramı dünyada kabul görüyor ve topyekûn bir mücadele zemini var.

· Tıpkı Türkiye'deki gibi dünyada da kampanyalar yasal süreçlerin tamamlanması ile devamlılık gösteriyor.

· İçenler cephesinden gelen en temel tepki, "özgürlüklerin kısıtlanması" oluyor.

· Kamusal alanlardaki kısıtlamalar en büyük mücadele alanı oluyor.

· Bu mekânlardaki sınırlamaların tütün tüketimi üzerinde azaltıcı bir etkisi görülüyor.

· Pasif içicilerin korunmasına öncelik veriliyor, pasif içiciler aracılığı ile baskı grubu oluşturuluyor.

· Çocuklar, gençler ve kadınlar, özel hedef kitle olarak kabul ediliyor.

· Kampanyalarda STK'larla işbirliği yapılıyor.

· Kampanyalar uzun soluklu yürütülüyor.

· Kampanyalarla birlikte sigara bırakma yöntem ve araçları konusunda bilgi/destek sunmak için yaygın bir uygulama, internet ve ücretsiz telefon hatları kullanılıyor.

· Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tütün mücadelesinde küresel politikalarda etkili ülke uygulamalarını izliyor ve destekliyor, pozitif bir tavırla inisiyatif almaya davet ediyor. Mücadelede öncelikler; pasif içiciyi korumak, yeni içiciler yaratmamak.

· Özellikle çocuk/genç içicileri, bırakmak konusunda teşvik etmek ve desteklemek, önemli bir aşama olarak kabul ediliyor (6).

Türkiye ve tütün

Yasanın yürürlüğe girdiği 2008 yılında ülkemizin sigara/tütün karnesinin pek de parlak olmadığını söylemek gerekiyor. Çünkü üç yıl önce ülkemizin sigara/tütün tablosu şöyleydi (7):

· Türkiye tütün salgınında ilk 10 ülke arasında yer almakta.

· 2030 yılına kadar tütün ve tütün ürünlerine bağlı 240 bin ölüm bekleniyor.

· Rol model olarak tanımlanabilecek kamu personeli (doktorlar, öğretmenler, polisler vb.) tütün ürünlerini kullanıyor.

· Dev tütün firmalarını iştahlandıran bir tüketim kapasitesi var firmaların üretim için de uygun buldukları bir ülke. Salt sigara değil tüm tütün ürünleri kullanılıyor.

· Tütün üreticisi ve tütün üretim politikalarıyla ilgili tartışmaları olan bir ülke durumunda.

· Sigara/tütün ürünlerini kullanmak geleneksel algıda erkeklik/yetişkinlik sembolü olarak kabul ediliyor.

· Sigara/tütün ürünleri kullanımı, en kişisel özgürlük alanlarından biri olarak görülüyor. Küresel Gençlik Tütün Araştırmasına göre, Türkiye'de gençlerde sigaraya başlama yaşı 12.

· Öğrencilerin 9/10'undan fazlası halka açık yerlerde sigara içmenin yasaklanması gerektiğini düşünüyor. % 29,3'ü en az bir kez sigara içmeyi denemiş, % 9,1'i halen sigara içiyor. Hiç sigara içmemiş olanların % 7,7'si, önümüzdeki yıl içmeye başlayabileceğini belirtiyor.

· Her 10 öğrenciden 9'u evde kendileriyle aynı ortamda sigara içen kişilerin bulunduğunu söylüyor.

· Öğrencilerin yaklaşık 6/10'unun ailesi sigara içiyor, % 80'i başkalarının içtiği sigara dumanının kendilerine zarar verdiğini düşünüyor.

· Her 10 öğrenciden 6'sı TV'de sigara karşıtı mesajlar görünce % 50'si sigara reklamlarıyla karşılaşılıyor. 10 öğrenciden 4'ü reklâm panolarında sigara-karşıtı mesajları, 3/10'u sigara reklamlarını görüyor.

· Her 10 öğrenciden 4'ü gazete ve dergilerde sigara-karşıtı mesajları, yaklaşık 3/10'u sigara reklamlarını izliyor.

Sigara "yasağı"na ilişkin yorumlar

Kapalı alanlarda sigara içilmesinin önüne geçilmesi için yürütülen mücadeleye ilişkin yorumlar rasyonel analizlerden çok duygusal tepkilere dayanmaktadır.

· AB'ye girmek için taviz veriliyor.

· Tekel özelleşince sigara yasağı gecikmedi.

· Sırada içki var, hükümet nereye gidiyor?

· Yasak çözüm değil, eğiteceksin, yardım edeceksin!

· Sigara yasağına gelene kadar yapacak neler var!

· Yasaklar caziptir, daha çok içilir!

· Bunlar moda şeyler geçer!

· Sigara mı yasaklanıyor?



Türk gibi sigara içmek!

Sigara, kültürümüzde maalesef çok önemli bir yer işgal etmekteydi. Sanattan edebiyata, şiiire, sinemaya pek çok alanda sigara hiç de olumsuz olmayan bir biçimde işlenmekteydi. Dolayısıyla bizim toplumumuzda sigara içme davranışını değiştirmek mevzuat düzenlemesinin yanında çok ciddi bir iletişim etkinliğini de gerekli kılmıştır. Dumansız Hava Sahası Kampanyası, aslında toplumla devlet arasındaki duvarları kaldırarak interaktif iletişim kanallarını açılması ile oluşmuştur. Sessizlik Sarmalı kuramını geliştiren Elizabeth Noelle-Neumann, “Kamuoyunu ilgilendiren bir konuda insanlar kendisi gibi düşünenlerin azınlıkta olduğunu hissederse, sessiz kalmayı tercih ederler” diyor. Kapalı alanlarda sigara içilmesini yasaklayan yasa ve kendisine eşlik eden iletişim çalışmalarının hedefi, bu sarmalı kırmaktır. Türkiye nüfusunun %70’e yakını sigara içmiyorken, hayatlarına pasif içiciler olarak devam ediyorlardı. Genel kanı sigara içenlerin oranının çok daha yüksek olduğu yönündeydi.

2008 yılı itibarıyla yürürlüğe giren yasa ve bilinçlendirme çalışmaları, aslında sigara içmeyen çoğunluğun haklarını iadedir. Bu sarmal, 360 derece bir iletişim stratejisi ile Dumansız Hava Sahası Kampanyası ile kırıldı. Kampanya, sigara içenler ile birlikte içmeyenlerin de yasayı benimsemesini sağlamıştır. “Yasa” sosyal dönüşüm için düğmeye bastı. İçselleştirme ve ikna, iletişimle sağlandı. Mısır, İspanya, Yunanistan ve hatta gelişmişlikte dünyanın ön sıralarında yer alan İsveç, yasamız ve uygulamamız konusunda ülkemizden destek isteyen birkaç ülke olarak sayılabilir ve bu da uygulamanın başarısı noktasında ciddi bir parametre olarak okunabilir. Ve en önemlisi de “Türk gibi sigara içmek” algısının yıkılması sağlandı.

Bir yasadan bir toplumsal sağduyu hareketine: Dumansız Hava Sahası/Havayı Korumaya Kampanyası

Yasa ile ilgili olarak halkın bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi amacıyla “Dumansız Hava Sahası” ve “Havayı Korumaya” sloganlarıyla Ulusal Medya Kampanyası yürütülmüştür. Medya kampanyasında sergilenen yasakçı olmayan birleştirici yaklaşım kabul görmüştür. Kampanya çerçevesinde televizyon ve radyo spotu, gazete ilanı, billboardlar, afişler, broşürler, açık hava uygulamaları düzenlenmiştir. Her sosyoekonomik konumdan ve görüşten bireyin, rol modelin ve politikacının kampanyanın ortak sözcülüğünü yapması hedeflenmiştir. Tüm siyasal partilerin liderlerinin kampanyaya dâhil edilmesi ile birliktelik me-

sajı güçlendirilmiştir. Toplumun her kesiminden sözcüler, medyada yasa ve kampanyaya desteklerini belirtmiştir. Kampanyanın iletişim stratejisi, Türkiye’yi, dumansız yeni hayat biçimine özendirmek olarak belirlenmiştir.

- Kampanyada olumsuz yerine olumlu mesaj ve kavramlar öne çıkartılmıştır.
- Kampanya katmanlı bir kampanya yapısı ile ilerlemektedir. İlk katmanda içici olmayan grupta yasaya yönelik farkındalık yaratmak, kazandıkları haklara ilişkin bilinirlik geliştirmek amaçlanmaktadır. İçicilere yönelik olarak onları alan sınırlamaları ve düzenlemeler konusunda bilgilendirmek, uyum sürecini yönetmek hedeflenmiştir.
- Çocuklar ve gençlerde tütün karşıtı tavrı özendirmek, çocukların korunması için yetişkinlere yönelik “duygusal etki” yaratmak kampanyanın benimsediği diğer yöntemlerdir. Kampanyanın hedef kitleleri; kamuoyu/pasif içiciler, çocuklar, gençler, yetişkinler, tütün bağımlıları, medya, kanaat önderleri ve rol modeller, yasanın bağladığı kurum ve kuruluşlar, STK’lar olarak belirlenmiştir.

Dumansız Hava Sahası Kampanyasının birinci ve ikinci fazlarında kapalı alanlarda sigara içme davranışının değiştirilmesi üzerine odaklanılmıştır. Mevcut mevzuat düzenlemesi, kapalı alanlarda tütün tüketimini yasaklarken, kampanyanın birinci ve ikinci fazlarında “yasak” kavramı ve “sigara” objesi hiçbir iletişim materyalinde kullanılmamıştır. Temiz ve dumansız havanın olumlu etkileri öne çıkarılmış, mevcut mevzuat değişikliğinin sağlığını ve genç nesilleri korumada nasıl önemli bir adım olduğunun altı çizilmiştir.

- 1) Kampanyanın birinci fazı sonunda 62 milyon kişiye ulaşılmıştır. Bu yasa, toplumsal bir sağduyu hareketine dönüşmüştür. 1–28 Mayıs 2008 tarihleri arasında “Bırak-Kazan Kampanyası” düzenlenmiştir.
- 2) Sağlık Bakanı Recep Akdağ’a Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Sigarayla Mücadele Ödülü” verilmiştir.
- 3) 19 Mayıs 2008 tarihinden itibaren uygulanan yeni düzenlemelerin etkinliğini değerlendirmeye yönelik değişik araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmalar, Dumansız Hava Sahası uygulaması ile birlikte halkımızın tütün ve tütün ürünlerinin zararları konusundaki farkındalığının arttığını göstermiştir. Uygulama, gerek sigara içen ve gerekse içmeyen vatandaşlarımızdan büyük destek (% 95) görmüştür. Kapalı ortamlarda hava kalitesini değerlendirmeye yönelik ölçümlerde Dumansız Hava Sahası uygulaması ile birlikte havadaki partikül miktarlarında ciddi azalma tespit edilmiştir.
- 4) 81 ilimizde halktan gelecek soru ve şikâyetlere cevap verebilmek amacıyla

Dumansız Hava Sahası İrtibat Ofisleri oluşturulmuş, ALO SABİM 184 hattı çalışanlarına gerekli eğitimler verilmiş, ayrıca Bakanlığımızda Teknik Destek Masası kurulmuştur.

5) Sigara Bırakma Hattı Alo 171, kuru olarak hizmete girmiştir. Bu hatta görev yapan sağlık profesyonelleri, sigara bağımlılığı konusunda halkımıza danışmanlık yapmaktadır.

6) Kampanyanın birinci ve ikinci fazında ağırlıklı olarak pasif içicileri hedef alan olumlu bir dil tercih edilirken Kasım’2010 da yürürlüğe üçüncü faz ile birlikte bağımlılar hedefe oturtulmuştur. Sigaranın insan sağlığı üzerinde yaptığı tahribatlar çarpıcı bir dille ortaya konulduktan sonra çözüm önerisi bağımlılıktan kurtulmak için yardım olarak getirilmektedir.

Ülkemizde 2008 yılından bu yana yürütülmekte olan sigara bağımlılığı ile mücadelenin kazandığı her başarı, geleceğimiz için kurtarılmış bir mevzidir. Bu mücadelede siyaset oluşturma/yasama sürecinden başlayarak iletişim, yürütme ve denetim gibi tüm süreçlerde yer alan herkese bugün ve gelecekte minnet duyacağız ve onlar tarih sayfalarında yerlerini alacaklar. Dumansız bir dünya hepimizin, özellikle de çocuklarımızın en temel hakkı.

Kaynaklar

- 1) John Fiske, *İletişim Çalışmalarına Giriş*, Ark Yayınları, Ankara, 1996.
- 2) Mehmet Küçük, *Medya İktidar İdeoloji*, Ark Yayınları, Ankara, 1994.
- 3) İnci Çınarlı, *Sağlık İletişimi ve Medya*, Nobel Yayıncılık, Ankara, 2008.
- 4) Ruhi Selçuk Tabak, *Sağlık İletişimi, Literatür Yayınları*, İstanbul, 2003.
- 5) Ayla Okay, *Sağlık İletişimi, Farmaskop/Media-Cat Yayınları*, İstanbul, 2009.
- 6) Dumansız Hava Sahası Uygulaması Bir Yıllık Değerlendirme Raporu, www.havanikoru.org.tr.
- 7) Küresel Tütün Kontrolü, Dünya Halk Sağlığı Dernekleri Federasyonu (wfp) 32. Yıllık Toplantısı’nda Genel Kurulca Kabul Edilen 98–1 no’lu Durum Raporu (11 Mayıs 1998). Bu gayri resmi çeviri, 2009 Dünya Halk Sağlığı Kongresi hazırlık çalışmaları çerçevesinde; Sermin KÖK tarafından yapılmış ve Prof. Dr. Nazmi Zengin ve Bekir Metin tarafından edit edilmiştir. (22 Ağustos 2007, Ankara-Konya)

Yakılan her sigaranın önünde ateş, arkasında ölüm vardır!

A. Selim Tuncer



1959 yılında Ordu-Ünye'de doğdu. Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Türk Dili ve Edebiyatı Eğitimi Bölümü'nden mezun oldu. Daha sonra aynı üniversitenin Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yüksek lisans eğitimine devam etti. Bir süre eğitimcilik ve yayıncılık yaptı. 1987 yılında reklam sektörüne geçti. Reklamcılığının yanında birçok mesleki dergide yazılar yazan A. Selim Tuncer, çeşitli konferans ve seminerlerde de konuşmacı olarak yer almaktadır. Tuncer, Reklamcılar Derneği üyesidir.

Sene 1994. Sağlık Bakanlığı'nın sipariş ettiği bir iş için çalışıyoruz. Görevimiz TV reklamları, basın ilanları ve açık hava çalışmalarıyla sigara tiryakilerini nikotin bağımlılığından kurtarmak! Neredeyse her işte olduğu gibi, yine sipariş tarihiyle teslim tarihi arasındaki mesafe saniyelerle ölçülebilecek cinsten! (Müşteriler bu süreyi saliseler mesabesine indirmek için hâlâ uğraşır dururlar.) O nedenle çalışma saatleri gecelere taşmış durumda... Bunda anormal bir durum yok. Asıl çe-

lişki ise millete sigarayı bıraktıracak fikri bulmak için bir araya toplanmış ekibin fosur fosur içtiği sigaralarla dumanaltı olmuş toplantı salonumuzun Boğaz'a bakan pencerelerinin birer bacaya dönüşmüş olması... "Yahu, siz millete sigarayı nasıl bıraktıracaksınız böyle?" şeklindeki takılmalara verilen cevap ise şu: "E, kampanyayı yapalım, biz de gerekli mesajı alıp bırakırız!" O ekipten sigarayı bırakanlar oldu mu, bilmiyorum.

Ortaya çıkan fikir, müşteri beklentisine de uygun olarak korkutma üzerine kurgulanmıştı. Korku pazarlaması diyoruz buna... Hani irtica korkusu, komünizm

korkusu yaratmak gibi bir şey. "Marlboro-man" kılıklı bir adamın eline tutuşturulmuş iki ucu da yanan bir sigara... İlan başlığını bu yazının başlığı olarak tekrarladım: "Yakılan her sigaranın önünde ateş, arkasında ölüm vardır!" Hatta ilanın metin bölümünde "Bir ucu sizi, diğer ucu çevrenizdekileri yakar!" diye devam ediyordu korkutma... Korkutunuz mu?

Sigaranın tadını çok iyi bilen biri olarak hemen söyleyeyim ki, sigara içmek gerçekten abuk bir eylemdir. Sigaranın, insanlığın icat ettiği en deli saçması şeylerden biri olduğunu rahatlıkla





söyleyebilirim. Dördüncü milenyumun tarihçileri sanırım bu alışkanlığımızı anlatmak için şuna benzer cümleler kullanacaklardır: “Bir zamanlar insanlar tütün isimli bir otu ince ince doğrayıp 100 mm. uzunluğunda bir kâğıda sararlar, elde ettikleri 4 mm. çapındaki şeyi düdük gibi iki dudakları arasında alıp ucundan yakarlar, ottan çıkan dumanı ve bu dumanın içindeki dört bin çeşit zehiri içlerine çekerek bundan keyif alırlardı. Bu da her yıl beş altı milyon insanın ölümüne yol açardı.”

Normal bir insan için sigaranın yemek gibi, su gibi bir ihtiyaç olmadığını söylemeye bile gerek yok elbette... Ama normal bir insan için! Tiryaki için durum farklıdır, çünkü o normal bir insan değildir, bir hastadır. Ve her tiryakinin de hastalık dereceleri farklıdır; mahrumiyet durumuna her bünyenin verdiği tepki de... Bu nedenle hep şunu söylerim: “Sigaraya başlamamış olmak, yani sigara tiryakiliği hastası olmamak çok büyük bir şanstır, başlamak ise aptallık.” Gerçekten, hiçbir mahrumiyet duygusu yaşamaksızın insanın ağızına sigara sürmesi hiç de akıl kârı değildir. (Tiryakinin sigara içmesi akıl kârdır diyormuşum gibi bir anlam çıkmasın tabii.)

Bizim gençliğimizde sigaranın zararları bu kadar yaygın biçimde bilinmediği gibi, içmeyenler de adamdan sayılmazdı. Bugün için en azından gençleri böylesine psikolojik baskı altında tutan sosyal etmenlerin azalmış olduğunu düşünüyorum.

Nöro-marketing uzmanı Martin Lindstrom, The Brand Age'in Ocak 2010 sayısında, “Öldürücü pazarlama silahıyla mücadele” başlıklı yazısında ilginç tespitlerde bulunmuştu: “Hiç düşündünüz mü, sigara içmenin zararları hakkında her zamankinden çok daha fazla bilgiye sahip olmamıza rağmen insanlar neden hala tütündürmeye devam ediyor? Ortalıkta reklam filan da olmadığı halde.” (...) “... şoke edici biçimde ortaya çıkan gerçek, sizin de fark etmiş olabileceğiniz gibi, sağlık uyarıları ve sigara karşıtı mesajların insanları bu alışkanlıktan vazgeçirmeye yönelik hiçbir etkisinin olmamasıydı. Daha da şaşırtıcı olansa, bu sağlık uyarıları ve görünürde caydırıcı olan mesajların tamamen ters etki yapmasıydı. İnsanların sigarayı bırakmalarını sağlamak yerine daha da fazla içmeye teşvik ediyorlardı.” Linds-

trom şöyle devam ediyor: “... sigara paketlerinin üzerindeki sağlık uyarılarının, sigara içenlerde bir nevi Pavlov etkisi geliştirdiğini keşfettik. Sigara içenler o imajları, uyarıları, mesajların yazı karakterlerini gördüklerinde bir tane yakmaya güdüleniyorlar. Bu kısır döngüyü kırmak gerekiyor. Aslında sigara içenler bu uyarıları okumuyorlar. Yaklaşık 12 saniye içinde nikotini içlerine çekerken kendilerini iyi hissetmelerini sağlayan bir yazı görüyorlar.”

Üzerinde iri ve siyah karakterlerle “Sigara öldürür!” mesajı taşıyan bir sigara paketi, üzerinde hiç öyle bir yazı yokmuş gibi masaların üzerinde dolaşıyor ve bu mesaj hiçbir tiryakinin umrunda bile olmuyorsa bu işte bir yanlış yapılıyor demektir. Sigara öldürür, daha ne deseydik yani? Lafın, laf olarak ağırlığı kalmamış ki! Bugünlerde TV kanallarında yayımlanan ürkütücü reklamlar üzerinde hiç durmuyorum. Şimdi, bu küçük bilgiler doğrultusunda sigarayla ilgili sosyal kampanyaların hedef kitlesinin kabaca iki ana gövdeye ayrılması gerektiğini söylemek doğru değil mi? Bu iki segment; kaşarlanmış sigara tiryakileri ve sigaraya başlama potansiyeli taşıyan kitlelerdir. Bir defa, bu segmentasyonu yapmadan hiçbir sosyal kampanyanın tam olarak hedefine ulaşması mümkün değildir. Evet, bugün sigaraya olumsuz bir imajın yüklenmesinde önemli bir başarı elde edilmiş olduğunu kabul edelim, ama bu iki hedef kitle segmentini aynı torbaya doldurarak onlara bir şeyler anlatmaya çalışmak deveyi engelli yüz metre koşturmak gibi bir şey olsa gerek.

Ne kadar ciddiye alınıyor bilmiyorum, ama galiba tıp fakültelerimizde hasta iletişimi diye bir ders var. Belki iletişim fakültelerimizde de sağlık iletişimi dersi vardır. Ha, bu tiryaki milleti iletişilerek hiza gelir mi, onu da bilmiyorum. Bilen varsa söylesin. Dünyada, özellikle de ABD’de artık disiplin haline gelmiş olan sağlık iletişiminin, ülkemizde sağlık sektöründeki bunca gelişmeye rağmen pek bir ilerleme kaydettiğini de herhalde söyleyemeyiz. Prof. Dr. Ayla Okay da, sağlık iletişimiyle ilgili temel kavramlar ve prensipleri derlediği “Sağlık İletişimi” adlı kitabında, konunun akademik anlamda yeterli olarak ele alınmadığını belirtiyor: “Sağlık iletişimi dünyada uzun yıllardan beri tartışılan, ancak Türkiye’de akademik anlamda yeterli olarak ele

Dördüncü milenyumun tarihçileri sanırım bu alışkanlığımızı anlatmak için şuna benzer cümleler kullanacaklardır: “Bir zamanlar insanlar tütün isimli bir otu ince ince doğrayıp 100 mm. uzunluğunda bir kâğıda sararlar, elde ettikleri 4 mm. çapındaki şeyi düdük gibi iki dudakları arasında alıp ucundan yakarlar, ottan çıkan dumanı ve bu dumanın içindeki dört bin çeşit zehiri içlerine çekerek bundan keyif alırlardı. Bu da her yıl beş altı milyon insanın ölümüne yol açardı.”

alınmayan, uygulamalar açısından da henüz yeni yeni yaygınlaşmaya çalışan önemli bir iletişim alanıdır. Sağlık iletişimi denildiğinde çeşitli düzeylerle karşılaşmaktadır. Bu düzeyler sağlık hizmeti sunan kişilerin bu hizmeti alan kişilerle olan iletişimi; sağlık hizmeti sunan kurumların hedef kitleleriyle iletişimi ve kamusal ya da özel kurumların sağlığı geliştirmeye, desteklemeye yönelik iletişim kampanyaları olarak gerçekleştirilmektedir.”

Benim bildiğim şu ki, böyle hôt hôt mesajlarla galiba en azından birinci hedef kitle temelinde pek bir sonuç alınmaz/ alınmıyor. Belki ikinci hedef kitle nezdinde bir yansıması oluyordur diye umalım. Son söz: Kimseye sigarayı bırakın diyecek yüzüm yok, ama başlamayın diyecek deneyim ve birikime sahip olduğumu düşünüyorum. Başlamayın.

Mağdur annelerin mağdur çocukları

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yaptı. 2005 yılından beri Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Klinik Şefliği'ni yürütmektedir. 9 kitapta editörlük yapan Dr. Ovalı'nın ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış 200'den fazla makalesi mevcuttur.

Gebe kadınların kullandığı birçok ilaç ve maddenin fetus ve bebek üzerinde toksik etkileri bulunabilir. Bu etkiler, doğum öncesi veya yenidoğan döneminde ortaya çıkabildiği gibi bazen çok uzun yıllar sonra da kendini belli edebilir. Günümüzde, değişik nedenlerden dolayı, madde ve sigara bağımlısı annelere daha sık rastlanmakta

ve bu annelerden doğan bebekler de yeni risk grupları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu etkilerin bilinmesi ve tanınması, tedavi ve takip için ilk basamaktır. Bu toksik etkilerin en aza indirilmesi ve fetus ve yenidoğan sağlığının korunabilmesi için, ilgili kadın doğum doktorları ile birlikte doktor, hemşire, psikolog, hukukçu ve sosyal hizmet uzmanının birlikte çalışması gerekir. Bu ekibin yapısı, toplumdan topluma farklılık gösterebilir. Ancak ya-

pılan bu çalışmaların hedefi kişileri cezalandırmak değil onlara yardım etmek olmalıdır.

İdeal olarak, kadının ve erkeğin, döllenme olmadan önce, kullandıkları maddeyi bırakmaları gerekir. Eğer gebeliğe rağmen hala kullanıma devam ediyorsa, gebe kadının en kısa zamanda kullanımı bırakması önerilmelidir. Eğer gebe hala daha kullanmaya devam ediyorsa, doğum öncesi kanama-





Alkol içen kadının
çocuğunun zarar göreceği
tarihi kaynaklarda da
yazmaktadır. İncil'e göre,
İsmail Peygamber,
Samson'un annesine
gebeliğinde şarap veya sert
içki içmemesini, çünkü
doğacak çocuğun Allah
tarafından gönderilmiş
kutsal bir çocuk olacağını
söylemiştir. Eski Kartaca'da,
çocuğun anomalili
doğmaması için düğün
gecesinde gelinin şarap
içmesi yasaklanmıştır.

lar, erken membran rüptürü, erken doğum, mekonyumlu doğum riski artacağından bunlara bağlı komplikasyonların gelişebileceği konusunda gebe kadın uyarılmalı ve doğum eylemi başladığında buna göre uygun önlemler alınmalıdır. Madde kullanan kadınların bir kısmı, suçluluk duygusu, yasal kovuşturma korkusu gibi nedenlerle doktora gitmekten kaçınır. Eğer böyle bir durum varsa, doğum zamanı, bu kadına yardım edebilmek için en uygun zamandır.

Doktorların, kendi toplumlarındaki bağımlılıklar konusunda bilgi sahibi olmaları bu açıdan son derecede önemlidir. Bu bağlamda, gebelerin yaptığı itiraflar kadar, antenatal takiplere gelmemesi, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan birinin bulunması, erken doğum, intrauterin büyüme geriliği, plasantanın erken ayrılması, konjenital malformasyonlar ve yoksunluk sendromu belirtilerinin gözlenmesi, madde kullanımını hakkında şüphe uyandırmalıdır. Gebeler, madde kullandıklarını genellikle söylemezler, ancak onlarla kurulacak güvene dayalı ve cezalandırmaktan uzak bir iletişim sonunda gerçekleri daha net açıklayabilirler. İdrarda toksikolojik analiz yapmak düşünülebilir ancak maddelerin çoğu günler veya haftalar boyunca idrarda tespit edilebildiği için, gebeliğin erken dönemlerinde kullanılan maddelere ilişkin bilgi edinilemeyebilir. Anne ve bebek saçından yapılan analizler için pratik kullanım için uygun olmayıp ancak araştırma projeleri kapsamında



başvurulan yöntemlerdir. Bazen, gebe birkaç maddeyi birlikte kullanabilir ve durum daha karmaşık bir hal alabilir. İlave olarak gebede cinsel yolla bulaşan hastalıklardan birinin bulunması ve kronik beslenme bozukluğunun olması da tanı konmasını güçleştirebilir. Bu kadınlarda fakirlik, stres, kendine güvensizlik, ev içi ve dışı şiddete maruz kalma, eğitimsizlik, okuma yazma bilmeme, işsizlik, sağlık kurumlarına ulaşmada yetersizlik gibi birçok sos-

yo-ekonomik sorun da birlikte bulunabilir. Gebelerde görülen ve fetusta ciddi sorunlara yol açma potansiyeli olan madde bağımlılıkları arasında, alkol, sigara, kokain ve narkotikler sayılabilir.

Alkol

Alkol içen kadının çocuğunun zarar göreceği tarihi kaynaklarda da yazmaktadır. İncil'e göre, İsmail Peygamber, Samson'un annesine gebeliğinde şa-



rap veya sert içki içmemesini, çünkü doğacak çocuğun Allah tarafından gönderilmiş kutsal bir çocuk olacağını söylemiştir. Eski Kartaca'da, çocuğun anomalili doğmaması için düşün gecesinde gelinin şarap içmesi yasaklanmıştır. 1720-1750 yılları arasında İngiltere'de yaşanan "cin epidemisi" sırasında hükümet, tarımı geliştirmek amacıyla alkol üretimi ve satışı üzerindeki denetimi gevşetmiş ve alkol tüketimi artmıştır. Bu dönemde, doğurganlık oranı azalmış, zayıf ve cılız doğan çocukların sayısında belirgin artışlar gözlenmiştir. 1900 yılında Sullivan, alkol kullanan kadınların çocuklarında ölüm doğum ve düşüklerin daha sık olduğunu, canlı doğanlarda ise epilepsinin daha fazla görüldüğünü bildirmiştir. Bir dönem alkol, prematüre doğumu engellemek için kullanılmıştır. Ancak alkol prematüre doğumu engellemediği gibi, anomalilerde de artışa neden olmuştur.

Özellikle alkol tüketiminin yoğun olduğu toplumlarda giderek artan sıklıkta görülen fetal alkol sendromu (FAS), kalıtsal sorunlar bir yana bırakıldığında, zekâ geriliği ve nörolojik gelişim geriliğinin en önemli nedeni haline gelmiştir. Fetal alkol sendromunun 3 ana bulgusu vardır: Büyüme geriliği, yüzün orta hattında bozukluklar, zekâ geriliği. Günde iki kadehten fazla alkol alınması ortalamanın üzerinde bir içim olarak kabul edilir. Ayda bir kez bile olsa, bir seferde beşten fazla içki alınması, "akşamcılık" olarak tanımlanır. Eğer bu durum ayda beşten fazla oluyorsa, "ağır içicilik" olarak değerlendirilir. Kadınların günde en fazla bir kadeh, erkeklerin ise iki kadeh içmelerine izin verilebilir.

Dünyada FAS sıklığı bin canlı doğumda 0.97 iken, bu oran ABD'de 20

kat daha fazladır. Herhangi bir şekilde alkolden etkilenen çocuk sayısı ise bin canlı doğumda 9.1 olarak belirtilmektedir. Bu fazlalık, özellikle düşük gelir grubunda belirgindir. Düşük gelir grubundaki beslenme bozukluğu, sigara kullanımı ve birlikte başka maddelerin de kullanılıyor olması, bu sıklığın artmasında en önemli nedenlerdir. Ağır içici olan kadınlar arasında spontan düşüklükler, plasental ayrışma ve konjenital anomaliler daha fazladır. Bu kadınların çocuklarında herhangi bir anomali olmasa bile, % 30-40'ında bilişsel ve davranışsal değişiklikler mevcuttur. FAS'taki merkezi sinir sistemi anomalileri arasında mikrencefali, anensefali, korpus kallosum agenezisi, holoprosensefali, serebellar disgenezi gibi anomaliler sayılabilir. Bunlardan başka, yarık damak, eklem ve kalp anomalileri, böbrek agenezisi ve el kıvrımlarında değişiklikler gibi durumlar da ortaya çıkabilir. Alkol kullanımına bağlı folik asit eksikliği gelişebilir ve bu da nöral tüp defektlerine (meningomyelo-sel gibi) yol açabilir.

Doğuma yakın dönemde alkol alan annelerin bebeklerinde doğumdan hemen sonra hiperaktivite, tremor, nöbet ve sonrasında letarji görülür ve bebek daha sonra normale döner.

Gebeliğinde alkol kullanan annelerin çocuklarında tartı, boy ve baş çevresi doğumda ve yaşamın ilk yıllarında, hatta 14 yaşına kadar düşük kalır. Bu düşüklük, günde bir kadeh içen annelerin bebeklerinde bile görülmüştür ve sosyoekonomik faktörlerin de burada rol oynadığı düşünülmüştür. Erken çocukluk döneminde atopik dermatit sıklığı bu çocuklarda daha siktir.

Doğuma yakın dönemde alkol alan annelerin bebeklerinde doğumdan hemen sonra hiperaktivite, tremor, nöbet ve sonrasında letarji görülür ve bebek daha sonra normale döner. Gebeliğinde alkol kullanan annelerin çocuklarında tartı, boy ve baş çevresi doğumda ve yaşamın ilk yıllarında, hatta 14 yaşına kadar düşük kalır.

Davranış değişikliklerine, özellikle ağır içici annelerin bebeklerinde rastlanır. Bu bebeklerde, motor tonus azalması, uyarı ihtiyacı ve asimmetrik refleksler daha siktir. EEG çalışmalarında, sürekli düşük doz alkol alımına kıyasla kısa dönemde yüksek doz alkol alınmasının beyin gelişimini daha olumsuz şekilde etkilediği ortaya konmuştur. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite sendromu alkolik anne bebeklerinde daha siktir. Alkol, süte geçtiği ve annedeki düzeylerde bulunduğu için, emzirme sırasında alınması durumunda çocukta halsizlik, terleme, derin uyku, büyüme geriliği ortaya çıktığı gibi zaman içinde annenin süt miktarı

da azalır. Düşük doz alkol alımında bile, hafif zekâ geriliği, büyüme bozukluğu ve davranış değişiklikleri gibi alkol etkileri ortaya çıkabilir. Beyin gelişimi, doğumdan sonra da devam eden bir süreçtir. Alkol, tüm gebelik boyunca beyne olumsuz etkilerde bulunabilir ve bu etkiler geç dönemde ortaya çıkabilir.

Alkole bağlı olarak görülen belirtiler, farmakolojik olduğu kadar genetik faktörlerden de etkilenir. Hatta babanın alkol kullanması bile, genetik yoldan fetusu etkileyebilir. Diğer yandan, alkol kullanımı, sigara ve uyuşturucu kullanımını tetikler veya biriktirir. Özellikle sigara kullanımı, alkol kullanımı ile birlikte ciddi sorunlara neden olduğu için mutlaka engellenmelidir. Gebeliğinde veya doğumdan sonra alkol kullanan annelerin çocukları 14 yaşına geldiğinde, bu çocuklardaki alkol kullanımı oranının daha sık olduğu ortaya konmuştur.

Gebelikte güvenli olabilecek bir alkol miktarı olmadığı için, tüm gebe ve gebe kalmayı planlayan kadınların alkolden uzak durmaları önerilir. Birçok kişi, alkolün bebek üzerindeki etkilerini bilmesine rağmen, günde alınan üç kadeh içkinin herhangi bir etkisinin olmayacağına inanır. Bira ve şarabın ise, diğer içkilere kıyasla daha “güvenilir” olduğu varsayılır. Hâlbuki bu durum tamamen aldatmacadır. Aile ve arkadaş çevresinin de anneye alkolü bırakması konusunda yardımcı olması gerekir. Diğer yandan, sağlık personeli, doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanları ve öğretmenlerin de alkolün fetal ve çocuk üzerindeki etkileri hakkında bilgi sahibi olması ve gerekli danışmaya ve rebilmesi gerekir. Gebelik kontrolleri sırasında alkol etkileri hakkında gebeye bilgi vermek, rutin işlemler arasında yer almalıdır. Alkolün çocuklar üzerindeki etkisinin maliyeti, ABD’de 1998 yılında 4 milyar dolar olarak hesaplanmıştır. FAS olan bir çocuğun hayat boyu maliyeti ise 1.4 milyon dolar olarak hesaplanmıştır.

Korunma önlemleri çerçevesinde, alkolün zararlı etkileri her yaşta, her çağda anlatılmalı, alkol bağımlısı olan kadınlara multidisipliner bir yaklaşımla uygun danışma verilmeli, alkol reklamlarına fetal ve çocuklardaki etkilerine ilişkin uyarılar konmalı, hekimlere ve sağlık personeline, alkol bağımlısı anne çocuğunun özellikleri ve bunlara yaklaşım konusunda gerekli bilgiler verilmelidir. Bu konu, bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmalıdır. Görsel ve yazılı medyada konu sık sık işlenmeli, broşür, poster gibi materyeller görünür yerlerde sıkça yer almalıdır. Okullarda bu konuya yönelik eğitim programları yapılmalıdır.

Kokain

Koka yapraklarından elde edilen uyarıcı bir madde olan kokain, toz olarak burna çekilebildiği gibi, ağızdan veya intravenöz olarak da kullanılabilir. ABD’de yapılan bir çalışmada gebeliğinde kokain kullanan anne oranı % 0,3 olarak bulunmuştur. Kokain, norepinefrin reseptörlerini uyardığı için, taşikardi, aritmi, hipertansiyon, vazokonstriksiyon, terleme ve hafif tremorlara yol açar. Dopamin reseptörlerini uyardığı için de neşelenme ve özgüvende artışa neden olur. Plasetadan ve sütle geçer.

Gebelikte kokain kullanımı durumunda uterus kan akımı azalacağı için fetal oksijenizasyon bozulur. Hem hipoksi, hem de kokainin direkt etkileri nedeniyle bebekte de taşikardi ve hipertansiyon gelişir. Bu gebelerde ölü doğum, düşük, plasental ayrışma ve erken membran rüptürü riski yüksektir. Kokain kullanan gebelerin bebeklerinde, fetal alkol sendromuna benzer şekilde spesifik bir sendrom meydana gelmez. Ancak fetal kan akımının azalmasına bağlı olarak, organogenez dönemi tamamlandıktan sonra bile, değişik organların anomalileri ortaya çıkabilir. Hayvan çalışmalarında birçok anomalinin geliştiği gösterilmiş olmakla beraber, insanlarda da bağırsak atrezisi, infarktlar ve nekrotizan enterokolit gibi hastalıkların ortaya çıktığı gösterilmiştir. Bu gebelerde birlikte HIV bulunma sıklığı arttığı için buna bağlı hastalıkların görülmeye sıklığı da artar. Kokainin bebeklerdeki en önemli etkisi hem intrauterin hem de postnatal dönemde görülen büyüme geriliğidir. Doğumda tartı, boy ve baş çevresi normalden düşüktür. Yenidoğan döneminde beyin infarktları, nöbetler, kortikal atrofi, intraventriküler ve subaraknoid kanamalar ve gelişimsel gerilikler görülebilir.

Kokainin etkileri, anne sütü alan çocuklarda veya toza maruz kalan küçük çocuklarda da görülebilir. Bu etkiler arasında da büyüme geriliği, dikkat ve dil sorunları ile davranış sorunları öne çıkar. Bu etkiler doza bağımlı olmakla beraber küçük dozlarda bile ortaya çıkabilir ve çocukların uzun süre özel bakım almalarına yol açabilir. Kokainin beyine olan etkileri özellikle frontal lobta belirgin olduğu için ve frontal lobun gelişimi adolesan çağa kadar devam ettiği için bazı fonksiyon kayıpları geç adolesan dönemde ortaya çıkabilir. Bu gençlerin akademik başarısı, sosyal konumları, sorumluluk duyguları ve öz bakımları etkilenebilir. Birçok olguda, kokain tek başına kullanılmamakta, başka maddeler veya sigara ile birlikte kullanılmaktadır. Bu durum da, olası etkileri daha da ağırlaştırıcı bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, kokain kul-

lanan anne bebeklerine multidisipliner bir yaklaşım yapılması, çevresel faktörlerin düzeltilmesi, aile ilişkilerinin kuvvetlendirilmesi büyük önem taşır.

Narkotikler

Gebelikte narkotik maddelerin kullanımı, kokain ve marihuana kullanımına göre daha az sıklıkla görülmekle beraber, anne ve bebek üzerindeki etkileri çok daha ağır ve bazen hayatı tehdit edici olabilmektedir. Narkotikler, plasetayı çok rahat geçerler. Semisentezik bir narkotik türevi olan lipofilik özelliği bulunan eroin, merkezi sinir sistemine çok daha rahat ve hızlı bir şekilde geçer. İntravenöz eroin kullanımı, birlikte HIV, hepatit B ve C, akut bakteriyel endokardit gibi enfeksiyonların riskini de artırır. Bu annelerde ekstreuterin gebelik, erken doğum, erken membran rüptürü, makat geliş, doğum öncesi kanamalar, toksemi, anemi, bakteriyel enfeksiyonlar, ölü doğum, düşük doğum tartısı gibi sorunlara sık rastlanır. Aşırı strese bağlı olarak surfaktan sentezinin artmasından dolayı, bu bebeklerde respiratuar distress sendromuna ve sarılığa ise daha az rastlanır.

Yenidoğan döneminde gözlenen en önemli sorun, narkotik yoksunluk sendromudur. Bu sendromun önlenmesi için gebelere metadon tedavisi uygulanabilir ancak sonuçlar çelişkilidir. Bu sendromun yanı sıra, bebeklerin büyük bir kısmında, yaşına göre tartı, boy ve baş çevresi küçüktür. Yoksunluk sendromu, doza bağlı olarak doğumdan 2-3 gün sonra başlar. Bu bebekler aşırı huzursuzdur ve sakinleştirmek zordur, uyumaları zordur. Refleksleri ve tonusları artmıştır, solunum sıkıntısı, ateş, kusma ve sulu gaitaları olabilir. Bazılarında nöbetler görülebilir. Yoksunluk sendromunun tedavisinde genellikle yine dilue morfin kullanılır ve böylece bebeğin sakinleştirilmesi, kusmalarının önlenerek beslenmesinin sağlanması ve uyku düzeninin sağlanması amaçlanır. Bu tedaviyle birlikte, bebek sakin ve loş bir yerde yatırılmalıdır. Bu bebeklerde ani bebek ölümlerine daha sık rastlanır. Çocuklarda nörogelişimsel bozukluklar sıklıkla görülür. Ancak narkotikler ile birlikte, alkol, sigara veya diğer maddelerin kullanımı da sıklıkla birlikte olduğu için, etkileri tam olarak değerlendirmek bazen zor olabilir. Genetik faktörler, sosyoekonomik durum ve diğer çevresel faktörler de gelişimi yavaşlatabilir.

Narkotik madde kullanan anne bebeklerindeki tedavi ilkeleri şu şekilde özetlenebilir:

A) Biyolojik/fizyolojik

a. Prenatal dönem: Düzenli prenatal ta-

kip, HIV testi, beslenme desteği, antenatal testler, gerekirse metadon ve psikotrop desteği

b. Perinatal dönem: Obstetrik ve pediatrik bakım, yenidoğan değerlendirilmesi, aile planlaması, psikiyatrik değerlendirme

B) Davranışsal değerlendirme

a. Bireysel, ailevi ihtiyaçlar, yaklaşımlar, inançlar ve beklentileri değerlendirme

b. Bağımlılık eğitimi

c. Bağımlılık tedavisi

d. Prenatal bakım, doğum, annelik, AIDS'den korunmayı öğretme

e. Uygun işe yerleşme

f. Hayata uyum eğitimi

C) Sosyokültürel ve demografik

a. Ev, giyim kuşam, beslenme, mali konularda yardım

b. Sosyal servislere ve hastanelere ulaşımı kolaylaştırma

D) Çocuk

a. İyi ebeveyn davranışlarını özendirme

b. Çocukların optimal sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimini sağlama

c. Disfonksiyonel davranış şekillerini değerlendirme

d. Çocuk bakımını sağlama

Sigara

Dünyada en çok kullanılan bağımlılık yapıcı madde tütündür. Ülkemizde son yıllarda getirilen kısıtlamalara rağmen sigara kullanım oranları Dünya Kanseri Örgütü (UICC) tarafından yapılan araştırmaya göre, erkeklerde yüzde 54, kadınlarda yüzde 20 civarındadır ve en fazla 30-44 yaşları arasında görülmektedir. Sigaraya başlama yaşı da ilköğretim çağına kadar inmiştir. Bu yaş grubunun kadınlarda doğurganlık çağına önemli bir kısmını kapsadığı açıktır. Birçok kişi, medya ve sağlık personeli, sigarayı, madde bağımlılığından daha hafif ve kabul edilebilir bir bağımlılık olarak görme eğilimindedir. Oysa sigaraya bağlı ölümler, madde kullanımına bağlı ölümlerden çok daha fazladır. Sigara içinde yüzlerce kimyasal madde olmasına karşılık bağımlılık yapan esas madde nikotindir. Nikotin, akciğerlerden hızla emilir ve saniyeler içinde beyne ulaşır. Burada dopamin salınmasına yol açar. Periferik dokularda da epinefrin salınımını artırarak kalp hızında ve kan basıncında artışa neden olur. İnsülin salınımını azaltıp hiperglisemi yapar ve böylece iştahı azaltır. ABD'de 2004 yılında sigaraya bağlı sağlık harcamalarının toplamı 75 milyar dolara yaklaşmıştır.

Sigaranın fetus üzerinde birçok olumsuz etkisi mevcuttur. Annenin iştahının azalmasına bağlı olarak beslenmesinin bozulması, fetusun beslenmesini de bozar. Nikotin, vazokonstriktör etkisi nedeniyle uteroplasental kan akımını bozarak fetusa giden kan miktarını azaltır ve böylece fetusta büyüme geriliği ve hipoksik iskemik olaylar meydana gelir. Artmış karbonmonoksit, hemoglobine birleşerek dokulara oksijen geçişini azaltır. Sosyoekonomik durumun kötü oluşu, prenatal bakımın yetersiz oluşu ve bağımlılık yapıcı başka maddelerin kullanımı da sigaranın etkilerini artırır. Tüm düşük doğum tartılı bebeklerin % 20-30'unda neden sigara radır.

Sigara, fetusu da doğrudan etkiler. Nikotin plasentayı çok rahat geçer. Hatta fetustaki düzeyleri, annedeki düzeylerin % 15 fazlasına kadar ulaşabilir. Bebekteki "güvenli" nikotin düzeyleri, tahmin edilenden çok daha düşüktür. Beyinde bulunan nikotinerjik reseptörlerle etkileşimi ve sinaptik aktiviteyi bozması sonucunda nöronal ontogeneze, hücre farklılaşması ve migrasyonda bozukluklara yol açar. Adrenal bezin yanıtının değişmesi de hipoksiye verilen yanıtı etkiler. Sigara içen annelerin bebeklerinde perinatal ölüm, spontan düşüklükler, plasental ayrışma, plasenta previa, erken doğum ve intrauterin büyüme geriliği sıklığıdır. Bu bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerine yatış oranları daha yüksek olduğu gibi, ani bebek ölümleri de daha sık görülür. Konjenital anomalilerin sıklığında artış olmamakla beraber, bazı çalışmalarda damak yarıklarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir.

Bu çocuklarda bilişsel ve davranış gelişimi olumsuz olarak etkilenir. Bu çocuklarda otonomik eksitabilite, hipertansiyon, stres semptomları bildirilmiş, aşırı sigara içen annelerin yenidoğan bebeklerinde yoksunluk sendromu benzeri belirtiler gözlenmiştir. Bu çocuklarda 9-12 yaşlarda bile bilişsel ve görsel fonksiyonlarda, dil öğreniminde ve hafızada eksiklikler tespit edilmiştir. Diğer yandan agresif davranışlar, hiperreaktivite ve negativistik eğilimler ile impulsif davranışlar bu çocuklarda daha sıklıkla görülür. Adolesan dönemde, iletişim sorunları, madde kullanımı ve kriminal davranışlar da daha sık görülmektedir. Bu çocukların ileride sigara başlama oranları da kontrollere göre 4 ile 5 kat daha fazladır.

Gebeliğinde sigara içen annelerin büyük bir kısmı doğumdan sonra da içmeye devam ettikleri için, bebeklerde pasif içicilik de gelişmektedir. Ancak çocuklarda gelişen bu sorunların antenatal dönem mi, postnatal dönem mi yoksa her ikisine birlikte mi bağlı oldu-

ğunu ayırt etmek kolay değildir. Pasif içici olan çocuklar arasında solunum sorunları, hışıltı, enfeksiyonlar, astım ve ani bebek ölümü sendromu daha sıklıkla görülür. Beyin gelişimi doğumdan sonra da devam ettiği için, bu çocuklarda nörolojik sorunların da ortaya çıkması nadir değildir. Sigara içmeyen gebelerin bile % 75'inin gebeliğin bir döneminde sigara dumanına maruz kaldığı hesaplanmıştır. Pasif içicilik bile, fetusta yüksek nikotin düzeylerine yol açabilir. İntrauterin dönemde pasif dumana maruz kalan çocuklarda, aktif sigara içenler kadar olması bile genel bilişsel fonksiyonlar, dil yetenekleri, uzaysal-görsel yetenekler ve davranış kalıpları açısından zarar gördükleri tespit edilmiştir.

Gebe kadınlara, tüm antenatal kontroller sırasında, aktif ve pasif sigara içiciliğinin zararları hakkında gerekli uyarılar ve bilgilendirmeler yapılmalıdır. Gebeliğin başlangıcında sigaranın bırakılması, son trimesterde meydana gelen intrauterin büyüme geriliğinin önlenmesinde yardımcı olabilir. Tüm gebelerin, lohusaların ve çocukların sigaradan ve sigara dumanından uzak tutulması en etkili korunma yöntemidir.

Kaynaklar

Bandstra E, Accornero VH. Infants of substance-abusing mothers. In: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh M. (eds). Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine. Diseases of the fetus and infant. 8th ed. Mosby, Philadelphia, 2006: 733-757

Kaltenbach K, Comfort ML. Comprehensive treatment for pregnant substance abusing women: An enhanced model to address multiple health and human service needs. Final Report, Center for Substance Abuse Treatment, Department of Health and Human Services, Washington DC, 1996.

Law KL, Stroud LR, GaGasse LL, Niaura R et al. Smoking during pregnancy and newborn neurobehaviour. Pediatrics 2003; 111: 1318-1323

Slotkin TA. Fetal nicotine or cocaine exposure: which one is worse? J Pharmacol Exp Therap 1998; 285: 931-944

ABD'de madde suistimali ve bağımlılığı

M. Pervin Tuba Durgut



Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden 1995 yılında mezun oldu. 2005 yılında Indiana Üniversitesi'nde halk sağlığı yüksek lisans eğitimini tamamladı. ABD'de ve Türkiye'de ulusal ve uluslararası çapta pek çok halk sağlığı projesinde yönetici veya danışman olarak görev aldı. Halen Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı'na sağlık iletişimi alanında danışmanlık hizmeti vermektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) madde bağımlılığı toplumun farklı kesimlerini doğrudan veya dolaylı olarak olumsuz etkilemekte olan büyük bir halk sağlığı problemidir. ABD'de madde suistimali ile ilişkilendirilen bazı sağlık sorunları şunlardır:

- **Kanser:** Kanser kaynaklı ölümlerin %11- %30'undan tütün kullanımı sorumlu tutulmaktadır (1).
- **Kalp hastalıkları:** Bilimsel araştırmalar; tütün, kokain, ekstazi, amfetemin ve steroid kullanımı ile kardiyovasküler hastalıklar arasında bağlantı olduğunu göstermiştir. Tütün kullanımı, ABD'de her yıl kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %30'undan sorumlu tutulmaktadır (2).
- **HIV/AIDS:** AIDS vakalarının yaklaşık üçte biri (11 bin 635 vaka/2000 yılı) ve Hepatit C vakalarının çoğu (25 bin vaka/2001 yılı) uyuşturucu enjeksiyonu ile ilişkilendirilmiştir (3).

- **Pediyatrik AIDS vakalarının yaklaşık yarısı (4 bin 700 vaka/2002 yılı) annenin uyuşturucu enjeksiyonu yapması ile ilişkilendirilmiştir (4).**

ABD'de madde suistimali ile ilişkilen- dirilen bazı sosyal sorunlar şunlardır:

- **Uyuşturucu etkisi altında araç kullanımı:** Ulusal Otoban Güvenliği Kurumu yaklaşık sürücülerin %10-%22'sinin alkol ve / veya uyuşturucu madde etkisindeyken kazaya karıştığını bildirmektedir (5).
- **Şiddet:** Tutuklama ile sonuçlanan büyük suçların (cinayet, hırsızlık, saldırı vb.) yaklaşık yarısının uyuşturucu madde etkisinde işlendiği kaydedilmiştir (6).
- **Çocuk suistimali:** Çocuk koruma servislerince rapor edilen istismar ve ihmal vakalarının %50-%80'i farklı dereceden madde suistimali içermektedir (7).
- **Evsizlik:** Sokaklarda yaşayan Amerikalıların %31'inin alkol ve/veya madde bağımlısı olduğu rapor edilmiştir.

- **Eğitim:** Anne karnında kokaine maruz kalmış çocukların özel eğitim servislerine ihtiyaç duyma oranı 1.5 kat daha fazladır. Özel eğitimin topluma yıllık maliyeti 23 milyon dolardır (8).

- **İş gücü kaybı:** Madde bağımlılarının kaybettikleri iş günü oranı daha fazladır (9).

- **Suç:** Federal hapisanede bulunan suçluların % 60'ı madde ile bağlantılı suçlardan ötürü hükümlüdür (6).

ABD'de yasadışı madde kullanımı yaygınlığı:

Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Anketi; esrar, kokain, eroin, halusinojenler, inhalantlar, amacı dışında kullanılan ağrı kesiciler, uyarıcılar, sedatifler ve trankilizanlar olarak kategorize ettiği uyuşturucuların ABD'de kullanım yaygınlığını ölçmüştür (10). Anket verilerine göre (NSDUH, 2009), ABD'de uyuşturucu kullanımı son yıllarda hızla artmaktadır. Anket sonuçları, 12 yaş ve üzerinde yaklaşık 21,8 milyon kişinin uyuşturucu kullandığını



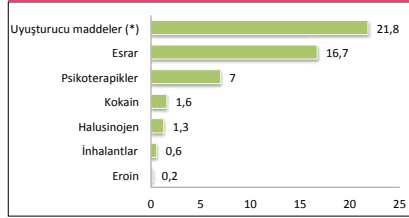
göstermiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre ABD’de esrar (marijuana), 12-17 ve 18-25 arası gençler arasında en yaygın kullanılan uyuşturucu olarak kaydedilmiştir.

Çalışma, son bir ay içinde uyuşturucu kullandığını söyleyen 12 yaş üzeri kişilerin, 16.7 milyonunun esrar, 7 milyonunun psikoterapik maddeler, 1.6 milyonunun kokain, 1.3 milyonunun halüsinojenler, 0.6 milyonunun inhalantlar, 0.2 milyonunun eroin kullandığını göstermiştir. Aynı çalışma, uyuşturucu kullanım oranının bir önceki yıla göre arttığını ortaya çıkarmıştır.

ABD’de alkol kullanımı suistimali ve alkol bağımlılığı:

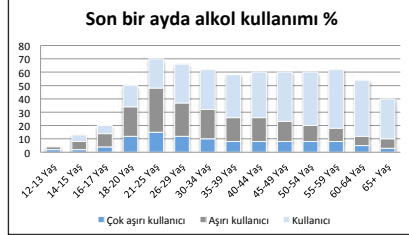
Anket sonuçları, alkol kullanım yaygınlığının boyutlarını göstermektedir. Alkol kullanım durumu ve alkol kullanım sıklığı

Grafik 1: Son 1 ay içinde uyuşturucu kullandığını belirtmiş 12 yaş ve üzeri uşturucu kullanan kişiler (2009)



Kişi sayısı (milyon olarak)
Uyuşturucu maddeler; esrar, kokain, eroin, halüsinojenler, inhalantlar ve amacı dışında kullanılan psikoterapikleri içermektedir.

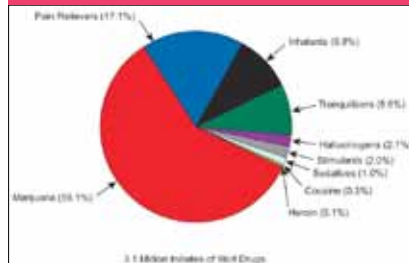
Grafik 2: Yaşa göre alkol kullanım yaygınlığı



Grafik 3: 12 yaş ve üzeri sigara kullanım yaygınlığı (2009)



Grafik 4: 12 yaş ve üzeri madde kullanımına başlama (2009)



ile ilgili soruları da içeren ankete göre, alkol kullanımı 3 ayrı derecede kategorize edilerek aşağıdaki belirtilen kriterlere göre raporlanmıştır:

- Son 30 günde en az bir kere alkol almış olmak (alkol kullanıcısı).
- Son 30 günde 5 veya daha fazla içkiyi aynı etkinlikte almış olmak (aşırı alkol kullanıcısı).
- Son 30 gün içinde, 5 gün veya daha fazla aralıklarla 5 veya daha fazla içkiyi aynı etkinlikte almış olmak (çok aşırı alkol kullanıcısı).

12 yaş ve üstünde alkol kullanımı:

Ankete göre 12 yaş üzeri Amerikalıların;

- % 52’si alkol kullanıcısı,
- % 24’ü aşırı alkol kullanıcısı
- % 7’si çok aşırı alkol kullanıcısı olarak kategorize edilmiştir.

ABD’de tütün bağımlılığı:

Anket, 12 yaş ve üzerindeki Amerikalıların % 27.7’sinin tütün ürünleri kullandığını göstermektedir. Araştırma sonuçlarına göre; 18-25 yaş aralığındaki genç yetişkinler % 41.6 oranıyla tütün kullanımının en yaygın olduğu yaş grubudur. Bunu % 27.3 ile 26 yaş üzeri ve %11.6 ile 12-17 yaş arası grup takip etmektedir.

ABD’de madde kullanımı insidansı (madde kullanımına başlama):

Araştırma, son 12 ay içinde ilk kez madde kullanımına başlamış kişileri “yeni başlamış kişiler” olarak kategorize etmiştir. Buna göre;

- 12 yaş üzeri kişilerden 3.1 milyon kişi son 12 ayda ilk defa madde kullandığını söylemiştir. Bu rakam, ortalama her gün 8 bin 500 kişinin madde ile tanıştığını göstermektedir. Yeni kullanıcıların yaklaşık % 56.8’i 18 yaşından küçüktür.
- Araştırmanın sonuçlarına göre madde kullanımına başlayanların %59.1’i esrar, % 28.6’sı psikoterapikler , % 9.8’i inhalantlar, %2.1’i halüsinojenler ile başladıklarını belirtmiştir.

Kaynaklar

- 1) McGinnis JM, and Foege WH. Mortality and morbidity attributable to use of addictive substances in the United States. *Proc Assoc Am Phys* 111(2): 109-118, 1999.
- 2) Ockene IS, and Miller NH. Cigarette Smoking, Cardiovascular Disease, and Stroke. *Circulation* 96:3243-3247, 1997.
- 3) Centers for Disease Control and Prevention. Drug-Associated HIV Transmission Continues in the United States, <http://www.cdc.gov/hiv/>.
- 4) National Highway Traffic Safety Administration. Drug Impaired Driving, <http://www.nhtsa.dot.gov/people/outreach/safesobr/15qp/web/iddrug.html>,
- 5) Institute for Health Policy, ed. Workplace burden, In: Substance abuse: The nation’s number one he-

2009 yılında ABD’de yapılan Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Anketinin (NSDUH) sonuçları, 12 yaş

ve üzerinde yaklaşık 21,8 milyon kişinin uyuşturucu kullandığını göstermiştir. 12 yaş ve üzerindeki

Amerikalıların % 27.7’si

tütün ürünleri kullanıyor.

18-25 yaş aralığındaki genç

yetişkinler % 41.6 oranıyla

tütün kullanımının en yaygın

olduğu yaş grubu. Bunu %

27.3 ile 26 yaş üzeri ve

%11.6 ile 12-17 yaş arası

grup takip etmekte.

Rakamlar ABD’de ortalama

her gün 8 bin 500 kişinin

madde ile tanıştığını

göstermektedir.

alth problem, Key indicators for policy, Princeton, NJ, The Robert Wood Johnson Foundation, pp. 44-45, 1993.

6) U.S. Department of Health and Human Services. National Center on Child Abuse and Neglect, Protecting Children in Substance Abusing Families, 1994

7) Office of National Drug Control Policy (ONDCP). Homelessness and drug abuse in The National Drug Control Strategy 2000 Annual Report. http://www.ncjrs.org/ondcppubs/publications/policy/ndcs00/chap_10.html#5, 2000

8) Lester B. Prenatal Cocaine Exposure and 7-Year Outcome: IQ and Special Education, Presentation at the Society for Pediatric Research Meeting, Washington, DC, 2003.

9) Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies, An Analysis of Worker Drug Use and Workplace Policies and Programs: Results from the NHSDA, 27, 1994 and 1997.

10) National Survey on Drug Use and Health 2010 Report. <http://www.oas.samhsa.gov/NSDUH/2k9NSDUH/2k9Results.htm#Ch5>

Alkollü içki şişelerinde sağlık uyarıları

Sebahattin Kuş



1970 yılında Adana-Ceyhan'da doğdu. 1987'de Osmaniye Endüstri Meslek Lisesi'nden, 1993'te Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat Bölümü'nden mezun oldu. Meslek hayatına, 1995 yılında girdiği Başbakanlık Gümrük Müsteşarlığında Gümrük Uzmanı olarak başladı. Gümrük teşkilatının çok sayıda biriminde 12 yıl çalıştı. 2008 yılında yapılan sınavı kazanarak girdiği Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK)'da Uzman olarak görev yapmaktadır. Alkol kontrolüne ilişkin araştırmalarda bulunmaktadır. 2011 yılı başında yayınlanan "Dünyada ve Türkiye'de Alkol Kontrolü Politikaları" adlı bir kitabı bulunmaktadır.

Dünyada alkol sağlık uyarı etiketleri, popülerliği giderek artan bir alkol politikası girişimidir. Alkol sağlık uyarı etiketleri uygulamasına başlanması, kişilerin tutum ve davranışları üzerindeki etkileri bakımından izlenmeye değer sonuçlar çıkarabilir. Etiketle-

me, ürünlerin üreticisiyle tüketicisi arasında doğrudan bağ kuran iletişimin ayrılmaz bir unsurudur. Etiketleme, alkolün herhangi bir sıradan ürün olmadığı konusunda tüketicilere net bir şekilde mesaj verme vasıtasıdır. Sağlık uyarı etiketleri ise alkollü içki şişeleri veya kapları üzerinde yer alan sağlık ve alkolün zararlı etkileri konusunda içenleri uyaran mesajlar-

dır. Alkollü içki şişelerindeki sağlık uyarı etiketleriyle ilgili yapılan araştırmalar, uyarı etiketlerinin farkındalık seviyesini artırdığını göstermektedir. Fakat güncel risk algılarındaki ve içki içme alışkanlığındaki güncel uyarı etiketlerinin etkisi, zayıf etiket tasarımı ve güçsüz söylemler yüzünden yalın ve etkisiz kalması olasıdır.





1.1. Alkol sağlık uyarı etiketlerinin etkileri

Etiketleme, alkol tüketimiyle ilgili tehlikelerin farkındalığını artırmada önemli bir araçtır. Sağlık uyarı etiketlerinin alkol hakkında tüketicileri eğitme ve bilgi verme fonksiyonu da bulunmaktadır. Uyarı etiketleri üzerine yapılan araştırmalar, uyarıların tüketicilerin dikkatini çektiğini ve tüketicinin dikkatini çeken bu uyarıların, şişe üzerinde uyarı etiketi bulunmaması durumundan daha etkili olduğunu göstermiştir.

1.2. Alkollü içki kapları üzerinde sağlık uyarı etiketlerinin faydaları

- Alkolün tehlikeli bir madde olduğu hususunda halka mesaj vermede yardımcı olur.
- Özellikle resmi sağlık hizmeti almayan düşük gelir düzeyindeki kişiler için bilgi sağlar.
- Doktor ve diğer sağlık uzmanlarını hastalarına uygun mesajları vermeye teşvik eder.
- Alkolizm ve alkolün zararlı kullanımının görünürlüğünü artırır, öyle ki sağlık personelinin hastalarına alkolle ilgili sorunları anlatmasını kolaylaştırır.
- Bütün alkollü içki kapları üzerindeki uyarı etiketleri gençler arasında alkolün sağlık riskleri olan bir madde olduğu ve kullanımının sosyal sonuçlara neden olacağı bilgisini artırır.
- Alkol reklamlarıyla verilen alkolün büyüleyici olduğu görüşüne karşı koymada yardımcı olur.

1.3. İdeal bir alkol sağlık uyarı etiketi nasıl olmalıdır?

Alkollü içki şişelerinde sağlık uyarı etiketlerinin kullanımına, şekil ve metninin içeriğine yönelik uluslararası

bir konsensüs bulunmamaktadır. Bazı ülkeler hamilelikle ilgili alkollü içki uyarılarını zorunlu tutar ki bu ülkeler ABD, Kolombiya, Güney Kore, Fransa, Finlandiya ve Güney Afrika'dır. Japonya gibi bazı ülkelerde ise bira fabrikaları gönüllü olarak hamilelik sırasında içkinin zararını anlatan uyarı etiketlerini kullanmaktadır. Bazı ülkelerde ise hamilelere yönelik uyarılar dışında da uyarılar kullanılmaktadır. Bu ülkelerde "Alkolün kötü kullanımı sağlığınıza zarar verir." gibi genel ifadelerdir.

Sağlık uyarıları konusunda ortaya konmuş bir açıklık (metin, boyut, dönüşüm gibi hususlar) yoktur. Alkollü içki şişelerinin etiketlenmesine ilişkin belirli bir kodeks, standart bulunmamaktadır. Etkili ve ideal bir alkol sağlık uyarı etiketinin nasıl olması gerektiğine ilişkin unsurlar aşağıda yer almaktadır:

- Alkollü içkinin markasıyla ilgisi olmayan standart bir formatta ve tasarımda olmalı ki belirli bir içecek dizaynının bir parçası olmamalı ve uyarıya en iyi görünürlüğü sağlamalıdır.
- Kap (şişe, kutu, vb) üzerinde standart bir yere yerleştirilmelidir.
- Bir zıt arka plan (beyaz üzerine siyah) üzerinde olmalıdır.
- Kap yüzeyinin minimum yüzdesi ile belirlenerek boyutlandırılmalıdır.
- Tüketicinin dikkatini çekecek güçte olmalıdır.
- İlgili kamu (özel değil) kurumları tarafından belirlenmelidir.
- Ürün bilgileri ve ürün pazarlaması arasında net bir ayrım olmalıdır.
- Devam eden eğitim kampanyalarından elde edilen veya bilgilendirici tarzdeki imajlar kullanılmalıdır ki bu

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2004 yılında yayımlanan raporda, içkilerin şişe veya kutuları üzerine sağlık uyarılarının basılmasının zorunluluğu hakkında ülkelere soru sorulmuştur. Bu sorunun yer aldığı anketin yapıldığı 94 ülkeden sadece % 16'sında, içkilerin şişe veya kutularında sağlık uyarılarının olduğu belirlenmiştir. Bu ülkeler: Ermenistan, Brezilya, Cape Verde, Hindistan, Endonezya, Maldivler, Meksika, Moğolistan, Filipinler, Kore Cumhuriyeti, Rusya Federasyonu, İspanya, Tayland ve ABD'dir.

Alkol sağlık uyarı etiketi uygulamasında ülkelerin durumu	
Uyarıları Zorunlu Tutan Ülkeler	Uyarıları Gönüllü Tutan Ülkeler
ABD	Japonya
Arjantin	Meksika
Brezilya (Kısmen)	İngiltere
Kanada	Çin
Kolombiya	Şili
Kosta Rika	Brezilya (Kısmen)
Ekvador	
El Salvador	
Fransa	
Finlandiya	
Almanya	
Guatemala	
Güney Afrika	
Güney Kore	
Rusya Federasyonu	
Tayvan	
Tayland	
Venezüella	
Zimbabve	

Ölümlü veya sakat bırakan trafik kazaları, çocuk ihmal ve istismarı, aile içi şiddet gibi örnekleri daha da artırılacak birçok sorunun nedenleri başında alkol tüketimi gelmektedir. Dünyada alkol sağlık uyarı etiketleri, popülerliği giderek artan bir alkol politikası girişimi haline gelmiştir. Son 20 yılda birçok ülkede alkollü içkilere ait kaplar (şişe, kutu, vb) üzerine sağlık uyarı etiketlerinin konulması yönünde yasal düzenlemeler yapılmaktadır.

etkinliği artıracaktır.

- Anlaşılır olmalıdır (ürünün satıldığı ülkedeki resmi dilde olmalıdır).
- Etiketin diğer bilgilerinden ayrılmalıdır.
- Gerçek bilgiye dayanmalıdır.
- Emredici ve otoriter bir davranış yerine eğitici ve bilgilendirici olmalıdır.

2. Alkol sağlık uyarı etiketlerinde dünya uygulamaları

2.1. Giriş

Alkollü içki kapları (şişe, kutu, vb) üzerinde sağlık uyarı etiketlerinin uygulanması konusunda dünya üzerindeki ülkelere bakıldığında, çeşitli ülkelerde bu uygulamaların ya zorunlu ya da gönüllü olarak uygulandığı veya hiç uygulanmadığı görülmektedir. Alkollü içki kaplarında sağlık uyarı etiketlerinin konulması uygulamada belli başlı ülkeler Tablo 1'de gösterilmiştir.

2.2. Dünyada sağlık uyarı etiketlerini uygulayan ülkeler

Hükümetler tarafından zorunlu tutulan ya da bazı ülkelerdeki alkol üreticileri tarafından gönüllü olarak sağlanan sağlık uyarı etiketleri alkollü

içki şişeleri ve paketleri üzerinde içki hakkında doğrudan bilgi sunmada kullanılır. Bu uyarılar, makine kullanırken ya da araç sürerken içki içmenin tehlikeleri, hamilelik sırasında içki tüketiminin sağlık riskleri veya alkol tüketimi ile ilgili genel sağlık riskleri hakkında hatırlatmalarda bulunur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2004 yılında yayımlanan raporda, içkilerin şişe veya kutuları üzerine sağlık uyarılarının basılmasının zorunluluğu hakkında ülkelere sorulmuştur. Bu sorunun yer aldığı anketin yapıldığı 94 ülkeden sadece % 16'sında, içkilerin şişe veya kutularında sağlık uyarılarının olduğu belirlenmiştir. Bu ülkeler: Ermenistan, Brezilya, Cape Verde, Hindistan, Endonezya, Maldivler, Meksika, Moğolistan, Filipinler, Kore Cumhuriyeti, Rusya Federasyonu, İspanya, Tayland ve ABD'dir. Ancak 2004 yılından bugüne kadar geçen süreçte ise alkol sağlık uyarı etiketi kullanan ülke sayısında artış olduğu gözlenmiştir.

Aşağıda sağlık uyarı etiketlerini uygulayan bazı ülkelere örnekler verilmiştir.

2.2.1. Amerika Birleşik Devletleri

1989 yılında Federal Hükümet tüm alkollü içki kaplarında aşağıdaki mesajın taşınması gerektiğine ilişkin yasa çıkarmıştır:

“Resmi uyarı: *Baştabipliğe göre doğum kusurları riski sebebiyle hamilelik esnasında kadınlar alkollü içki içmemelidir. Alkollü içki tüketimi, bir araba ya da makine kullanırken kullanma yeteneğini bozar, sağlık sorunlarına neden olabilir.*

Uyarı mesajları minimum tasarım standartlarını karşılaması gerekmektedir. Ancak anketler birçok uyarı etiketlerinin minimum gereksinimi karşılamadığından dolayı etiketlerin tüketicinin dikkatini çekmede başarılı olamadığını göstermiştir. ABD’de Alkol, Tütün ve Ateşli Silahlar Bürosu tarafından alkol uyarı mesajlarının okunabilirliği ve belirginleştirilmesi yönünde yasal düzenlemeler yapılmıştır. Alkol sağlık uyarı etiketleri için gerekli şartlar şunlardır:

- Sağlık uyarı bildirimi marka etiketi veya ayrı ön etiket veya arka ya da yan etiket, ayrı ve tüm diğer bilgilerden farklı görünmelidir.
- Sıradan koşullarda kolayca okunabilir ve zıt zeminde olmalıdır.
- “Resmi uyarı” kelimesi büyük harf-

lerle yazılmalı ve kalın görünmelidir.

- Minimum tip boyutu farklı büyüklükte şişeler için belirtilir.

2.2.2. Avrupa Birliği

Avrupa Komisyonu Sağlık ve Tüketiciyi Koruma Genel Müdürlüğü (DG Sanco)’nun Şubat 2006 tarihli etiketleme hakkındaki raporunda, sağlık uyarılarının uygunsuz alkol tüketimine ilişkin risklerle ilgili alkollü içki tüketenlerini bilgilendirmede etkili olabileceğini ifade etmiştir. Avrupa Parlamentosu Eylül 2007 tarihinde alkollü içkilere sağlık uyarılarının AB genelinde standart haline getirme önerisini reddetmiştir. Bunun yerine üye ülkelerde etiketleme ve reklâm dâhil çeşitli bilgi ve iletişimin etkinliği hususunda karşılaştırmalı bir çalışmanın başlatılarak sonuçlarının 2010 yılına kadar yayımlanması, Komisyondan talep etmiştir.

Avrupa Parlamentosu Ocak 2008 tarihinde ise bu tür ürünlerin üretim özelliklerine sahip bilgi için tüketicinin ihtiyaçlarını karşılamada alkollü içkilerin içeriklerinin listesine ilişkin mevcut durumun geliştirilmesi önerisini kabul etmiştir. Öneriye göre, gıda maddelerinin (enerji, toplam yağ, doymuş yağ, karbonhidrat, şeker ve tuz) paketlerin önündeki etikette gösterilmesi zorunlu tutulmuştur.

Avrupa Birliği’nde 2007 yılında yapılan bir anket, sağlık uyarı etiketleri konusunda geniş bir kamuoyu desteğinin olduğunu göstermiştir. Ankete göre AB nüfusunun 3/4’ü (%77) alkol şişelerine hamile kadınları ve sürücüler alkol kullanma hususunda uyarı etiketlerinin konulmasını desteklemiştir. Fransa, İrlanda, İngiltere, İspanya, Almanya ya da Finlandiya gibi bazı AB ülkeleri alkollü içki kapları üzerinde sağlık uyarı etiketlerinin kullanımının uygulanabilirliğini tartışmaya başlamıştır.

Avrupa ülkelerinin alkol sağlık uyarıları etiketlerine ilişkin ulusal politikaları

Alkollü içki şişeleri, 2005 yılından beri Fransa’da hamile kadınları korumaya ilişkin sağlık uyarı etiketlerini taşımaktadır. DG Sanco’nun bir raporuna göre, Fransa Hükümeti tarafından önerilen etiketleme tedbirinin, malların serbest dolaşımını engelleyeceğini ancak bu tedbirin AB Anlaşmasının 30. maddesi nedeniyle halk sağlığının korunmasıyla orantılı ve haklı olduğu belirtilmiştir.

Avrupa Parlamentosu, AB’de sağlık uyarılarının bütünleştirilmesini reddet-



Şekil 1: ABD'de alkollü içkilerde etiketleme örneği



Şekil 2: İngiltere'de alkol sağlık uyarı etiketlerindeki diyagram

tikten sonra çeşitli üye ülkeler kendi alkol sağlık uyarılarına ilişkin çalışmaları başlatmıştır. Finlandiya hükümeti de alkol sağlık uyarı etiketlerini uygulamak üzere ele almıştır. Nitekim 2009 yılına gelindiğinde bu uyarıların uygulanmasını zorunlu tutmuştur.

2.2.3. Fransa

11 Şubat 2005 tarihinde çıkarılan bir kanunla alkollü içki kapları üzerindeki etiketlerde “*Hamilelikte alkollü içki kullanımı az miktarda bile olsa bebeğin sağlığına ciddi zararlar verebilir*” veya elinde bir bardak tutan hamile kadın resmi ve üzerinde diyanagol bir çizginin yer aldığı hükümet tarafından çıkarılan sembolün (Şekil 2) kullanımı zorunlu hale getirilmiştir.

Fransa'da satılan veya dağıtılan (promosyon olarak bedava olanlar dahil) tüm alkollü ürünlerin, hamilelerin içki içmemesini öneren en az iki sağlık mesajından birini bulundurması zorunludur. Sağlık uyarıları alkol içeriğine ilişkin zorunlu etiketler gibi aynı görsel alanda görünmelidir. Uyarı mesajı, güvenilir, açık, anlaşılır görünür bir şekilde zıt bir fon üzerinde yazılı ve silinmez olmalıdır.

2.2.4. İngiltere

İngiltere'de sağlık uyarıları zorunlu

değildir. Alkol endüstrisi ile İngiltere hükümeti arasında yapılan gönüllü etiketleme anlaşması ile 2008 sonuna kadar alkollü içki etiketlerinin çoğunluğunda aşağıdakiler yer alır:

- İçkinin birim içerik miktarı,
- Hükümet “İngiliz Sağlık görevlileri, erkeklerin düzenli olarak günlük 3-4 birimi ve kadınların 2-3 birimi aşmasını tavsiye eder.” tavsiyesi,
- Bağımsız bir hayır kurumunun (the Drinkaware Trust) internet sitesinde (www.drinkaware.co.uk) yer alan uyarı etiketleri,
- “Limitini Bil (Know your Limits)” veya “Sorumluluğunu Bilerek İç (Drink Responsibly)” gibi ifadeler. Ayrıca, endüstriden hamile kadınlara

“Hamileysen veya olmayı planlıyorsan alkolden uzak dur” gibi kısa mesaj veren uyarı etiketlerinin konulması talep edilmiştir. Şekil 3'de İngiltere'de alkollü içki şişeleri etiketleri üzerinde yer alan tipik bir örnek gösterilmiştir.

2.2.5. Kanada

ABD'ye benzer zorunlu sağlık uyarıları uygulamasını reddeden Kanada Parlamentosu 2000 yılında alkollü içki şişelerinde aşağıdaki uyarı mesajının konulmasının zorunlu tutulmasını oy çokluğuyla kabul etmiştir: “*Hamilelik sırasında alkol kullanmak doğum kusurlarına neden olur.*”

2.2.6. Japonya

Japonya'da alkol sağlık uyarı etiketleri için gerekli şartlar aşağıda yer almaktadır:

• Ambalaj üzerinde kolay anlaşılabilir şekilde tek tip Japon font kullanılarak, boyutu en az 6 puntoda gösterilmelidir.

Sağlık uyarı örnekleri:

• “Hamilelik ya da emzirme döneminde alkol kullanmak sizin ya da çocuğunuzun gelişimini olumsuz etkileyebilir”

• “Fazla içme konusunda dikkatli olun”

• “Ölçülü için”

2.2.7. Rusya Federasyonu

Rusya Federasyonu'nda alkol sağlık uyarı etiketleri için gerekli şartlar ve uyarı örnekleri aşağıda yer almaktadır.

• Şarap, votka ve diğer yüksek alkolü içkiler etiketlenmelidir.

• “Alkol, çocuklar ve gençler, 18 yaşına kadar olan gençler, gebe ya da bakıcı kadınlar, merkezi sinir sistemi, böbrekler, diğer sindirim organları, karaciğer hastalıkları olan insanlar için uygun değildir” uyarısı bulunmalıdır.

2.2.8. Güney Afrika

Güney Afrika'da alkol sağlık uyarı etiketleri için gerekli şartlar aşağıda yer almaktadır:

• Alkolü içecek için şişe etiketleri [yedi] sağlık mesajlarından en az birini içermelidir.

• Bir sağlık mesajı; (i) okunaklı, görünür, silinmez ve okunabilir olmalı, (ii) şişe etiketinin toplam büyüklüğünün en az sekizde biri büyüklüğünde olmalı, (iii) beyaz zemin üzerine siyah olmalıdır.

Sağlık uyarı örnekleri:

• “Alkol sürüş yeteneğini azaltır, alkolü araç kullanmayın”

• “Yolda içkili yürümek öldürebilir.”

• “Alkol kişisel yaralanma riskinizi artırır”

• “Alkol, şiddet ve suçun önemli bir nedenidir”

• “Alkol kullanımı sağlık için tehlikelidir”

• “Alkol bağımlılık yapar”

• “Hamilelik sırasında içki içmek doğ-

mamış bebek için zararlı olabilir”.

2.2.9. Tayvan

Tayvan'da alkol sağlık uyarı etiketleri için gerekli şartlar 25/06/2009 tarihli “The Tobacco and Alcohol Administration Act” Kanununda düzenlenmiştir. Sağlık uyarı örneği aşağıda yer almaktadır:

• “Aşırı içmek sağlığınıza tehlikeye atar”

2.2.10. Tayland

Tayland'da alkol sağlık uyarı etiketlerinin özellikleri aşağıda yer almaktadır:

Alkolü içeceklerin dezavantajları ya da tehlikelerine ilişkin uyarı resim ve mesajları, 4 renk resimde olmalı, ... her formun 1.000 şişe için kullanılması sağlanmalıdır: (a) şişe ise kare şeklinde ise uyarı resimleri % 50'den az olmamalı, (b) şişe silindirik şeklinde ise uyarı resimleri şişenin toplam alanının en az % 40'ından az olmaya-caktır.

Sağlık uyarı örnekleri:

• “Uyarı, alkolü içki içmek araç sürüş yeteneğinizi azaltır”

• “İçki içmek siroz ve cinsel iktidarsızlık neden olabilir”

• “Sarhoş sürücülük, özürüllüğe veya ölüme neden olabilir”

• “İçki içmek, daha az bilince ve ölüme neden olabilir”

• “İçki içme sizin için zararlı ve ailenizi yok eder.”

2.2.11. Meksika

Meksika'da alkol sağlık uyarı etiketlerinin özellikleri Meksika Genel Sağlık Kanunu'nun 218. maddesinde yer almaktadır. Uyarı örneği aşağıda yer almaktadır:

“Bu ürünün aşırı tüketimi sağlığa zarar verir”

3. Alkol sağlık uyarı etiketlerine ilişkin yapılan tavsiyeler

Alkol sağlık uyarı etiketlerine ilişkin yapılan tavsiyeler şu şekilde sıralanabilir:

1. Uygun paketleme ve etiketlemeyi sağlamak için etkili yasama, yürütme, idari ve gerekli diğer tedbirler tam ve sürekli bir şekilde ülke gene-

linde ve ülke kültürüne uygun sağlık ve uyarı mesajları uygulanmalıdır.

2. Alkolü içki paketleri ve etiketlerinde sağlık mesajları ve uyarılar tüketicilere alkol hakkında bilgi sağlama çabası kapsamında entegre bir strateji olmalı ve alkolün neden olduğu zararları azaltmaya dönük entegre politika ve programların bir parçası olmalıdır.

3. Alkolü içki paketleme ve etiketlemesi herhangi bir alkolü içkiyi yanıltıcı, aldatıcı yanlış bir yolla teşvik edici olmamalı, belirli bir alkolü içkinin diğer alkolü içkilerden daha cazip veya sağlıklı olduğu izlenimini doğrudan veya dolaylı olarak oluşturacak herhangi bir terim, tanımlayıcı, ticari marka, sembol veya başka bir işareti kapsamamalıdır.

4. Alkolü içki paketlemeleri ve etiketlemeleri doğrudan veya dolaylı olarak küçükleri herhangi bir terim, işaret, marka ve diğer işaretler vasıtasıyla teşvik etmemelidir.

5. Alkolü içkilerin her birim paketinde dönem içinde değişen, hamileken veya araç ya da makine kullanırken bağımlılık yapma riski gibi diğer uygun mesajlarla alkolün zararlı etkilerini anlatan ve Sağlık Bakanlığı veya yetkili diğer kamu kuruluşları tarafından belirlenen uyarılar bulun-durulmalıdır.

6. Her birim paket ve alkolü ürünlerin paketi ve bu tür ürünlerin etiketlenmesi herhangi bir dış ambalaj paketinde sağlık uyarılarına ilaveten alkol oranı (% hacimli), alkol içeriği (gram alkol) ve alerjiye yol açabilecek içerikler hakkındaki bilgileri de ihtiva etmelidir.

7. Bütün mesaj veya uyarılar, bir bütün olarak uygulanmadan önce Üye Devletler ve Birlik içinde ön teste tabi tutulmalı ve alkolün zararlı etkilerini azaltma yönündeki devam eden stratejilerin bir parçası olarak zaman içinde yeniden değerlendirilmelidir.

8. Tutarlı bir sağlık uyarısı, alkolün toksik bir madde olduğu mesajını pekiştirmek için standart bir yapı içinde verilmelidir.

9. 2001/95/EC sayılı Avrupa Direktifinin 5. maddesi, üreticilerin tüketicilere ürünün tehlikeli içeriklerini kestirmeleri hususunda gerekli bilgileri sağlama zorunluluğunu ifade etmektedir.

10. “Sigara içmek öldürür” gibi bütün mesajlarına benzer bir konseptte Avrupa'da alkol için belirli kamu sağ-

lık mesajlarının geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

11. Alkollü içkilerin şişeleri veya dış yüzeyleri sağlık birimlerince belirlenecek uyarıları taşımalıdır. Bu uyarılarda araç veya ağır iş makineleri kullanırken ve hamilelikte alkolün zararlı etkileri anlatılmalı veya uygun olan diğer mesajlar verilmelidir.

12. Alkollü içkilerin paketlenmesi ve etiketlenmesi alkollü içkileri teşvik edici nitelikte olmamalı, sağlık etkileri ve özellikleri hakkında yanıltıcı izlenim bırakmamalı ve direkt veya dolaylı olarak gençleri cezbetmemelidir.

4. Değerlendirme ve sonuç

Yapılan birçok halk sağlığı analizleri, alkolü önemli sağlık ve sosyal zararlardan açık bir şekilde sorumlu tutmaktadır. Ölümlü veya sakat bırakan trafik kazaları, çocuk ihmal ve istismarı, aile içi şiddet gibi örnekleri daha da artırılacak birçok sorunun nedenleri başında alkol tüketimi gelmektedir. Alkol tüketiminden kaynaklanan bu zararlı etkilerden korunmak üzere birçok ülke kendi alkol kontrol politikasını geliştirmektedir. Makalede geniş ayrıntısı verilen bilgilerden de görüleceği gibi dünyada alkol sağlık uyarı etiketleri, popülerliği giderek artan bir alkol politikası girişimi haline gelmiştir. Son 20 yılda birçok ülkede alkollü içkilere ait kaplar (şişe, kutu, vb) üzerine sağlık uyarı etiketlerinin konulması yönünde yasal düzenlemeler yapılmaktadır.

Alkollü içki şişelerindeki sağlık uyarı etiketleriyle ilgili yapılan birçok araştırma, uyarı etiketlerinin tüketicilerin farkındalık seviyesini artırdığını göstermiştir. Alkollü içki kaplarına uyarı etiketlerinin eklenmesi, alkolün özel ve tehlikeli ticari bir mal olduğunu tüketicilere hatırlatması ve bu yönde uzun vadede toplumsal anlayışın kurulması yönüyle toplumsal bir faydası da olacağı aşikârdır. Alkol tüketiminden kaynaklanan kamusal, toplumsal ya da tıbbi nitelikteki her türlü zararlı etkilerden korunma konusunda toplumun bilgilendirilmesi, eğitilmesi ve bilinç düzeyinin artırılması tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de büyük önem taşımaktadır.

Ülkemizde, Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu (TAPDK) tarafından 1/5/2010 tarihinden itibaren başlatılan bir şekilde uygulamaya konulan tütün mamulleri paketleri üzerinde birleşik sağlık uyarıları uygulamasının, alkollü içki kapları (şişe, kutu, vb) üzerine de sağlık uyarı etiketlerinin konulmasına ilişkin çalışmalara, TAPDK'nın kuruluşuna ilişkin 4733

sayılı Kanunun 3-d maddesinin; "4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda yer alan hükümler saklı kalmak kaydıyla, tütün ve alkol tüketiminden kaynaklanan kamusal, toplumsal ya da tıbbi nitelikteki her türlü zararlı etkileri önleyecek düzenlemeleri yapmak, bunlarla ilgili kararları almak" hükmü kapsamında, alkol sağlık uyarı etiketleri uygulamasının yapıldığı ülkelerin mevzuatı da örnek alınarak Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu tarafından devam eden mevcut alkollü içkilere ilişkin mevzuat çalışmaları kapsamında ayrı ve yeni bir alkollü içkiler sağlık uyarı etiketleriyle ilgili düzenleme yapılması uygun olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

Alcohol Health and Safety Advisory Statements (Warning Labels) in New Zealand, Briefing Paper, Alcohol Healthwatch, 2003 s: 7, http://www.ahw.org.nz/resources/pdf/warning_labels_position_briefing_paper.pdf, Erişim Tarihi: 22/09/2010.

Argo, J.J.&Main, K.J. (2004). Meta-analyses of the effectiveness of warning labels. *Journal of Public Policy & Marketing* 23 193-208.

Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube JW, Gruenewald PJ, Hil L, Holder HD, Homel R, Österberg E, ehmJ, Room R & Rossow I (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. Oxford, Oxford Medical Publication, Oxford University Press.

Foodstuffs, Cosmetics and Disinfectants Act, 1972 - Regulations Relating to Health Messages on Container Labels of Alcoholic Beverages, 24 August 2007, <http://www.info.gov.za/view/DownloadFileAction?id=72307>, (Erişim tarihi: 29/08/2010)

Health Hazards Associated with Alcohol and Methods to Inform the General Public of these Hazards. U. S. Department of Health and Human Services Report. Rockville, MD, 1980, <http://www.indiana.edu/~engs/cbook/chap16.html>, Erişim Tarihi: 19/09/2010.

Health Warning Labels, <http://www.icap.org/table/HealthWarningLabels> (Erişim tarihi: 29/08/2010).

Kuş, Sebahattin (2011). *Dünyada ve Türkiye'de Alkol Kontrolü Politikaları*, TAPDK Yayını, Yayın No:2, Ankara, Şubat 2011.

Labelling initiatives, A brief summary of health warning labels on alcoholic beverages, Compiled by Eurocare, August 2009, s: 17-18. www.eurocare.org/.../Overview+Labelling+initiatives+Eurocare+2009.pdf.

Labelling Of Alcoholic Beverages with a Pregnancy Health Advisory Label, Food Standards Australia New Zealand, 2007, s: 8, http://www.foodstandards.gov.au/_srcfiles/A576_IAR_Alcohol_labelling_FINAL.pdf.

Monitoring Implementation of Alcohol Labelling

Regime Final Report, 2008, Campden & Chorleywood Food Research Association Group comprises, UK, s:4, <http://www.cspinet.org/new/pdf/alcohollabelingstudy.pdf>, Erişim Tarihi: 20/09/2010.

Self-Regulatory Code of Advertisement Practices and Container Labeling for Alcoholic Beverages, Japan Liquor Industry Council, <http://www.youshu-yunyu.org/english04/index.html>, (Erişim tarihi: 29/08/2010)

The European Centre for Monitoring Alcohol Marketing (EUCAM), How is labelling regulated in Europe? <http://www.eucam.info/eucam/home/faqs.html>, Erişim Tarihi: 20/09/2010.

Title 27: Alcohol, Tobacco and Firearms. Part 16-Alcoholic Beverage Health Warning Statement, § 16.21 Mandatory Label Information, <http://www.icap.org/table/HealthWarningLabels>, (Erişim tarihi: 29/08/2010).

Toomey TL & Wagenaar AC (1999). Policy options for prevention: the case of alcohol. *Journal of Public Health Policy*, 20(2):192-213.

World Health Organization, Global Status Report: Alcohol Policy, 2004, s. 63, http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Alcohol%20Policy%20Report.pdf, Erişim Tarihi: 04/08/2009

Psikiyatride bağımlılık

Prof. Dr. İbrahim Balcioğlu



Hacettepe Tıp Fakültesi'ni 1976 yılında bitirdi. Ankara Tıp Fakültesi'nde Psikiyatri ve İç Hastalıkları İhtisası yaptı. Psikoendokrinoloji, spor psikolojisi, adli psikiyatri ve biyolojik psikiyatri özel ilgi alanlarıdır. Çeşitli spor kulüplerinde yöneticilik ve hekimlik yapmıştır. Bir dönem Yeşilay Genel Başkan Yardımcılığında bulunmuş olup halen Haysiyet Divanı üyesi olarak görevinde devam etmektedir.

Dr. Yasin Yılmaz



1987 yılında Kütahya'da doğdu. İlk ve ortaöğrenimini bu kente tamamladı. Kütahya Anadolu Öğretmen Lisesi'nin ardından İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde lisans eğitimine başladı. 2011 yılında tıp fakültesinden mezun oldu. İngilizce ve Almanca bilmektedir.

Bağımlılık, kişinin hayatını kendi iradesi ile sürdürme ve yönlendirme özgürlüğünü kaybederek, başka şeylere bağımlı hale gelmesidir. İnsanlar sigaraya, alkole, uyuşturucu ve uyarıcılara, elektronik ve sanal hayata, kumara, paraya, sekse, başka insanlara bağımlı olabilir. Bağımlılıkların

büyük çoğunluğu maddenin etkisiyle meydana gelir. Sigara, alkol, ilaç, eroin vb. maddelerle bu tip bağımlılıklar ortaya çıkar. Bağımlılıkların bir başka türü, maddesiz davranışa ait yollarla ortaya çıkar. Patolojik aşk ve kişi bağımlılığı buna örnek gösterilebilir. Diğer biri de internet ve bilgisayar bağımlılığıdır. Bağımlılık söz konusu olunca dürtü kontrol bozukluğu göz ardı edilmemelidir (Ku-

mar alışkanlığı, yeme bozukluğu, kleptomani, alışveriş vb sayılabilir).

Madde bağımlılığı

Bir süre kullanıldığı zaman, beyin kimyasında değişiklikler yaparak beyni ele geçirme özelliğine sahip maddelerin, kişinin özgürlüğüne son vermesi ve kişinin maddeye esir olmasıdır.



Madde ile ilişkili Bozukluklar (DSM-IV-TR) şu şekilde sınıflandırılmıştır:

Madde Kullanım Bozuklukları

a) Madde kötüye kullanımı

b) Madde bağımlılığı

Maddenin yol açtığı bozukluklar

- Madde intoksikasyonu

- İntoksikasyon deliryumu

- Madde yoksunluğu

- Yoksunluk deliryumu

- Kalıcı demans

- Kalıcı amnestik bozukluk

- Psikotik bozukluk

- Duygudurum bozukluğu

- Anksiyete bozukluğu

- Uyku bozukluğu

- Başka bozukluklar

Bağımlılık yapan maddeleri sayarsak; alkol, amfetaminler, kafein, esrar, koka-in, halüsinogenler, inhalanlar, nikotin, opiyatlar, fensiklidin, sedatifler (hipnotikler ve anksiyolitikler), çoğul maddeler. Bu maddelerin kullanılmaları sırasında fiziksel ve psikolojik semptomlar ortaya çıkar. Bu belirtileri değerlendirmek için bazı kavramlardan yararlanılır. Bu kavramlar şunlardır:

a- Alishkanlık (habituation): İlaç kesilirse fiziksel belirtiler ortaya çıkmaz. Tekrarlayıcı vasıfta ilacı kullanan kişi çok zaman onun dozunu arttırmayı istemeyebilir.

b- İptila (addiction): Kompulsif bir şekilde ilaç veya madde kullanma arzusu bulunmaktadır. Kişi her şartta ve dozunu arttırarak ilacı kullanma isteği dikkati çeker. Sonuçta ortaya psikolojik ve fiziksel bağımlılık hali gösterirler. Madde bırakılınca kesilme belirtileri (abstinens, severage semptomları) meydana gelir.

c- Bağımlılık (dependence): Burada kişi devamlı olarak kendisini bir abstinens (yoksunluk) krizinin yakalamasına engel olmak için artan dozda ilaç almaktadır. Her zaman bu ilacının veya alışkanlık yapan maddenin elinin altında bulunmasını ister. Bu duruma "cra-ving" adı verilmektedir.

d- Fizyolojik bağımlılık (physiological dependence): Bu durum ilacın veya maddenin bırakılması halinde ortaya çıkan şiddetli kriz hallerini ifade eder. Söz konusu krizlere şiddetli abstinens nöbetleri adı verilir.

e- Psikolojik bağımlılık (psychological dependence): Bu durumda, kişi kullandığı ilacın komplikasyonlarını, yan etkilerini ve zararlarını bilir. Buna rağmen ilaca karşı büyük istek duymaktadır.

f- Tahammül (tolerance): İlaça veya maddeye karşı, başlangıç dozunun yeterli olmaması sebebiyle, dozun yükseltilmesine denir. Uyuşturucularda durum böyledir.

g- Çapraz tolerans (cross tolerance): Kişinin tolerans geliştirdiği madde ile onun benzerleri de aynı insanda aynı etkilere yol açarlar. Bu özellikten madde bağımlılığının tedavisinde yararlanılır.

h- Kötüye kullanım (abuse): Kimyasal bir maddenin bir tıbbi amaç dışında, yanlış ve aşırı kullanılması durumuna denir.

i- Kesilme (withdrawal): Fiziksel bağımlılık potansiyeli olan kullanılırken kesilirse kişide isteği dışında hareketler görülür (1).

Herkes bağımlı olabilir. Bağımlılığın biyolojik bir süreç olduğunu unutmamak gerekir. Sigara, alkol ve diğer maddeler beyni etkileyerek bağımlılığa yol açarlar. Beynin yapısını değiştiren maddeler beyni ele geçirirler. Kişinin iradesi madde kullanıp kullanmamakta işe yarar ve çok önemlidir. Fakat maddeyi kullananlarda bağımlılığın meydana gelmesi, kişinin iradesi ile ilişkili değildir.

Madde bağımlılığının oluşabilmesi için üç etkenin bir araya gelmesi gerekir:

a- Maddenin elde edilebilirliği

b- Yatkin bir kişilik

c- Sosyal çevre

Bu üç faktör bir araya gelip, kişi düzenli olarak madde kullanmaya başlayınca, nörokimyasal ve farmakolojik faktörler de bağımlılığın gelişip şekillenmesinde rol oynamak üzere devreye girerler.

Yatkin kişilik: Özel bir kişilik yapısı yoksa da anti sosyal kişilikte komorbidite %35-60'dır. Egoları yetersiz, bağımlı, aşırı güvensiz kişilerdir. Stresle başa çıkabilecek yeterliliğe, birikime ve rekabet gücüne sahip değildirler. Engellenmeye dayanma güçleri de düşüktür. Kararsız bir duygulanım gösterirler. Sürekli olarak heyecan ararlar. İmpulsif davranırlar. Hayatlarını yönlendiren en önemli öğe zevk düşkünlüğüdür (hedonizm). Kırılğandırılar ve kolay etkilenip incinirler. Devamlı olarak okulu kırarlar ve eğitimde başarısız olurlar. Suç işlerler, yasaları ve kuralları çiğnerler. Toplumu ve otoriteyi eleştirirler (güvensizlik-güçsüzlük ve başarısızlıklarını kapatabilmek için).

Sosyal çevre:

1- Kişiyi etkileyip madde kullanımına yatkin duruma getirir.

2- Maddenin elde edilebilirliğini kolaylaştırır.

3- Madde alt kültürlerini meydana getirirler.

Madde bağımlıları stresle başa çıkabilecek yeterliliğe, birikime ve rekabet gücüne

sahip değildirler. Aşırı güvensizdirler.

Engellenmeye dayanma güçleri de düşüktür.

Kararsız bir duygulanım gösterirler. Sürekli olarak

heyecan ararlar. İmpulsif davranırlar. Hayatlarını

yönlendiren en önemli öğe zevk düşkünlüğüdür

(hedonizm). Kırılğandırılar ve kolay etkilenip incinirler.

Devamlı olarak okulu kırarlar ve eğitimde başarısız

olurlar. Suç işlerler, yasaları ve kuralları çiğnerler.

Toplumu ve otoriteyi eleştirirler

4- Sosyal ortamda madde kullanımının hoş karşılanması madde kötüye kullanımı ve bağımlılığının yaygınlaşması riskini artırır.

5- Buna karşılık, toplumun değer yargılarının madde kullanımına karşı çıktığı ve desteklemediği ortamlarda, madde kolay elde edilse bile kullanımı çok düşük kalabilmektedir.

6- Herhangi bir maddenin kullanımının kişiye bir üstünlük veya sosyal statü kazandırdığı durumlarda bu maddelerin bağımlılığına daha çok rastlanır.

7- Akrabalar ve arkadaş grupları kişileri madde kullanımına özendirirler.

Son 10 yıl içinde bağımlılık konusunda devrim yaratacak gelişmeler meydana gelmiştir. Bilimsel gelişmelerle bağımlılığın toplumca algılanması arasında önemli farklar oluşmuştur. Alkolizm, kompulsif (kişiyi zorlayıcı) alkol arayışı ve kullanımı ile karakterize, kronik, tekrarlayan ve kötüleşen bir hastalıktır. Alkolizm kişiyi ve içinde yaşadığı toplumun sağlığını etkilemektedir. Alkol ve bağımlılık yapan maddeler limbik sistem ve frontal korteks gibi alanlara projeksiyonlarla birlikte, ventral tegmen-



tumdan nükleus akkumbense uzanan mezolimbik ödüllendirme sistemidir. Bu sistemin aktivasyonu, alkoliklerin alkol almaya devam etmesinin bir ögesi olarak görülmektedir. Bütün bağımlılık yapıcı maddeler bu devreyi etkiler.

Alkol bağımlılığı

Uzun süreli alkol kullanımı beyin fonksiyonlarında, kişi alkolü bıraktıktan çok sonra fizyolojik, nörokimyasal ve yapısal değişikliklere yol açar. Çoğu insan için alkolizm, akut değil, kronik ve nüks eden bir bozukluktur. Bilinmektedir ki, alkolizm biyo-psiko-sosyal hastalıktır (2). Alkolizm, gelişimi ve belirtileri, genetik, psikososyal ve çevresel etmenlerce etkilenen, birincil ve kronik bir hastalıktır. Çoğu zaman ilerleyici ve ölümcüldür. Çoğunlukla, kişi alkolik olduğunu reddetmektedir. Bu semptomlar sürekli ya da periyodik olabilir. Alkolizmde aşırı doz beyin, karaciğer, kalp ve öteki organlarla ilgili organik komplikasyonlar; intihar, cinayet, motorlu taşıt kazaları ve başka travmatik olaylar yolu ile erken ölüme sebep olur.

DSM-IV-TR' ye göre alkolizm:

Burada alkolizm yerine "alkol kullanımı sonucu ortaya çıkan bozukluklar" kavramı kullanılır:

a- Alkol kullanım bozuklukları

b- Alkolün yol açtığı bozukluklar

Alkol kullanım bozuklukları

a- Alkol bağımlılığı

b- Alkol kötüye kullanımı

DSM-IV-TR' ye göre **alkol bağımlılığı teşhis kriterleri:**

12 aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü ya da daha fazlası ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan, uygunsuz bir alkol kullanımı.

1- Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması:

a- İntoksikasyon ya da istenilen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda alkol (madde) kullanma ihtiyacı,

b- Sürekli olarak aynı miktarda alkol (madde) kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması,

2- Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

a- Söz konusu alkole özgü yoksunluk sendromu

b- Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alınır.

3- Alkol (madde), çok defa, tasarlandı-ğından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir süre alınır.

4- Alkol (madde) kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.

5- Alkol (madde) sağlamak, alkolü kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için daha çok zaman harcanır.

6- Alkol (madde) kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanlarını değerlendirme etkinlikleri bırakılıp ya da azaltılır.

7- Alkolün (maddenin) sebep olduğu ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da tekrarlayıcı bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorunun olduğunun bilinmesine karşılık alkol alımına devam edilir.

Fizyolojik bağımlılık gösteren: Tolerans ve yoksunluk bulgusu vardır.

Fizyolojik bağımlılık göstermeyen: Tolerans ya da yoksunluk verisi yoktur.

Alkolün kötüye kullanımı; Kriterleri arasında tolerans, yoksunluk ya da kompulsif kullanımını içermez; yalnızca zararlı sonuçlarına karşın tekrarlayan biçimde işe gitmeme olabilir ya da tekrarlayan uzamış alkol etkisi sebebiyle iş verimliliği düşer. Alkol ile ilgili yapısal sorunlar sıktır (tutuklanma, alkolü araç kullanma, kavga ve saldırganlık gibi). Alkol etkisi ile kişi tekrarlayıcı toplumsal problemlere rağmen alkol almayı sürdürür (boşanma, şiddet uygulama) (2).

Madde kullanım bozuklukları

Madde kullanım bozuklukları şöyle sınıflandırılmaktadır:

a- Madde kötüye kullanımı

b- Madde bağımlılığı

Madde kötüye kullanımı

Temel özelliği, önemli zararlı sonuçlarına rağmen tekrarlayan ve buna bağlı olarak davranış ve uyum bozukluklarına sebep olacak biçimde madde kullanımıdır.

Madde bağımlılığı; Temel özelliği, maddenin zarar verici etkilerine rağmen, kişi tarafından madde alınmasının kontrol edilemediğini gösteren bilişsel, davranışsal bozuklukların ve fizyolojik belirtiler kümesinin varlığıdır. Maddeyi kullanmak için güçlü bir dürtü, istek ve özlem sonucu ortaya çıkan şiddetli madde araması "craving" madde bağımlılığı tanı kriterleri arasında almakla birlikte, madde bağımlılarının çoğunda görülür.

Bağımlılığın en önemli kriterlerinden biri de kompulsif tarzda madde kullanımıdır. Kişi, maddeyi kesmek veya düzene koymak istediğini sık sık ısrarla belirtir. Madde kullanımını azaltma ya da kesme konusundaki çabalar daima başarısız kalır. Madde kullanımı yüzünden toplumla ilişkisi bozulur. Madde bağımlılığında nüks oranı yüksektir. Kişi hemen hemen zamanının tamamını maddeyi bulmak, kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için sarf eder (2).

Sigara bağımlılığı

Tütün yaprağının içerdiği değişik kimyasal bileşikler (zift, nikotin, arsenik, yanma ile ortaya çıkan karbon monoksit) bir zehirlenme olayının kimyasal ve farmakolojik yönlerini önümüze koymaktadır. Sigara içiminde imrendirilme olayı önemlidir. Hayatın ilk döneminde sigara içen ebeveynlere karşı duyulan bir hayranlık hissi sonunda gelişen özdeşim hali çoğu zaman ileri yaşın tiryakisini belirler. Yapılan değişik çalışmalara göre sigara kullanımı dünyanın bütün ülkelerinde değişkenlik göstermektedir (1).

Sigara kullanımının sınıflandırılması:

- a- Deneyime ait kullanım
- b- Sosyal kullanım
- c- Duruma bağlı kullanım
- d- Yoğun kullanım
- e- Kompulsif kullanım

Tütün kullanımının önemli bir komplikasyonu gebe kadınlarda görülür ve özellikle fetüsün gelişimini tehdit edici boyutlardadır. Gebelik sırasında nikotin plasenta ile uterus duvarı arasındaki arterler üzerinde daraltıcı bir etki gösterir. Sonuçta uterusu fetüsün iyi beslenmesi ortaya çıkar. Fetüsün ölümü ve sık düşükler gerçekleşir.

Sigara denince nikotin bağımlılığı unutulmamalıdır. Nikotin bağımlılığı ve kesilmesi tüm tütün şekillerinin (sigara, çiğneme tütünü, pipo ve puro) kullanımıyla ve reçeteye verilen ilaçlarla (nikotin sakızı ve bandı) gelişebilir.

Nikotin kullanım bozukluğu:

- a- Nikotin bağımlılığı
- b- Nikotin yoksunluğu
- c- Başka türlü adlandırılmayan nikotinle ilişkili bozukluk

Nikotin bağımlılığı tanı ölçütleri:

- a- En az birkaç hafta süreyle her gün nikotin kullanılması
- b- Nikotin kullanımının birden bırakılmasının ya da kullanılan nikotin miktarının azaltılmasının ardından 24 saat içinde aşağıdaki bulgulardan dördünün (ya da daha fazlasının) ortaya çıkması.

- 1- Depresif duygudurum
- 2- İnsomnia
- 3- İritabilite, sinirlenme ya da öfkelenme
- 4- Anksiyete
- 5- Düşüncelerini yoğunlaştıramama
- 6- Huzursuzluk
- 7- Kalp hızında azalma
- 8- İştah artması ya da kilo alma

c- B tanı ölçütündeki semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

d- Bu semptomlar genel tıbbi bir duruma bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (3).

Davranışsal bağımlılık

Telefonla konuşmak, internet, bilgisayar, play station vb gibi yeni bağımlılıklar vardır. Literatürde bilgisayar-internet kullanımıyla bilgisayar oyunları üzerine yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Bununla beraber, bu çalışmaların çoğunlukla "problemlili kullanım" ya da "bağımlılık" konuları üzerinde yoğunlaştığı dikkati çekmektedir. DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sisteminde henüz yer almayan bu yeni "bağımlılık" türleri kimi araştırmacılar tarafından "davranışsal bağımlılık" kategorisinde değerlendirilmektedir (4, 5).

Ayrıca literatürde problemlili internet kullanımını belirlemeye yönelik ölçek geliştirme çalışmaları da mevcuttur (6, 7). Ölçek geliştirme çalışmalarının yanında, internet bağımlılığı ve oyun bağımlılığı bulunan kişilerin psikopatolojik profillerini araştıran çalışmalar da mevcuttur (8, 9, 10). Bağımlılık yaratma riski üzerinde durulan MMORPG türü oyunlar da araştırmacıların ilgisini çekmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda bu tür oyunların bağımlılık oluşturma risklerinin yüksek olduğu öne sürülmüştür (11). Evlerde kişisel bilgisayar kullanımının artması ve her yerde internete erişim imkânlarının mümkün olması bağımlılık riskini de beraberinde getirmektedir (12).

Tedavi

Bağımlılıkta en iyi tedavi, hiç başlama ve bağımlı olmamaktır.

Tedavinin genel prensipleri:

- a- Koruyucu tedbirler
- b- Tedavi ve rehabilitasyon

Tedavi ve rehabilitasyon

- 1. hedef: Maddenin tamamı ile bırakılmasının temini
- 2. hedef: Kişinin psiko-sosyoekonomik

sorunlarının çözümü, tam bir iyilik ve sağlık durumuna kavuşturulması

Acil durumlarda;

- Soğukkanlılığınızı koruyun.
- Sakinleştirmeye ve ona güvenmeye çalışın.
- Eğer bilincini kaybetmişse yan yatırın ve soluk aldığından emin olun.
- Gerginlik hali ya da tepkisizliği devam ederse acil servisi (112) arayın
- Kullandığı ilaçları, maddeleri ya da tozları toplayın ve doktoruna verin.

Kaynaklar

1) Uğur M. Medikal Psikoloji. 1.Baskı. İstanbul: Sa-haflar Kitap Sarayı; 1994.p.570-573.

2) Özden SY. Adli Psikiyatri. 1.Baskı. İstanbul. Şa-hinkaya Matbaacılık; 2007.p.330-377.

3) American Psychiatric Association. (1994). Di-agnostic and statistical manual of mental disor-ders, (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

4) Griffiths M. "Behavioural addiction: an issue for everybody?", Journal of Workplace Learning 1996;8(3):19-25

5) Albrecht U, Kirschner NE, Grüsser SM. Diag-nostic instruments for behavioural addiction: an overview. Psychosoc Med. 2007;4.

6) Johansson A, Götestam KG. Internet addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12-18 years). Scand J Psychol. 2004;45(3):223-9.

7) Nichols LA, Nicki R. Development of a psycho-metrically sound internet addiction scale: a preli-minary step. Psychol Addict Behav. 2004;18(4):381-4.

8) Chan PA, Rabinowitz T.A cross-sectional analy-sis of video games and attention deficit hyperacti-vity disorder symptoms in adolescents. Ann Gen Psychiatry. 2006;5:16.

9) Ha JH, Kim SY,Bae SC, Bae S,Kim H, Sim M et al. Depression and Internet Addiction in Adoles-cents.Psychopathology 2007;40:424-430.

10) Yen JY, Ko CH, Yen CF, Chen SH, Chung WL, Chen CC. Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: Comparison with substan-ce use. Psychiatry Clin Neurosci. 2008;62(1):9-16.

11) Lee MS, Ko YH, Song HS, Kwon KH, Lee HS, Nam M, Jung IK. Characteristics of Internet use in relation to game genre in Korean adolescents. Cyberpsychol Behav. 2007;10(2):278-85.

12) Kaytanlı U. Bilgisayar oyunları ile çocuk ve er-genlerdeki psikopatoloji arasındaki ilişkinin araştı-rılması. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi ABD 2011.

Nasreddin Hoca'nın türbesi ve "internetten korunma"

İlker Köse



İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliği Bölümü'nden 1999 yılında mezun oldu. Yüksek lisansını, 2003 yılında Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Bilgisayar Mühendisliği Bölümü'nde tamamladı. Halen aynı enstitüde doktora eğitimi devam etmektedir. Uzmanlık alanları arasında insan-bilgisayar etkileşimi, yazılım mühendisliği ve yapay sinir ağları sayılabilir. 1999-2003 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Ulaşım AŞ'de Bilgi İşlem Yöneticiliği yaptı. 2003 yılından 2009'a kadar Sağlık Bakanlığı'nın Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Merkezi Hastane Randevu Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık-NET) gibi bilişim projelerinde danışman ve koordinatör olarak çalıştı. Halen sağlık bilişimi alanında Avrupa'nın önde gelen kuruluşlarından Compu Group'ta çalışmaktadır. İstanbul Medipol Üniversitesi'nde ders veren Köse, evlidir ve bir çocuk babasıdır.

İnternet, hayatımızın o kadar içinde ki, bunu uzun örneklerle anlatmak, malumun ilanından ibaret bir hale geldi. Bu yüzden, internetin felsefesi, insanların internet üzerinde neler yaptığı ve hayatlarımızın nasıl etkilendiğine dair tespitler yapmak daha anlamlı olacaktır. İnternet, başlangıçta basit tanımıyla çok yüksek sayıda bilgisayarın birbirine bağlı olduğu ağ olarak

tanımlanırdı. Bu tanımıyla birbiriyle haberleşebilen bilgisayar yığını gibi bir görünümü vardı. Ancak bilgisayar ve haberleşme teknolojilerinin hızla gelişmesiyle, internet üzerinden ulaşılan servisler, internetin hayatımızda pek çok açıdan anlam kazanmasına neden oldu. Bugün, internetin başlangıç felsefesi olan akademik bilginin paylaşılabilmesi hedefi çoktan aşılmış ve internet

bugün çok farklı servisin verilebildiği bir ortam haline gelmiştir. Bu servis çeşitliliği sayesinde, internetin insanlar üzerindeki etkisi de farklılaşmaktadır. Kimileri, bu çok sayıda bilgisayarın bağlı olduğu ağdan bilgisayarların işlemci ve belleklerini ortak kullanmayı sağlayacak sistemler kurarak bir süper büyük bilgisayar bulutu oluşturmaya çalışırken, kimileri sadece arkadaşıyla söy-



Nasreddin Hoca'nın Konya-Akşehir'deki türbesi



leşmekle (chat) yetinebiliyor. Kimi, sosyal ağlara üye olarak çocukluk arkadaşlarıyla buluşuyorken, kimi sosyal ağlardaki haberleşmeyi analiz ederek sosyolojik bilgiler elde etmeye çalışıyor. Son yıllarda internetin günün ortalama 20 saati 1 metre uzağımızda bulunan cep telefonlarıyla erişilebilir olması sayesinde gün içerisinde çok farklı amaçlarla sık sık faydalandığımız bir ortam haline geldi.

İnternetin hayatımıza bu kadar çok girmesi, onu giderek daha önemli bir toplumsal dinamik haline getirdi. Dolayısıyla onu sadece bilgiye erişim ve bir eğlence aracı olarak değil, sosyolojik bir dinamik olarak kabul etmek lazım. Son aylarda Kuzey Afrika ülkelerinde gördüğümüz halk ayaklanmalarında insanların internet üzerinden organize olabilmeleri, bu açıdan çok etkileyici birer örneklerdir. Düşünsenize, eskiden bu kadar çok insanı aynı anda ortak bir duyguyla harekete geçirebilecek şeyler nelerdi? Din ve milli değerler gibi yüzyıllar boyunca insanların yaşamına nüfuz etmiş unsurlar... Bugünse internet, önce insanların kafasına belirli düşünceleri yerleştirmek, sonra da o fikir etrafında toplayıp harekete geçirmek için yeterli imkânı sağlıyor.

Sosyal ağlar kuralları değiştiriyor

Sosyal ağ fenomeni, sadece toplumları etkilemek ve harekete geçirmekle kalmıyor; bizi, sosyoloji ve psikiyatri kurallarını yeniden sorgulamaya da zorluyor. Örneğin psikolojik bir düzensizlik olan evhamın yaygın tanımı, *"kişinin ana veya alt kültüründen insanların sıradan kabul etmediği düşünce"* şeklindedir. Hâlbuki bugün toplumun, hatta dünyanın farklı yerlerinden aynı vehme sahip insanlar internet üzerinden sosyal ağ oluşturarak kendileri bir alt kültür haline gelebilmektedir ki, bu da evhamın tanımında bir paradoks oluşturuyor (1).

Benzer şekilde psikiyatrik bozuklukların her biri için internetin, özellikle de sosyal ağların etkisi araştırılmaya muhtaç birçok durum ortaya çıkarıyor. Bu nedenle bazı uzmanlar psikiyatrik çalışmalarda internet üzerinden iletişimin psikotik kişilerin hastalıklarını negatif etkileyeceği konusunda bir şeyler söylemek için erken olduğu görüşünde (2).

İnternet bağımlılığı diye bir şey var mı?

İnternetin hayatımızdaki yeri ve toplumsal etkisi üzerinde tartışırken, kullanmaya başladığımız bir ifade var: İnternet bağımlılığı. Birilerinin internette çok sık ve gereğinden fazla zaman geçirmesi, onları internet bağımlısı olarak tanımlamamız için yeterli oluyor. Ancak acaba durum gerçekten de böyle mi?

Kimi uzmanlar, "internet bağımlılığı" şeklinde bir şeyin olmadığı görüşündeler. Söz konusu uzmanlar, bu ifadenin internetin anlamı bilinmeden türetildiğini ve bunun da aslında bir medya (haberleşme ortamı) olan internetin bağımlılık oluşturabileceği yanılgısına neden olduğunu iddia etmektedirler (3). Bu yaklaşıma göre internet, aynen insanlar arasında iletişim sağlayan dil, radyo ve televizyon gibi araçlardan birisi. Dolayısıyla her ne kadar günlük yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline gelse ve hatta kullanılmadığı zaman insanda huzursuzluğa neden olsa da, internet bağımlılığından bahsetmemiz mantıksal ve kategorik olarak hatalıdır. Şayet ortada bir düzensizlik (disorder) veya rahatsızlık varsa, bu, internet aracının kendisinde değil, internetle neler yapıldığı ile ilgili bir durumdur. Örneğin, bağımlılık oluşturduğu bilinen kumar oyunları, şayet internet üzerinden oynanırsa, bu yine bir bağımlılıktır, ama internet bağımlılığı değil, kumar bağımlılığıdır. Diğer taraftan söyleşmek (chat) nasıl rutin bir davranışsa, inter-

İnternet sonuçta fiziksel bir ortamdır. Onun kim için ne ifade ettiği, ondan nasıl faydalandığıyla ilgilidir.

Bir şey, tek başına her şey olamayacağına göre, internet olsa olsa pek çok şeyin yapılmasına imkân sağlayan sanal bir dünyadan ibarettir. Bir başka deyişle, gerçek dünyada her ne varsa sanal âlem internette de bir benzerini bulmak mümkün. Acaba insanlık kendisini sanal âlemdeki aynada görmeye başladığı için dehşete kapılmış olabilir mi?

net üzerinden söyleşmek de günlük bir aktiviteden ibarettir.

Yine aynı uzmanlar, internet bağımlılığı ifadesinin, insanoğlunun yeni sorunlara çözüm bulmak için elinde olan çözümleri kullanmanın cazibesine kapılması neticesinde ortaya çıktığını ve bu ifadeyi kullanmanın kolaycılık olduğunu ifade etmektedirler. Onlara göre olması gereken, bağımlılığın yapısal tanımında olan şeylerin, bir "araç olan" internete mâl edilmesi değil, varsa bağımlılık türlerinin internet üzerinde yapılan aktivitelerin her birinin ayrı ayrı ele alı-



İnternette her ne yapıyorsak kaydediliyor. Gerçek dünyada, yaptıklarımızın daha yüce bir güç tarafından kaydedildiğine inanmak bir inanç konusu iken, bu durum internette bir vakıadır. Dolayısıyla internet, en az gerçek dünyadaki kadar ne yaptığımıza dikkat etmemiz gereken bir ortamdır. Önümüzdeki yıllar, sanal ve gerçek âlemlerin birbiriyle etkileşiminin hayatımızda daha çok değişikliğe neden olacağı yıllar olacaktır.

narak teşhis edilmesidir. Nitekim bağımlılık araştırmacılarından olan Prof. Mark Griffiths, bağımlılığın klasik tanımında yer alan elementlerden aşırı derecede dikkat çekici olma, ruh halinde değişim, telorans, kapanıklık ve nüks etme gibi unsurların tamamının genel internet kullanımı için söz konusu olmadığını ileri sürmektedir.

Bütün bunlar, bize internetin başlangıçtaki basit tanımından çok fazla uzaklaşmamamız ve ona gereksiz ni-

telikler yüklemememiz gerektiğini hatırlatmaktadır. Nitekim internet sonuçta fiziksel bir ortamdır. Onun kim için ne ifade ettiği, ondan nasıl faydalandığıyla ilgilidir. Bugün internet üzerinden nasıl bomba yapıldığını öğrenebildiğimiz gibi, evlenmek için eşimizi bulmamız veya değişik inanç gruplarıyla bilgi ve fikir paylaşmamız da mümkündür. Bir şey, tek başına her şey olamayacağına göre, internet olsa olsa pek çok şeyin yapılmasına imkân sağlayan sanal bir dünyadan ibarettir. Bir başka deyişle, gerçek dünyada her ne varsa sanal âlem internette de bir benzerini bulmak mümkün. Acaba insanlık kendisini sanal âlemdeki aynada görmeye başladığı için dehşete kapılmış olabilir mi?

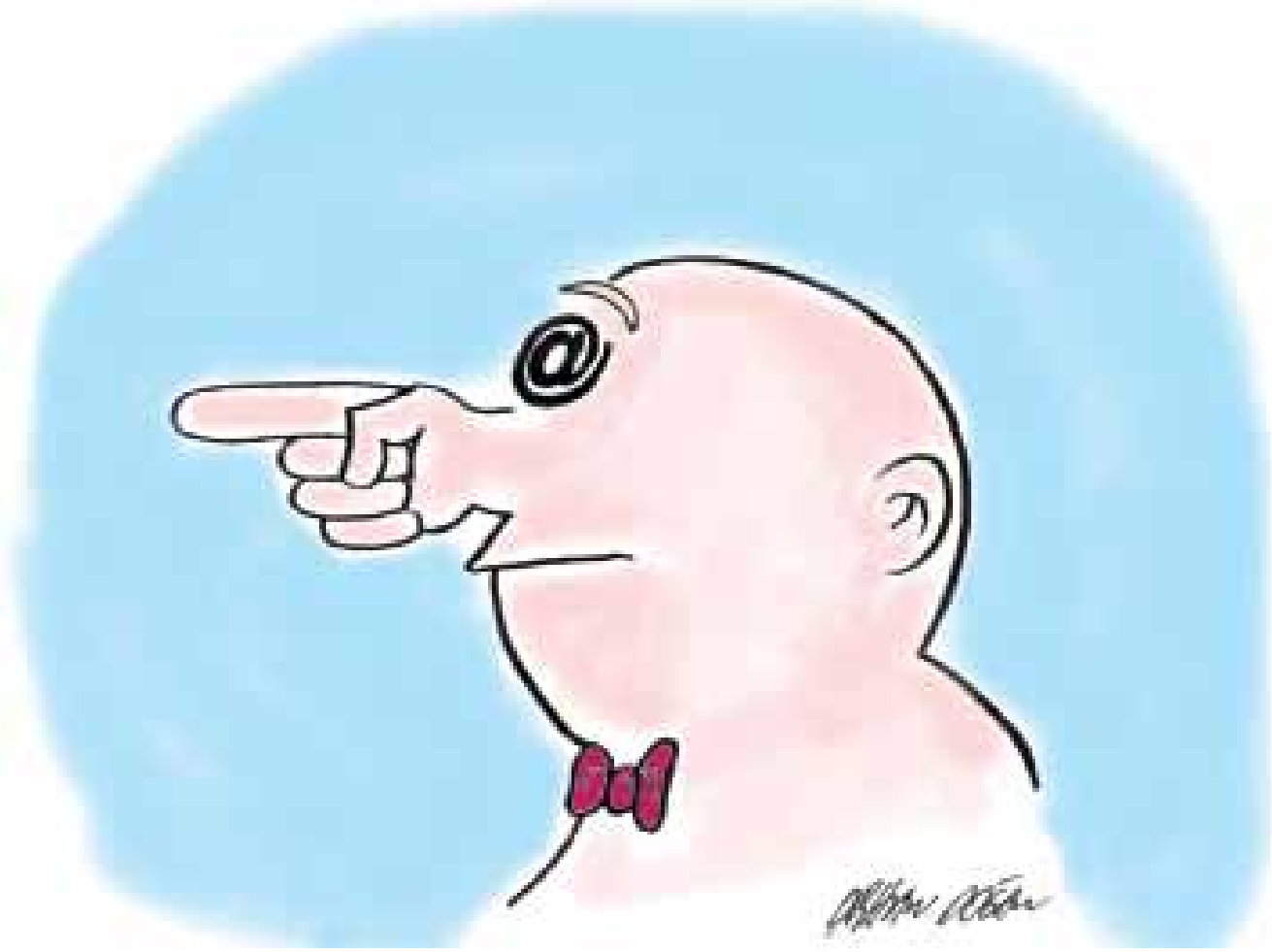
İnternet ve bilgisayar oyunları neden cazip?

Günümüzde bilgisayar oyunları hayret verici seviyelere ulaştı. Pek çoğundaki şiddet ve uygunsuz içerik, çocuklarımızı ondan uzak tutmak için bir şeyler yapmamız gerektiğini bize hatırlatıyor. Bunun için ilk yapılması gereken, çocukların (hatta yetişkinlerin) bilgisayar oyunlarına neden bu kadar çok zaman ayırdığı sorusunun cevabını bulmak olsa gerek. Yapılan son araştırmalar, bilgisayar oyunlarının ardındaki itici gücün, beklenenin aksine ağırlıklı olarak eğlence olmadığını, daha çok insanlardaki başarıma, özgürlük ve sosyal birliktelik duygusu olduğunu ortaya koymuştur (4). Bu tespit, bilgisayar oyunundan uzak durmasını istediğimiz çocuğumuzun, basit bir talimatla ondan uzak kalamayacağını bize haber veriyor. Onları bilgisayar oyunlarından uzak tutmak için, beklentisi üst seviyelere çıkartılmış ve normal hayatta mümkün olmayan, ama onların sanal

âlemde başarmaya alıştıkları pek çok şeyin yerini tutacak alternatifler geliştirmemiz ya da onları sanal âlem yerine gerçek hayatla, gerçek hayatın zevkleri ve değerleri ile tanıştırmamız gerekecektir. Onları tatlı rüyalarından uyandırıp, belki içinde acı ve başarısızlığın da olduğu; ama her şeye rağmen her anı değerli ve bir lütuf olan gerçek dünyaya davet etmeliyiz.

İnternette korunaklılık Nasreddin Hocanın türbesi gibidir!

Bir miktar teknik kaçabilir ancak internette haberleşmenin nasıl olduğuna dair kısa bir açıklama yapmak faydalı olacak sanırım. Haberleşmenin üç temel bileşeni vardır; verici, alıcı ve haberleşme ortamı (medya). Bu üç temel bileşen dışında tamamlayıcı unsurların başında ise ortak dil (protokol) gelir. İnternet, birçok bilgisayarın bağlı olduğu örgü şeklinde bir ağ olduğundan, buradaki iletişimde uçlar arasında bir yoldan/kanaldan bahsedilemez. Herkes ortak ağa bağlanır ve mesajını bu ağa gönderir. Alıcının adresi, mesajın üzerinde yazılıdır ve ağdaki yönlendiriciler bu mesajları hedeflerine en yakın olan diğer bir yönlendiriciye veya mümkünse doğrudan hedef adrese yönlendirir. Bu prensipten dolayı, gönderdiğiniz bir mesajın, arkadaşınıza ulaşması tek bir yoldan olmaz. Mesajın bir kısmı bir yoldan giderken, başka bir kısmı başka yoldan hedefe ulaşabilir. Böyle olunca iki nokta arasındaki mesajlaşmayı dinlemek, sıradan kullanıcılar için imkânsız gibi görünmektedir. Ancak durum tam da öyle değildir. Yukarıda bahsettiğim örgü şeklindeki ağ, tek parça değildir ve kendi içinde alt örgülere sahiptir. Bu örgü şeklindeki her bir alt öbektan, başka bir öbeğe



çıkış kapısı (gateway) adı verilen noktalardan gidilir. Bu çıkış kapıları da başta devletler olmak üzere büyük internet sağlayıcılarının kontrolündedir. Dolayısıyla, kimin ne zaman hangi siteye girdiği, hangi dosyaları indirdiği, kiminle nasıl mesajlaştığı (mesaj şifresizse) buradaki kayıt sistemleri sayesinde “fişlenebilmektedir”. Bu anlamda “Internet’teki her şey kayıt altındadır” inancı boş değildir. Yasal veya yasal olmayan yollarla bu kayıtların analiz edilmesi gayet kolaydır. Ancak bu bilgiler insan emeği ile analiz edilemeyecek büyüklüktedir. Tam bu noktada son 10-20 yılda geliştirilen pek çok veri ve metin madenciliği yöntemi imdada yetişmektedir.

Metin madenciliği, internet araştırmaları ve sosyal ağlar

Veri madenciliği, temel anlamda ham veride saklı olan örüntüleri ve cevher değerinde olan bilgiyi ortaya çıkarma için kullanılan yöntemlerin genel adıdır. Veri madenciliğinin bir türevi de son yıllarda sıkça adını duymaya başladığımız metin madenciliğidir. Metin madenciliğinin temel farkı, diğer veri madenciliği yöntemlerinde olduğu gibi veri tabanı gibi yapısal veriler üzerinde değil, serbest şekilde yazılmış metinler üzerinde doğal dil işleme yöntemleriyle analiz yapılması ve buradan yapısal verinin elde edilmesidir. Bununla birlikte metinden özet çıkarma, metindeki duyguya dair bilgi elde etme, vb. çıktılar da metin madenciliğinin alanına girmektedir.

İnternette özellikle sosyal ağların gelişimi ile birlikte insanlar arkadaşlık ve ile-

tişim esaslı ağlara üye olmaya ve hayatlarına dair kolay kolay paylaşmayacakları pek çok bilgiyi kaygısızca ortaya sermeye başladılar. Bu tür sitelerde erişilebilir bilgiler arasında kimin kiminle arkadaşlık ilişkisi olduğu ve kimin hangi konulara ilgi gösterdiği/hayranı (fun) olduğudur. Son zamanlarda yasal telefon dinlemeleri sayesinde kimin kimleri ne zaman ve ne sıklıkla aradığına dair analizlerin yapıldığı ve bazı şebekelerin bu şekilde tespit edilip çökertildiğine dair haberler okuyoruz. Benzer şekilde internet üzerinde de kiminle nasıl bir ilişkimiz olduğu, telefona göre çok daha detaylı analiz edilebilmektedir. Sadece bu ilişki ve ilgilendiğimiz konular bilgisi bile, terör araştırmalarından, sahtecilik tespitine, toplumsal doku analizinden, duygu analizine kadar pek çok çalışma alanı doğurmuştur. Son zamanlarda, partilerin seçim çalışmalarında toplum üzerinde duygu analizi yapacak ve ardından da duyguları yönlendirecek pek çok şirket kurulmuştur. ABC radyolarındaki bir habere göre, CIA de yakın zaman önce sosyal ağlar üzerinde insanların duygularına dair analiz yapan bir şirket satın aldı (5).

Sonuç olarak internetin sanal bir âlem olması, gerçekliğinin olmadığı ve yapılan her şeyin tabiri caizse mubah olacağı anlamına gelmiyor. Bu dünyada suç veya bağımlılık olan her şey, orada da bir suça veya bağımlılığa dönüşebiliyor. Diğer taraftan internette her ne yapıyorsak kaydediliyor. Gerçek dünyada, yaptıklarımızın daha yüce bir güç tarafından kaydedildiğine inanmak bir inanç konusu iken, bu durum

internette bir vakiadır. Dolayısıyla internet, en az gerçek dünyadaki kadar ne yaptığımıza dikkat etmemiz gereken bir ortamdır. Önümüzdeki yıllar, sanal ve gerçek âlemlerin birbiriyle etkileşiminin hayatımızda daha çok değişikliğe neden olacağı yıllar olacaktır.

Kaynaklar

1) <http://mindhacks.com/2008/11/13/online-psychosis/>

2) Dr. Ken Duckworth, Medical Director of National Alliance in Mental Illness <http://mindhacks.com/2008/11/13/online-psychosis/>

3) Dr Vaughan Bell, Why there is no such thing as Internet addiction, <http://mindhacks.com>

4) Przybylski, A. K., Ryan, R. M., & Rigby, C. S. (2009). The motivating role of violence in video games. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35, 243-259.

5) <http://www.abc.net.au/rn/backgroundbriefing/stories/2010/2933391.htm>

“Başörtülü” alkolik

Prof. Dr. Yüksel Altuntaş



1961 yılında İstanbul'da doğdu. Pertevniyal Lisesi'nin ardından 1985'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1996 yılında doçent oldu. 1999'da Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi iç Hastalıkları Klinik Şefliğine atandı. 2003-2005 arasında aynı hastanede başhekimlik görevini yürüttü. Halen Endokrinoloji ve Metabolizma Klinik Şefi olan Dr. Altuntaş, Metabolik Sendrom Derneği kurucusu ve ikinci başkanıdır. Ulusal ve uluslararası pek çok dergide makaleleri yayımlanan, birçok derneğe üyelikleri bulunan Altuntaş, evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Sanırım doksanlı yılların başıydı... Çalıştığım hastanede konsültasyona çağırıldığım hasta tipik bir karaciğer sirozu idi. Ülkemizde karaciğer sirozunun en büyük nedenlerinden biri de kronik hepatit B veya C enfeksiyonudur. Ben de “Hastanın sirozu herhalde viral hepatit B

veya C nedeni ile olmuş olabilir” diye düşünerek bu yönde sorular sormaya başladım. Bu sırada hastanın refakatçisi olan ve aynı zamanda hemşire olan kızının beni bir tarafa çekerek kulağıma fısıldadığı cümleler beni çok şaşırtmıştı. Annesinin alkol nedeniyle karaciğer sirozu olduğunu mahcup bir ifadeyle söylüyordu. Şaşırmıştım, çünkü karşımda-

ki hasta başı örtülü, namazlı niyazlı, nur yüzlü bir kadındı. Meğer annesine Almanya'da çalıştığı dönemde böbrek taşı nedeniyle gittiği bir doktor tarafından taşı düşürmesi için bol bol bira içmesi tavsiye edilmiş, sonuçta daha önce alkol almayan hasta bu tavsiyeye bir şekilde uymuş ve “şifa yüce yaratandandır” diyerek ilaç niyetine alkol almaya karar ver-



miş. Ne de olsa hekim tavsiyesi! Alkolü aldıkça biraz rahatlama hissedenden hasta her ağrı olduğunda alkol almayı devam etmiş ve bir müddet sonra sürekli kullanmaya başlamış. Bir zaman sonra artık alışkanlık haline gelen alkol alımı yıllarca sürmüştü ve sonuçta hastamız çaresiz alkol bağımlısı haline gelmiş. Yıllar sonra giderek karnı şişmeye başlayan ve halsizlik yakınmaları ortaya çıkan hastaya alkole bağlı karaciğer sirozu tanısı konmuş...

Hekimlerin hastalarını muayene ederken sorduğu belli sorular vardır. Bunlardan bazıları hekimin de hastanın da hoşuna gitmez ama sorulması gereken önemli sorulardır bunlar... Alışkanlıklar sorusunun biri sigara, diğer ise alkol veya madde bağımlılığıdır. Bu sorulardan en sıkıntılı olanı ise "Alkol alıyor musunuz?" sorusudur. Bu soru karşısında genellikle hastalar hemen savunmaya geçer. Alkolü açken almadıklarını, protein ağırlıklı meze ile aldıklarını, bu yüzden daha az zararlı olduğunu, zaten fazla içmediklerini, önemli günlerde biraz aldıklarını, bunun da en tabii hakları olduğunu sevimli bir hal ile ifade ederek "Vallahi bir daha yapmayacağım" diyen çocuk mahcubiyetinde iyi bir savunma yaparlar. Bazı hastalar alkol aldıklarını ama bunun dosyaya yazılmamasını, kayda geçmemesini lütfen istirham ederler. Fakat hastalar ne derse desin sonuçta alkol alıp almadıklarının ve de aldığı miktarın onay makamı hasta yakınlarıdır. Alkol almadığını ifade eden hastanın alkol ile ilgili tüm ilişkileri hasta yakınları tarafından doktora jurnallenir. Hastanın kim olduğuna bakılmaksızın rutin sorulan bu alkol sorusu muhafazakâr insanlara da sorulduğunda çok renkli tepkiler alınır. Bazen acı bir tebessümle "hayır", bazen mağrur bir eda ve gülümseme ile "asla", bazen hiddetle veya yumuşakça bir ses tonu ile başı yukarıya kaldırarak "haşa", bazen de sağ elini göğsünün üzerine koyarak kendinden gayet emin bir "estağfurullah" cümlecikleri saçılır etrafa. Bazen bu sorulardan hakarete veya zulme uğramış bir hasta görüntüsü yansır. Bazı muhafazakâr hastalar da küçümser bir eda ile "Bize de bu sorulur mu bu ya hu?"nın dayanılmaz zorluğu içinde cevap verirler. Hekim cephesinde de buna benzer bir durum vardır. Çoğu hekim de bu alkol sorusunu önemsemez veya hastaya yakıştıramaz, sonuçta sormamayı tercih eder, atlar geçer. Bazı hekimler de ısrarla hastanın kim olduğuna, görüntüsüne, durumuna bakmaksızın "durumdan vazife çıkarmadan" sadece "gözlerimi kaparım vazifemi yaparım" düsturu ile al-

kol sorusunu gayet büyük bir ciddiyetle ve ısrarla sorgular.

Etrafımda 7-8 asistanın ile hasta takları başında eğitim viziti yaptığım günlerden birinde başarılı bir asistanım hastayı tüm ayrıntıları ile sunuyordu. Hastanın şikayetleri sıralandı, arkasından özgeçmiş, soy geçmiş özellikleri de söylendikten sonra alışkanlıklar bahsine geldiğinde hastanın 20 yıl süre ile günde 2 duble alkol aldığı fakat son 20 yıldan beri alkol almadığını anlattığında hastanın yüzü mahcubiyetten ve üzüntüden renkten renge girdi. Zira karşımızdaki hasta sakallı, mübarek yüzlü namazlı niyazlı bir kimse idi. Sır, faş olmuştu. Ben durumu fark ettiğimde asistanımı uyararak kısa geçmesini söyledim. Fakat heyhat o da ne! Asistanımın o günkü hastayı takdim performansı muhteşemdi. Coştukça da coşuyordu. Anlatıyor da anlatıyordu. Ayrıntılara giriyordu. Kaş ve göz hareketlerim de fayda etmeyince sonra görüşürüz diyerek hastanın yanından çıktık. Ertesi sabah vizitte aynı zulüm seremonisi istenmeden de olsa tekrarlandı. Aman yarabbi. Hastanın yerinde olmak istemezdim. Yine hastanın yüzü renkten renge girdi. Hastaya bir şey olacak diye korktum. Çaresiz yine çıktık. Asistanımız işini iyi yapıyordu ama basireti bağlanmıştı bir kere. Hastanın yattığı 2-3 haftalık süre boyunca bizim tarafımızdan istemeden de olsa maruz kaldığı bu nahoş durum beni ikileme sürüklemişti. Koyun post derdinde kasap et derdinde" misali...

Sonuç olarak alkol içen insanlarımızın azımsanamayacak bir kısmı alkolün sağlığa etkilerini bilir. Kolesterolle iyi geldiğini, damarları açtığını yani kalbe iyi geldiğini daha çok bilir. Hatta bazı alkol severler az miktarının faydalı olduğu konusunda konferans bile verebilir. Bazıları yanlış olduğunu bile içtiği alkolü bir gün bırakacağına, bıraktıktan sonra da tövbe edip hacca gideceğine ve namaza niyaza başlayacağını düşünür. Bu nedenle de kendisinin bu konuda bir anlamda dokunulmazlığı olduğunu varsayar. Nasıl olsa bırakacaktır. Üzerine biraz gidildiğinde ise sülalesindeki tüm mübarek kimseleri, hacıları, hocaları, ehl-i dil'i bir bir sayar. Yani onlar için alkolü bırakmak eşittir hac, eşittir namaz ve niyazdır. Bu yüzden ileride zaten bırakılacak alkolü şimdilik almakta sakınca görmez ve de keyifle içer... "Kahr ve lütfun ikisine de aynı zamanda mazhar olmak" isteyen bir kısım dindarlar ise alkolle arasını bozamamıştır henüz. Bir kısmı için ise asla bırakılmayacak bir şeydir alkol. Kime ne?

Alkol içen insanlarımızın azımsanamayacak bir kısmı alkolün sağlığa etkilerini bilir. Kolesterolle iyi geldiğini, damarları açtığını yani kalbe iyi geldiğini daha çok bilir. Hatta bazı alkol severler az miktarının faydalı olduğu konusunda konferans bile verebilir. Bazıları yanlış olduğunu bile içtiği alkolü bir gün bırakacağına, bıraktıktan sonra da tövbe edip hacca gideceğine ve namaza niyaza başlayacağını düşünür. Bu nedenle de kendisinin bu konuda bir anlamda dokunulmazlığı olduğunu varsayar.

Öyle demiş Nesimi:

*Ben melamet hırkasını
Kendim geydim eğnime
Arı namus, şişesini
Taşa çaldım kime ne!*

Alkol hurafeleri

Zeynep Atasoy



1983 yılında Kayseri’de doğdu. Kurtuluş İlkokulu, Safiye Sultan Koleji ve Fatih Üniversitesi İşletme Fakültesi’ni (2006) bitirdi. Ticari firmalarda yönetim-organizasyon eğitimi gördü. Çeşitli dergilerde yayın komisyonunda bulundu. 2007-2010 yılları arasında kasa-kredi sorumlusu olarak başladığı tekstil perakendeciliği yapan bir firmada mali işler departmanında idari görev üstlendi. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı’nda görev yapmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü Güneydoğu Asya Bölge Ofisi’nin alkol kullanımının zararlarından korunma mesajları içeren “Hayattan Alkolsüz Keyif Alın” adlı kitapçık birçok pratik bilgilere yer vermektedir. Bunların arasında alkolle ilgili yaygın fakat yanlış inanışlarla ilgili verilen bilgiler de yer almaktadır. Aslı olmadığı halde yaygın olarak doğruluğuna inanılan bilgilere, daha doğrusu gerçeğe ilgisi olmayan inançlara mit ya da hurafe denmektedir. Birçoğumuzun sık sık duyup inanmak zorunda kaldığımız alkolle ilgili yanlış bilgileri de hurafe olarak adlandırmak

her halde yanlış olmayacaktır. Kitapçıkta yer alan hurafeler ve onlarla ilgili gerçek bilgilere göz atmakta fayda var.

Hurafe 1: Alkolün insan üzerinde uyarıcı etkisi vardır.

Gerçek: Aksine, alkol beyin fonksiyonlarını zayıflatır. Alkolün çekingenliği ortan kaldırdığına dair genel bir inanış olsa da ciddi gözlemler göstermektedir ki, çekingenlik alkol kanda kayda değer bir eşiğe ulaşmadan ortadan kalkar. Alkolün çekingenliği kaldırdığı inanışından dolayı alkol alan kimse kendisini rahat hisseder.

Hurafe 2: Alkol alımından sonra dav-

ranışları kontrol edememe, agresif ve şiddet eğilimli olma durumu, alkolün beyin üzerindeki etkisindenidir.

Gerçek: Çoğu kişi belli ruh hallerini ve davranışları alkolün etkisiyle ilişkilendirmiştir ve ayıkken sergileyemedikleri bu şartlanmış hareketleri alkollüyken sergilerler. Aslında suçlanacak unsur alkol değil, bu şartlanmaları değiştirmeye yetisine sahip insandır.

Hurafe 3: Alkol cinsel performansı ve isteği artırır.

Gerçek: Shakespear’in bakış açısı ise isteği kamçıladığı, fakat performansı düşürdüğü yönündedir. Alkol ereksiyona engel teşkil eder. Hatta araştırmalar cinsel isteği





azalttığını göstermektedir.

Hurafe 4: Alkol deliksiz bir uykunun anahtarıdır.

Gerçek: Alkol bağımlısı insanlar alkol almadan iyi uyuyamazlar. Düzenli olarak alkol almayan insanlar ise uyku problemi yaşarlar.

Hurafe 5: Alkol, problemleri unutmaya yardımcı olur.

Gerçek: Alkol bağımlılarının sık sık dertlerini unutmak için içtiklerini dile getirmelerinden dolayı bu hurafe neredeyse gerçeğe dönüşmüştür. Fakat sıklıkla bunun tam tersiyle karşılaşılır. İnsanların

unuttukları problemler sarhoşken su üstüne çıkmaktadır.

Hurafe 6: Alkol, soğukla baş etmek için iyi bir yöntemdir.

Gerçek: Alkol, deri altı damarlarını genişletir ve sıcaklık hissi verir. Fakat soğuk bir ortamda vücut, deri altına giden kan miktarını azaltarak vücut ısını muhafaza etmeye çalışır. Dolayısıyla alkol soğukta ısınmak için iyi bir seçim değildir. Bir kimse alkol alımdan sonra soğuk havaya maruz kalırsa vücut ciddi bir ısı kaybına uğrar ve bu durum sağlığı tehdit eder.

Hurafe 7: Bira sert bir içki değildir, güvenle tüketilebilir.

Gerçek: Bira, viski ve rom gibi sert içkiler kadar alkol içermese de alkollü bir içecektir. Biradaki alkol oranı %4 ila %8 arasındadır. 33 cl'lik bir şişe bira, bir double viskiye eşdeğerdir. Dolayısıyla altı şişe bira içen bir kimse altı double viski tüketmiş kadar alkol alır.

Hurafe 8: Alkol kalp sağlığına iyi gelir, bu sebeple her gün tüketilmelidir.

Gerçek: Bazı araştırmalara göre günlük küçük miktarlarda tüketilen alkolün, özellikle şarabın, kalp üzerinde koruyucu bir etkisi olduğu belirtilmektedir. Fakat günlük düzenli alkol tüketimi, beraberinde tüketim miktarını kontrol edememe endişesini getirir. Alınan alkolün miktarı adım adım kalp ve vücut için zararlı olabilecek seviyelere çıkabilir.

Hurafe 9: “Kocam özünde çok iyi bir insan, bana kötü davranmasının tek sebebi alkol.”

Gerçek: Bir kadın kocası ayıkken ondan şiddet gördüğünde bu kabul edilemez bir davranışken kişinin alkollüyken aynı hal ve hareketlerde bulunması hafifletici sebep olabiliyor. Toplumun sarhoş insanlara bakış açısı, bu kişilere sarhoşken kontrolsüz davranma cesaretini veriyor. Alkolün zararlarını engellemeye yönelik çalışmalar göstermektedir ki, bu gibi durumlarda toplum, kişi alkollü olsun veya olmasın müsemma göstermemelidir. Kabul edilemeyen davranış, şartlar ne olursa olsun kabul edilemez davranıştır.

Hurafe 10: Toplumda alkol insanları gevşetir daha rahat davranmasını sağlar.

Gerçek: Çoğu toplumlar sarhoşken yapılan aşırı davranışlara dair normlar belirlemiştir. İnsanlar bu norm ve kurallara sıkı sıkıya bağlanmıştır. Kontrolsüz dürtüler, toplumun alkolün davranışlar üzerindeki etkilerini tanımlayan kuralları ile kontrol altına alınır. Böylece kişinin sarhoşluk hakkında bildikleri, toplumun bu konu hakkındaki öngörüsüne dayanır.

Hurafe 11: Eğer arkadaşlarınız alkol alıyorsa, onlarla iyi vakit geçirmek için siz de içmelisiniz.

Gerçek: Davranış üzerine yapılan araştırmalar ışığında, alkol alan bir grupta alkol almayan kişiler de aynı oranda zevk alabilir. Buna ergen yaşta-kilerin deyimiyle “başkasının içtiğiyle havaya girmek” de diyebiliriz.

Kaynak

Myths and Misconceptions About Alcohol, in: Get High in Life Without Alcohol: Prevention of Harm From Alcohol Use, World Health Organization Regional Office for South-East Asia 2003 (http://www.searo.who.int/LinkFiles/Facts_and_Figures_ch2.pdf)

İdeolojimizi kadehe hapsetmek

Dr. Sebahattin Işık



İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladıktan sonra İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Zorunlu hizmetini Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde yaptı. Okul doktoru, işyeri hekimi ve belediye doktoru olarak farklı şehirlerde görevler yaptı. Tıbbi mikrobiyoloji dalında doktora çalışmasını tamamlayarak bilim doktoru unvanı aldı. Halk sağlığı, sağlık bilimi, sağlık sistemleri ve uluslar arası sağlık politikaları konularında araştırmalar yaptı. Halen bu alanlarda danışmanlık yapmaktadır.

Son zamanlarda bir yöneltmelik vesilesiyle alkol konusu gündemimizi bir hayli işgal etmeye başladı. Yerli medyamız, yanlışıyla, karşıtıyla çok şeyler söylüyor. Konuyu yurt dışından dinleyelim. BBC, 12 Ocak tarihli bülteninde Türkiye'de alkol satışına getirilen sınırlamaların laiklik yanlılarının endişelerini artırdığını haber veriyor. Habere göre, alkolün spor reklamlarında ve gençler için olan etkinliklerde kullanılması yasaklanmış ve satışlar alkollü içki satış belgesi olan iş yerleri ve restoranlarla sınırlandırılmış. İktidar partisinden bir yetkili, sınırlamaların, gençleri alkolden korumak üzere yürürlüğe konduğunu söylemiş. Muhalefetten bir yetkili ise iktidar partisinden laik yaşam tarzlarını hedef aldığını öne sürerek "baskıcı zihniyetin" Türkiye'yi kontrol etmeye çalıştığını söylemiş. Değişiklikleri yürürlüğe koyan Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu

Başkanı, "konunun hiçbir ideolojik boyutunun olmadığı" konusunda ısrar ediyormuş. Küçük bir şarap üreticisi, BBC'ye yaptığı açıklamada, yeni düzenlemeler altında bundan böyle şaraplarının internet aracılığıyla tanıtımını yapamayacaklarını, içkilerin belli yiyeceklerle eşlik etmesini öneremeyeceklerini ve şarap tadımı altında etkinlikler düzenleyemeyeceklerini belirtmiş. Bira üreticisi Efes Pilsen ile aynı adı taşıyan basketbol takımı için ise değişiklikler, yeni bir isim bulunması anlamına geliyormuş. BBC İstanbul muhabiri Jonathan Head, Avrupa ülkelerinin çoğuyla kıyaslandığında nispeten düşük olmasına rağmen alkol tüketiminin istikrarlı olarak arttığı Türk toplumunun büyük bir çoğunluğunun laik olduğunu ve alkollü içki tüketim hakkını önemli bir özgürlük olarak gördüklerini söylemiş.

Vakıa bu. El hak, haber doğru. Fakat alkol tüketimi artan bir toplumda laik yaşam tarzının tehdit altında olması bi-

raz kafamı karıştırdı. Hani laiklikle alkol tüketimi arasındaki ilişkiyi de çok kolay anlayanlardan değilim. Özgürlük konusu ayrı; içme özgürlüğü, yeme özgürlüğü, giyme özgürlüğü, ifade özgürlüğü, düşünce özgürlüğü, vs. bunlar demokrasinin vazgeçilmezleri zaten. Gazeteci Mehmet Barlas, "Rakıyı magandalar içer, şarap ise kadınlara hoş görünmek isteyen erkeklerin içkisidir" benzeri çeşitlemelerin laiklik değil, olsa olsa zamparalık adına yapılabileceğini söylüyor. Ama ne yazık ki, demokrasiyi ve laikliği alkole endekslemek gibi bir durumun da çok açık biçimde var olduğuna vurgu yapıyor. Ona göre laiklik alkollizmin değil özgürlüğün aracıdır.

Alkol ve laiklik ilişkisini daha iyi anlamak için biraz medya turuna çıktığımda neler gördüm neler. Mesela internetten şarap satışı yasağının laikliğe aykırı olduğunu ileri süren bir yazar, "Şigarayı hep kötülüyorsun, alkollü hiç eleştirmiyorsun diyen okurlarım yine



kızacak ama alkolü tütünle aynı kefeye koymak gericiliktir.” diyor. Bu yazarıma göre, aşırıya kaçıldığında alkol kullanımı kötü imiş, buna kimse karşı çıkmamış. Ancak, sigara içen bir kişi, başkalarının da bulunduğu kapalı bir ortamda içiyorsa sadece kendine değil çevresindekilere de zarar verirmiş. Alkol içen kişi ise sadece kendisine zarar verirmiş. Hatta alkol, özellikle de şarabın “kararında” içildiğinde sağlığa yararlı olduğu bilimsel olarak kanıtlanmış bir gerçekmiş. Yapılan pek çok bilimsel araştırma kadınlar için günde bir, erkekler için günde iki kadeh düzenli içilen şarabın kalp hastalıklarına ve kansere karşı koruyucu etki gösterdiği sonucunu veriyormuş. Amacım alkolün zararlarını anlatmak olmadığı için konunun detayına girmiyorum. Ancak, Dünya Sağlık Örgütü’nün kaynaklarını karıştırdığımda, yukarıdaki ifadelerin “mit” yani hurafe olarak tanımlandığını görüyorum.

Sanatçı yazar imzalı bir yazı gözüme çarpıyor. Yazının başlığı şöyle: “Yeni Laik Dalgaya Değişim Paketi: Yaşasın Alkol, Aşk, Sanat, Erotizm, Özgürlük!” Demek ki laiklikle ilişkili kavramlar sadece alkolle sınırlı değilmiş; ayrıca aşk, sanat, erotizm ve özgürlük de varmış. Özgürlük, yani alkol tüketmek kadar alkolün zararından korunmak özgürlüğü de. Yoksa ben mi yanlış anlıyorum? Yazı şöyle diyor bu yazısında: “Fransa gibi bir özgür ülkeyle, bir ‘yobaz yaşam’ ülkesini birbirinden ayıran ölçüler nedir? Kimya fabrikaları mı? Askeri uçaklar mı? Tekstilde kullanılan kumaşlar mı? Cerrahların kalitesi mi? Yoksa özgürce yaratılan eserler, iddialı defileler, erotik fotoğraflar ve mağazalar, gece kulüpleri, nefis şaraplar, ışık saçan sinemalar, dev kitapçılarda bulunan on binlerce özgür yayın mı?” Hadi diğerlerini geçelim ama bu “nefis şaraplar” da neyin nesî? Katolik inancında Mesih’in kanını sembolize eden şarabın bir dini sembol olarak anlamı vardır ve dini ritüelin bir parçası olarak ikram edilir. Bu dini taassubun yansımasının özgür ülke tanımı altında sunmak da ne demek oluyor? Hadi viski, rakı, votka olsa neyse. Tabii yazarın böyle bir kastı yoktur. Ama tanımlanmak istenen yaşam tarzı her neyse, sağlığa zararlı olmak zorunda mı?

Burada alkolün zararlarından bahsedecek değilim. Dünya Sağlık Örgütü’nün alkol tüketimini önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak ilan ettiğini biliyoruz. Alkol bağımlılık yapan maddelerin en önemlilerinden biri. Kronik alkolizme giden yol tadımlık alkol almaktan, “nefis şarabı” yudumlamaktan geçiyor. Ancak alkol tüketen bireyin sağlığı üzerindeki akut ve kronik zararları bir yana, alkol içenlerden etkilenen ve onların adeta kurbanı haline gelen

masum insanları, iletişim kazaları, uyum sorunları, çatışmalar, bunalımlar ve trafik kazaları gibi birçok olumsuz yönüyle etkileyen önemli bir toplum sağlığı konusunu oluşturduğunu bilmeyen mi var?

Toplum bireylerini ve özellikle alışkanlık edinme eşiğindeki gençleri alkolden korumaya yönelik tedbirlerin alınması, toplum sağlığını korumanın bir gereği değil mi? Bu hususta Dünya Sağlık Örgütü boşuna mı “küresel stratejiler” geliştirmeye çalışıyor? Belli ki, kültürel değer farklılıkları, yaygın alışkanlıklar ve inanç bağnazlıkları, bu stratejilerin hem anlaşılmasını hem de bunlardan sonuç alınmasını zorlaştırıyor. Bu arada alkol endüstrisinin arka plandaki rejisörlüğü de işin cabası.

Alkolü yaşam tarzının ayrılmaz parçası olarak görüp sağlığa aykırılığı savunma cüreti gösterenlerin dikkatini çekmek isterim. İslam dininin en katı yorumları bile alkol kullanan kişileri dinden aforoz etme cüretini gösteremiyor. Laikliği savunanların alkol içmeyenleri, çocukları, gençleri alkolden uzak tutmak isteyenleri, toplum sağlığını korumak için tedbir alanları laiklikten aforoz etme gibi bir bağnazlığı da olmamalıdır. Alkol almamayı, alkolden korunmayı “yobaz yaşam” biçimi ile ilişkilendirmek gerçekten yobaz bir yaklaşım. Alkol kullanmayan kişi laiklikten çıkar mı? Günde birkaç kadeh içki almak laikliğin vazgeçilmez ritüellerinden biri midir? Yapmayın ne olur.

Alkollü içecekleri, laikliğin, Cumhuriyet değerlerinin, hatta Atatürkçülüğün sembolü haline getirenleri bunu dayatanları uyarmak istiyorum. Yapmayın ne olur. Ne laiklik, ne Cumhuriyet ne de Atatürkçülük sağlığa zararlı olmak zorunda değildir, hele toplum sağlığına zararlı olmak zorunda hiç değildir! “Nefis şarapların” hazzını almak isteyenlerin, bu haz tutkularını yukarıdaki değerler üzerinden savunma gayretleri, bu değerlere ne kadar zarar veriyor, bilmem farkındalar mı? Onlara, Dünya Sağlık Örgütü’nün yayımladığı bir kitabın başlığını hatırlatmak isterim. Başlık şöyle: “Hayattan alkolsüz keyif alın”.

Bir sosyolog yazar, Türkiye’de en merkezi siyasi tartışmaların alt metnini keyif meselesinin teşkil ettiğini ileri sürüyor. Her seferinde “Acaba bizim tatilde doruklarına vardığımız keyiflerden alacağımız payı mı elimizden alıp yok etmek istiyorlar?” sorusunun zihinlerde dolanıp durduğunu söylüyor. Eğer kendi sağlığımız için, etrafımızdakilerin sağlığı için, toplumun sağlığı için, gelecek neslimizin sağlığı için hayattan alkolsüz keyif alınabileceğini öğrenirsek, en azından hayattan alkolsüz keyif almak isteyenlere tahammül etmeyi öğ-

Alkollü içecekleri, laikliğin, Cumhuriyet değerlerinin, hatta Atatürkçülüğün sembolü haline getirenleri, bunu dayatanları uyarmak istiyorum: Ne laiklik, ne Cumhuriyet ne de Atatürkçülük sağlığa zararlı olmak zorunda değildir, hele toplum sağlığına zararlı olmak zorunda hiç değildir! “Nefis şarapların” hazzını almak isteyenlerin, bu haz tutkularını yukarıdaki değerler üzerinden savunma gayretleri, bu değerlere ne kadar zarar veriyor, bilmem farkındalar mı?

renebilirsek, galiba bu fobimizden de kurtulmuş olacağız.

Uluslararası iş birliği sayesinde küresel tütün mücadelesinin oldukça önemli sonuçlar vermeye başladığını görüyoruz. Önümüzdeki dönem benzer bir uluslararası işbirliği ile küresel bir alkol mücadelesine şahit olacaktı. Bunun izlerini şimdiden Dünya Sağlık Örgütü’nün çabalarında görmek mümkün. “Yeni laik dalga değişim paketini” önerenlerin biraz daha çağdaş olmaya ihtiyaçları var; laiklik anlayışımızın da, sağlığa daha fazla zararlı olmamaya.

Kaynaklar

Atakan Y: İnternette şarap satışı yasağı laikliğe aykırı, Hürriyet Kelebek, 16 Ocak 2011

Barlas M: ‘Mahalle baskısı’na karşı ‘meyhane baskısı’ çözüm mü? 11 Mayıs 2010/2009

<http://www.anafilya.org/go.php?go=7d83510010e30&arama=ok>

Myths and Misconceptions About Alcohol, in: Get High in Life Without Alcohol: Prevention of Harm From Alcohol Use, World Health Organization Regional Office for South-East Asia 2003

Öğüt S: Hayat tarzı keyif tarzı-laiklik tarzı, 19.07.2010, Star Gazetesi

Kronik hastalıklar ve Sağlık Bakanlığı çalışmaları

Dr. Nazan Yardım



1969 yılında Yozgat Sorgun'da doğdu. Yeşilyurt İlkokulu, Ankara Namık Kemal Ortaokulu, Ankara Atatürk Lisesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni (1993) bitirdi. Halk Sağlığı Uzmanı (2002) oldu. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünde Halk Sağlığı Birimi Sorumlusu ve Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. Hastalık Yüku ve Maliyet Etkililik Projesinde Bakanlık adına koordinasyondan sorumlu oldu. Halen Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde görev yapmakta olup çeşitli ulusal ve uluslararası tıp dergilerinde yayınları bulunmaktadır. Evlidir ve iki çocuk annesidir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2005 yılında hazırlanan *Kronik Hastalıkların Önlenmesi: Hayati Bir Yatırım* (Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment) isimli raporda, yirminci yüzyılda dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenlerin doğuşta beklenen yaşam süresinin artmasına neden olduğu, yaşam süresinin uzamasının istenen bir şey olmakla birlikte, aynı zamanda bulaşıcı olmayan hastalıklarda (kronik hastalıklar) artışa sebep olduğu belirtilmektedir. Yaşlı nüfusun çocuk nüfusa oranında artış, toplumdaki sağlık sorunlarının ço-

cukluk çağı hastalıklarından yaşlı nüfusta görülen bulaşıcı olmayan hastalıklara kaymasına yol açtığından hareketle aşağıdaki tespitlere yer verilmektedir:

- Kronik hastalıklar hemen bütün ülkelerde ölümün en temel sebepleridir: 2005 yılında 35 milyon kişinin kronik hastalıklardan öldüğü tahmin edilmiştir. Tüm ölümlerin %60'ı kronik hastalıklardan meydana gelmektedir.
- En yoksul ülkeler en çok etkilenenlerdir: Kronik hastalıklardan meydana gelen ölümlerin sadece %20'si yüksek gelirli ülkelerde ortaya çıkarken, kronik hastalıklardan meydana gelen ölümlerin %80'i dünya nüfusunun çoğunluğunun yaşadığı düşük ve orta gelirli ülke-

lerde ortaya çıkmaktadır.

- Risk faktörleri çok yaygındır: Sık görülen ve önlenebilen risk faktörleri temel kronik hastalıkların altında yatan nedenlerdir. Dünyanın her yerindeki erkek ve kadınlarda tüm yaşlarda meydana gelen kronik hastalık ölümlerinin çoğu bu risk faktörleri ile açıklanabilmektedir. Bu risk faktörleri şunları içermektedir: Sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite, tütün kullanımı.
- Tehdit büyümektedir: Enfeksiyöz hastalıklar, maternal ve perinatal durumlar ve beslenme yetersizliklerine bağlı ölümlerin gelecek 10 yıl içerisinde %3 azalacağı tahmin edilmektedir. Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin ise aynı dö-





nemde %17 artacağı tahmin edilmektedir. Bunun anlamı, eğer acilen eyleme geçilmezse 2015 yılında ölecek 64 milyon kişinin 41 milyonunun kronik hastalıklardan ölecek olmasıdır.

- Küresel yanıt yetersizdir: Kronik hastalıkların artan öneminin öngörülmesi, anlaşılması ve acil müdahale edilmesi hayati önem taşımaktadır. Bunun için, kronik hastalıkların önlenmesinde ve kontrolünün güçlendirilmesinde rol oynayan ulusal liderler ile uluslararası halk sağlığı camiası tarafından belirlenecek yeni bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır. İlk adım olarak, ön saflarda yer alan sağlık çalışanlarına ve daha geniş anlamda topluma en son ve en doğru bilgi ve haberlerin iletilmesi gereklidir.

- Genellikle, bulaşıcı olmayan hastalıkların yaşanmanın doğal ve kaçınılmaz sonucu olduğu, bulaşıcı hastalıklardan daha az önemli ve kontrol edilemez olduklarına inanılmaktadır. Oysa bu hastalıklar yaşamın kaçınılmaz bir gerçeği değildir ve çoğunlukla önlenabilir. Gerçek şudur ki, kronik hastalıkların temel nedenleri bilinmektedir ve bu risk faktörleri ortadan kaldırılabilirse en azından tüm kalp hastalıkları, inme ve tip 2 diyabetin %80'inden fazlası önlenabilir. Bu hastalık grubunda çok sayıda hastalık bulunmasına rağmen çoğunun risk faktörleri ve korunma stratejileri ortaktır. Tüm bu risk faktörleri ekonomik, sosyal

ve politik çevreden, cinsiyet ile davranışlardan etkilenmektedir. Bu yüzden de önerilerde bulunmak kolay, fakat önlemlerin yaşama geçirilmesi zordur. Sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel hareketlilik, sigara kullanımını terk etmek gibi davranışlar doğruluğuna inanılsa da, değiştirilmesi zor alışkanlıklar arasındadır. Bu nedenle sağlığın geliştirilmesi (health promotion) çalışmaları önemlidir.

- Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede koruyucu hekimlik yaklaşımı etkili bir yaklaşımdır. Örnek vermek gerekirse, sigaranın bırakılmasından iki yıl sonra kalp ve damar hastalığı riski %50 azalmaktadır. Ayrıca yine sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi, tuz tüketiminin azaltılması gibi önlemlerle kan basıncı ve kolesterol yüksekliği önlenmektedir. Var olan bilginin uygulanması çeşitli ülkelerde orta ve yaşlı kişilerin yaşam beklentisi ve yaşam kalitesinde büyük ilerlemeler kaydedilmesini sağlamıştır. Örneğin Avustralya, Kanada, İngiltere ve ABD'de son otuz yıl içinde kalp hastalığı ölüm hızları %70'lere kadar düşmüştür. Polonya gibi orta gelirli ülkeler de son yıllarda oldukça ilerleme kaydetmiştir. Böylesi kazanımların sağlanması büyük oranda, hem tüm topluma hem de bireylere yönelik olan ve altta yatan sık görülen risk faktörleri ile özel bazı hastalıklara odaklanan kapsamlı ve entegre yaklaşımların uygulanması ile gerçekleştirilmiştir.

Bu kazanımlar sayesinde kurtarılan yaşamların toplam sayısı çok büyüktür. DSÖ'nün tahminlerine göre 1970'den 2000 yılına kadar sadece ABD'de 14 milyon kardiyovasküler "hastalık ölümlü" önlenmiştir. İngiltere aynı dönemde 3 milyon kişiyi kurtarmıştır.

- Kronik hastalıklara sebep olan risk faktörleriyle mücadele, ancak ulusal politikalar ve uzun soluklu stratejiler yoluyla başarıya taşınabilir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar toplumun tüm katmanlarının gündeminde yer almalıdır. Sağlıklı beslenme, fiziksel hareketliliğin yaygınlaştırılması, tütün kullanımının azaltılması gibi uygulamalar tüm sektörlerin katılımını gerektirmektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi çalışmalarında bütün sektörlerin rol ve sorumluluğu bulunmaktadır.

- Kronik hastalıkların yaşam süresi ve kalitesine etkisi, maddi ve manevi maliyetlerin yüksekliği düşünüldüğünde yaşam tarzını değiştirmeye yönelik programların önemi daha iyi anlaşılacaktır. Risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve diğer temel önlemlerle hastaneye yatış, pahalı tedavi edici ve cerrahi işlem gerektiren hastalıkların azalması, bu hastalıklara bağlı işgücü kayıpları ve ölümlerin de azalması ile sağlık durumunun ve ekonomik yükün iyiye gitmesine katkıda bulunacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü, 2007 yılında, bu-



Türkiye’de 2000 yılında gerçekleşen toplam 430 bin 459 ölümün 305 bin 467’si kronik hastalıklar nedeniyledir. Bunların 205 bin 457’si ise kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmıştır. Ölüme neden olan ilk on hastalık içinde kronik hastalıklar ilk üç sırayı (iskemik kalp hastalığı %22, Serebrovasküler hastalıklar %15 ve KOAH % 6) tutmaktadır. İlk on ölüm nedeni içinde iskemik kalp hastalıkları birinci sırada, hipertansif kalp hastalıkları altıncı sırada, inflamatuvar kalp hastalıkları ise onuncu sıradadır.

laşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ulusal planlar yapılması, yoğunlaştırılarak uygulanması ve izlenmesi için ihtiyaç duyulan yerde destek

sağlanmasını isteyen bir eylem planı hazırlanmasını ve İcra Kurulu vasıtasıyla 61. Dünya Sağlık Asamblesi’ne sunulmasını isteyen *Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü: Küresel Stratejinin Uygulanması* başlıklı WHA60.23 sayılı kararı kabul etmiştir. Bu paralelde 2008-2013 yıllarını kapsayan bir plan tasarısı hazırlanmış ve Ocak 2008’de yapılan 122. oturumunda İcra Kurulu tarafından tartışılmıştır. Kurul, 29 Şubat 2008’de Cenevre’de üye devletlere yönelik gayri resmi bir istişare toplantısı düzenlemeye karar vermiştir. Yapılan yorumların ışığında plan tasarısı gerekli şekilde düzenlenmiştir. 61. Asamble’de ise plan tasarısı görüşülerek kabul edilmiş ve aşağıdaki hedefler belirlenmiştir:

- Hedef 1: Küresel ve ulusal seviyelerde kalkınma işi içinde bulaşıcı olmayan hastalıklara tanınan öncelikleri artırmak ve tüm hükümet birimlerinin politikaları ile bu tür hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü bütünleştirmek.
- Hedef 2: Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ulusal politikalar ve planlar oluşturmak ve güçlendirmek.
- Hedef 3: Bulaşıcı olmayan hastalıklar, tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve zararlı alkol kullanımı için paylaşılan değiştirilebilir ana risk faktörlerini azaltmak için müdahalelerini artırılması.
- Hedef 4: Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için araştırma yapmaya teşvik etmek.
- Hedef 5: Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için ortaklıkları teşvik edilmesi.
- Hedef 6: Bulaşıcı olmayan hastalıkların ve belirleyicilerinin izlenmesi ve ulusal, bölgesel ve küresel seviyelerde gelişimin değerlendirilmesi.

Kronik hastalıklar ülkemiz açısından da önemli boyutlardadır. Türkiye’de 2000 yılında gerçekleşen toplam 430 bin 459 ölümün 305 bin 467’si kronik hastalıklar nedeniyledir. Bunların 205 bin 457’si ise kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmıştır. Ölüme neden olan ilk on hastalık içinde kronik hastalıklar ilk üç sırayı (iskemik kalp hastalığı %22, Serebrovasküler hastalıklar %15 ve KOAH % 6) tutmaktadır. İlk on ölüm nedeni içinde iskemik kalp hastalıkları birinci sırada, hipertansif kalp hastalıkları altıncı sırada, inflamatuvar kalp hastalıkları ise onuncu sıradadır. Temel hastalık gruplarına göre ölüm nedenleri sıralamasında ilk iki sırada kronik hastalıklar yer almakta olup kardiyovasküler hastalıklar %48 ile ilk sıradadır. Hastalık yükü açı-

sından bakıldığında da ilk on hastalık yükü sıralamasında kronik hastalıklar ikinci (iskemik kalp hastalığı) ve üçüncü sırada, temel hastalık grupları açısından ilk iki sırada (kardiyovasküler hastalıklar %19, Nöropsikiyatrik hastalıklar %13) yer almaktadır.

DSÖ, günlük 5 ve üzeri sebze-meyve porsiyonu tüketimini yeterli sebze ve meyve tüketimi olarak bildirmektedir. Türkiye’de ise ortalama günde 1,64 porsiyon meyve tüketimi, 1,57 porsiyon sebze tüketimi tespit edilmiştir. *Ulusal Hane Halkı Araştırması* (2003) sonuçlarına göre, Türkiye’de nüfusun %20 ,32’sinin hareketsiz (sedanter) yaşadığı, %15,99’unun yetersiz düzeyde fiziksel aktivitede bulunduğu görülmektedir. Sigara içme sıklığı 18 yaş üzeri %33.4 ve obezite sıklığı çeşitli çalışmalarda kadınlarda %22-48 ve erkeklerde %17-21 arasında bulunmuştur. Tansiyon yüksekliği, sigara kullanımı, kolesterol yüksekliği, obezite gibi olumsuz faktörlerin önlenmesi, fiziksel hareketliliğin bir alışkanlık haline getirilmesi ile iskemik kalp hastalığına bağlı olan:

- 860 bin 83 DALY yükünün 772 bin 814’sinin önlenebileceği ve
- 300 bin’den fazla ölümün engellenebileceği hesaplanmaktadır.

Dünya ile paralellik gösteren ülkemizdeki mevcut durumun ışığında, DSÖ başta olmak üzere dünyada yürütülen ve önerilen programların değerlendirilmesi ile Sağlık Bakanlığı tarafından kronik hastalıklar kontrol programı kapsamında kronik hastalıkların önlenmesi ve risk faktörlerinin kontrolüne yönelik aşağıda ifade edilen bir dizi çalışmayı yürütmektedir:

Kronik hastalık risk faktörleriyle mücadele ve kronik hastalıklar konusunda ülke düzeyindeki durumun araştırılması, bu hastalıklar ve risk faktörlerine dair halkın bilinç ve farkındalık düzeyinin yükseltilmesi, bu hastalıklara yol açan risk faktörleriyle etkin mücadele ve halk sağlığına yönelik tehditleri azaltmak amacıyla Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılarak daha önce Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde bulunan ve daha çok hastane kayıtları ile ilgilenen Kronik Hastalıklar Şubesi yerine 18.01.2008 tarihli ve 708 sayılı “Makam Olur”u emriyle T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı” kurulmuş ve faaliyetlerine başlamıştır.

DSÖ Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı ve DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından hazırlanan *Sağlığı Kazanmak, Avrupa Bulaşıcı Olmayan*

Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi kitaplarının Türkçe çevirisi Bakanlığımızca yapılarak ilgili kurum ve kuruluşlara dağıtılmış, yanı sıra web sitemizde [www.saglik.gov.tr/birimler/Temel saglik/yayinlar](http://www.saglik.gov.tr/birimler/Temel_saglik/yayinlar) kısmında yer almaktadır.

Kapasite geliştirme çalışmaları kapsamında 01-05 Eylül 2008 tarihleri arasında Ankara'da Kanada Toronto Üniversitesi işbirliğiyle *Kronik Hastalık Risk Faktörleri ve Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi*; 13-14 Kasım 2008 tarihinde de ülkemizde bu alanda çalışan sektör ve uzmanları bir araya getirerek bilgi ve deneyimlerin paylaşılması, kapasite oluşturulması, paydaş sektörler arası işbirliğini geliştirilmesi, Bakanlık çalışmalarının paylaşılması, sorumlu tüm sektörlerde farkındalık oluşturulması amacıyla *Kronik Hastalık Risk Faktörleri ve Sağlığın Geliştirilmesi Sempozyumu* düzenlenmiştir. Sağlığın korunması ve erken ölümlerin önlenmesi amacıyla eylem planları ve mücadele yaklaşımları geliştirmiş; kalp-damar hastalıkları, diyabet, kronik solunum yolları hastalıkları başta olmak üzere ulusal programlar planlanarak uygulamaya konulmuştur.

Kalp ve damar hastalıklarına sebep olan risk faktörleri ile mücadele ancak ulusal politikalar ve uzun soluklu stratejiler yoluyla başarıya ulaşabilir. Kalp ve damar sağlığının korunması ve geliştirilmesi çalışmalarında tüm sektörlerin rol ve sorumluluğu bulunmaktadır. Avrupa Birliği ve DSÖ, Avrupa Bölgesi'ndeki kalp damar hastalıkları yükünü önemli ölçüde azaltmak ve hastalık yüklerinde ülke içinde ve ülkeler arasında bulunan hakkaniyetsizlik ve eşitsizlikleri azaltmak amacıyla *Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesini* imzaya açmıştır. Sözleşmenin ulusal imza töreni Ankara'da 25 Aralık 2007 tarihinde yapılmış ve sözleşme, Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ve dokuz uzmanlık derneği başkanınca imzalanmıştır. Bu çerçevede Bakanlığımız ve ilgili Sivil Toplum Kuruluşları işbirliğiyle ilk olarak üç temel risk faktörüne (tütün, obezite ve fiziksel hareketsizlik) yönelik hazırlanan ve entegre toplum tabanlı bir program olan "Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı" hazırlanmış ve *Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi* imza töreninde açıklanarak uygulamaya konulmuştur.

Ayrıca kapsamlı bir kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programının ikincil ve üçüncül korumaya yönelik insan gücü planlaması, teknoloji, tıbbi cihaz yönetimi, ilaç yönetimi, rehabilitasyon, palyatif tedavi ve evde bakım hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, cerrahi, sürveyans ve araştırmalar, finansman ve sektörler arası işbirliği ve geleceğe yönelik uygulamalar da dahil, yüksek risk

stratejisi yaklaşımlarını içermesi gerekmektedir. Bu ihtiyacı karşılamak üzere *Türk Kardioloji Derneği Ulusal Kalp Sağlığı Politikası, DSÖ 2008-2013 Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejileri Eylem Planı* (WHO 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases), *TC Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Plan ve Eylem Planı, Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı, Obezite ile Mücadele Ulusal Eylem Planı 2010-2014; Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu 2008, Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi (European Heart Health Charter), DSÖ Avrupa Bölgesi, Avrupa İnme Stratejilerine Yönelik Helsinborg Deklarasyonu 2006 (Helsinborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies, WHO Europe), DSÖ Herkes İçin Sağlık 21 Hedefleri, Kardiyoasküler Risk Platformu Ortak Bildirisi, DSÖ'nün kronik hastalıkların önlenmesine ilişkin politika dokümanları, Avrupa Birliği Müktesebatı ve Beyaz Kitap, Sağlık İçin Hep Birlikte: Avrupa Birliği Stratejik Yaklaşımı (White Paper, Together For Health: A Strategic Approach for the EU), T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Kamu İdareleri İçin Stratejik Planlama Kılavuzu 2006* göz önünde bulundurulmuş ve ilgili dokümanlarla uyumlu olmasına özen gösterilerek ilk olarak hazırlanan *Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı* da bu çalışma kapsamında güncellenerek "*Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı: Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı 2010-2014*" hazırlanmıştır.

Kronik Solunum Hastalıklarına Karşı Küresel İşbirliği (Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases -GARD), ulusal ve uluslararası kuruluşların gönüllü olarak birleşip herkesin özgürce nefes aldığı bir dünya vizyonu çerçevesinde çalıştığı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bünyesinde kurulmuş bir birliktir. GARD Stratejik Planı, DSÖ'nün *Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Eylem Planının* bir parçası niteliğindedir. GARD, ulusal kontrol programının kronik havayolu hastalıkları parçasının gelişimine teknik destek sağlamak için insan kaynaklarını ve finansal kaynakları bir araya getirir. 2000 yılında ilk adımları atılan bu ittifakta, başlangıçta 17 hükümet veya hükümet dışı kuruluş yer almış, bugün üye kuruluş sayısı yetmiş dokuzu bulmuştur. Ülkemizden de Türk Toraks Derneği (TTD), 2005 yılında, GARD üyesi olmuştur. Ancak GARD yapı ve kuraları çerçevesinde ülke programlarının düzenlenmesi ve bu programların yürütülmesi ve yönetimi, ülke hükümetleri tarafından yapılmaktadır. Bu nedenle Bakanlığımız DSÖ çalışmalarına tam uyum çerçevesinde

gerekli adımları gerçekleştirmiştir. GARD Dünya Genel Kurulu üçüncüsü, Mayıs 2008'de Türkiye/İstanbul'da yapılmıştır. Başarılı bir şekilde uygulanan ve DSÖ tarafından örnek gösterilen program, Aralık 2010'da tüm paydaşlar ve il sağlık GARD temsilcilerinin katılımı ile güncellenmiştir.

Ulusal Diyabet Önleme ve Kontrol Programı 2011-2014, Bakanlığımız birimlerinin yanı sıra diğer kamu kurum ve kuruluşları, yerel yönetimler, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ve özel sektör dahil tüm paydaşların temsili ile 5-20 Şubat 2009 ve 9 Mart 2010 tarihlerinde Ankara'da düzenlenen toplantılarda hazırlanmıştır. Diyabetin önlenmesi, diyabet etkin tedavisinin sağlanması, diyabetiklerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, çocukluk çağına özel yaklaşımlar geliştirilmesi, diyabet yönetimine destek alanların (veri yönetimi, maliyet-etkililik, iş gücü planlama, hizmet içi eğitim gibi) güçlendirilmesi amaçlarını kapsayan program, 10 Şubat 2011 tarihinde Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ tarafından kamuoyuna tanıtılmış ve uygulamaya konulmuştur.

Kaynaklar

N. Yardım " Türkiye'de Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü Çalışmaları" 13. Halk Sağlığı Kongresi Sağlıkta Eşitsizlikler 18-22 Ekim 2010 İzmir Sf 178-188

Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy, WHO Sixty-First Health Assembly, Provisional agenda item 11.5, A61/8 18 April 2008

TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı Ankara 2008

TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım- KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013) Eylem Planı, Ankara 2009 (Katkı Sağlayan Kurum ve Kişiler; Program Yazım Grubu)

TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara 2010

TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Ankara 2010

TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Sağlığa Bakış, Ankara 2007

TC Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004 Ankara Türkiye, Aralık 2006

WHO, Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment, WHO, 2005

Tıp eğitimi: Fakülteye kabul edilme, öğrenci seçimi

Dr. Ahmet Murt



1986 yılında İskenderun'da doğdu. Ortaöğrenimini İstiklal Makzume Anadolu Lisesi'nde tamamladıktan sonra İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne girdi. Mayıs 2008'de Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde öğrencilere yönelik Tıp Eğitimi Kongresi projesini hayata geçirdi. 2008-2009 akademik yılında TurkMSIC Genel Başkanlığı ve Uluslararası Tıp Öğrencileri Birliği Derneği Yönetim Kurulu Başkanlığı yaptı. Yine aynı dönemde Avrupa Tıp Öğrencileri Birliği'nde (EMSA) tıp eğitimi komitesinden sorumlu yönetim kurulu üyesi olarak görev yaptı. Ağustos 2009'da Cordoba'da (İspanya) yapılan çalıştay sonrası yayımlanan, "2010 yılının ötesinde Tıp Eğitimi'nde Bologna Süreci" bildirgesini hazırlayan ekipte yer aldı. Kasım 2009'dan bu yana Avrupa Komisyonu destekli MEDINE (Medical Education in Europe) akademik işbirliği projesinin yönetim kurulu üyeliği görevini yürütmektedir. Zorunlu hizmetini Hakkâri, Yüksekova'da tamamlayan Dr. Murt, halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalında asistan doktor olarak görev yapmaktadır.

Türkiye'mizde son yıllarda, üniversiteye giriş sınavlarında tıp fakültelerini tercih edenlerin sayısı giderek artmaktadır. Bu artış öyle bir miktardadır ki; bir yandan tıp fakültelerinin kontenjanları da artıyor olmasına rağmen tıp fakültesine giriş için rekabet her geçen gün daha çetin hale gelmektedir. 2007 yılında 4 bin 500 civarında olan toplam kontenjan 2008 yılında 6 bin sınırını, 2009'da 7 bin sınırını ve nihayet 2010'da 8 bin sınırını aşmıştır. Bu artışın gerekli olup olmadığı konusunda süregelen tartışmaları teğet geçerek, kendimce bundan daha önemli

saydığım bir konuya değineceğim: Ülkemizde tek bir sınavla oldukça geniş bir yelpazedeki meslek dallarına öğrenciler seçilmektedir. Peki, bu sınav gerçekten her seçim için uygun bir sınav mıdır? Bu konu, belki akademisyenler arasındaki sohbetlere birçok defa konu olmuş ancak derinlemesine bir bilimsel derleme yapılmamıştır. Tıp eğitiminin başlangıç noktası olan "öğrenci seçimi" ile ilgili sizleri biraz düşünmeye sevk edebilmek, bu yazının öncelikli amacıdır.

Nayer, 1992 yılındaki bir yazısında fakültelere öğrenci kabul etme prosedürünün amaçlarını şöyle sıralamıştır:

"Öğretim programını tamamlayabilecek kapasiteye sahip, profesyonel bir kariyere devam edebilecek, program süresince başarı gösterebilecek, mesleği geniş bir vizyonla icra edebilecek ve mesleğin ihtiyacı olan kişilik özelliklerini barındırarak etik değerlerin bilincinde olan öğrencilerin seçilmesi." Bu amaçların hepsine ulaşabilmek için yapılması gereken değerlendirme sizce nasıl olmalıdır?

Zamanı biraz ileri götürerek incelemeye başlayalım. Tıp fakültesinden yeni mezun olmuş genç bir hekimi düşünerek, bir anlamda "geleceğe dönelim." Bu genç hekimin sağlık hizmeti sunarken



Fotoğraf: Prof. Dr. Gürkan Öztürk



Öğrencilerin sadece bilişsel (kognitif) yeteneklerinin ölçüldüğü süre kısıtlamalı çoktan seçmeli sınavlar adil bir seçim yapmakta mıdır? Yoksa bağımsız öğrenebilme kapasitesine sahip, iletişim becerileri gelişmiş, empati yeteneğini barındıran, zamanında kararlar verebilen, takım çalışmasında etkili ve kendi yeterliklerinin her seferinde farkında olabilen adayları tıp fakültesine seçmek üzere geliştirilen bir sistem mi daha adildir?

ki yeterlikleri fakültede aldığı sınav notlarıyla doğru orantılıdır denebilir mi? Cevaplarınızı az çok tahmin etsem de sizlerle Wingard&Williamson'ın bu konuda yapmış olduğu retrospektif araştırmanın sonucunu paylaşmak istiyorum: "Mezuniyet öncesi alınan notlarla mesleki performans arasındaki ilişki oldukça zayıftır." Çalışmanın bu çıkarımını analiz ettiğimizde, durumun öncelikli olarak 2 farklı nedeni* olabileceğini düşünürüz: Ya puan/sınav sisteminde eksikliklerimiz mevcuttur ya da fakülteye girişte, kabul edeceğimiz öğrenciler için uygun bir seçim yapamıyoruzdur. Fakültelerde yapılan yazılı/sözlü değerlendirmelere ve onların nasıl geliştirilebileceğine sonraki bir yazımda değineceğim. Şimdi ise gelin, öğrencileri tıp fakültesine nasıl kabul ettiğimize odaklanalım. (* Olası diğer faktörleri düşünmek sizin elinizdedir)

Seçim için kullanılan, 2 aşamadan oluşan çoktan seçmeli bir sınav sistemidir. Müfredatı ve soru biçimleri üç aşağı beş yukarı belli olan bu sınavlarda bir zaman kısıtlaması da mevcuttur. Yani temel felsefe olarak; bilgilerin hatırlanması ilkesine dayanmaktadır. Son yıllarda öğrencilerin yorum ve değerlendirme yeteneğini de ölçen sorular geliştirilmiş olsa da çoktan seçmeli sorulardan oluşan sınavlarda genelde yaşamdan izole edilmiş temel bilginin hızlıca hatırlanması beklenir. Temel bilgiyi daha hızlı hatırlayan öğrencinin öğrenme potansiyelinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Başka bir deyişle, bu sınav

sistemi, tıp fakültesini tamamlama olasılığı en yüksek olan öğrencileri seçmek üzere tasarlanmıştır. Evet, bu bir olasılık hesabıdır, tahmindir. Öğrenme potansiyelinin ölçülmesi için tutma olasılığı oldukça yüksek de bir tahmindir; ancak bu potansiyelin mesleki performansa dönüştürülmesi farklı bileşenleri içerdiğinden, mesleğin icra edilmesi sürecinde tahminin tutma olasılığı azalır.

Somut bir örnekle zenginleştirmek gerekirse; hekimin temel rolü, pratisyen, uzman veya akademisyen olmasından bağımsız olarak sorunları çözebilmesidir. Çözüm için temel bilgileri öğrenmiş olmanın yanında; sorunlara duyarlı olmak, etkili gözlem yapıp uygun verileri toplamak, analizler yaparak sonuçlara ulaşmak, bu sonuçların taraflarıyla etkili haberleşmek ve çözümler için uygun teknik ve insan kaynaklarını doğru kullanmak gerekmektedir. Saydığımız bu nitelikler, bilişsel özelliklerin yanında buna yandaş kişilik ve karakter özelliklerinin de önemli olduğunun altını çizmiyor mu?

Tıp fakültesine kabul edilme kriterleri, her şeyden önce adaletli, net ve şeffaf olmalıdır. Kanıtlarla uygunluğu gösterilmiş olması bu kriterlerin değerini tabiki pekiştirir. Tüm bunların yanında; başvuranların, haklarını yasal olarak kesinlik ile savunabilecekleri şekilde tasarlanmış olmalıdır. Mevcut sistemimizi bu niteliklerle hızlıca mukayese ederseniz; adaletli olduğunu söyleyebilir, net ve şeffaf olduğunu ileri sürebilirsiniz.

Ayrıca başvuranların haklarını yasal olarak savunabilecekleri somut sonuçlara (ne kadar doğru soru, o kadar puan) dayanması da önemli bir güçlü yanıdır. Yukarıda değinmiş olduğum; "mesleği geniş bir vizyonla icra edebilecek ve mesleğin ihtiyacı olan kişilik özelliklerini barındırarak etik değerlerin bilincinde olan öğrencileri" seçtiğini söyleyebilmek için elimizde kanıtlar var mıdır peki?

Zannetmiyorum ki, öğrencilerin adaletli seçilmesi gerekliliği konusunda fikir ayrılığı yaşayalım. Yalnız adil seçim kavramının biraz daha derinine inmek gerekecektir. Öğrencilerin sadece bilişsel (kognitif) yeteneklerinin ölçüldüğü süre kısıtlamalı çoktan seçmeli sınavlar adil bir seçim yapmakta mıdır? Yoksa bağımsız öğrenebilme kapasitesine sahip, iletişim becerileri gelişmiş, empati yeteneğini barındıran, zamanında kararlar verebilen, takım çalışmasında etkili ve kendi yeterliklerinin her seferinde farkında olabilen adayları tıp fakültesine seçmek üzere geliştirilen bir sistem mi daha adildir? Yok, hayır, belki de size göre öğrencinin fakülteye nasıl geldiği o kadar da önemli değildir. Sizce daha önemli olan fakültedeki eğitim/öğretim programının öğrenciye kazandıracakları ve bu kazanımların akılcı gözlenerek değerlendirilmesidir. Bu bağlamda herhangi somut bir puanlama sistemi ile öğrencileri sıralayan bir sistem sizin için adil olmaya yetecektir. Saydığım bu 3 farklı yöntemden, birinci ve ikinci yöntemi beraber kullanmaya çalışan sistem-

Bu yazının kaleme alınmasının sebebi, tıp fakültelerine öğrenci seçimi için kullanılan yöntemin bir anda değiştirilmesini önermek değildir. Schmidt&Hunter, kişilik özelliklerin geliştirilmesinin bilişsel yetenekleri de yüzde 20 oranında artırdığını göstermiş olsalar da, kişilik/karakter analizlerinin doğru yapılabilmesi için çok daha ileri araştırmalar gerektiği kuşku duyulmayacak bir gerçektir. Bu yazı ile amacım; eğitime başlayan öğrencilerin özelliklerine değinmek ve olası bir değişim için uyarıcı olmaktır.

ler son çeyrek yüzyılda giderek daha popüler hale gelmişlerdir. Öncelikle öğrencinin belirli bir bilişsel barajı aşabilmesi (ülkemize uyarlısarak üniversiteye giriş sınavında tıp fakültesine yerleşebilecek kadar bir puan alabilmesi) ve sonrasında kişilik / karakter özelliklerinin ölçüldüğü bir kurul karşısına çıkarılması (veya kişilik testlerinden geçirilmesi) geriye dönük meta-analizlerde birçok tıp fakültesinin yüzünü güldüren sonuçlar ortaya koymuştur.

Ölçme ve değerlendirme ile alakalı yazımda da değineceğim gibi, güvenilirlik (reliability) ve geçerlilik (validity) kullanılacak her metotta göz önünde tutulmalıdır. Güvenilirlik,

sonuçların tekrar edilebilmesidir. Diğer bir deyişle; aynı örnek uzaya farklı zamanlarda uygulanmış aynı metodun benzer sonuçlar vermesidir. Geçerlilik ise, uygulanan metodun gerçekten istenilen özellik veya yeterlikleri test edebilmesidir. Öğrencilerin tıp fakültesine seçilmesi konusuna uyarladığımızda geçerli seçme sistemi; “başvuranın tıp tahsili süresince ve sonrasında performansını doğru tahmin eden sistemdir” denebilir. Bilişsel yeteneklerin ölçülmesi (ki bunun temeli ortaöğrenim not ortalaması ve üniversiteye giriş sınavıdır) kişilik / karakter özelliklerinin ölçülmesine göre daha güvenilir sonuçlar ortaya koyar. Nitekim öğrencinin kişilik testlerine kimi zaman vermiş olduğu doğru olmayan yanıtlar veya oluşturulan kurulların ortayakoymuş olduğu yapılandırılmamış kriterler nedeniyle aynı öğrenci için aynı kurul içerisindeki farklı 2 öğretim üyesinin dahi farklı puanlamalar ortaya koyduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Geçerlilik kavramının bilişsel testlere uyarlanması ise biraz daha karmaşıktır. Bu testler belki tıp tahsili sürecinde öğrenci potansiyelini doğru tahmin edebilir; fakat bu tahmin, önceden de değindiğim gibi, mesleki performans için o kadar da güçlü değildir.

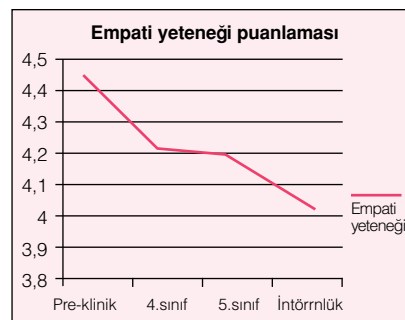
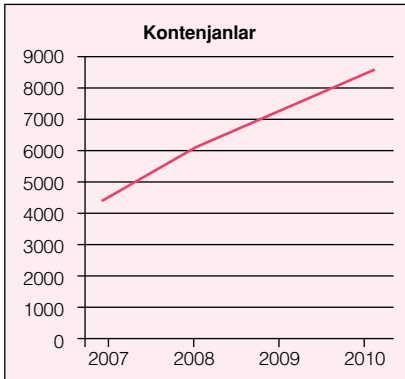
Bahsetmiş olduğum sistemin (önce bilişsel bir barajın aşılması, sonra kişilik / karakter analizi) güvenilirliğini artırabilmek için de farklı yöntemler geliştirilmiştir. Örneğin öğrencilerin kişilik testlerine kasıtlı olarak yanıltıcı cevaplar vermeye başlamaları, öğrencilerin cevapları yerine, akademisyenlerin öğrencileri değerlendirmesi gerekliliğini doğurmuş ve o süreç bugünkü tavsiye mektubunun (letter of recommendation) temeli olmuştur. Yine, öğrenci seçimi için oluşturulan kurulların bu seçimi yaparken izledikleri yöntemlerle adaletli, ilkeli ve rasyonel olduklarını tüm kamuoyuna ispatlayabilmeleri bir gereklilik olarak kabul görür olmuştur. Ayrıca, öğrencilerin sınavlarda almış adlıkları notların değerlendirmeyi yapan kurul tarafından bilinmesinin taraf tutmaya sebebiyet verdiği gösterilmiş ve kurulların öğrencilerin önceki puanlarından haberdar olmamaları sağlanmaya çalışılmıştır.

Peki, tüm bunlarla güvenilirlik kavramı çerçevesinde bugün istenilen sonuca

ulaşılabilmiş midir? Büyük aşamalar kat edilmiş olsa da bu sistemi uygulayan fakülteler tarafından hala tartışılmakta ve geliştirilmeye çalışılmaktadır. Aslında bugün, binlerce başvuru arasında öğrenci seçmeye çalışmaktansa, başvuru sayısının kendi kendine azalmasını sağlamak da akılcı bir yöntem olabilir. Bunun için yine tıp fakültelerine görev düşmektedir. Tıp fakülteleri ortaöğrenimini tamamlamak üzere olan öğrencilere meslekle ilgili gerçek bilgileri ulaştırmalıdır. Bu bilgiler sadece özendirici yanırları değil, bir hekimin sahip olması gereken kişilik özelliklerini, artan tıbbi hataları (ve bunların onlar tarafından anlaşılacak basit sebeplerini), memnuniyetsizlik ve bezginlik olgularını da içermelidir. Bunlar tercih yapacaklar tarafından anlaşılırsa kendinde gerçekten hekim olabilmek özelliklerini hissedenden genç arkadaşlar tıp fakültesini tercih edecek ve öğrenci seçimi biraz daha kolaylaşabilecektir.

Değirmeden geçmeyelim; kişilik / karakter özelliklerinin değerlendirilmesinin bir diğer zayıf yönü de “iyi hekim” için net olmayan tanımlamalardır. En basitinden, empati yeteneğini ele alalım. Empati yeteneğinin mezuniyet öncesi eğitim süresince, belirli aralıklarla yapılan ölçümlerde giderek azaldığı gösterilmiştir. Yani, öğrenci seçimi için oluşturulan kurullar empati yeteneği yüksek olan öğrencileri seçmiş olsa dahi, bu özellik hastane içerisinde çalışırken giderek kaybolacaktır. Empatinin tanımı, nasıl ölçüleceği ve zaman içerisinde ne kadar değişeceği konusundaki belirsizlikler, bu değerlendirmelerin güvenilirliğini etkilemektedir. Yine kişilik özellikleri genellenemeyen, durumlara özel niteliklerdir. Örneğin bir kişinin verdiği kararlardan oldukça emin olması, kesinlikle doğru karar vereceği anlamına gelmemektedir.

Bilişsel değerlendirmeler, tıp fakültesindeki eğitim programını tamamlaması en mümkün olan öğrencileri seçmektedir. Newcastle Üniversitesi’nde 1988 yılında yapılmış olan bir araştırmada, eğitimin klinik yıllarından “honours” derecesi ile mezun olan öğrencilerle diğerleri arasında veya fakülteyi tamamlayamamış öğrencilerle diğerleri arasında klinik eğitim öncesi okul notları baz alındığında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yani, kliniklerde başarıyı etkileyen başka unsurların bulunması söz konusudur. Şöyle ki; klinik öncesi eğitimdeki akademik başarıya sahip öğrenciyi düşündüğümüzde; içine kapanık, disiplinli, öz kontrolüne sahip, değişime pek açık olmayan, tekdüze (konulan tek hedefe



ulaşmaya çalışan) ve hırslı bir öğrenci gözümüzün önünde canlanır. Kliniklerde başarılı olmak ise biraz daha farklıdır; takım çalışmasında düşündüklerini dışa vurabilen, duyarlı, gerektiğinde bağımsız hareket edebilen, değişime açık, kargaşayı da yönetebilen, dışa dönük, rahat ve hissiyatını kontrol edebilen öğrenciler (veya hekimler) kliniklerde daha başarılı olmaktadır. Bu değerlendirmeler de göz önüne alınarak Newcastle Üniversitesi'nde şu bileşenleri içeren kişilik/karakter analizi yapılmasına karar verilmiştir:

- Yeniliklere açık ve sürekli geliştirilip değiştirilen eğitim sistemine uygun
- Zorluklarla ve kargaşayla baş edebilecek, yılmayacak
- Belirsizlikleri tolere edebilecek, kesin olmayan durumlarda da bir karar verilmesi gerektiğinin farkında olacak
- Zor durumda veya baskı altındayken başkalarına gücü ve bilgisi ile destek olabilecek
- Hekim olmak için kişisel gerçekçi iç motivasyona sahip ve
- Başkalarıyla çekinmeden iletişime geçebilecek, düşündüklerini özgürce belirtebilecek öz güvene sahip olacak.

Klinik ortamı da homojen olarak değerlendirip her disiplin veya anabilim dalı için benzer özellikler aramak da hatalı olabilir. Her uzmanlık veya kariyer dalının mutlaka kendine göre diğer bölümlerden farklılık arz edecek özellikler olacaktır. Nasıl bir öğrenciyi tıp fakültesine kabul edeceğiz? Veya soruyu genişletirsek; nasıl bir hekime ihtiyacımız var? Hughes, 1991 yılında son ürünün nasıl olacağına kim karar verecek sorusuna şöyle cevap vermiştir: "Belki de diğer doktorlara, hemşirelere, yöneticilere, eczacılara, laboratuvar teknisyenlerine, sağlık memurlarına, sekreterlere

ve hatta sokaktaki vatandaşa nasıl bir hekim istediklerini sormalı ve ona göre bir sonuca ulaşmalıyız."

Sağlık profesyoneli olmaya aday öğrencilerin seçilebilmesi için bilişsel değerlendirmelerin yanı sıra kişilik/karakter analizlerinin de yapılması konusunda geniş bir görüş birliği vardır. Yalnız, geliştirilen sistemin istenilen sonuçları verip vermediği geriye dönük olarak muhakkak değerlendirilmelidir. Hatta bizler ülkemiz için yükseköğrenime yaptığımız öğrenci seçimlerini bir an önce analiz etmeye başlamalıyız. Varın bu araştırmalar önceleri geriye dönük kohort çalışmaları olsun. Bir yerinden başlayalım ki, bu konuda da ileriye dönük randomize kontrollü araştırmalar yapabilelim.

Bu yazının kaleme alınmasının sebebi, tıp fakültelerine öğrenci seçimi için kullanılan yöntemin bir anda değiştirilmesini önermek değildir. Schmidt&Hunter, kişilik özelliklerin geliştirilmesinin bilişsel yetenekleri de yüzde 20 oranında artırdığını göstermiş olsalar da, kişilik / karakter analizlerinin doğru yapılabilmesi için çok daha ileri araştırmalar gerektiği kuşku duyulmayacak bir gerçektir.

Bu yazı ile amacım; eğitime başlayan öğrencilerin özelliklerine değinmek ve olası bir değişim için uyarıcı olmaktır. Prof.Dr. Musataf Şeker Hoca'nın bir sohbetimizde belirttiği gibi Tıp Fakültelerinde verilen eğitimin bir boyutunun da öğrencilerin kişilik özelliklerini geliştirmeye yönelik olduğunu ve eğitim sürecinde öğrencilerin karakterlerinde değişim ve gelişim süreci yaşadıklarını kabul etmek zorundayız.

Kaynaklar

- Benbassat J. & Baumal R (2007) *Uncertainties in the selection of applicants for medical school.* Springer Science.
- Donnon T. (2007) *The predictive validity of*

MCAT(Medical College Admission Test) for Medical School Performance and Medical Board Licensing Examinations. *Academic Medicine.* 82:100-107

Douglas E.F (1996) *The validity of noncognitive measures decay when applicants fake.* *Academy of Management Proceedings.*

Graham, J.W. & Boyd, M.A. (1982). *A structured interview for dental school admissions.* *Journal of Dental Education* 46: 78-82

Hughes R.J. (1991). *Medical Student Selection.* *Journal of Royal Society of Medicine.* 84:180

Julien E.(2005) *Validity of the Medical College Admission Test for Predicting Medical College Performance.* *Academic Medicine* 80:910-917

Kuncel N. (2001). *A Comprehensive Meta-analysis of the Predictive Validity of Graduate Record Examinations.* *Psychological Bulletin* 127: 162-181

Kylonen PC.(2005) *The Case for non-cognitive assessment.* *Educational Testing Service.*

MCAT Essentials (2011) . Association of American Medical Colleges

Mitchell K.J. (1990) *Traditional Predictors of Performance in Medical School.* *Academic Medicine* 65:149-158

Nayer, M. (1992). *Admission criteria for entrance to physiotherapy schools: How to choose among many applicants.* *Physiotherapy Canada* 44: 41-46.

Neufeld V.R. & Barrows H.S. (1973) *The McMaster's Philosophy.* 1041-1053

Powis DA (1988) . *The objective structured interview for medical student selection.* *British Medical Journal* 296:765-768

Salvatori P.(2001) *Reliability and Validity of Admissions Tools used to Select students for the Health Professions.* *Advances in the Health Sciences Education.* 6: 159-175

Schmidt FE & Hunter J.E. (1998) *The validity and utility of selection methods in personnel psychology: Practical and theoretical implications of 85 years of research findings.* *Psychological Bulletin.* 124:262-274

Shaw LD, Martz MD, Lancaster JC. (1995) *Influence of Medical School of Applicants' Demographic and Cognitive Characteristics on Interviewers' Ratings of Noncognitive Traits.* *Academic Medicine* 70:532-536

Türk Tabipleri Birliği. *Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu, Ankara, 2010.*

Wingard JR&Williamson W.J.(1973) *Grades as Predictors of Physicians' Career Performance: An Evaluative Literature Review.* *Journal of Medical Education* 48:311-323

Yükseköğretim Kurulu(YÖK), Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı. *Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Haziran, 2010*



Sağlık çalışanları için etkili iletişim

Doç. Dr. Arzu Kihitir



1992 yılında İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi'nden mezun oldu. 1995'te araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladı. İstanbul Üniversitesi'nde 2006 yılında doçent unvanını aldı. Halen İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi İletişim Sosyolojisi Anabilim Dalı'nda çalışmaktadır. İletişim becerileri, etkili iletişim, medya-demokrasi-siyaset, medya etkileri ilgi alanlarıdır.

Yazımızın asıl kaleme alınma amacı, sağlık çalışanları için, sağlıklı bir iletişimde yeniden hatırlanması gereken unsurlara yönelik bilgilerin paylaşılması olacaktır. Bu asıl amaca geçilmeden önce, bir temel oluşturması düşüncesiyle, öncelikle, sağlıklı iletişim ve temel iletişim becerileri ele alınacak,

daha sonraki bölümlerde asıl amaca yönelik bilgiler paylaşılacaktır.

İletişim kelimesi Latince bir fiil olan "communnicare"den gelmekte ve buna göre, açığa vurmak, iştirak etmek, paylaşmak anlamını taşımaktadır. İletişim kurmada bir niyet ve anlam ifade etme vardır. Diğer bir deyişle, iletişimde esasen bir kişi karşısındaki kişi ile bağlantı kurarak kendini ifade etmektedir. Bir ta-

kim simgeler kullanılması yoluyla, bir kişiden ya da gruptan diğerine veya diğerlerine bilginin, fikirlerin, tutumların veya duyguların iletilmesi olarak tanımlanabilen iletişim, en basit düzeyde üç unsura dayanmaktadır. İlk unsur, iletiyi gönderen, kaynak, ikinci unsur, iletiyi alıp açımlayan, hedef ya da kitle, son unsur da iletişimde gönderilen bildirim yani ileti olarak ifade edilebilir.



İletişim sözcüğü karşılıklı ilişki anlamında kullanıldığında; biz ve diğeri arasındaki karşılıklı ilişki, siz ve diğerleri arasındaki karşılıklı ilişki olarak tanımlanabilir. Gün boyu insanlarla iletişim içinde oluruz. Sözlerimizle, bakışlarımızla, yüz ifadelerimizle, giyinme biçimimizle, el kol hareketlerimizle, oturuşumuz, kalkışımızla karşımızdaki insanlara ve çevremizdekilere sürekli mesaj göndeririz. İletişim, yaşamımızın sesi soluğu olmakla birlikte, ilişkilerimize renk ve ışık getiren ve adeta kendimizi özgürce ve bütünüyle ifade etme sanatı olarak da tanımlanabilecek bir kavramdır. Yalnızca bilinçli zihinle sınırlı olmayan iletişim, içine sezgileri, içgörüler ve yüreği de aldığı güçlü bir iletişim haline dönüşmektedir.

Toplumu oluşturan bireyler birbirileri ile iletişim içindedirler. Sağlıklı bir toplum oluşmasında temel olan etkili iletişim, bireyler arasında gerginliği ve çatışmaları ortadan kaldırır. Bireyler arasında, etkili iletişimin tersine, iletişimi bozan unsurlar kullanıldığında ise toplumda gerginlik ve çatışmalar söz konusu olur. Diğer bir deyişle, toplumu oluşturan bireyler, konusu ne olursa olsun, sorunlarını çözmek için iletişim kurmak zorundadırlar. Uygur bir şekilde konuşma ve tartışma becerilerine sahip bireylerden oluşan toplumlarda sorunlar uygar bir şekilde çözülürken, iletişim becerileri açısından gelişmemiş bireylerden oluşan toplumlar sorunlarını çözerken sürtüşme ve çatışma yaşarlar.

İletişim hem özel hayatımızda hem de iş hayatımızda çok önemli bir yere sahiptir, insanın en önemli aracıdır. İletişim becerileri, başarılı bir kariyere ulaşma noktasında, liderlik etme, yönetme ve diğer insanlarla çalışmada mutlaka gereklidir. İletişim doğuştan sahip olunması gereken bir yetenek değil, sonradan kazanılabilir ve öğrenilebilir bir yetenek olarak değerlendirilmelidir. Öğrenilecek bazı kurallar, kullanılacak bazı teknikler, keşfedilecek bazı püf noktaları ve bol miktarda sağduyu iletişimin büyüsünü oluşturan şeylerdir. Tüm bunların yanı sıra iletişimde, doğru sözcükleri seçmeyi bilmek, beden dilini ve sesi en uygun biçimde kullanmak, iletişimimizin amacını ve stratejimizi iyi belirlemek de çok önemlidir.

İnsan ilişkileri, insani ilişkiler, iletişim konularında ilk olarak kabul edilmesi gereken her insanın birbirinden farklı tutumları, davranışları, yorumlama biçimleri, duyguları ve ümitleri olduğudur. Bu gerçeklik karşısında ilk akla gelen de şüphesiz insanları anlamanın ne denli zor olduğudur. Bu farklılıklar insanları birbirinden ayırır ve anlaşılması güç varlıklar haline getirir. İnsanlarla etkili iletişim kurmak isteyen herkes öncelikle bu

gerçeği kabul etmek durumundadır. İnsanı, farklılıkları ile kabul etmek onu anlamanın ilk aşamasıdır. Aksi takdirde, yukarıda da belirtildiği gibi insanlar arası ilişkiler bozulur ve bunun yansıması ile toplumsal çatışmalar ve gereksiz zaman kaybı ortaya çıkar.

Sağlıklı bir iletişim için, karşımızdaki kişilerin duygu ve davranışlarının, kendi düşünceleri, inanış tarzları ve olaylar karşısında geliştirmiş oldukları bakış açılarının sonucu oluştuğunu bilmek gereklidir. İletişim becerisi, karşılaştığımız olaylarla ilgili olası bakış açılarını ve tanımlamaları araştırmak, soruşturmak ve bütünleştirme sorumluluğudur. Bu sorumluluk olaylara farklı açılardan bakabilmeyi gerektirir. Her insan olaylara kendi bakış açısıyla tepki verir. Her insanın kendine özgü bir bakış açısının olması, insanların dünyayı diğer insanlardan daha farklı şekilde algılaması olasılığının yüksekliğini ortaya koyar. Buna göre her insan kendi deneyimlerine uygun bir yaşam modeli oluşturur ve hayata bakışını, buna uygun olarak sergileyeceği davranışları bu yaşam modeli belirler. Yaşam modelimiz yaşadıklarımıza anlam yüklemenizi sağlar. Hayatımız boyunca gördüklerimizi, duyduklarımızı ve hissettiklerimizi, düşünceye ya da yoruma dönüştürürüz. Bu düşünceler ve yorumlar bizim gerçekliğimiz olur. Burada önemli nokta, bu gerçekliğe varırken etken faktörün yaşamımız değil yaşam modeliniz olduğudur. Seçimlemizi yaşam modelimiz belirler.

Mc Quail ve Windahl'ın Gerbner'dan yaptıkları aktarıma göre, iletişim, iletiler aracılığıyla gerçekleştirilen toplumsal etkileşimdir. Buna göre Gerbner, iletişimin tamamlayıcı özelliği üzerinde durarak iletişim ile ortaya konan anlamın, alıcının daha önceden edindiği bilgi ve ön kabullere ve buna ek olarak iletişim eyleminin gerçekleştiği ortama bağlı olduğuna dikkat çekmektedir. Kişinin içine doğduğu, yetiştirildiği ortamdaki iletişim tarzı, kişinin düşünme, ifade etme tarzını, davranış tarzını etkiler. Her insan kendi izlenimlerine, önceki deneyimlerine ve beklentilerine göre birbirinden farklı ve özgün düşünceler üretir. Bu durum bilgilerin önyargılı olarak toplanıp değerlendirilmesi sonucunu getirir ki bu da iletişimi etkileyecektir. İnsanlar arası iletişim, iki veya daha fazla kişi arasındaki bilgi alışverişine dayalı karşılıklı etkileşimdir. Bu, karşılıklı etkileşimde iletişim, bilinçli olmakla beraber bilinçaltı üzerinde de etkilidir, bilincin kontrol edemediği bazı tepkileri harekete geçirebilir. Öyle ki, bazen bir tek söz bile adrenalin salgılanmasına neden olarak ürperti, kalp çarpıntısı, kasılma, yüz ifadesinin değişmesi vb. tepkiler yaratır.

Çift yönlü iletişimde alınan mesajlar biraz daha belirginleştirilerek konuşana geri gönderilir. Bu durumun doğal sonucu olarak konuşan kişi, gerçekten dinlendiğini hisseder ve iç dünyasını daha rahat ifade etmeye başlar, sorunlarını daha kolaylıkla algılamaya ve gerçekçi çözümler bulmaya başlar. Bu anlamda, aktif dinleme, öğüt vermek, yol göstermek, yargılamak ya da rahatlatmak gibi yaklaşımlardan daha yararlı olacaktır.

İletişim sadece konuşma olarak kabul edilemez, bunun ötesinde, iletişim, neyi, ne zaman, nerede ve nasıl söylemenin daha uygun olduğuna karar vermek, iletileri, dikkatimizi yoğunlaştırarak ve karşımızdaki kişiyle göz kontağı kurarak ona akıcı bir dille, basitçe aktarabilmek ve gönderdiğimiz mesajların algılanıp algılanmadığını fark edebilmektir. Başarılı iletişimim temel koşullarından biri, öncelikle karşımızdaki kişilere saygı duymaktır. Burada saygı duymak, onların varlığını kabul etmek, önemli ve değerli olduklarını hissettirmek, olduğu gibi benimsemek anlamını taşır. Kaya'nın, tanınmış bir psikolog olan William James'den yaptığı aktarıma göre, insanların en temel içgüdülerinden biri, başkaları tarafından kabul edilme duygusudur. Gerçekten de, kabul edildiğimizin göstergesi olarak sevilme, değer verilme en temel duygularımızdan biridir.

Kişiler arası iletişim, tüm insan iletişiminin temelidir ve en yalın ifadeyle kaynağını ve hedefini insanların oluşturduğu iletişim olarak tanımlanabilir. Söz konusu iletişim, fizik olarak hazır bulunduğu zaman karşılıklı tarafların her birinin davranışları üzerinde karşılıklı bir nüfuzun gerçekleştirildiği etkileşimi içermektedir. Kişiler arası iletişimde, bireylerin kendilerini ifade edebilmeleri, iletişim becerileriyle doğru orantılıdır. İletişim becerileri gelişmiş bireyler kendilerini doğru bir şekilde ifade etmede sorun yaşamazlar.

“Dinlemek ve “söylemek” iletişimin iki temel ögesidir. Bu iki temel ögesini uygun zamanlamayla kullanmak, hem konuştuğumuz kişiyi anlamamız hem de kendimizi anlatmamızda çok önemlidir. İletişim becerilerinin en önemlisi olarak sayabileceğimiz dinlemek, diğer insanlar ile iletişim kurmak isteyen herkes için önem taşımaktadır. Öyle ki dinlemek, sözel ifedelerden de, güçlü bir sestən de ve hatta yazılı bir ifadenin etkilime gücünden de önemlidir. Etkili bir iletişimden söz ettiğimiz yerde mutlaka iyi dinleme vardır. Bu önemine rağmen ne yazık ki pek az kişi iyi dinleme becerisine sahiptir.

Dinlemek, sadece karşımızdaki kişinin söylediklerine kulak vermek gibi pasif bir eylem değildir. Aksine ilgiyle ve etkin biçimde dinlemek son derece aktif bir eylemdir. İletişim sisteminin temel öğelerinden biri olan “dinlemek” duymakla aynı anlama gelmemektedir. Dinlemek, karşımızdakine dikkatimizi vermenizi kapsayan pozitif bir eylemdir. İyi bir dinleyici, iletişim kurduğu kişinin yalnız söylediklerini değil, beden hareketlerini de değerlendirir, diğer bir anlamda yüz ifadeleri, el, kol hareketleri, bedeninin duruş tarzı, ses tonu gibi sözsüz mesajları da “dinler”.

Bütün insanlar söylediklerinin önemli ve değerli olduğunu düşünürler. Karşımızdaki kişiyi dinlemek için ayırdığımız süre ve dinleme biçimimiz, ona verdiğimiz değerin önemli bir kanıtıdır. Duymaktan daha fazlasını ifade eden dinleme, karşımızdaki kişinin sesine, sözcük seçimine, tonlamasına, hızına, beden diline karşı duyarlı bir tavır sergilemektir. Dinleme becerileri ve yöntemleri, iletişim açısından önem taşımaktadır. Söz konusu dinleme becerileri içerisinde pasif dinleme, diğer bir ifadeyle edilgin dinlemede “sessizlik”, yani karşımızdaki kişiyi sessizce dinlemek, karşımızdaki kişiye kabul edildiği mesajını verdiği için, ona bizimle duygularını daha fazla paylaşma rahatlığı veren çok güçlü sözsüz bir iletidir. Ancak her zaman karşımızdaki kişiye dikkatimizi verdiğimizizi göstermez. Bazı kişiler, konuşmalarına devam edebilmek için desteğe ihtiyaç duyarlar. “Eklemek istediğiniz başka şeyler var mı?” veya “Devam etmek ister misiniz?” gibi konuşma aralarında karşımızdaki kişiye iletilecek bu sözlü destek iletileri iletişimin sürmesi anlamında faydalı olabilir. Dinleme becerileri anlamında en etkin dinleme becerisi ise katılımlı (etkin) dinleme olarak tanımlayabileceğimiz, dinleyenin, anlatanı yalnızca duyduğunu değil, aynı zamanda doğru olarak anladığını iletebilmesine imkân veren, en sağlıklı iletişim yöntemidir. Temel olarak, karşımızda konuşan kişinin söylediği sözleri açarak, tekrar etmekten

oluşan katılımlı (etkin) dinleme, insanlar arasında yalın, daha anlamlı bir ilişkinin gelişmesine olanak sağlar. Dinleyenin kendisini gerçekten duyduğunu gören karşımızdaki kişi, kendisine değer ve önem verildiğini, kabul edildiğini ve bunun sonucu olarak da önemsendiğini düşünür. Katılımlı (etkin) dinlemede, dinleyen kişi suskun ve pasif değildir. Tam tersine, karşısındaki kişinin konuşmalarını onaylayan ve onun duygu ve düşünceleri ile ilgili olduğunu ifade eden bir tavır içindedir. Bu tavır ile karşımızdaki kişiye, kendi başına düşünme ve kendi çözümlerini bulma konusunda yardımcı oluruz.

Etkin dinlemede gerekli yaklaşımları kısaca; yoğunlaşma, empati (Bir insanın, kendisini, karşısındaki insanın yerine koyarak onun duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması ve hissetmesi), kabullenme ve anlama gayreti gösterme şeklinde ifade etmek mümkündür. Dinlemek bir sorumluluk ve saygı belirtisi olarak algılanmalıdır. Karşımızdaki kişilerin dünyayı nasıl algıladıklarını görmeye çalışmak, dinlemenin sorumluluk boyutunu ortaya koymaktadır. Kendi duygu ve düşüncelerimizi, kendi bakış açılarımızı bir kenara bırakarak olaylara karşımızdakilerin gözlerinden bakmaya çalışmak bir sorumluluk olmanın ötesinde, karşımızdaki insana onu umursadığımız ve hayatına ve yaşantısına önem verdiğimiz mesajını vermesi açısından da bir saygı belirtisi olarak kabul edilmektedir. Etkin, yani empatik dinlemeyi bilen ve uygulayan kişi, karşısındaki ile iletişim kurmada en önemli aşamayı başarıyla tamamlamış demektir.

Karşımızdaki kişiyi, kendi değer yargılarına göre derinlemesine dinlemek onu gerçekten anlamamıza olanak sağlayacaktır. Kişilerarası ilişkilerde en önemli ilke, aslında önce karşımızdakini anlamaya çalışmaktır. Bu ilke etkili iletişimin anahtarıdır. Söz konusu “önce anlamaya çalış” ilkesi çok derin bir paradigma değişimi gerektirir. Çünkü insanlar genelde önce anlaşılacak ister. Birçok insan karşısındaki anlamak amacıyla değil yanıtlamak amacıyla dinleme faaliyetini gerçekleştirir, anlamaya çalışmak yerine ya konuşurlar ya da konuşmaya hazırlanırlar ve karşısındaki kişilerin yaşamlarını kendi öz yaşamlarıyla özdeşleştirirler. Oysaki empatik dinleme, karşımızdaki kişinin değer yargılarını işin içine katar. Empatik dinlemede, dünyayı karşımızdaki kişilerin gördüğü gibi görürüz ve onların ne hissettiklerini anlamaya çalışırız. Öncelikle dinleme becerisi ile başlayan iletişim becerisinin bir sonraki temel hedefi anlamaktır. Bu temel hedefe ulaşabilmek için de karşılaştığımız olaylarda konuyu “karşı açıdan” görebilme becerisini kazanmış olmak önem kazanmaktadır.

Etkin dinlemede esas olan istemek ve niyet etmektir. Dinlemek, birini anlamak, birini eğlendirmek, bir şey öğrenmek, yardım etmek ya da avutmak niyetiyle gerçekleştirilir. Bu niyetler dışında yapılan dinlemede asıl niyet dinlemek değil başka gereksinimlere cevap aramaktır. Sözde dinleme olarak adlandırabileceğimiz bu dinlemede söz konusu gereksinimler şu şekilde sıralanabilir: İnsanlara ilgilendiğinizi düşündürmek, böylece sizi sevmelerini sağlamak, reddedilme tehlikesiyle karşı karşıya olup olmadığınızı anlamak için tetikte olmak, belli bir bilgi için dinlemek ve diğer bilgileri görmezlikten gelmek, sonraki yorumunuza hazırlamak için zaman kazanmak, yarı dinlemek, böylece diğerlerinin de sizi dinlemesini sağlamak, başkalarının duyarlılıklarını keşfetmek ya da çıkar sağlamak, haklı çıkabilmek için bir tartışmadaki zayıf noktaları aramak ve saldırı için silah kazanmak, insanların nasıl tepki verdiğini kontrol etmek ve istenen etkiyi yarattığınızdan emin olmak, iyi, kibar ve düşünceli bir insanın öyle yapması gerektiği için yarı dinlemek, birilerini incitmeksizin ya da gücendirmeksizin nasıl kaçacağınızı bilmediğiniz için yarı dinlemek.

Zaman zaman hepimiz sözde dinleyici oluruz. Genelde ilişkilerimizde sorun, sözde dinlemenin gerçek dinlemeden daha çok olduğu durumlarda ortaya çıkar. Bunun tersi olan durumda ise yani gerçek dinlemenin daha çok olduğu iletişimlerde ilişkilerimiz de o oranda iyi olur.

Özetle, iyi bir dinleyici, geri iletim sürecini yerinde kullanmasını bilen dinleyicidir ve bu sayede iletişimin tek yönlü olmasını da engeller. Aktif dinleme olarak isimlendireceğimiz, çift yönlü iletişim meydana gelir. Çift yönlü iletişimde alınan mesajlar biraz daha belirginleştirilerek konuşana geri gönderilir. Bu durumun doğal sonucu olarak konuşan kişi, gerçekten dinlendiğini hisseder ve iç dünyasını daha rahat ifade etmeye başlar. İç dünyasını rahatça ifade edebilen kişi, sorunlarını daha kolaylıkla algılamaya ve gerçekçi çözümler bulmaya başlar. Bu anlamda, aktif dinleme, öğüt vermek, yol göstermek, yargılamak ya da rahatlatmak gibi yaklaşımlardan daha yararlı olacaktır.

Dostluklar, genel kanının aksine, konuşmanın değil, dinlemenin sonucunda oluşur. Etkin dinleme yaparak insanları anlayan, değer veren insan, bir güven ve anlayış ortamı yaratır ki, bu ortam içinde herkes tarafından özlenen, izlenen, beraber olunmak istenen bir insan olur. Birbirimizi dinlemezsek iş yaşamında da, özel yaşamımızda da ilişkiler, gelişme potansiyelini ve kalitesini kaybeder.

Başarılı iletişimin, dinlemek dışında bir diğer temel ögesi de söylemektir. Bu noktada, kullandığımız sözcüklerin ve beden dilimizin etkisi söz konusu olacaktır. Kişiler arası iletişimde mesaj, sözler, beden dili dediğimiz sözel olmayan davranışlar ve ses tonu, vurgular ve susmalar olarak tanımlayabileceğimiz söz ötesi davranışlar biçiminde kodlanabilir. İletişimde, söz ötesi davranışlar olarak da değerlendirilebileceğimiz, sözel olmayan öğeler, konuşmanın sesle ilgili olan ve sözel içeriğinin dışında tutulan kısmını oluşturmaktadırlar. Sesin yüksekliği, tonu, tınlaması, temposu, şiddeti ve ritmini içerir. Sözel olmayan öğelerle, aslında belkide farkında olmadan duygularımız ve düşüncelerimiz hakkında bilgi veririz. Ne söylediğimizden çok, onu nasıl söylediğiniz iletişim esnasında neler hissettiğimiz hakkında çok fazla ipucu ortaya koyar.

Sözcüklerin duygu, heyecan ve izlenim yaratma ve uyandırma gücü vardır. Bu tarz durumlar yaratan sözcükler mutlaka bilinçaltına takılır, bu da beden dilimize yansır. Bilinçaltımız, konuşurken söylenmeyenleri bedenimizle söyler. Buna göre beden dilimiz yani bakışımız, konuşma tarzımız, tavır ve davranışlarınız söylediklerimizle uyumlu olmalıdır. İletişimde kullandığımız sözcükler o denli güçlüdürler ki, doğru ve yerinde kullanıldıklarında dünyamızı değiştirecek kadar etkilidirler. Kullandığımız sözcükler ile karşımızdaki kişilerin kendilerini umutlu, mutlu, enerjik, hayat dolu, keyifli ve neşeli hissetmelerini sağlayabilirken, bunun tam tersi olarak farklı sözcükler seçmemiz durumunda ise onların kendilerini keyifsiz, umutsuz, enerjisiz hissetmelerine yol açabiliriz.

İletişim, beden ve bilinç düzeyinde gerçekleşir. Sağduyu, eleştirel yargı, analiz ve düşünme, hesap, tasarı, hedef ve strateji belirleme, bütün bunlar bilince aittir. Kısacası duygu ve düşünceden kaynaklanan ve bilincine vardığımız herşey bilince aittir. Buna karşılık, ilham, duyarlılık, duygusallık, imgeler (duyularla alınan bir uyaran söz konusu olmaksızın bilinçte beliren nesne ve olaylar, hayal, imaj) ve metaforlar (bir sözün benzetme amacıyla, başka bir söz yerine kullanılması), semboller ve arketipler (geçmişten günümüze gelen ve böylelikle belli alışkanlıklarımızın ve bununla beraber kültürümüzün oluşmasını sağlayan zihinsel görüntüler) bilinçaltına aittir.

İletişimde beden, bilinç, bilinçaltı aynı anda kullanılır. Bilinçaltımız ilişkilerimizde olup bitene karşı bilincimize oranla daha dikkatlidir, daha kesin ve keskin algılara sahiptir. En küçük hareket bile bilinçaltımızın gözünden

kaçmaz ve sözler ile davranışlar arasındaki en ufak bir uyumsuzluk, tutarsızlık olduğu zaman bunu fark ederek bizi uyarır. Konuşma dilinin tersine, beden için yalan söylemek veya bazı şeyleri gizlemek neredeyse imkânsızdır. Çünkü bedenimiz ile duygu dünyamız ve bilinçaltımız arasında görünmeyen bir bağ vardır. Bu nedenle çoğu zaman bilincimizden önce tepki verir. Böylece de derinlerde, gerçekte olan biteni açığa çıkarır. Başarılı bir konuşmacı, sadece kullandığı sözcükleri değil aynı zamanda beden dilini de etkili biçimde kullanır. Kişiler yaşamları boyunca çoğunlukla farkında olmadan günlük beden dilini son derece etkili olarak kullanırlar ancak bedenlerini sözcükleri kontrol ettikleri gibi kontrol edemezler. Çünkü bedenimiz, olaylara ve durumlara karşı çok daha fazla kendiliğinden tepkiler verir.

Sözel olmayan iletişim genellikle beden dili olarak adlandırılır. Tıpkı sözel iletişim yani konuşma gibi mesaj ilemenin bir yoludur. Burada tek fark iletişimin sözcükler değil mimikler, jestler, dokunma, fiziksel hareketler, vücudun duruşu, beden donatıları (kıyafetler, mücevherler, saç tarzı, vb.) aracılığıyla gerçekleştirilmesidir. Karşımızdaki insanlarla iletişim kuramamamız mümkün değildir. Hiçbir sözcük kullanmadan da duygularımızı ve tutumlarımızı iletebiliriz. Bunun için beden hareketlerini, yüz hareketlerini, el kol hareketlerini kullanırız. Duruşumuzla ve uzamsal ilişki olarak adlandıracağımız, karşımızdaki kişiyle aramıza koyduğumuz uzaklıkla da mesaj vermemiz mümkündür.

Beden dilini anlamak önemlidir, çünkü bir iletinin etkinliğinde beden dili önemli bir oranda belirleyicidir. Mckay ve diğerlerinin Albert Mehrabian'dan yaptıkları aktarıma göre, iletelerimizin etkinliği; %7 sözel iletişim, %38 sesin yüksekliği, tonu ve ritmini içeren söz ötesi davranışlar ve %55 yüz ve beden hareketlerimizden (beden dili) oluşmaktadır. Beden dilimiz, bilinç dışı duygu ve tutumlarımız hakkında çok fazla şey "söyler".

Bilinçaltımızla beden dili arasındaki bağ nedeni ile gerçek duygu ve düşüncelerimizin yer aldığı bilinçaltımız, iletişim anında sözlerden önce beden dilimizle ifade edilir. Burada, beden dili açısından tutarlılık önemlidir. Kullandığımız sözcüklerin anlamları, el kol ve yüz hareketlerinden oluşan beden diliyle uyum içinde olmalıdır. Beden dili, kişinin gerçek düşüncelerini, duygularını ve niyetini de belli eder. Gerçek duygu ve düşüncelerimizi sözcüklerin arkasına gizlemek belki olasıdır ama daha öncede ifade edildiği gibi

beden dilimizi gizlememiz çoğu zaman imkânsızdır. Özellikle duygu dünyamızın anlaşılmasında asıl etkili olan sözcükler değil beden dilidir.

Kaynaklar

Adair, John (2006); *Etkili İletişim*, İstanbul:Babiali Kültür Yayıncılığı.

Baltaş, Zuhale (2006), *Duygusal Zeka*, İstanbul: Remzi Kitabevi.

Carnegie, Dale (2004); *İçinizdeki Lider*, İstanbul:Epsilon Yayınevi.

Cüceloğlu, Doğan (2009), *'Keşke'siz Bir Yaşam İçim İletişim*, İstanbul:Remzi Kitabevi.

Cüceloğlu, Doğan (2008), *Yeniden İnsan İnsana*, İstanbul:Remzi Kitabevi.

Dökmen, Üstün (2009), *İletişim Çatışmaları ve Empati*, İstanbul:Remzi Kitabevi.

Kaya, Canten (2007); *Etkili İnsan Olmanın İncelikleri*, İstanbul:Kariyer Yayıncılık.

Lazar, Judith (2001), *İletişim Bilimi*, Ankara:Vadi Yayınları.

Mckay, M., M. Davis, P. Fanning (2006), *İletişim Becerileri*, Ankara:HYB Yayıncılık.

Mc Quail, D., S. Windahl (2005), *İletişim Modelleri*, Ankara:İmge Kitabevi Yayınları.

Nachez, Erica Guilane (2003), *İletişim mi? Kolay!*, İstanbul:Sistem Yayıncılık.

Navarro, Joe (2008), *Beden Dili*, İstanbul:Alfa Yayınları.

Oskay, Ünsal (2005), *İletişimin ABC'si*, İstanbul:Der Yayınevi.

Osmay, Nüvit (2008), *İnsan Mühendisliği*, İstanbul:Alfa Yayınları.

Özer, Kadir (2009), *İletişimsizlik Becerisi*, İstanbul:Sistem Yayıncılık.

Urban, Hal (2008), *Olumlu Sözcükler Etkili Sonuçlar*, Ankara:Elma Yayınevi.

Hastalara kötü haber vermek

Prof. Dr. Ertan Tezcan



1957 yılında Ankara'da doğdu. İlköğretimi İstanbul Pertevniyal İlkokulu'nda tamamladı. Orta ve lise eğitimini Saint Benoit Fransız Lisesi'nde yaptı. 1984'te Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ondokuz Mayıs, Fırat ve Maltepe Üniversiteleri ile SSK İzmit ve Kartal Lütüfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde çalıştı. Bir dönem Paris V Üniversitesi Saint Anne Psikiyatri Hastanesi'nde görev yaptı. Türkiye Psikiyatri Derneği Elazığ Şubesi'ni ve Fırat Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniğini kurdu. Halen Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Psikiyatri Klinik şefi olarak görev yapmaktadır. Anadolu Psikiyatri Dergisi, Yeni Symposium gibi psikiyatri dergilerinde editör yardımcılığı görevinde olup birçok psikiyatri dergisinde yayın kurulunda ve bilimsel danışma kurullarında bulunmaktadır. 2003 yılında Rasim Adasal Ruh Sağlığı Bilim Ödülü'nü kazanmıştır.

Acı çeken bir insanın yüzü, bize her şeye gücümüzün yetmediğini, sınırlılıklarımızı, başarısızlıklarımızı ve ölümlülüğümüzü hatırlattığı için; dikkatimizi bu acı çeken yüzden daha çok mekanik şeylere yönlitiyor olabilir miyiz?
E. Kübler-Ross

E r Ryan'ı Kurtarmak filmi beni çok etkilemiştir. Filmin başında Amerika Birleşik Devletleri Ordusuna bağlı görevliler II. Dünya Savaşı'nda üç oğlunu kaybeden anneye durumu bildirmeye gidiyorlar. Üstelik kadının dördüncü oğlu da cephede ve ateş hattında. Bu durumda daha görevlilerin arabasının yaklaşmasıyla birlikte yere çöken bir anneye ne söyleyebilirsiniz?

Asistanlık yıllarımda Ortopedi Kliniğinin de bir konsültasyona davet edilmiştik.

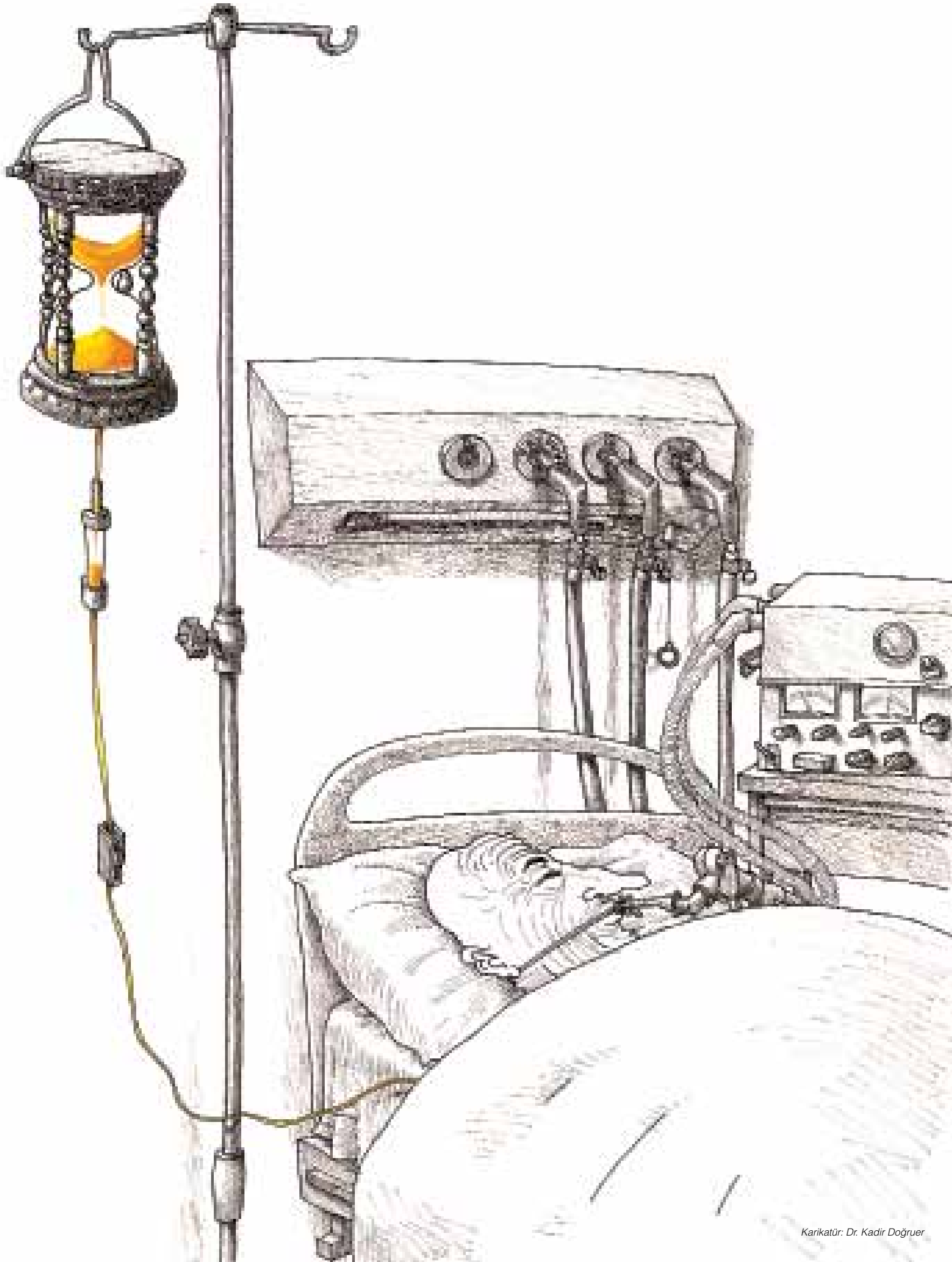
Bacaklarından birinin kesilmesi gereken genç bir hastaya durumu izah etmemiz isteniyordu. Hocam konsültasyon kağıdına, "Hasta ile görüşüldü. Operasyonu planlayan ekibin hastaya yapılacak işlemi anlatmaları daha doğru olur" diye kısa bir not koymuştum.

Konu ile ilgili yakın gözlemlerimden biri de kısa hastane yöneticiliği hayatımda ameliyathanede çalışan personelin ameliyathaneden fazla ayrılmak istememesi ve başka bir birimlerde çalışmaya isteksizliği idi. Düşünün; ameliyat biter bitmez ya da doğum sonlanır

sonlanmaz personel kapıya çıkıyor ve telaşla bekleyen aile fertlerine şu cümleleri söylüyor: "Müjdelere olsun nur topu gibi bir çocuğunuz oldu". Ya da kritik bir ameliyattan sonra, "Gözünüz aydın, yakınınız çok başarılı bir operasyon geçirdi. Birazdan sizi yanına alacaklar". İyi bir haberi vermenin her zaman keyifli tarafları vardır. Eğer ameliyathaneden dışarı sizi bilgilendirmek için ilk önce doktor çıkıyorsa yandınız.

Son yıllarda özellikle özel hastanelerde ciddi bir istihdam var: Halkla ilişkiler. Halkla ilişkilerle ilk kez 2000 yılının ba-





Danışılan, karşısındaki hastanın kişilik özelliklerini, aile içinde oynadığı rolü, duygusal durumunu, eğitim düzeyini, hastalık hakkında neyi ve ne kadar bildiğini, ne iş yaptığını, verilecek bilgiyi hangi düzeyde anlayabileceğini değerlendirmelidir. Bilgilendirme sürecinde hastanın beden dili gözlenmeli, kaygıları önemsenmeli, hastaya istediği kadar bilgi ve detay verilmelidir. Hastaya açık ve dürüst olmalı, hastanın anlayabileceği bir dille ve sabırla konuşmalı, hastayı gereksiz yere ne aşırı umutlandırmak ne de umudunu kırmak konularında dikkatli olunmalıdır.

şında bir özel üniversite hastanesinde karşılaştım. Yoğun bakımda yatan hastanın yakınları bilgi almaya çalışıyordu. Halkla ilişkiler görevlisinin konuşmasının daha on beşinci saniyesinde hastanın yoğun bakımda değil morgda olduğunu anlamıştım ama rahmetlinin yakınları kendisini yoğun bakımda zannediyorlardı. 27 yıllık hekimlik hayatımda beni de en çok zorlayan şey, hastaya ve ailelere bazı gerçekleri anlatmak oldu. 20 yaşındaki bir gencin şizofreni olduğunu lafı eveleyip gevelemeden ailesine nasıl anlatabilirsiniz?

Benzer anı ya da düşüncelerim sayılamayacak kadar çok ama bu yazı ile benden istenen biraz daha farklı bir şey ya da daha ciddi bir yazı. Bir hekim olarak bildiğim şey, sağlık çalışanlarının tamamı bir şekilde kötü haberi hasta ve/veya yakınlarına iletmek zorunda kalırlar. Gerçekte işinin bir parçası olan ve uygun bir biçimde yapılması gereken bir iletişimdir ve daha ötesi bir hekimlik görevidir. Bu

görevin iyi yapılması mesleki onura ve doyuma ciddi katkıda bulunmaktadır. Buna karşın hekimlerin kötü haber verme konusunda akademik bir eğitim almadıkları da bir gerçektir.

Kötü haber

Öncelikle kötü haber kavramına değinmek istiyorum. Sonuçları kişinin beklediğinden daha olumsuz olan, mevcut yaşamına ve geleceğine bakışını olumsuz yönde önemli derecede etkileyecek haber; kötü haberdır. Ptacek ve Eberhardt kötü haberi; ümit etme duygusunun olmadığı ya da bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik haline tehdit oluşturan, yerleşik yaşam biçimini altüst etme riski olan ya da bireyin yaşamındaki seçimlerini azaltma anlamı taşıyan mesaj olarak tanımlamışlardır. Kişi için değişik dönemlerde değişik durumlar kötü haber olabilir. Ergenlik döneminde kronik bir hastalık tanısının konması, anne ile babanın ayrılmaya karar verdiklerini bildirmeleri, çocuğunun düğün döneminde by pass önerisi, çok çocuklu ve çocuklarının tamamı kız olan bir anne için son gebeliğinde tekrar bir kız çocuk beklediği haberi gibi... Kötü haber verme ile ilgili durumların bir kısmında yaşamsal bir tehdit olmamakla beraber, süreç içinde kötü haberi vermek ciddi bir sorun ve dikkatlice ele alınması gereken, tedbir ve beceri gerektiren bir durumdur. Kötü haberin etkisi, ortaya çıkan tıbbi sorunun büyüklüğüne bağlı olarak bireyin durumunu, yaşama bakışını, çevre ile ilişkilerini, isteklerini, beklentilerini, planlarını, hayallerini ne derecede etkileyeceği ile yakından ilintilidir. Her türlü koşulumuzu etkileyen ve dengelemizi alt üst eden kanser ya da yaşam tehdidi taşıyan bir diğer ciddi hastalık gerçeği ile yüz yüze gelmek; kaçma imkânı olmayan bir yaşam krizidir.

Bilgilendirme hakkı

Kötü haberi verme (bilgilendirme) hastanın hakkı olduğu kadar; ruhsal bir gereksinimdir. Bilgilendirme hakkı, Dünya Tabipler Birliği tarafından Eylül 1995 tarihinde Endonezya'da düzenlenen toplantıda Uluslararası Hasta Hakları Bildirgesinin 7. maddesinde tanımlanmaktadır. Türk Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve İlaç Araştırmaları Yönetmeliği de, hastanın bilgilendirme hakkını yasaya bağlamıştır. Ayrıca 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliğinin üçüncü bölüm, 15. Maddesinde, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı net olarak tanımlanmıştır. Bu durumda, hastaya tanıyı söylememek yerine tanının uygun bir biçimde nasıl iletileceği düşünülmelidir.

Kötü haberi veren kişide duygulanım

Eğer kötü haber ciddi, ölümcül ya da organ kaybına neden olabilecek bir hastalık ise bu haberi vermek her durumda haberi veren kişide de olumsuz duygular yaratan bir durumdur ve hiçbir sağlık personeli de kötü haber vermekten hoşlanmaz. Bu hoşnutsuzluk, haberi verecek kişi kadar haberi alan kişinin tepkilerini de aynı anda içeren bir süreci de beraberinde getirir. Kötü haber, hasta ve aile tarafından tedavi ekibinin tanınan ve güvenilen, terapötik bağı önceden kurmuş olan birisi (danışılan) tarafından verilmelidir. Danışılanın kendi duygusal tepkilerini kontrol edememesi, suçlanma ve nasıl söylemek gerektiğini bilememe korkuları, hastanın duygusal tepkisinin denetimden kurtulup ortaya çıkıvermesi durumunda bu sorunla nasıl başa çıkılacağını bilememesi, hastanın belirsizliğini paylaşmaktaki güçlük ile hastalık ve ölümden kişisel olarak korkması, hastanın çok genç olması, hasta ile uzun süren bir tanışıklığın olması, danışılanı duygusal yönden mutlak surette olumsuz etkileyen etmenlerdir.

Kötü haberi alanda duygular

Danışılanın aklında tutması gereken diğer bir bilgi, ölüm korkusunun tek bir duygusal durum olmadığıdır. Kötü haberi alanda ortaya çıkabilecek başka endişe, korku ve duygular söz konusudur. Hareket kaybı, sakat kalma, bedeninin zedeleneyeceği, beden işlevleri üzerinde denetimin kaybolacağı korkusu gibi hastalıkla ilgili korkular; acı duyma, baş edememe, aklını ve kontrolü kaybetme gibi ruhsal etkilerle ilgili korkular, varoluşsal ve dinsel kaygılar, tedavinin yan etkileri, beden imgesinde bozulma korkuları, cinsel işlev ve çekicilik kaybı, aile içinde rolünü kaybetme ve aileye yük olma ve bağımlı hale gelme, ilgi, onay ve sevginin kaybedileceği, tedavi giderlerinin karşılanamayacağı korkuları, ayrılık ve gelecek endişesi, pişmanlık, suçluluk, cezalandırılma duyguları gibi pek çok duygu ve korku hastada ortaya çıkabilir.

Kötü haber vermede izlenecek süreç

Görüşme öncesi danışılanın bir görüşme planının ön hazırlığını yapması ve bu bağlamda hastayı bireysel ve sosyal kimliğiyle bütünleşmiş bir insan olarak ele alıp tanımaya yönelik bir tutum izlemesi gerekmektedir. Danışılan, karşısındaki hastanın kişilik özelliklerini, aile içinde oynadığı rolü, duygusal durumunu, eğitim düzeyini, hastalık hakkında neyi ve ne kadar bildiğini, ne iş yaptığını, verilecek bilgiyi hangi düzeyde anlayabileceğini değerlendirmelidir. Danışılan, kişilerarası ilişki becerisinin, hastanın daha sonraki ruhsal iyilik durumu ile doğrudan ilişkisi olduğunu da ima aklında tutmalıdır. İyi yapılmadığı takdirde kötü haber verme ile ilgili anılar

hem haberi veren, hem de alan kişilerde olumsuz izler bırakan durumlardır.

Başlangıç

Danışılan, yeterli klinik bilgiyi aldıktan, zihinsel prova ve duygusal hazırlığını yaptıktan, hangi bilgilerin verileceğini planladıktan, uygun görüşme yerini sağladıktan ve zaman ayırdıktan sonra görüşmeyi başlatmalıdır.

Görüşme ortamı, görüşmenin başlatılması

Kötü haber, sakın ve özel bir ortamda verilmelidir. İlk görüşmenin kesintiye uğramadan yapılması için yeterli zaman ayrılmalıdır. Görüşme yerindeki harici telefon ve mobil telefonlar öncelikle kapatılmalıdır. Danışılanın yanında kâğıt mendil bulundurması teferuat gibi algılanabilecek önemli bir detaydır. Kötü haber görüşmesi yüz yüze yapılmalıdır. Sözel iletişim, kişinin yakınına yaklaşıp selamlaşma ve kendimizi tanıtırma ya da hatırlatma ile başlar. Hastaya kimleri yanında istediği sorulmalı, hastanın yanında biri ya da birileri varsa, kim olduklarını öğrenmeden bilgilendirmeye başlanmamalıdır. Konuşmayı başlatırken uygun hitabı kullanarak, mesafeyi ayarlayarak ve beden dilimizin iletilerine dikkat ederek terbiye kurallarına uyulmalıdır. Konuşmaya “Şu anda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?”, “Geceyi nasıl geçirdiniz?”, ya da “Biraz konuşmamız gerekiyor, beni dinleyebilecek durumda mısınız?” gibi bazı sorularla başlanabilir. Hasta ile göz temasının yanı sıra zaman zaman hastanın elini ya da kolunu tutmak da rahatlatıcı olabilir. Konuşmayı başlatmadan önce, hastanın tıbbi durumunu bilmek de önemlidir. Hastanın ağrısı, sıkıntısı, bulantısı, uykuya eğilimi gibi tıbbi iletişimsel engeller varsa, bu tür bir konuşmayı yapmamak gerekir. Hasta tarafından açıklamaların dinlendiği, önemsendiği, yargılanmayan, anlaşılmaya yönelik çaba gösterilen ve ne dediğimizi duyduğumuz bir konuşma hedeflenmelidir.

Hastanın bilgilendirilmesi

Hastanın bilgilendirilmesi aynı zamanda terapötik ve empatik bir ilişki kurmaktır. Hastanın neyi ne kadar bildiği araştırılmalı, neyi ne kadar bilmek istediği belirlenmelidir. Hastaya karşı ulaşıldığı açık olunmalı ve anlayacağı bir dil kullanılmalıdır. Hastanın hızında ilerlemeğe dikkat etmek, tıbbi tanımlamalardan kaçınmak, kısa cümleler kurmak ve hastanın anladığını test etmek önemlidir. Bilgilendirme sürecinde hastanın beden dili gözlenmeli, kaygıları önemsenmeli, hastaya istediği kadar bilgi ve detay verilmelidir. Hasta duygularının gösterilmesine cesaretlendirilmeli,

kendisinin ve aile bireylerinin duygularını dışı vurmalarına yardımcı olmalı, paylaşmalıdır. Bu süreçte hasta tarafından verilebilecek şiddetli duygusal tepkilere maruz kalma korkusu, hekimin esas mesajı iletmeyi bir kenara bırakarak gereksiz teknik ayrıntılar hakkında konuşmaya itebilir. Bunlara ek olarak hasta ile yüz yüze görüşülebilecek ortamda aynı zamanda aile fertlerine de yeterince zaman ayrılmalıdır. Kullanılan dil, tıbbi terimlerden uzak olmalı ve zaman zaman hastanın anladığı kibarca kontrol edilerek mevcut yanlış algılamalar düzeltilmelidir. Prognoz için geniş bir zaman çerçevesi verilmeli, başka bir şey yapılamaz mesajı vermekten kaçınılmalıdır. Durumu tekrar gözden geçirmek için yeni görüşme zamanı belirlenmelidir. Tedavi seçenekleri konuşulmalı ve tanının söylenebileceği diğer kişiler belirlenmelidir. Destek alınabilecek kaynaklar hakkında bilgi verilmelidir. Hastaya açık ve dürüst olmalı, hastanın anlayabileceği bir dille ve sabırla konuşmalı, hastayı gereksiz yere ne aşırı umutlandırmak ne de umudunu kırmak konularında dikkatli olunmalıdır.

İyi iletişim engelleri

Hastayla iyi bir iletişim kurmadaki temel engeller; sosyal statü, yaş ve cinsiyet farklılıklarıdır. Diğer engeller ise hastanın iletişim yeteneğini kısıtlayan utanma, suçluluk ve korku gibi duygulardır. İletişimde zaman kısıtlılığı da çok sık dile getirilir. Hastalara kötü bir görüşmenin nedenleri sorulduğunda; doktorun aşırı duyarsızlığı, yer ve zamanın böyle bir görüşmeye uygun olmadığı ve ümit verici olunmadığı cevapları alınmaktadır. “Moralini iyi tutarsan daha iyi olursun”, “Çok daha kötü durumda olanlar var, sen yine iyisin”, “Kimin başına ne geleceği belli olmaz, Ben de by pass geçirdim, yarın ölebilirim” gibi iyi niyetle de olsa söylenen bazı cümlelerin hastaların ihtiyaçlarını karşılamaktan çok kızgınlığa ve anlaşılmama duygusuna yol açtığını bir gerçektir.

Tanı söylenmeli mi?

Öncelikle, “Hasta ne biliyor, ne bilmek istiyor, asta ne kadar bilmek istiyor?” sorularına yanıt aramalıyız. Kötü haber vermek konusunda düşünülmesi gereken ve ciddi etik kaygılara neden olan zor soru ise, “Kötü haberi verirken gerçeği söylemek zorunda mıyız?” sorusudur. Günümüzde hastaların her tür tıbbi bilgiyi isteme hakkı yasal ve etik olarak vardır ve söyleyip söylememe değil, “nasıl söyleneceği” tartışılmaktadır. Dikkat edilmesi gereken, hastanın bilme hakkına saygı gösterirken hastanın duygularının göz ardı edilmemesidir. Gerçeği duyarsız ve düşüncesizce

Hastayla iyi bir iletişim kurmadaki temel engeller; sosyal statü, yaş ve cinsiyet farklılıklarıdır. Diğer engeller ise hastanın iletişim yeteneğini kısıtlayan utanma, suçluluk ve korku gibi duygulardır. İletişimde zaman kısıtlılığı da çok sık dile getirilir. Hastalara kötü bir görüşmenin nedenleri sorulduğunda; doktorun aşırı duyarsızlığı, yer ve zamanın böyle bir görüşmeye uygun olmadığı ve ümit verici olunmadığı cevapları alınmaktadır. Son olarak gelecek için bir kontrat yapılmalıdır. Bu durum basitçe, “Sizi iki gün sonra yine göreceğim” ya da “Yeni bir tedavi deneyeceğiz, sizi klinik vizitesinde yarın göreceğim” gibi anlatımlarla sağlanabilir.

söylemek, gerçeği saklamak kadar zarar verici olabilir. Kötü haber doğru bir şekilde iletilirse, hasta ve yakınları ile ilişkiyi olumlu yönde geliştirir, baş etmelerine yardımcı olur ve işbirliği olasılığı artar. ABD’de de konuya bireyin kişisel sorumluluğu ve yasalar çerçevesinde bakılmakta ve tanı, hastaya söylenmektedir. Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde de yaklaşım aynıdır. Buna karşın İtalya, İspanya, Yunanistan gibi Güney Avrupa ülkelerinde kanser tanısı ve prognozun söylenmemesi hasta yakınlarının tercihidir. Ülkemizde ailelerin hastadan tanıyı gizlemek için çaba sarf ettikleri ve hekimden hastaya tanının söylenmemesini istedikleri gözlenmektedir. Bu durumda aileye şu sorular yöneltilmelidir:

- “Hastaya söylememi istememenizin nedenleri nelerdir?”

• Söylenince neler olacağından korkuyorsunuz?

• Kötü haberler karşısında daha önceki deneyimleriniz nelerdir?

• Birlikte neleri bilmek isteyebileceğini araştırmamızı ister misiniz?"

Danışılan; kanser olduğunu sezen ya da kuşkulanan hastanın bilgilendirilmesinin hastayı korkuları, kaygıları ile baş başa bırakarak hastalık sürecinin derin bir yalnızlık içinde geçirmesine sebep olabileceğini aileye izah edilmiştir. Sorunun diğer bir yanıta da şu olabilir: Hastanın ne kadar bilmek istediğinin anlamalıyız. Bu nedenle görüşmedeki en kritik noktalardan biri de, hastanın açık bir biçimde ne olup bittiğini bilmek isteyip istemediğinin anlaşılmasıdır. Bu bölümün atlanması, görüşmenin sonraki aşamalarına güvenle ilerlemeyi engeller. Hasta, bilgiyi isteyip istemediğini açıkça belirtmediği sürece ve bu konudaki açık isteği ya da isteksizliği bilinmedikçe, hastaya az mı, çok mu bilgi verildiği konusunda emin olmak zordur. Kötü haberle ilgili her konuşmada asıl sorun, "Bilmek istiyor mudur?" değil, "Neler olup bittiğini ne kadar bilmek istiyordur" konusudur. Önemli bir gerçek de; doktorların söylediklerinin, hastaların tek bilgi kaynağı olmamasıdır. Hastalar, ne olduğunun bir şekilde farkındadırlar. Birçoğu, dış duvarında dev harflerle Kanser Hastanesi yazan yapıların odalarında yattıklarının bilincindedir. Diğer hastalardan bir şeyler duyarlar, diğer personelden bilgi alırlar ve doktor hiçbir şey söylemese de iyi bir haber almayacaklarının farkındadırlar. Bir başka deyişle, her hasta belli bir düzeyde işlerin iyi gitmediğini bilir ya da öğrenir. Bu soruyu nasıl soracağımız, kendi tarzımızla ilgilidir: "Eğer durumunuz ciddileşirse, ne olup bittiğini açık olarak bilmek isteyen biri misiniz? Neyin yanlış olduğunu tüm ayrıntıları ile isteyen biri misiniz? Sadece tedavi planını mı duymak istersiniz? Size sadece durumu özetlememi mi tercih edersiniz? Eğer istemezseniz, sizin istediğinizi konuşabileceğim başka biri var mı?"

Bazı insanlar kötü giden şeyleri bilmek istemezler. Fakat kendi yerine ailesinin bilmesini tercih edebilirler. Siz hangisini tercih edersiniz?" gibi sorular hastanın sorununu konuşmak isteyip istemediğini anlamamıza yardımcı olur. Hastaya ne bilmek istediğini sormak, kendi tercihlerinin ne olduğunun anlaşılmasını sağlar. Hastaların birçoğu her şeyin tam olarak açıklanmasını ister. İstemeyenler ise inkâr düzeneğini kullanmaktadırlar ve bu da, bu hastalar için gereklidir. Sorunu tüm açıklığıyla bilmek isteyen ve bunu onaylayan ailelere ise iletişimin duygusal öğeleri kul-

lanılarak açıklama yapılır. "Korkarım size iyi olmayan haberler vereceğim, biyopsiniz karaciğer kanseri olduğunu gösteriyor.

Keşke daha farklı haberler verebilseydim, maalesef test sonuçları bunun bir kanser olduğunu gösteriyor. Raporunuz umduğumuz gibi çıkmadı, midede kanser olduğunu gösteriyor. Korkarım beklediğimizden daha ciddi bir durumla karşı karşıyayız. Size daha iyi bir haber vermek isterdim..." Haber iletildikten sonra hastanın ya da ailenin yanında duygusal tepkilerini ele alabilecek birinin kalması son derece destekleyici olacaktır.

Hasta ayrıntıları bilmek istemezse...

Hasta ayrıntıları bilmek istemezse, tedavinin nasıl olacağı ve nasıl bir bakım verileceği tartışılabilir. İçinde kötü haberin konuşulduğu görüşme tek yönlü bir iletişimdir. Danışılan; hastanın sahip olmadığı ve verilmesi gereken bilgiye sahiptir. Bu aşamada unutulmaması gereken konu, tıbbi bilgileri hastaların algılamasının zor olduğudur. Çalışmalar, verilen bilgilerin basit bir işleme ile ilgili olsa bile, %50'sinin anımsanmadığını göstermektedir. Sağlık personelinin sürekli kullandığı bilgilendirmeyi hastaların ilk kez duydukları unutulmamalıdır. Tıbbi açıklamalar yaparken kullanılan sözcüklere dikkat edilmeli ve tıbbi terimler kullanılmamalıdır. Mesleksi iletişimin yaşamsal parçalarından biri de, iletinin alınıp alınmadığını kontrol etmektir ve görüşme sırasında sık sık yapılmalıdır. Bu nedenle en önemli kural, bilgiyi küçük parçalar halinde vermektir. Hastanın beklentileri ve tıbbi gerçekler arasında büyük bir boşluk varsa, durumun hastanın gördüğünden daha ciddi olduğu uyarısı yapılarak anlaması kolaylaştırılabilir. Her aşamada hastanın yanıtı beklenerek hastanın anlamasına yardım edilir. Konuşmaya ara vermek, verilen bilginin küçük ve anlaşılabilir parçalara ayrılmasına yardımcı eder. Tek taraflı iletişimi ve hasta sessizliğini engellemek için ara ara, "Söylediklerim acaba anlaşılıyor mu?", "Ne demek istediğimi izah edebiliyor muyum?" gibi sorular sorulabilir. Bu tür sorular, hastanın söylenenleri anlayıp anlamamasının önemli olduğunu gösterir, hastanın konuşma için cesaretlendirilmesini sağlar. Bilginin verilmesinde diğer önemli bir konu da, bilginin netlik kazanması ve pekiştirilmesidir. Pekiştirme sağlamanın en iyi yollarından biri, söylenenleri hastanın yinelemesini sağlamaktır. Sessizce oturan ve uygun aralıklarla başıyla onaylayan bir hasta, söylenenlerin ana noktalarını kaçırmış olabilir ve önemli sözcükleri farklı anlamış olabilir. Bu tür yinelemeler, olası yanlış anlamaları önleyecektir. Diğer bir yol da önemli noktaları bizim yineleme-

mizdir. Özellikle bilgi ciddi ise ve inkâr düzeneği çalışıyorsa, birkaç kez tekrarlamak önemlidir.

Bilgiyi yinelerken empatik tepkileri kullanma (mesela; "Bütün bunları hatırlamanızın zor olabileceğini biliyorum." gibi) hastaya destek sağlar. Pekiştirme için bir başka yöntem de, bilgi verirken boş bir kâğıda birkaç çizim yaparak sorunu izah etmektir. Bu yöntem karmaşık kemoterapi protokollerini açıklarken, operasyonun aşamalarını anlatırken yararlı olur. Bilgilendirme esnasında verirken hastada anksiyete yaratan durumları anlamaya çalışmak önemlidir. Bazı hastalar genellikle birincil hastalığın etkilerinden çok, tedavinin yan etkilerinden endişe duyabilir. Bu kaygılara hemen yanıt vermek gerekmez, ancak duymazlıktan gelmek ya da öyle görünmek yerine, hastaya ne hakkında konuştuğunu anladıktan, sonra yeniden bu konuya döneceğini söylemek gerekir. Hastanın üstü kapalı sorularını dinlemek önemlidir. Derin kişisel kaygılar kolayca ortaya çıkmaz. Bazen hasta sorular sorabilir. Bu sorular genellikle hasta için çok önemli olan sorulardır. Eğer hasta bunu yaparsa, cümlelerinizi tamamlayın ve ne söylediğini sorun ve yanıt verin. Tam görüşmenin sonuna gelindiği düşünülürken, hasta yeniden başlamayı gerektiren bir şey söyleyebilir. Bu, genellikle korku ve güvensizlikten kaynaklanır. Hasta, konuşmayı yeniden başlatarak bir şekilde kontrolü sağlamaya çalışır.

Kötü haber karşısında hasta tepkileri

Hemen hemen her hastada kötü haber karşısında şaşkınlık, kabullenmeme ya da hastalığın önemini reddetme, çaresizlik ve yetersizlik duyguları ve kötü haberin doğruluğuna inanmama, inkâr ve öfkeye kapılma gibi ruhsal tepkilerle birlikte günlük olağan yaşamın altüst olması, uyku, yeme, içme gibi doğal fizyolojik alışkanlıklarda bozukluklar gözlenen tepkilerdir. Hastalar yas dönemine girebilir. Birkaç haftalık kabullenmeme sürecini takiben umutlanma, savaşıma süreci başlar. Ya da hızla tedaviye uyum gösterir, gerekenleri yapar ve bir süre sonra hasta kayıplarını fark eder, yapamadıkları ve yapamayacakları için yas tutar. Ancak inkâr safhasının uzun sürmesi, hastanın tedaviyi geciktirmesine ya da kabullenmemesine neden olabilir. Hastanın günlük yaşamını etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren herhangi bir sorun olduğunda ya da psikiyatrik bozukluk saptandığında, zaman yitirmeden psikiyatrik tedaviye başlamak hastanın bu dönemi daha rahat geçirmesini sağlar. Birçok hastada son aşama kabullenmedir. Kabullenme, umutsuzluk olarak düşünülmemelidir, hastalığın ve durumun ciddiyetini anla-

mak olarak ele alınmalıdır. Bir yaşam süresi bildirmek ve ümidi tümüyle yok etmek ise kabul edilmesi çok zor bir durum yaratır. Kötü haber verme görüşmesinin başarısı ya da başarısızlığı, hastanın tepkilerine ve bu tepkilere nasıl yanıt verildiğine bağlıdır. Gözyaşları, kızgınlık, anksiyete normal tepkilerdir. Hastalar bilişsel olarak; inkâr, suçlama, suçluluk, korku ve utanma duygusu belirtebilirler; serbest anksiyete, panik atak ortaya çıkabilir. Haber aynı da olsa, her birey farklı tepkiler verir. Duygunun anlatılmasına izin vermek, kabul etmek ve sadece orada onunla olmak önemlidir. Duyguyu aynı biçimde hissetmek ve hastayla aynı bakış açısını taşımak gerekmez. Sessiz kalmak, dokunmak ve rahatlık sağlamak son derece destekleyicidir.

Sonraki görüşmeyi planlama

Bundan sonra neler yapılması gerektiği ile ilgili bir plan yapmak, strateji belirlemek ve bunları hastaya açıklamak gerekir. Hastanın kafanızda bir plan olduğunu görmeye ihtiyacı vardır. Plan yapmayı ve bunu hastaya açıklamayı, hasta destek olarak algılar. Bu aşamada hastada gerçekçi bir ümit sağlanırken “en kötüye hazırlanması” konusunda da yardımcı olmak gerekir. Gerçekçi ümitler vermek destek sağlar. Sonlanma hakkında neyi bilmek istediklerini, ne beklediklerini sormak, kesin yanıtlar vermekten kaçınmak ve tahminleri, istatistikleri geniş bir aralıkta vermek, ümidi kırmamak açısından önemlidir. Bu noktada hastanın baş etme yöntemlerini tanımlamak ve güçlendirmek ve hastanın destek kaynaklarını tanımlamak ve bir araya getirmek de önemlidir. Çoğu hastanın destek alabileceği en azından bir ya da iki arkadaşı ya da akrabası vardır. Danışılan; hasta-profesyonel ilişkisi dışında yardım edebilecek kişileri de unutmamalıdır. Kötü haber verme görüşmesi, hastanın gelecek planları için bu tür destek kaynaklarını değerlendirme ve diğer desteklerle birleştirme için önemli bir buluşturma noktasıdır.

Görüşmenin son aşaması, özetleme ve gelecek için kontrat yapılmasıdır. Yapılan özetlemede, hastaya dinlenmiş olduğu, ana sorunları ve endişelerinin anlaşıldığı gösterilmelidir. Bu aşamada bütün sorunlara çözüm bulunamayabilir, durumla ilgili dürüst yorumlara yer verilebilir ve belirsizliklere işaret edilebilir. “En çok 8 hafta ilaçlarınızla devam edeceğiz, sonra eğer stabilite sağlanamazsa testleri yineleyeceğiz. Her tedavi başında röntgenle izleyeceğiz; dört kürden sonra gelişme olmazsa, duracağız ve yeni bir plan yapacağız.” gibi. Ana noktaları özetledikten sonra hastaya “Şimdi bana sormak istediğiniz bir şey var

mı?” gibi bir soru yöneltilmelidir. Bazen hastalar endişelerinin içinde sıkışıp kalırlar ve açıkça konuşmaya davet edilmedikçe öylece kalırlar. Görüşmenin bu bölümü kadar önemlidir. Çözümlememiş sorunlar açığa çıkabilir. Hastaların çoğu kendini kötü hissederek ve o anda soracak hiçbir şey bulamayabilir. Hastaya bunun soru sormak için son şansları olmadığını söylemek yararlı olur ve akıllarına bir soru gelirse, onları not ederek bir dahaki görüşmeye getirmelerini istemek, özendirici olur.

Son olarak gelecek için bir kontrat yapılmalıdır. Bu durum basitçe, “Sizi iki gün sonra yine göreceğim” ya da “Yeni bir tedavi deneyeceğiz, sizi klinik vizitesinde yarın göreceğim” gibi anlatımlarla sağlanabilir. Herkes, hasta olduğunda hekimi, sağlık ekibi için özel olmak ister ve ilgilenilmemekten korkar. Bu nedenle hiçbir görüşme, özetleme ve kontrat yapılmadan bitirilmemelidir. Son olarak acil durumlar için nasıl bir yol izleyeceği açıklanmalı, bir sonraki görüşmenin randevusu verilmelidir. Hem hastaya, hem size geçmiş olsun...

Kaynaklar

Aitini E, Aleotti P. *bad news in oncology: like a walk in the twilight ?* Ann Oncol 2006 ;17:359-360.

Amiel GE, Ungar L, Alperin M, ve ark. *Ability of primary care physician's to break bad news: a performance: a performance based assessment of an educational intervention.* Patient Educ Couns 2006; 60:10-15.

Back AL, Arnold RM, ve ark. *Teaching communication skills to medical oncology fellows.* J Clin Oncol 2003; 2: 2433-2436.

Becze EE *Strategies for breaking bad news to patients with cancer.* ONS Connect. 2010 ; 25:14-15.

Brewin TB. *Three ways of giving bad news.* Lancet 1991; 337:1207-1209.

Dias L, Chabner BA, Lynch TJ Jr, Penson RT. *Breaking bad news: a patient's perspective.* Oncologist. 2003; 8: 587-96.

Fallowfield L, Jenkins V. *Communicating sad, bad, and difficult news in medicine.* Lancet 2004; 363:312-319.

Girgis A, Sanson-Fisher RW. *Breaking bad news: current best advice for clinicians.* Behav Med 1998; 24:53-59.

Grassi L, Gritti P, Rigatelli M, Gala C. *Psychosocial problems secondary to cancer: an Italian multicentre survey of consultation-liaison psychiatry in oncology.* Eur J Cancer 2000; 36:579-585.

Kaplan M. *Spikes: a framework for breaking bad news to patients with cancer.* Clin J Oncol Nurs. 2010;14: 514-516

Ladouceur R, Goulet F, Gagnon R, ve ark *Breaking bad news: impact of a continuing medical educa-*

tion workshop. J Palliat Care 2003 ;19 :238-2 45.

Loge JH, Kaasa S, Hytten K. *Disclosing the cancer diagnosis: the patients experiences.* Eur J Cancer 1997; 33:878-882.

Maguire P, Faulkner A. *How to do it communicate with cancer patients . Handling bad news and difficult questions.* Br Med J 1988; 297: 907-909

Oflaz F *Sağlık çalışanları için kötü, üzücü ya da zor haberleri iletme tekniği.* Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8: 62-69

Okuyuz ÜH. *Ölümül hastalık tanısı almak: bir yaşam krizi. Kötü haber verilmeli mi? Kriz Dergisi* 2003; 11; 29-35.

Ptacek JT, Eberhardt TL. *Breaking bad news. A review of the literature.* JAMA. 1996; 276: 496-502.

Resmi Gazete. *Hasta Hakları Yönetmeliği.* 01.08.1998; Sayı: 23420.

Slevin ML . *Talking about cancer.* Br J Hosp Med, 1987; 38: 58-59

Türkiye'nin, sağlık alanında Afganistan'a yardımlarının dünü ve bugünü

Dr. Fettah Sametoğlu



1958 yılında Afganistan'ın başkenti Kabil'de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Kabil'de tamamladı. 1986 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2007 yılından İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde İç Hastalıkları Klinik Şefi ve Baştabip Yardımcısı olarak görev yapmaktadır. Hastane Acil Servisinin yeniden yapılandırılması (triyaaj uygulanması) ve Acil Tıp Kliniğinin kuruluş çalışmalarında aktif görev aldı. 2006-2008 yıllarında Afganistan'ın başkenti Kabil'de düzenlenen Türk-Afgan Sağlık Haftası çalışmalarında Sağlık Bakanlığı ekibinde görev aldı. Türk Tabipler Birliği, Türk Karaciğer Araştırmaları Derneği ve Türk İç Hastalıkları Derneği'nin aktif üyesidir. Farsça, Özbekçe, Türkmençe, Kırgızca, Peştuca, Almanca ve İngilizce bilen Dr. Sametoğlu, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Türkiye Cumhuriyeti ile Afganistan arasında tarihin derinliklerine dayanan dostane ilişkiler olmuştur. Bu derin ilişkilerin mihenk taşlarından biri de her iki ülke arasında sağlık alanında gerçekleşen işbirliğidir. Nitekim her iki ülke arasında sağlık dâhil birçok alanı kap-

sayan ilk resmi antlaşma 1 Mart 1921 yılında imzalanmıştır. 1926 yılında, Afgan kralı Amanullah Han, Mustafa Kemal Atatürk'ten ülkesinde sağlık sistemini yeniden düzenleyecek deneyimli Türk hekimleri göndermesini talep eder. Bu isteği kabul eden Mustafa Kemal Atatürk, Genel Cerrahi Uzmanı Albay Dr. Kamil Rıfki Urga başkanlığında-ki bir Türk sağlık heyetini bu ülkeye

gönderir. Bu heyette, Dr. Rebi Barkın ve Dr. Fuat Togar da bulunuyordu. Dr. Kamil Rıfki Urga Kabil'e vardığında zamanın Afgan Kraliyet ailesi doktoru görevini yürütmüş ve daha sonra 1928-29 arasında çok kısa bir dönem süren Beçe-i-Saka ayaklanmasında Türkiye'ye dönmüş ise de, 1930-31 yıllarında yeni Afgan Kralı Nadir Han iktidarı ele alır almaz tekrar Kabil'e gitmiş-



1932-1933 yılları arasında Aliabad yerleşkesinde Dr. Kamil Rıfki Urga tarafından yapılan ilk hastane (Rıfki Sanatoryumu)



Kabil Tıp Üniversitesi önündeki ana caddenin ortasında 1944 yılında Afgan Hükümeti tarafından yaptırılmış olan Prof. Dr. Kamil Rifki Urga'nın anıtı

tir. 1930-31'de Kral Nadir Han hastalanmış ve kendisini tedavi eden yine Dr. Kamil Rifki Urga olmuştur. Kral Nadir Han iyileştikten sonra, Dr. Kamil Rifki Urga'nın isteği üzerine bugünkü Kabil Üniversitesi Kampüsü olan ve Aliabad İçerisinde bulunan bir arsada, daha sonraları "Rifki Sanatoryumu" ismi verilecek olan bir hastane inşaatı talimatını verir.

Bu hastane, için harcanacak 100 bin Afgani'nin tamamı Nadir Han'ın kişisel servetinden ödenir. Daha sonra 1932 yılında Dr. Kamil Rifki Urga'nın önerisiyle Kabil'de ilk tıp fakültesi, zamanın Afgan Kralı Nadir Han ve Afgan Maarif Vekili Ali Ahmed Han'ın önerileriyle kurulur. Tıp fakültesi binası olarak, Kabil'in merkez nahiyesi Bağ-Murgabi'de kurulan eski Habibiye Lisesi binası tayin edilir. Ancak tıp öğrencileri staj için Rifki Sanatoryumuna gitmektedirler. Daha sonra 1932-35 yılları arasında aynı yerleşkede ikinci bir Dâhiliye Hastanesi ve bunun hemen güneyinde üçüncü bir Cerrahi hastanesi de inşa edilir. 1932'de yeni kurulan Kabil Tıp Fakültesinin ilk dekanı da Kamil Rifki Hocadır. Türkiye ve Afganistan hükümetleri arasında 1923 ve daha sonra 1928 yılında kapsamı daha da geliştirilen işbirliği antlaşmalar doğrultusunda bu yeni kurulan Kabil Tıp Fakültesinde Afgan Tıp öğrencilerine temel ve klinik tıp bilimlerinde eğitim vermek üzere Türkiye'den birden çok öğretim üyesi hocalar Afganistan'a gönderilmişlerdir.

Afganistan'da yeni kurulan tıp fakültesinde görevlendirilen Türk hocaların istihdamı, çalışma düzeni ve yetkilerinin düzenleyen bir kanun da her iki ülke yetkililerin tarafından paraf edilir ve çok kısa bir süre içinde işleme konulur (2). Prof. Dr. Kamil Rifki Urga, Kabil Tıp Fakültesinde yaklaşık 17 yıl Anatomi ve Genel Cerrahi dersleri verip aynı zamanda tıp fakültesi dekanlığını da yürüttükten sonra 1944 yılında hastalanması üzerine bu görevi aynı zamanda fizyoloji profesörü olan Dr. Hasan Reşat

Bey'e devreder. Daha sonra Dr. Hasan Reşat Bey de bu görevi Dr. Zühtü Bey'e devrettikten sonra Türkiye'ye dönüş yapar. Kabil Tıp Fakültesinde birinci dönem alınan ilk 9 öğrenciyi yetiştiren Dr. Kamil Urga, o günkü Afganistan geleceğinde tıp öğrencilerin kadavra üzerine çalışmalarına izin verilmediği için 2-3 sınıflık öğrenci ile birlikte yaz tatili boyunca Hindistan'daki Kalküta Medikal Kolej'de bulunur ve kadavra üzerinde çalışmalarını burada tamamlar. 1937 yılında Kabil Tıp Fakültesi ilk mezunlarının diplomasını da Dr. Kamil Rifki Urga vermiştir. Dr. Kamil Rifki Urga Hoca yaklaşık 17 yıl Kabil Tıp Fakültesinde hocalık yaptıktan sonra 1944 yılında hastalanması üzerine görevinden ayrılır ve Türkiye'ye döner, 22 yıl sonra 86 yaşında Ankara'da vefat eder.

Böylece Kamil Rifki Urga'nın temelini attığı Kabil Tıp Fakültesinde 1944 yılına kadar fakültenin eğitimi ve tedrisatından hep Türk hocalar sorumlu olur. Bu süreçte Kabil Tıp Fakültesi ve Afgan Sağlık Bakanlığına bağlı çeşitli hastanelerde görev yapan yüzlerce hekim yetiştirilmiştir. 1944'te Türk hekimlerin ülkelerine dönmesiyle Tıp Fakültesi dekanlık ma-

1926 yılında, Afgan kralı Amanullah Han, Mustafa Kemal Atatürk'ten ülkesinde sağlık sistemini yeniden düzenleyecek deneyimli Türk hekimleri göndermesini talep eder. Bu isteği kabul eden Atatürk, Genel Cerrahi Uzmanı Albay Dr. Kamil Rifki Urga başkanlığındaki bir Türk sağlık heyetini bu ülkeye gönderir. 1932 yılında Dr. Kamil Rifki Urga'nın önerisiyle Kabil'de ilk tıp fakültesi, zamanın Afgan Kralı Nadir Han ve Afgan Maarif Vekili Ali Ahmed Han'ın önerileriyle kurulur.

Afganistan'a giden ilk grup Türk üniversite öğretim üyelerinin listesi (1932 - 1935)	
Öğretim Üyesinin Adı - Soyadı	Ders Alanı (Bilim Dalı)
Prof. Dr. Nuri Bey	Anatomi
Dr. Tevfik Halil Sunaç	Histoloji ve Patoloji
Prof. Dr. Zühtü Bey	Bakterioloji ve Hıfzıssıhha
Prof. Dr. Salahattin Bey	Biyofizik
Prof. Dr. Kamil Rifki Urga	Anatomi ve Cerrahi
Prof. Dr. Şakir Tural	Adli Tıp
Prof. Dr. Ömer Derman	Deri ve Zührevi Hastalıkları
Prof. Dr. Adnan Bey	Dahiliye
Prof. Dr. Süreyya Bey	Fizyoloji ve Farmakoloji
Prof. Dr. Faruk Bey	Genel Cerrahi
Prof. Dr. Hikmet Orkun	KBB
Prof. Dr. Cevat Bey	Nöropsikiyatri
Prof. Dr. Fuat Bey	Oftalmoloji



1933 yılında yapımı tamamlanan ve 60 yataklı bir hastane olan Rifki Sanatoryumunun bugünkü yıkılmış hali

Hükümetimizce alınan karar gereği Afganistan'ın başkenti Kabil'de her iki ülke Sağlık Bakanlıkları tarafından ortaklaşa işletilen bir eğitim ve araştırma hastanesi inşa edilmesi gündeme gelmiş bulunmaktadır. Böylece yaklaşık 80 yıl önce Afganistan'da Kabil Tıp Fakültesini kuran Türk hekimler, bir kez daha Afgan hastalara şifa dağıtmaya ve Afgan meslektaşlarına kendi ülkelerinde ihtisas eğitimi verme imkânını yakalamış olacaklar.

kamı bir süre boş kalmış, 1946'da Fransa'nın Lyon Üniversitesinden Prof. Dr. Pierre Boulange bu göreve atanmıştır. Yine aynı dönemlerde çoğunluğu

Fransız öğretim üyelerinden olmak üzere kimi Hindistanlı ve Alman hocalar da fakültede görev almışlardır (1).

Yukarıdaki bilgilerden de anlaşılacağı üzere Afganistan'da modern tıp eğitiminin temelleri Türk hekimleri tarafından atılmış ve yaklaşık 20 yıl kadar süren bir dönemde Türk hocalar Afgan Sağlık sektörünün kurulması ve gelişmesinde görev almıştır. Uzun yıllar geçmiş olmasına rağmen, yakın zamanda Kabil'i ziyaret eden muhtelif Türk heyetlerinin incelemelerinde de görüldüğü gibi, bu günkü Afgan Tıp eğitim düzeni Türklerin başlattığı sistemin aynısı olarak devam etmektedir. Ayrıca ister geçmişe dayalı olsun, ister son 30 yıldır devam eden işgaller ve iç savaş sırasında Türkiye Cumhuriyeti'nin Afgan sağlık sektörüne yaptığı yardımlar sayesinde Afgan halkı ve kamuoyu nezdinde Türklerin ayrı bir yeri olduğu aşîkârdır.

1953'ten sonra Türkiye-Afganistan ilişkileri

1950'li yıllardan sonra değişik nedenlere bağlı olarak Türk Afgan ilişkilerinin seyrinde Tıp ve Sağlık alanındaki işbirliğinin giderek azaldığı gözlenmektedir. 1953 yılında zamanın Afganistan Başvekili olan Davut Han'ın Sovyet Rusya'ya yakınlaşması ile Afganistan'ın Türkiye ile münasebetlerinde kısmi bir duraklama göze çarpmaktadır. Afganistan, aynı yıllarda (1954-1964) Sovyetler Birliği'ne yakınlaştıkça yalnız Türkiye ile değil başta Amerika olmak

üzere birçok Batılı ülkelerle ilişkilerinde soğuma söz konusu olmuştur. 1953'de ikinci kez başvekil olan Davud Han Afganistan'ı Sovyetler Birliği'ne daha da yaklaştırmıştır. İlk defa birçok alanda Sovyet Rusya'dan teknik personel ve mühendisler Afganistan'a gelerek birçok projeyi başlatmışlardır. 1955'te başlayan ve 1964 bitirilen Salang Geçidi Rusların maddi ve teknik yardımı ile inşa edilmiştir. 1966'dan sonra Rusya'ya gönderilen yüzlerce Afgan ordu mensubu eğitilmiştir. Nitekim 1974'te Kral Muhammed Zahir Han Roma'da tedavi altında iken kuzeni Davud Han bir sivil darbeyle yönetime el koymuştur (3). Bu tarihten sonra Afganistan yönetimi hep Sovyetler Birliği'nin yanında olmuştur. 1978'de Afgan Komünist Partisi olan Halk Partisi daha önce Sovyetler Birliği'nde eğitilmiş sol eğimli subayların desteğiyle kanlı bir darbe yapar ve Davud Han tüm aile fertleriyle birlikte öldürülür, Afganistan'da ilk Komünist yönetim Nur Muhammed Taraki liderliğinde kurulur. Daha sonra bu rejimin kendi halkına uyguladığı siyasi baskı ve terör nedeniyle devlet başkanı olan Nur Muhammed Taraki öldürülür ve yerine yine Afgan Halk Partisinden Hafizullah Emin iktidarı ele alır. Komünist rejimin ikinci ortağı olan Perçem Partisinin kurucusu olan Babrak Karmal yurtdışında sürgündeyken, 27 Aralık 1979 günü Sovyet işgal askerleriyle birlikte Afganistan'a döner ve iktidarı ele geçirir. Ancak bu sefer Ruslar Afganistan yönetiminde doğrudan söz sahibi olmadılar. Yaklaşık 10 yıl Afganistan'da kalan Sovyetler Birliği, 1989 Paris Antlaş-

ması gereği Afganistan'ı terk etmek zorunda kaldı (4).

1980'li yıllardan günümüze kadar geçen dönemde Türkiye-Afganistan arasında sağlık alanında işbirliği

1980-2001 yılları arasında Türkiye Afganistan arasında ilişkiler sabit ve düşük düzeyde devam eder ancak Türk Büyükelçiliği hiç bir dönem kapanmamıştır. Rus işgaline direnen halk ve Afgan mücahitleri sayesinde Rusya nihayet Şubat 1989'da Paris Antlaşması ile Afganistan'ı terk eder. Ruslar Afganistan'ı ter ederken ülke yönetimini Muhammed Necibullah'a bırakır. Necibullah yönetimi, mücahitlerce oluşturulan aşırı baskıya 1992 yılına kadar dayanır. 1992 sonbaharında başkent Kabil mücahitler tarafından teslim alınır ve Geçici Afgan İslami Hükümeti Burhaneddin Rabbani liderliğinde kurulur. 1994'te Taliban, zamanın Pakistan yönetiminin desteğiyle Kandahar'ı ele geçirir. Daha sonra Mullah Mohammed Omar liderliğinde Afganistan İslam Emirliliğini kurduğunu ilan eder. Önce Herat, daha sonra Gazne, Vardak, Fehrah, Nimroz ve Helmand vilayetlerini ele geçirir. 1996'da Celalabad, Host, Paktika, Paktiya, Lağman vilayetlerini ele geçirir. En sonunda Kabil'i de ele geçiren Taliban, yönetim merkezini başkent Kabil'e taşır. Taliban Kabil'i ele geçirirken birçok Batılı ülkenin diplomatik temsilcilikleri kapanırken Türkiye Cumhuriyeti elçiliği bir maslahatgüzar temsilde açık kalır. Kabil'de hastane ve okullarda kadınların çalışması yasaklanır. Tam bir eski çağa dönüş başlar. Taliban yönetimi Kasım 2001'de bu ülkeye yapılan bir Amerikan askeri operasyonu ile sona erdirilir. Birleşmiş Milletler önderliğinde ve tüm Afgan mücahit grupları ve uluslararası kuruluşların temsilcilerin katıldığı bir konferansta geçici Afgan yönetimi belirlenir. Daha sonra BM'nin aldığı bir kararla savaş sonrası Afganistan'da güvenliğin temini, yıkılmış olan alt yapı, idari ve sosyal yapının tesisi için NATO önderliğinde oluşturulan Uluslararası Güvenlik ve Yardım Gücü ISAF (International Security and Assistance Force) Afganistan'da konuşlandırılır. Taliban yönetimi devrildikten sonra devlet başkanı görevini üstlenen Hamid Karzai döneminde Türkiye Afganistan ilişkilerinde yeniden bir canlanma başladı.

Kabil'in Cemal Mine bölgesi Aliabad nahiyesinde daha önce Afgan yönetimi tarafından temelleri 1994'te atılan ancak imkânsızlıklar nedeniyle bir türlü tamamlanıp çalıştırılmayan bir hastane 2001 yılında Türkiye Cumhuriyeti'nin mali desteğiyle Atatürk Çocuk Hastanesi adıyla inşa edilmiştir. Burada hasta çocukların teşhis ve tedavileri ücretsiz olarak yapılmaktadır. Daha sonra

2003-2004 yıllarında Şibirgan, Talokan ve Meymana'da birçok hastane ve sağlık merkezi TİKA aracılığıyla inşa edilmiştir. Bu hastanelerde çalışan Afgan doktorlar ve diğer sağlık personelinin maaşları ve diğer giderleri bu güne kadar Türkiye Cumhuriyeti tarafından karşılanmaktadır.

2005 yılından itibaren Afganistan'da Türkiye Cumhuriyeti tarafından işletilmekte olan hastaneler:

- Talokan Afgan-Türk Ana Çocuk Sağlık Merkezi
- Şibirgan Afgan-Türk Çocuk Hastanesi
- Meymene Afgan-Türk Dostluk Hastanesi
- Hoca Bahauddin Afgan-Türk Dostluk Ana Çocuk Sağlığı Merkezi
- Kabil Atatürk Çocuk Hastanesi

Nisan 2005'te Başbakanımız Sayın Recep Tayyip Erdoğan Afganistan'a resmi bir ziyarette bulunmuştur. Bu tarihten sonra Türkiye Afganistan arasında sağlık işbirliğinde yepyeni bir sayfa açılmıştır. Yaklaşık 30 yıldır devam eden işgaller ve iç savaş nedeniyle sağlık alt yapısı çok zarar gören Afganistan'a Türkiye Cumhuriyeti olarak bir kez daha yardım eli uzatılmıştır. Nitekim 2005 yılında Afganistan'la Türkiye arasında sağlık alanında yeni işbirliği antlaşması imzalanmıştır. Bu anlaşmaya göre her iki ülke arasında sağlık alanında işbirliği hususunda, özellikle Afgan sağlık personelini yetiştirme, yılda yaklaşık 100 hastayı Türkiye'de ücretsiz tedavi etme, Afgan Sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasının yanı sıra bu ülkeye ilaç ve tıbbi alet desteği, ülkemizde Afgan sağlık personeline eğitim imkânı sağlama hususlarında kararlar alınmıştır. Bu antlaşma çerçevesinde Afganistan'a yardımlar tam hızla devam etmektedir.

2006- 2008 yılları arasında 3 kez Kabil'de Türk-Afgan Sağlık Haftası etkinlikleri gerçekleştirilmiş ve bu tür aktiviteler Afgan Kamu Sağlık Bakanlığı yetkilileri ve Afganlı meslektaşlarımız tarafından memnuniyetle karşılanmıştır. Daha sonraki yıllarda da Afgan Kamu Sağlığı Bakanlığı personeline Türkiye'de eğitim imkânı sağlanmıştır. Değişik zamanlarda, Afganistan'a ilaç ve tıbbi alet yardımı da yapılmıştır. Atatürk Çocuk Hastanesi'nin fiziki bakım ve tıbbi donanımı Türkiye Cumhuriyeti tarafından yapılmaktadır. 2005 yılından itibaren muhtelif dönemlerde Afganistan Sağlık Bakanları ve 2006 yılından itibaren Afganistan Devlet Başkanı Sayın Hamit Karzai Türkiye'ye ziyaretlerde bulunmuşlardır. Son 3 yıldır Afgan yönetimi ile dost ülke Pakistan yönetimi

arasında her iki ülke sınır bölgelerindeki güvenlik çalışmaları hususunda Türkiye hakem ülke görevini üstlenmiştir. Belirli aralıklarla Afganistan-Türkiye-Pakistan üçlü hükümetler arası zirveleri Ankara veya İstanbul'da yapılmaktadır. Pakistan topraklarından Afganistan'a Taliban militanlarının sızmasının önlenmesi hususunda bu zirvelerde taraflarca önemli adımlar atılmıştır.

Afganistan Kamu Sağlık Bakanı Sayın Dr. Süreyya Delil, Kasım 2010'daki Ankara ziyaretinde, ülkesinde finans ve yetişmiş sağlık personeli yetersizliği nedeniyle birçok sağlık tesisini çalıştıramadıklarını ifade etmiştir. Son zamanlarda hükümetimizce alınan karar gereği Afganistan'ın başkenti Kabil'de her iki ülke Sağlık Bakanlıkları tarafından ortaklaşa işletilen bir eğitim ve araştırma hastanesi inşa edilmesi gündeme gelmiş bulunmaktadır. Afgan tarafı, hükümetimizce alınan bu yeni kararlardan memnuniyetlerini ifade etmiştir. Böylece yaklaşık 80 yıl önce Afganistan'da Kabil Tıp Fakültesini kuran Türk hekimler, bir kez daha Afgan hastalara şifa dağıtmaya ve Afgan meslektaşlarına kendi ülkelerinde ihtisas eğitimi verme imkânını yakalamış olacaklar. Bilindiği gibi, Afganistan'daki sağlık sektöründe mevcut imkânsızlıklar nedeniyle her 100 Afganlı hastadan 15-18'i tedavi için ülke dışına çıkmak zorunda kalmaktadır. Türkiye tarafından Kabil'de kurulacak bir eğitim ve araştırma hastanesinin 3. basamak ve ileri donanımlı bir merkez olarak planlanmış olması gerekir ki bu ülke dışına çıkmak zorunda kalan Afganlı hastaları tedavi imkânı bulsunlar. Ayrıca Afgan üniversitelerinin tıp fakültelerinden mezun olan genç Afganlı doktorlara da burada ihtisas eğitimi şansı verilebilir.

Kaynaklar

- 1) Âlimi İ, *Afganistan'da Kabil Tıp Fakültesi Tarihçesi-1 Vol. 1, 2002, Afghan Medical Journal, Kabil Medical Institute, pp.04-9.* (Farsça).
- 2) Âlimi İ, *Afganistan Kabil Tıp Fakültesi Tarihçesi-2 ,vol.2,2002, Afghan Medical journal, Kabul Medical Institute, pp.2-7* (Farsça).
- 3) Dupree L: *Afghanistan, 1980* basımı, Princeton New Jersey, 1980.
- 4) Krakowsky B.D, *Afganistan; The Forgotten War, Central Asian Survey, 6-1, 1987.*

Balta girmemiş ormanda uzun soluklu bir keşif: Van'da hekim olmak

Doç. Dr. Mustafa Öztürk



1973'te Karabük'te doğdu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1997'de mezun oldu. 2001'de Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi tamamlayarak iç hastalıkları uzmanı oldu. Endokrinoloji yan dal ihtisasını yaptığı Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim üyesi olarak akademik kariyerini sürdürmektedir.

Jane Goodall, hayatını Tanzanya ormanlarında şempanzelerin davranışlarını gözlemeye adanmış, 26 yaşında genç bir sekreterdi. Hayvanlara olan tutkusu, onu önce Kenya'ya oradan da Tanzanya'nın Gombe Milli Parkına götürmüş ve on yıllar boyu şempanzelerle birlikte yaşamıştı. Öncesinde herhangi bir bilimsel eğitimi bulunmayan Goodall, azmi ile önde gelen primatologlardan biri olmuştu. Goodall'ın hikayesi çoğu insan için hayranlık veren bir adanmışlık

öyküsü iken, önemli bir kısım insan içinse bir çeşit deliliktir. Keşif merakı fazla gelişmemiş, üstelik fazlasıyla pragmatik olan ülkemiz insanı için, Goodall'ın tercihi akıl kârı değildir. Aksi olsaydı bizden de büyük kaşifler çıkardı.

Uzun yıllardan beri ülkemizin en doğusunda görev yapan bir hekim ve öğretim üyesi olarak, büyük şehirlerde yaşayan dost ve tanıdıklarımız tarafından Jane Goodall muamelesi görmeye alışık sayılırım. Batıda oturan ve bölgeyi bilmeyenler için Doğu demek, hala

karlı dağlar, fakirlik, mahrumiyet, eli silahlı adamlar, terör ve savaş anlamına geliyor. Bu nedenle tanıştığımız insanların genelde ilk soruları içinde "Görev ne zaman bitiyor?" sorusu vardır. Akli başında bir insanın, mecburi olarak gönderilmediği takdirde, Doğunun en doğusu Van'da ne işi olabilir, değil mi? Çoğu zaman karşımızdakine, Doğu kökenli olmadığım halde Van'da çalışmayı kendi isteğimle tercih ettiğimi, orada mutlu olduğumu, mesleğimi icra etmekten zevk aldığımı anlatmam zor oluyor. Doğuda çalışan meslektaşları-



Fotoğraflar: Prof. Dr. Gürkan Öztürk

mızın hemen hepsinin benzer deneyimleri vardır.

Bir öğretim üyesi olarak Van'da çalışmanın önemli ayrıcalıkları olduğunu belirtmek isterim. Çalışmakta olduğum Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hastanesi, Van, Hakkari, Bitlis, Muş ve Ağrı illerinin önemli bir kısmını içine alan, üç milyona yakın bir nüfus için son basamak sağlık hizmetinin verildiği bir kurum. Yüzlerce kilometre içinde başka bir tıp fakültesi yok. Bu insanların başka bir merkeze gitmesi hem ulaşımın zorluğu hem de maddi durumlarının yetersizliği nedeniyle oldukça zor.

2002 yılında Van'a geldiğimde, tıp fakültesi ve uzmanlık eğitimim boyunca Ankara'da görmediğim çok çeşitli ve değişik bir hasta popülasyonu ile karşılaştığımda oldukça şaşırmıştım. Büyük şehirlerde çoğunlukla benzer çevresel etmenlere maruz kalan insan popülasyonlarında hastalık çeşitlerinin de azaldığını o zaman fark etmiştim. Van'da hekimlik yapmak, el değmemiş ormanlarda keşfe çıkmaya benziyordu. Hem daha önce hiç görmediğim vakalarla tanışıyor, hem de daha önce gördüğüm hastalıkların en ağır formlarını görüyordum.

Van'daki ilk yıllarımda hasta takip etmek gerçekten ızdıraplı işti. Hastalarımızın yüzde sekseni yeşil kartlı ve alım gücü gerçekten de sıfır olan insanlardan oluşuyordu. Halen de hasta popülasyonumuzun yüzde yetmişi yeşil kartlı ancak alım gücü sıfırın biraz üzerinde ve daha da önemlisi ilaca ulaşım kolaylaşmış durumda. O yıllarda tip 1 diyabetik bir hastaya insülin başlamak, tedavisini doğru düzgün sürdürmek mümkün değildi. İlaç firmalarından rica minnet topladığımız insülinlerle susuz değirmene koyayla su taşıyorduk. İnsanlar doktora gitmek için köydeki ineğini satıp parasını cebine koyuyor, şehirde o parayla tedavisini ne kadar yaptırabilirse o kadar yaptırıp köyüne dönüyordu. Kronik hastalıkları takip etmek, ilaç tedavilerini sürdürmek mümkün değildi. Bölge insanı da bu duruma alışmış olsa gerek, tetkiki – tedavisi uzun süren hastalıklarda hasta yakınlarının en çok sorduğu soru "Bu hasta iyi olur mu?" sorusuydu. Burada beklenen cevap iki türlüydü: "Şu hapi bir hafta kullansın düzelir" ya da "Bu hasta iflah olmaz, götür köyüne yaşayacağı kadar yaşasın". Hasta yakınlarının sürekli tedavi için ilaca ayıracak paraları olmadığı gibi böyle bir alışkanlıkları da yoktu. Pek çok hasta son ana kadar hiç doktor yüzü görmediği halde, durumu iyice kötüleştğinde, ölmeden önce "doktor da bir görsün" niyetiyle hastaneye getirilirdi. Bu nedenle bir endokrinolog olarak kitaplarda yaşamla bağdaşmaz kabul edi-

len ağırlıkta diyabetik ketoasidozları, en ağır formlarıyla diyabetik gangrenleri, fırsatçı enfeksiyonların en ağırlarını, vücudunda kırılmamış kemiği kalmamış primer hiperparatiroidi olgularını, tüm komplikasyonları ile akromegali ve cushing sendromlarını görme ve tedavi etme fırsatı buldum.

Van'a geldiğimde, ilk dikkatimi çeken, endokrin vakaları arasında hirsutizm ve primer hiperparatiroidi olgularının sıklığıydı. Hastanemiz, Türkiye'nin en yüksek primer hiperparatiroidi serilerinden birine sahipti. Tıp dilinde "süpürme etkisi" olarak bilinen bir fenomen vardır. Bir bölgede daha önce o bölgede bulunmayan bir uzman çalışmaya başladığında, o bölgede biriken vakalar nedeniyle ilk yıllarda çok fazla aynı tanıdan hasta görülebilir. Ancak Van'daki durum süpürme etkisinin ötesinde. Çünkü halen primer hiperparatiroidi insidansı en yüksek düzeylerdeki merkezlerden biri olmayı sürdürüyoruz. Bunun nedenlerini araştırırken Van'ın yüksek rakımının etkisi olabileceğini düşündük. Hem kıl kökünde hem de paratiroid bezinde eritropoietin reseptörlerinin bulunduğunu, bu reseptörlerin yüksek rakımın etkisiyle artan eritropoietin düzeyi nedeniyle bu dokularda uyarıcı işlev gördüğünü keşfettik. Bu bulgular, mesleki olarak beni en çok heyecanlandıran ve hasta bakmayı daha zevkli haline getiren ödüllerd...

Geçen dokuz yılda çok şeyler değişti. Sağlık hizmetine ve daha da önemlisi ilaca ulaşım kolaylaştı. Bölge insanı, kronik hastalık kavramını öğrenmeye başladı. İlaç kullanma ve düzenli kontrollere gitme alışkanlıkları edinmeye başladı. Düzenlen şartlar, hekimliği de daha zevkli hale getirdi. Yıllar içinde Van'da değişmeyen şey ise hasta çeşitliliği oldu. Artık hastalar Batıda olduğu gibi birkaç hastane dolaşıktan sonra bize geliyor ancak nihai adres olmamız nedeniyle yine çok çeşitli vakalar izleyebiliyoruz. Bu vakalar arasında, daha önce hiç tanımlanmamış sendromlar da söz konusu. Ama günümüz doktorları Hulusi Behçet kadar şanslı değil; bir sendrom tanımlamanız gerektiğinde ekarte etmeniz gereken yüzlerce olasılık ve yapmanız gereken binlerce test var.

Van'da hastalık çeşitliliğinin yüksek olmasında birkaç faktör önemli rol oynuyor. Aileler kalabalık ve akraba evlilikleri sıklıkla görülen bir şey. Bir genetik mutasyon ne kadar zor geçişli de olsa, akraba evliliği ve artan çocuk sayısı nedeniyle görülme şansı artıyor. Bölge-miz genetik çalışmalar için hala çok bakir; üniversitemizde de halen oturmuş bir moleküler genetik ünitesi yok.

Günümüzde pek çok hastalığın tedavisi,



2002 yılında Van'a geldiğimde, tıp fakültesi ve uzmanlık eğitimim boyunca Ankara'da görmediğim çok çeşitli ve değişik bir hasta popülasyonu ile karşılaştığımda oldukça şaşırmıştım. Büyük şehirlerde çoğunlukla benzer çevresel etmenlere maruz kalan insan popülasyonlarında hastalık çeşitlerinin de azaldığını o zaman fark etmiştim. Van'da hekimlik yapmak, el değmemiş ormanlarda keşfe çıkmaya benziyordu. Hem daha önce hiç görmediğim vakalarla tanışıyor, hem de daha önce gördüğüm hastalıkların en ağır formlarını görüyordum.

ender genetik hastalıkların tanımlanması ile bulunabiliyor. Hastalığa yol açan mutasyon saptandığında, yapısı bilinen bir protein ya da enzimin aslında bambaşka metabolik ve yapısal rolleri olduğu anlaşılabilir. Bu da yeni tedavi yöntemlerine kapı açıyor. Üniversite olarak henüz bu seviyede bir araştırma yürütecek imkanlara sahip değiliz ancak ileride bunu başarabilirsek, bilginin eskiden olduğu gibi yeniden Doğudan doğmasını sağlayabiliriz. Van'da orman yok ancak bir ormandan çok daha fazla keşif imkanı sunan hasta çeşitliliği var.

Tıbbî müdahale dolayısıyla ceza sorumluluğu: Hukuka uygunluğa ilişkin kriterler

Prof. Dr. İzzet Özgenç



1960 yılında Trabzon'un Araklı İlçesi Tosunlu Köyü'nde doğmuştur. 1982 yılında İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ni bitirdikten sonra Ord. Prof. Dr. Sulhi Dönmezer'in asistanlığını yapmıştır. Yeni Ceza Kanunu'nun mimarlarından. Mart 2007'de YÖK üyesi seçilmiştir. 2008-2009 yılları arasında YÖK Başkanvekilliği yapmıştır. Halen Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde Ceza ve Ceza Usul Hukuku Bilim Dalı öğretim üyesidir.

Türk Ceza Hukukuna ilişkin yeni kanunların yürürlüğe girişi arifesinde, bu kanunlara karşı yürütülen kampanya kapsamında, sağlık mesleği mensuplarının da sorumluluk rejiminin değiştiği, sağlık mesleği mensuplarına yönelik çok ağır ceza yaptırımları öngörüldüğü yönünde bir dezenformasyon hareketi başlatılmıştı. Bu kampanya kapsamında sağlık mesleği mensupları arasında bir tedirginlik oluşturularak bu kanunların yürürlüğe konulmasının önü-

ne geçilmesi amaçlanmıştı. Aynı şekilde, hekim hatalarına karşı sigortalılığı sağlamak için çeşitli sigorta şirketleri tarafından bu durum fırsat addedilerek aleyhe kampanyanın desteklenmesi yönünde girişimlerde bulunulmuştu. Tıp biliminin çeşitli branşlarında düzenlenen ve tebliğci olarak katılma fırsatı bulduğum birçok kongrede, bu girişimlerin etkisinin bu gün dahi devam ettiğini müşahade etmiş bulunmaktayım. Bu yazı, iyi niyetli olmayan söz konusu kampanyanın sağlık mesleği mensupları arasında oluşturduğu tedirginliği gidermeyi ve

hukuka aykırı tıbbî müdahale nedeniyle cezai sorumluluğun esaslarını ortaya koymayı amaçlamaktadır.

1. Tıbbî müdahalenin hukuka uygunluğuna ilişkin kriterler¹

I. İnsan, sağlıklı bir hayat sürme hakkına sahiptir. Bu itibarla, herhangi bir sebeple sağlık şartları bozulmuş olan insanın, kendisine sağlığını iyileştirici tıbbî müdahalede bulunulmasını talep etmesi, bu hakkın kullanılmasından ibarettir. Kişi, sağlığının yerinde olup olmadığının





Kişinin, tıbbî müdahaleye ilişkin olarak açıkladığı rızanın hukuken bir değer taşıyabilmesi için, uygulanacak olan teşhis ve tedavi yönteminin mahiyet, etki ve sonuçları bakımından yeterince bilgilendirilmiş olması gerekir. Bu bakımdan, uygulanacak teşhis ve tedavi; yöntemin mahiyet, etki ve sonuçları ile ilgili olarak gerekli bilgilendirme yapılmaksızın gerçekleştirilen tıbbî müdahale “rıza”ya dayalı olsa bile bu “rıza” hukuken geçersizdir. Dolayısıyla, hukuken geçerli olmayan bir rızaya dayalı olarak yapılan tıbbî müdahale, teşhis ve tedavi amacıyla da olsa, hukuka aykırıdır.

yani hasta olup olmadığının, hasta ise ne tür bir hasta olduğunun belirlenmesi (**teşhis, tanı**) ve maruz kaldığı hastalığın iyileştirilmesi (**tedavi**) **amacıyla** kendisine **tıbbî müdahalede** bulunulmasına **rıza** göstermek (**onam** vermek) hakkına sahiptir². Ancak **salt** bu **rıza**, **yapılan tıbbî müdahalenin hukuka uygunluğunu sağlama bakımından yeterli değildir**. Kişinin, tıbbî müdahaleye ilişkin olarak açıkladığı rızanın hukuken bir değer taşıyabilmesi için, uygulanacak olan teşhis ve tedavi yönteminin mahiyet, etki ve sonuçları bakımından yeterince bilgilendirilmiş olması gerekir (**aydınlatılmış onam**)³. Bu bakımdan, uygulanacak teşhis ve tedavi; yöntemin mahiyet, etki ve sonuçları ile ilgili olarak gerekli bilgilendirme yapılmaksızın gerçekleştirilen tıbbî müdahale “rıza”ya dayalı olsa bile bu “rıza” hukuken geçersizdir. Dolayısıyla, hukuken geçerli olmayan bir rızaya dayalı olarak yapılan tıbbî müdahale, teşhis ve tedavi amacıyla da olsa, hukuka aykırıdır. Aşağıda açıklayacağımız üzere, kanunun tabibe kişinin rızasının olmamasına rağmen tedavi

yükümlülüğü getirdiği hallerle zorunluluk hali dışında, geçerli rızaya dayalı olmayan tıbbî müdahaleler, cezaî sorumluluğu gerektirir. Hatta yapılan tıbbî müdahale sonucunda kişinin hastalığının iyileştirilmiş olması, bu cezaî sorumluluğu ortadan kaldırmaz. Bazı hallerde, rıza açıklamasına hukuki değer izafesi, usule ilişkin belirli koşulların gerçekleşmesine bağlı kılınabilir. Mevzuatımızda **rıza açıklamasının ne suretle yapılacağı** konusunda çeşitli hükümler bulunmaktadır. Örneğin, 11.4.1928 t. ve 1219 s. Tababet ve **Şuabatı** Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 70. maddesine göre, “*Tabipler, dış tabipleri ve dışçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatini alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri (yazılı) olması lazımdır.*”⁴.

II. Belirtmek gerekir ki, tıbbî müdahaleye rıza göstermeyen bir hastaya buna rağmen tedavi amaçlı müdahale girişimi insan onuruyla bağdaşmaz. Aklen sağlıklı, bilinci açık olan hasta, kendisine tedavi uygulanmasını reddettiğinde, meselâ bağlı olduğu teknik cihazın çıkarılmasını istemek gibi hayatını sürdürücü tedaviyi artık kabul etmediğinde, buna rağmen iyileştirilmesini veya hayatta kalmasını sağlamaya yönelik olarak bu kişiye tıbbî müdahalede bulunulmamalıdır⁵. Hastanın rıza göstermediği bir tıbbî müdahalenin başarı şansı da tartışılabilir. Bu nedenle tıbbî müdahalenin gerekli olduğuna hastanın kani olması, ikna edilmesi gerekir. İkna girişimi-ne rağmen şuuru açık olan ve tedaviye rıza göstermeyen hastaya tıbbî müdahalede bulunulamaz⁶. Bu itibarla, şuuru yerinde olan hastanın artık istememesi dolayısıyla kendisine tedavi uygulanmasından, hayatını devamı için gerekli olan teknik cihazla olan bağlantısının kesilmesi gibi hayatını sürdürücü tedaviden sarfınazar eden sağlık görevlileri ceza hukuku bakımından sorumlu tutulamazlar⁷.

III. Rıza göstermemesine rağmen kişiye tıbbî müdahale ancak **kamu sağlığı** gerekçesiyle yapılabilir. Başka bir deyişle, **kamu sağlığını korumak için, rıza göstermemesine rağmen, elverdiği ölçüde kişiye tıbbî müdahalede bulunulabilir**^{8,9}.

IV. Keza, işaret etmek gerekir ki, teşhis ve tedaviye yönelik müdahale için kişi her zaman rıza açıklamasında bulunabilecek durumda olmayabilir. Bu gibi durumlarda, rızasının olup olmadığını araştırmaya gerek olmaksızın, kişiye tıbbî müdahalede bulunulması gerekmektedir. Çünkü tabiplik mesleğini icra eden veya icra etmek hususunda yetkiyle donatılan kişi¹⁰, tıbbî müdahaleye ihtiyaç duyan bir kimseye iyileştirilmesi

amacına matuf gerekli müdahalede bulunmakla **yükümlüdür**¹¹. Bu yükümlülüğün varlığı halinde gerçekleştirilen tıbbî müdahale, **görevin yerine getirilmesi** dolayısıyla **hukuka uygundur**. Bu gibi durumlarda, gerçekleştirilen tıbbî müdahalenin hukuka uygunluğunu “*mefruz, varsayılan rıza*”ya dayalı olarak açıklayan görüşlere¹² iştirak etmemekteyiz. Varsayıma dayalı olarak hüküm tesis edilemez. Çünkü hukuk kurallarının dayanağını oluşturan davranış normları gerçeklik üzerine bina edilmişlerdir. Tabibin görevi, sadece hasta olan bir insanın hastalığının teşhisi ve tedavisi amacına yönelik tıbbî müdahaleden ibaret değildir. Tabip, özel hukuk uyumsuzluğuyla ilgili bir davada ya da bir suç olayına ilişkin soruşturma ve kovuşturma sürecinde, **bilirkişi** olarak görevlendirilebilir. Tabibin bilirkişi olarak görevlendirildiği durumlarda bir **hasta - hekim ilişkisinin olmadığı** ve dolayısıyla, bu görev kapsamında gerçekleştirilecek tıbbî müdahalelerle ilgili olarak **kişinin rızasının aranmadığı**nı, göz önünde bulundurmak gerekir. Örnek olarak, Ceza Muhakemesi Kanununun 74 ve devamı maddelerindeki düzenlemelerin bu bağlamda değerlendirilmesi gerekir.

V. Teşhis ve tedavi amacına yönelik bir tıbbî müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için; bunun **tabiplik mesleğini icra etmek hususunda yetkiyle donatılan kişi**¹³ tarafından gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Uzmanlığı gerektiren bir tıbbî müdahale söz konusu ise; bunun, **uzmanı** olan **tabip** tarafından gerçekleştirilmesi gerekir. Uzmanlığı gerektiren fakat uzman tabip tarafından gerçekleştirilmeyen bir tıbbî müdahale, sonuçta kişi şifa bulmuş olsa bile, **hukuka uygun değildir**. Uzmanlığı gerektiren bir tıbbî müdahalenin uzmanı olmayan tabip tarafından gerçekleştirilmesi halinde, ancak **zorunluluk** haline ilişkin koşullar (TCK, m. 25, f. 2) bulunduğu takdirde, sorumluluk cihetine gidilemez¹⁴. İşaret etmek gerekir ki, kişi üzerinde gerçekleştirilecek her tıbbî müdahalenin münhasıran hekim tarafından yapılması gerekmektedir. Bazı tıbbî müdahaleler, hekim dışında ebe, hemşire ve sünnetçi gibi diğer sağlık görevlileri tarafından da gerçekleştirilebilir¹⁵.

VI. Keza, kişi üzerinde gerçekleştirilen tıbbî müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için, bunun **teşhis ve tedavi amacıyla** yapılması gerekir. Belirli bir hastalıktan korunmaya yönelik aşı uygulaması halinde de **tedavi amacıyla** hareket edilmekte ve dolayısıyla, fiil, hukuka uygun bulunmaktadır. Bir hastalığın teşhisi ve tedavisi amacı taşımayan bir tıbbî müdahale, hukuka uygun değildir. Ancak, kanun koyucu, belirli bir hastalığın teşhis ve tedavi amacını taşımasa bile, çeşitli mülahazalarla, kişiye tıbbî müda-

halede bulunulmasına imkân tanımaktadır. Örneğin, **kan bağışı** ile ilgili olarak 11.4.2007 t. ve 5624 s. Kan ve Kan Ürünleri Kanununda, **kişilerden organ veya doku alınması** ile ilgili olarak 29.5.1979 t. ve 2238 s. Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanunda, **kısırlaştırılma ve kürtaajla** ilgili olarak 27.5.1983 t. ve 2827 s. Nüfus Plânlaması Hakkında Kanunda, **cinsiyet değişikliği** ile ilgili olarak 22.11.2001 t. ve 4721 s. Türk Medeni Kanununun 40. maddesinde, **bilimsel bir deney** ile ilgili olarak Türk Ceza Kanununun 90. maddesinde hükümler bulunmaktadır. Belirtmek gerekir ki, bu durumlarda söz konusu amaçlar doğrultusunda kişiye tıbbî müdahalede bulunulabilmesi için, rızasının varlığı gereklidir.

VII. Bir tıbbî müdahalenin hukuka uygun kabul edilebilmesi için, tıp biliminin verilerine uygun olarak gerçekleştirilmesi gerekir¹⁶. Tıp biliminin verilerine uygun olmayan bir müdahale, tedavi amacıyla ve kişinin rızasıyla gerçekleştirilmiş olsa bile, hukuka uygun değildir. Kişi üzerindeki tıbbî müdahalenin tıp biliminin verilerine uygun olup olmadığını tespitinde, **müdahalenin gerçekleştiği tarih itibarıyla tıp biliminin gelişmişlik düzeyi** göz önünde bulundurulmalıdır. Tıp bilimindeki gelişmeler karşısında, bir müdahale yönteminin bilahare sakıncalı hatta yanlış olduğu tespit edilmiş olabilir. Ancak bu tespit, gerçekleştirildiği tarihte tıp biliminin verilerine uygun olması itibarıyla, bir tıbbî müdahaleyi hukuka aykırı fiil olarak kabul etmemizi gerektirmez. Hastalığın arz ettiği özellikler ile hastanın içinde bulunduğu sağlık şartları göz önünde bulundurularak belirlenen bir tıbbî müdahale yönteminin hastanın sağlığı hatta hayatı bakımından belli oranda risk oluşturması hatta bu risk oranının fazlalığı, tıbbî müdahalenin hukuka uygunluğunu etkilemez. Yapılan tıbbî müdahalenin teşhis ve tedavi amacıyla yönelik olması ve yapıldığı tarih itibarıyla tıp biliminin verilerine uygun olarak gerçekleştirilmiş olması, hukuka uygunluk açısından yapılacak olan değerlendirmede başvurulacak olan ölçütlerdir. Hukuka uygunluk açısından önemli olan, hastanın tedavi edilmemesinin sağlığı ve hayatı bakımından oluşturduğu risk ile belirlenen tıbbî müdahale yönteminin kişinin sağlığı ve hayatı bakımından oluşturduğu riskin mukayesesi sonucunda, ikincisinin birincisine tercih edilmesidir. Bu itibarla belirtmek gerekir ki, tıp biliminin verilerine uygun olarak gerçekleştirilen tıbbî müdahale, sonuçta kişi hayatını kaybetse bile, hukuka uygundur. Ancak tıbbî müdahale ile bağlantılı olarak **rizikonun artırılması yasağının** olduğunu da göz önünde bulundurmak gerekir¹⁷. Bu itibarla, tıbbî müdahalede bulunulması halinde gerçekleşmesi muhtemel

olan sonuç, müdahalede bulunulmaması halinde gerçekleşmesi muhtemel olan sonuçtan daha ağır ise, tıbbî müdahaleden imtina edilmesi gerekir. Keza, sonuçları bakımından daha az riskli olan tıbbî müdahale yönteminin tercih edilmesi gerekir¹⁸.

Dipnotlar

¹ Bu paragraf altındaki açıklamalar için ayrıca bkz. ÖZGENÇ, İzzet: Türk Ceza Kanunu Gazi Şerhi, 3. bası, Adalet Bakanlığı yayını, Ankara, Ocak 2006, sh. 284 vd; aynı yazar: Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler, Ceza Hukukuna Giriş, Suç Teorisi, Yaptırım Teorisi, Milletlerarası Ceza Hukuku, Ankara, Eylül 2006, sh. 347 vd.; aynı yazar: Hekimlik Mesleğinin İcrası ve Ceza Sorumluluğu, in: Ankem Dergisi, yıl 2006, cilt 20, Ek 2, sh. 10 vd.; aynı yazar: Hekimin Tedavi Nedeniyle Ceza Sorumluluğuna İlişkin Raporaj, in: Sağlıkta Nabız Dergisi, yıl 2006, sayı 18, sh. 4 vd.; aynı yazar: Tıbbî Müdahalenin Hukuka Uygunluğuna İlişkin Kriterler, in: SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Haziran-Temmuz-Ağustos 2007, sayı 3, sh. 76 vd.

² Teşhis ve tedavi amacıyla yönelik olarak kişinin açıkladığı rızanın kapsam ve mahiyeti hakkında ayrıntılı bir değerlendirme için bkz. 4.HD, 7.3.1977, 6297/2541 (YKD, Haziran 1976, sh. 905 vd.). Söz konusu karara ilişkin değerlendirme için bkz. ÜNVER, Yener: Ceza Hukukunda İzin Verilen Risk, İstanbul, 1998, sh. 192 vd.

³ “Aydınlatılmış onam” kavramıyla ilgili ayrıntılı açıklamalar için bkz. HAKERİ, Hakan: Tıp Hukuku, Ankara 2007, sh. 103 vd.; ERMAN, Barış: Ceza Hukukunda Tıbbî Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, Ankara, 2003, sh. 99 vd. Keza, “Biyoloji ve Tıbbin Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi” (“Avrupa Biyo-Tıp Sözleşmesi”) hükümleri çerçevesinde aydınlanmış onam kavramıyla ilgili açıklamalar için bkz. KÖK, Ahmet Nezi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Göre Aydınlatma ve Rıza, in: Kamu Hukuku Arşivi (KHUKA), Kasım 2005, yıl 8, sh. 116 vd.; GÖKCAN, Hasan Tahsin: Perinatolojide Tıbbî Uygulama Hataları Nedeniyle Cezai Sorumluluk, in: 11. Ulusal Perinatoloji Kongresi, 26-29 Nisan 2007, Antalya, sh. 109.

⁴ Benzer hükümler için bkz. TCK, m. 90; f. 2, 4; 2238 sayılı “Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun”, m. 6; “Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük”, m. 13.

⁵ “Aktif ötenazi” ve “pasif ötenazi” ayrımıyla ilgili olarak bkz. DÖNMEZER, Sulhi: Kişilere ve Mala Karşı Cürümler, 13. bası, 1990, no. 22; BAYRAKTAR, Köksal: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezaî Sorumluluğu, İstanbul, 1972, sh. 150; CENTEL, Nur/ZAFER, Hamide/ÇAKMUT, Özlem: Türk Ceza Hukukuna Giriş, 3. bası, İstanbul, 2005, sh. 330 vd.; HAKERİ, Tıp Hukuku, sh. 304 vd.

⁶ 1219 s. “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”, m. 70; “Hasta Hakları Yönetmeliği”, m. 5, bend d, m. 24 vd.; “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları”, m. 26.

⁷ DÖNMEZER, Kişilere ve Mala Karşı Cürümler, no. 23.

⁸ Kamu sağlığını gerektiren durumlarda hekimlerin tedavi yükümlülüğünün yanı sıra, kişilerin **tedaviye katlanma yükümlülüğü** bulunmaktadır (Bkz. HAKERİ, Tıp Hukuku, sh. 221).

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu hükümlerine göre bildirim yükümlülüğü kapsamında olan hastalıklarla ilgili olarak kişilere, tabip tarafından yapılacak **teşhis ve tedaviye** yönelik muameleye **katlanmak yükümlülüğü** getirmiştir (1593 s. K., m. 67). Hatta bu yükümlülüğe aykırı davranan hastalarla ilgili olarak, yaptırım öngörülmüştür. (1593 s. K., m. 287). Diğer bir deyişle, bu durumlarda tabipler açısından **teşhis ve tedavi yükümlülüğü** bulunmaktadır.

Keza, “frenji, belsoğukluğu ve yumuşak şankır” hastalıklarına müptela olan kişilerle ilgili olarak **tedavi olma yükümlülüğü** mevcuttur (1593 s. K., m. 103). Bu yükümlülüğe aykırı hareket eden kişiler, **zorunlu olarak tedaviye** tabi tutulur (1593 s. K., m. 107).

Kişilerle ilgili olarak belli hastalıklara karşı **aşı olma yükümlülüğü** getirilmiştir (1593 s. K., m. 88, 90).

Bütün bu düzenlemeler karşısında **AİDS** hastalığı ile ilgili olarak şu tespit ve önerilerde bulunulabilir:

1. AİDS hastalığı, bulaşıcı bir hastalıktır.
2. Bu hastalıkla ilgili olarak karantina tedbirleri alınmalıdır.
3. Bu tedbirler kapsamında, hastalığı ile ilgili olarak kişinin yakınlarına bilgi vermek gerekir.
4. Hasta yakınlarının bu hususta bilgilendirilmesi, 5237 s. TCK’nun kişisel verileri bir başkasına hukuka aykırı olarak verme fiilini cezalandıran 136. maddesindeki suçu oluşturmaz.

Ancak, bu hastalıkla ilgili olarak alınması gereken karantina tedbirlerinin belirlenmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından genel bir düzenleyici işlem yapılmasına ihtiyaç bulunduğu kanısındayız.

⁹ **Fuhşa sürüklenen kişi**, yaşı ne olursa olsun, yeni TCK’nın sisteminde, fuhuş suçunun **mağduru** olarak kabul edilmiştir. TCK’nın 227. maddesinin sekizinci fıkrasında **“Fuhşa sürüklenen kişi, tedaviye veya psikolojik terapiye tabi tutulabilir.”** hükmüne yer verilmiştir. Dikkat edilmelidir ki, bu hükümde de suçun mağduru kişiler açısından **tıbbî müdahaleye katlanma yükümlülüğü** getirilmiştir. Bu itibarla, fuhşa sürüklenen kişi, bulaşıcı bir hastalık taşıyıp taşımadığının tespiti amacıyla tıbbî müdahaleye katlanmakla yükümlüdür. Bulaşıcı bir hastalığının varlığının tespiti halinde, ayrıca tedaviye katlanma yükümlülüğü söz konusu olacaktır. Yapılan muayene sonucunda, fuhşa sürüklenen kişinin bulaşıcı hastalığının bulunmadığının anlaşılması halinde ise, gerekli olduğu takdirde, psikolojik terapiye tabi tutulabilecektir. Dikkat edilmelidir ki, fuhşa sürüklenen kişinin psikolojik terapiye tabi tutulabilmesi için, rızasının olup olmamasından ziyade, psikolojisinin böyle bir tedaviye gerekli kılması önem taşımaktadır. Nitekim, TCK’nın 227. maddesinin sekizinci fıkrasında 6.12.2006 tarihli ve 5560 sayılı Kanunla yapılan değişikliğin **gerekçesinde** şu açıklamaya yer verilmiştir: “5237 sayılı Kanunun 227 maddesinin sekizinci fıkrasında fuhuş suçunun mağduru konumundaki kişilerin, örneğin bulaşıcı hastalık taşımaları dolayısıyla tedaviye tabi tutulmasının yanı sıra ya da buna

ihtiyaç duyulmaması halinde sadece psikolojik terapi uygulanmasını sağlayacak düzenleme yapılmıştır" (TBMM, Dönem: 22, Yasama Yılı: 5, Sıra Sayısı: 1255, sh. 19).

İşaret etmek gerekir ki, fuhşa sürüklenen kişinin muayenesinin ve gerektiği takdirde tedavisinin yapılabilmesi için hâkim kararına gerek bulunmamaktadır. Fuhuş suçunun işlendiği hususunda ortaya çıkan şüpheye bağlı olarak soruşturmayı yürüten **C. savcısı**, soruşturma kapsamında söz konusu suçun mağduru konumundaki kişilerin bulaşıcı hastalığının olup olmadığının tespiti ve tıbben gerekli olması halinde tedaviye ve psikolojik terapiye tabi tutulması için gerekeni yapmakla **yükümlüdür**.

¹⁰ Ülkemizde tabiplik mesleğinin icrası için gerekli şartlarla ilgili olarak bkz. 11.4.1928 t.ve 1219 s. "Tababet ve **Şuabatı** Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" (Resmi Gazete: 14 Nisan1928/863).

¹¹ Türkiye tarafından da onaylanan 4.4.1997 tarihli "Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi"nin (**"Avrupa Biyo-Tıp Sözleşmesi"**nin) (Resmi Gazete: 20 Nisan 2004/25439) "Muvafakat" başlıklı II. Bölümünde konumuzla ilgili olarak şu hükümler yer almaktadır:

Madde 5. (Genel Kural)

Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir.

Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir.

İlgili kişi, muvafakatini her zaman, serbestçe geri alabilir.

Madde 6. (Muvafakat verme yeteneği bulunmayan kişilerin korunması)

1. Aşağıda, 17 ve 20. maddelere tâbi olmak koşuluyla, muvafakat verme yeteneği bulunmayan bir kimse üzerinde tıbbî müdahale, sadece onun doğrudan yararı için yapılabilir.

2. Kanuna göre bir müdahaleye muvafakatini verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen makam, kişi veya kuruluşun izni ile müdahalede bulunabilir.

Küçüğün görüşü, yaşı ve olgunluk derecesiyle orantılı bir şekilde, gittikçe daha belirleyici bir etken olarak gözönüne alınacaktır.

3. Kanuna göre, akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı, müdahaleye muvafakat etme yeteneği bulunmayan bir yetişkine, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen kişi veya makamın izni ile müdahalede bulunulabilir.

İlgili kişi mümkün olduğu ölçüde izin verme sürecine katılacaktır.

4. Yukarıda 2 ve 3. paragraflarda belirtilen temsilci, makam, kişi veya kuruluşa, aynı şartlarda, Madde 5'te belirtilen bilgi verilecektir.

5. Yukarıda 2 ve 3. paragraflarda belirtilen izin, ilgili kişinin en fazla yararı bakımından her zaman geri çekilebilir.

Madde 7. (Akıl hastalığı olan kişilerin korunması)

Gözetim, denetim ve başka bir makama başvurma süreçleri dahil, kanun tarafından öngörülen koruyucu şartlarla bağlı olmak üzere, ciddi nitelikli bir akıl hastalığı olan kişi, yalnızca böyle bir tedavi yapılmadığı takdirde sağlığına ciddi bir zarar gelmesinin muhtemel olduğu durumlarda, muvafakati olmaksızın, akıl hastalığının tedavi edilmesini amaçlayan bir müdahaleye tâbi tutulabilir.

Madde 8. (Acil durum)

Acil bir durum nedeniyle uygun muvafakatın alınamaması halinde, ilgili bireyin sağlığı için tıbbî bakımdan gerekli olan herhangi bir müdahale derhal yapılabilir.

Madde 9. (Önceden açıklanmış istek)

Müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek bir durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekler gözönüne alınacaktır.

İşaret etmemiz gerekir ki, söz konusu Sözleşmenin onaylanması 3.12.2003 tarihli ve 5013 sayılı Kanunla uygun bulunmuştur. Sözleşme, 26.11.2006 tarihi itibarıyla İngiltere, **Almanya, Rusya Federasyonu, Avusturya** ve İrlanda tarafından 2 Ağustos 2007 tarihi itibarıyla **imzalanmamıştır**. **Fransa**, İtalya, İsviçre, **Ukrayna, Polonya** ve **Finlandiya** tarafından imzalanmış olmakla birlikte, 2 Ağustos 2007 tarihi itibarıyla **onaylanmamıştır**. Sözleşme, Türkiye'nin yanı sıra, Bulgaristan, Romanya, Yunanistan, Estonya, Danimarka ve İspanya gibi ülkeler tarafından onaylanarak yürürlüğe konulmuştur.

1219 s. "**Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun**"nun 70. maddesi hükmüne göre,

«... Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın ... evveleminde muvafakatını alırlar. ... (Ancak,) ... üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.»

Bakanlar Kurulu'nun 13.1.1960 tarih ve 4/12578 sayılı Kararı ile kabul edilen "**Tıbbî Deontoloji Nizamnamesi**"nde (RG: 19.2.1960/10436.) bu konuda şu hükümler yer almaktadır:

«Madde 2- Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir.

Tabip ve dış tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlâkî düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimâî seviyesi, mevkii ve siyasî kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda âzami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir.

Madde 3- Tabip, vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun, gerekli bakımın sağlanamadığı âcil vakalar da, mücbir sebep olmadıkça, ilk yardımda bulunur.

Diş tabibi de, kendi sahasında aynı mükellefiyete tabidir.

Madde 11- Tecrübe maksadı ile insanlar üzerinde hiç bir cerrahî müdahale yapılamıyacağı gibi aynı maksatla, kimyevî, fiziki veya biyolojik şekilde her-

hangi bir tedavi de tatbik edilemez.

Klasik metodların bir hastaya fayda vermiyeceği klinik veya lâboratuvar muayeneleri neticesinde sabit olduğu takdirde, daha önce, mütat tecrübe hayvanları üzerinde kâfi derecede denenmek suretiyle faydalı tesirleri anlaşılmış olan bir tedavi usulünün tatbiki caizdir. Şu kadar ki, bu tedavinin tatbik edilebilmesi için, hastaya faydalı olacağı ve muvaffakiyet elde edilmemesi halinde ise mütat tedavi usullerinden daha elverişsiz bir netice alınmıyacağına muhtemel bulunması şarttır.

Evvelce tecrübe edilmiş olmamakla beraber, zarar vermesine ihtimal bulunmayan ve hastayı kurtarması katî görülen bir müdahale yapılabilir.

Madde 13- Tabip ve diş tabibi, ilmi icapları uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez.

Tababet prensip ve kaidelerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yasaktır.

Tabip ve diş tabibi; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın, hastanın arzusunca uyararak veya diğer sebeplere, akli veya bedenî mukavemetini azaltacak her hangi bir şey yapamaz.

Madde 14- Tabip ve diş tabibi, hastanın vaziyetinin icabettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir.

Tabip ve diş tabibi hastasına ümit vererek teselli eder. Hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lâzımdır. Ancak, hastalığın, vahim görülen akıbet ve seyrinin saklanması uygundur.

Meş'um bir prognostik hastanın kendisine çok büyük bir ihtiyatla ihsas edilebilir. Hasta tarafından, böyle bir prognostiğin ailesine açıklanmaması istenilmemiş veya açıklanacağı şahıs tâyin olunmamış ise, durum ailesine bildirilir.»

Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan "**Hasta Hakları Yönetmeliği**"nde (RG: 1.8.1998/23420) şu hükümlere yer verilmiştir:

«İlkeler

Madde 5-

a) Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima göz önünde bulundurulur.

b) Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinenek, hastaya insanca muamelede bulunulur.

d) Tıbbî zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24- Tıbbî müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbî müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanunu'nun 272 nci ve 431 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz.

Üçüncü fıkrada belirtilen ve hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür. Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir.

Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbî yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.

Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Madde 25- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

Küçüğün veya Mahcurun Tıbbî Müdahaleye İştiraki

Madde 26- Kanuni temsilcinin muvafakatinin gerektiği ve yeterli olduğu hallerde dahi, mümkün olduğu ölçüde küçük veya mahcur olan hastanın dinlenmesi suretiyle tıbbî müdahaleye iştiraki sağlanır.

Rızanın Şekli ve Geçerliliği

Madde 28- Mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında, rıza herhangi bir şekle bağlı değildir.

Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz.

Rızanın Kapsamı

Madde 31- Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbî müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır.

Hastanın, uygulanacak tıbbî müdahale için verdiği rıza, bu müdahalenin gerektirdiği sair tıbbî işlemleri de kapsar. Ancak, tıbbî işlemlerin uygulanmasında, bu Yönetmelik'te ve diğer mevzuatta belirlenen hakların ihlal edilmemesi için azami ihtimam gösterilir.

rilir.

Yine, Türk Tabipler Birliği'nin 47. Genel Kurulunda 10-11 Ekim 1998 tarihinde kabul edilen "**Hekimlik Meslek Etiği Kuralları**"nda bu hususla ilgili olarak şu hükümlere yer verilmiştir:

«Hekimin Görev ve Ödevleri

Madde:5- Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izler.

Acil Yardım

Madde:10- Hekim, görevi ve uzmanlığı ne olursa olsun, gerekli tıbbî girişimlerin yapılamadığı acil durumlarda, ilk yardımda bulunur.

Meşru ve Yasak Yöntemler

Madde:12- Hekim mesleğini yerine getirirken, bilimsel ve çağdaş tanı ve tedavi yöntemleriyle koruyucu hekimlik ilkelerini göz önünde bulundurur; hastalarının tanı ve tedavisinde bilimsel olmayan yöntemleri uygulayamaz. Hekim, gerekli bilimsel aşamalardan geçip ruhsatlandırılmamış kimyasal, farmakolojik, biyolojik maddeleri ilaç olarak kullanamaz.

Yetkinlik Dışı Faaliyet Yasağı

Madde:18- Hekim tıbbî görevlerini yerine getirirken, gecikmenin hasta yaşamını tehdit edebileceği zorunlu durumlar dışında özel bilgi, beceri gerektiren bir girişimde bulunamaz.

Hasta Haklarına Saygı

Madde:21- Hekim hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken; bilgilendirme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da red hakkı, vb. hasta haklarına saygı göstermek zorundadır.

Aydınlatılmış Onam

Madde:26- Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir.

Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, he-

kim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır.

Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.»

¹² HAKERİ, Tıp Hukuku, sh. 165 vd., 287; ERMAN, Tıbbî Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, sh. 66, 77, 139 vd.

¹³ Ülkemizde tabiplik mesleğinin icrası için gerekli şartlarla ilgili olarak bkz. 11.4.1928 t.ve 1219 s. "Tababet ve **Şuabatı** Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" (Resmi Gazete: 14 Nisan1928/863). 1219 s. Kanunun bu husustaki düzenlemelerine ilişkin açıklamalar için bkz. ÇAKMUT, Özlem Yenerer: Tıbbî Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi, İstanbul 2003, sh. 26 vd.

¹⁴ 1219 s. Kanunun 23. maddesi hükmü bu bağlamda göz önünde bulundurulmalıdır:

"Umumi veya mevzii iptali his ile yapılan büyük ameliyeler behemehal **ihhtisas vesikasını hamil** olan bir **mütehassıs** ile beraber diğer bir tabip tarafından yapılmak lazımdır. Mütehassıs bulunması veya celbi mümkün olmayan mahallerde yapılması zaruri görülen ameliyeler ile ahvali müstacele ve fevkalade bu hükümden müstesnadır."

¹⁵ 1219 s. Kanunun, ebelere ilişkin olarak 47 ila 57., **sünnetçilere ilişkin olarak 58 ila 62., hemşirelere ilişkin olarak 63 ila 68. maddeleri hükümlerine bakılmalıdır.**

¹⁶ ÖZGENÇ, İzzet: Türk Ceza Kanunu Gazi Şerhi, Genel Hükümler, 3. bası, Ankara 2006, sh. 347 vd.; İÇEL/SOKULLU-AKINCI/ÖZGENÇ/SÖZÜER/MAH-MUTOĞLU/ÜNVER, Suç Teorisi, 2. bası, sh. 176. GÖKCAN, 11. Ulusal Perinatoloji Kongresi, sh. 109.

¹⁷ HAKERİ, Tıp Hukuku, sh. 191.

¹⁸ Bir hastalığın tedavisi için **daha az riskli olan ilaç varken, risk oranı yüksek olan ilacın kullanılması hukuka aykırıdır.** Bu durumda, ekonomik kaygılar (örneğin Devlet bütçesine yüklenen yük), risk oranı yüksek olan ilacın kullanılmasına haklılık kazandırmaz. Devletin tazminat sorumluluğu bakımından Danıştay Onuncu Dairesinin 14.11.1996 tarihli ve 7534/7086 sayılı Kararı önem taşımaktadır. Ancak, daha az riskli ilacın varlığına rağmen, temini konusunda bir **imkânsızlık** söz konusu olduğu için risk oranı yüksek olan ilacın kullanılması ve bu nedenle hastanın ölmesi halinde, kanımızca, TCK'nın **zorunluluk haline** ilişkin hükümleri (m. 25, f. 2) kapsamında ceza sorumluluğu cihetine gidilemez.

İçinden tıp geçen filmler: Köstebek

Ömer Çakkal

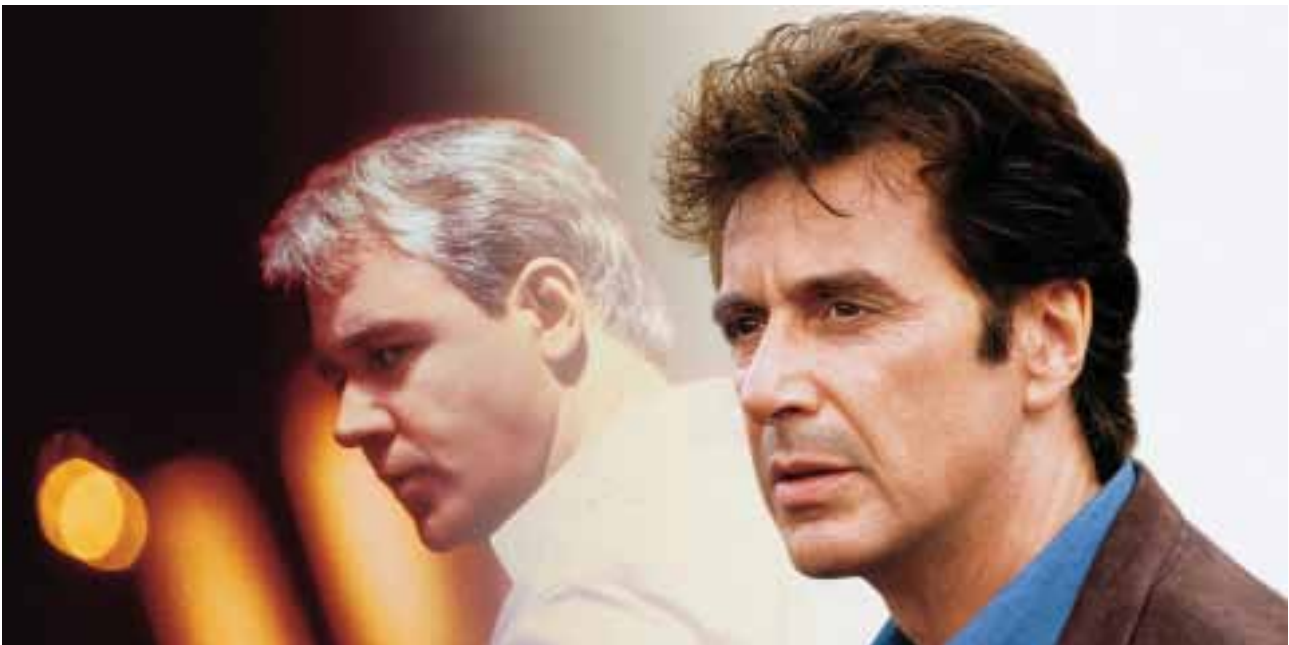


1982 yılında Çorum'da doğdu. 2004'te Marmara Üniversitesi İletişim Fakültesi'ni bitirdi. 2002 yılında Yeni Şafak'ta çalışmaya başladı. Meslekteki ilk yıllarında kültür ve sanat, sonraki yıllarda gündem ve politika muhabirliği yaptı. Yeni Şafak'ta film eleştirisi yayımlandı; Sonsuzkare Sinema Dergisi'nin editörlüğünü yürüttü. Eğitimbilim, Dergâh, Kırklar gibi dergilerde öykü, haber, dosya ve söyleşileri yayımlandı. Bağımsız haber portalı iyibilgi.com'da editörlük ve yazı işleri müdürlüğü görevlerini yürüttü. Mayıs 2008'den beri SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi'nin ve sdplatform.com adlı portalın yayın koordinatörlüğünü yapmaktadır.

S D'nin yeni sayısında bağımlılık konusu dosya olarak inceleneceğinde aklıma 1999 yapımı Köstebek (The Insider) filmi geldi. Son Mohikan (1992), Büyük Hesaplaşma (1995), Ali (2001), Collateral (2004) ve Halk Düşmanları (2009) filmlerini hayranlıkla izlediğim Birleşik Amerikalı film yönetmeni Michael Mann'in yönettiği Köstebek, büyük sigara şirketlerinden birinin tepe yöneticisinin işten kovulmasının

ardından yaşananları anlatıyor. Filmde işten kovulmuş üst yönetici Jeffrey Wigand'ı ünlü oyuncu Russell Crowe canlandırıyor. Filmin öteki yıldız oyuncusu Al Pacino ise, Dr. Wigand'ı, yapımcısı olduğu 60 Dakika programına çıkartıp sigara endüstrisinin karanlık sokaklarını anlatmasını isteyen Lowell Bergman karakterine hayat veriyor. İki yıldız oyuncuya eşlik eden Christopher Plummer da "60. Dakika"nın sunucusu Mike Wallace karakteri olarak izleyiciyi selamlıyor.

İmdb'de izleyici puanı 10 üzerinden 8.0 olan, Beyazperde.com'da ise Türk izleyicilerin 8.2 puan verdikleri filmde, çok güçlü bir sigara şirketinin yönetim kurulu üyeleri, araştırma bölümünün başkanı Jeffrey Wigand'ın şirket uygulamaları konusunda kendileriyle aynı fikirde olmadığını fark edince işine son veriyorlar. İşten çıkarılmasına rağmen şirketin insan sağlığını tehdit eden politikalarını eleştirmekten çekinmeyen Dr. Wigand'ın önüne çıkan engeller beklediğinden de ağır oluyor. Sessiz kalması halinde ailesinin başına gelecek-



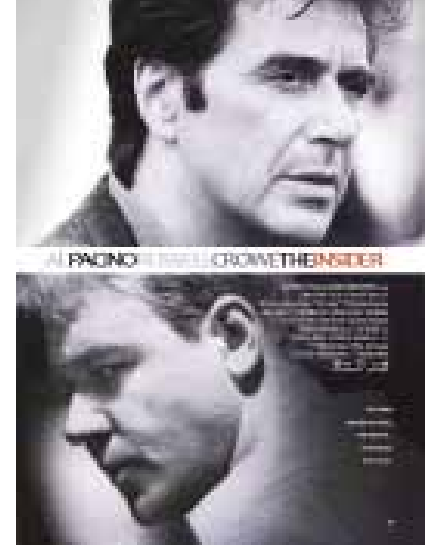
ler konusunda uyarılan Wigand, tüm bu tehditlere rağmen olanları açıklamaktan vazgeçmiyor. Amerikan CBS televizyonunda yayınlanan 60 Dakika adlı programının yapımcısı olan araştırmacı gazeteci Lowell Bergman, durumla yakından ilgilenip Wigand'ı programında konuk etmek istiyor. Fakat kapitalist düzenin sivri çarkları ve medya dünyasının menfaatleri el ele veriyor ve hiç hesapta olmayan olaylar yaşanmaya başlıyor.

Yaşanmış bir yolsuzluk öyküsünü yazperdeye taşıyan Köstebek, sağlığını en fazla tehdit eden sigara endüstrisine karşı yapılmış en çok ses getirmiş muhalif filmlerden biri. Köstebek'in giriş sahnesinde İran'a gidip radikal bir İslamcı örgütün lideriyle silahlar altında bir röportaj gerçekleştiren "60. Dakika"nın sunucusu Mike Wallace, söze "Siz terörist misiniz?" diye söze başlayacak kadar "cesur" bir gazeteci. Sigaracıların işten kovduğu Wigand ise durumu eşine söylediğinde "Üzülmeye canım" sözü yerine "Araç ve ev taksitlerimizi kim ödeyecek" cevabını alan, Kapitalist yaşam tarzının o güne dek kaymağını, o gün ise yumruğunu yiyen, "yalnız" bir adam. Kovulduğu şirketten tekrar tekrar uyarılar alan Dr. Wigand, tehdide, şantaja maruz kalıyor. Gizlilik anlaşmaları var ama işten kovduktan sonra anlaşmaya ek bir madde daha ekliyorlar. Bildiklerini açıklamamasından deli gibi korkuyorlar. O, Doktorun deyimiyle "kimin elinde kalırsa patlayacak olan bir bomba." Golf oynarken bodyguard gönderip taciz ediyorlar. Taşındığı yeni evinde ilk akşamdan başlayan telefon aramaları, bilgisayarına gelen ölüm mesajları, posta kutusuna bırakılan kurşunlardan "illallah" diyen Wigand, kendisini aslında başka bir konu için arayan 60 Dakika'nın yapımcısı Jeffrey Wigand'e, sigara işinde dönen numaraları anlatmaya başlıyor. Doğal nikotinin dozunun artırıldığını, bunun da bağımlılığı zirve yaptırdığını anlatıyor. Nikotinin etkisini artıran bir bileşen yüzünden şirketle ters düştüğünü, akciğer kanserine neden olan bu maddenin kullanımına karşı olduğu için durumu yönetime anlattığını ancak bileşenin çıkartılması durumunda sigara satışlarının düşeceği gerekçesiyle işten atıldığını bir bir anlatıyor. Sigaracılar, doktorun gazeteci ile görüşmelerinden haberdarlar. Tehditlerin dozunu artırıyolar. Önceden yaptığı anlaşmalar elini kolunu bağlıyor ama kendisinden yana olan avukatlar bir yolunu buluyor. Dr. Vaygen, Kentucky Eyaletinde yaşıyor. Avukatların, Mississippi Eyaletine gidip hukuki bir bağlayıcılığı olmayan "halk mahkemesi"nde ifade verme teklifini kabul ediyor. Ama sigaracılar Kentucky Mahkemesinden doktoru susturma kararı çıkartıyorlar. Eğer

Mississippi'de ifade verirse Kentucky'ye girer girmez tutuklanıp hapse atılacak. Doktor kararlı. Eşi, çocuklarını alıp evi terk ediyor. Ama yılmıyor. Mahkemede, sigaradaki nikotinin beyni uyuşturan bir özelliği olduğunu anlatıyor. Böylece önceden imzaladığı gizlilik sözleşmesinin toplumun çıkarları şerhiyle bozulmasını ve TV'ye vereceği röportaj sonrası hapsi boylamamayı umuyor. Ancak unuttukları bir şey var: TV kanalının sigaracılarla ilişkileri... Dr. Wigand'ın hayatını mahvetmek pahasına 60 Dakika'ya verdiği röportaj, kanal yönetiminin sansürüne takılıyor. Ortaya çıkıyor ki, CBS Kanalı hisselerini satışa çıkaracaktır. Eğer sigaracılar tarafından kanala bir dava açılırsa borsa hisse değerleri dip yapacak. 60 Dakika ekibi direnince, Kanal yönetimi röportaj kasetini makaslamaya karar veriyor. Yayımlanan bölüm suya sabuna dokunmayan bir parça oluyor...

Sigaracılar suya sabuna dokunmayan bu röportajın dahi etkisini sıfıra indirmek için ellerinden geleni arkalarına koymuyorlar. Doktorun hayatındaki her şeyi didikliyorlar. 500 sayfalık bir rapor, TV'lerin ana haber bültenlerine konu oluyor. Aldığı kırmızı ışık cezası, ödemediği faturalar, geçmişte yaşadığı flörtlere kadar her şey. Amaçları doktoru kamuoyu nezdinde yalancı konumuna düşürmek. Yalancı konumuna düşen doktor, dünyanın en önemli bilgilerini bile açıklasa kamuoyu nezdinde beş para etmeyecek. Sigaracıların yaptıkları da tam olarak bu oluyor. Dr. Wigand'ı tam bir yalnızlığın içine sürüklüyorlar. 60 Dakika'nın yapımcısı Bergman dışında hiçbir arkadaşı kalmıyor. Umudunu yitiriyor. "Neden beni bu işe sürükledin?" diye isyan ediyor. "Çünkü sen anlatmak istiyordun." yanıtını alıyor. "Ama rayları sen yağladın" diye kızıyor. Sigaracıların ana binasına bakan bir otel odasında oda kiraliyor. 10. Kat hukuk bölümü. Yapımcıya diyor ki, "Orada benim hayatımı mahvediyorlar." Adam mahvoluyor. Saçları birkaç günde beyazlıyor. Psikolojisi mahvoluyor. Filmin harikulade müzikleri, Doktorun çaresizliğini, dramını izleyicilerin zihninde kalıcı kılıyor.

Doktor bir dramın içinde savruladursun yapımcısı Bergman boş durmuyor. Kanal yönetimiyle köprüleri atan Bergman, başka kanal ve gazetelere durumu ifşa ediyor. Washington Post'un ilk sayfasında, CBS'nin 60 Dakika'yı sansürlediğine dair bir haber ve onu bütünleyen bir yazı yayımlanıyor. Ortalık karışıyor ve CBS kanalı röportajı yayımlamak zorunda kalıyor. Yapımcı ve doktor kazanıyor, sigaracılar kaybediyor. Görünürde böyle ama yapımcı şok bir karar alarak istifa ediyor. Çünkü bir kere güvenini yitirmiştir. Bundan sonraki işlerde kaynağına ne diyecektir: "Bana



Kovulduğu sigara şirketinden uyarılar alan Dr. Wigand, tehdide, şantaja maruz kalıyor. Bildiklerini açıklamamasından deli gibi korkuyorlar. O, Doktorun deyimiyle "kimin elinde kalırsa patlayacak olan bir bomba." Golf oynarken bodyguard gönderip taciz ediyorlar. Taşındığı yeni evinde ilk akşamdan başlayan telefon aramaları, bilgisayarına gelen ölüm mesajları, posta kutusuna bırakılan kurşunlardan "illallah" diyen Wigand, 60 Dakika programının yapımcısı Jeffrey Wigand'e, sigara işinde dönen numaraları anlatmaya başlıyor...

güven, seni belki yüzüstü bırakmam" mı? Doktor da kazanamıyor. "Küçük zaferi" mahvolmuş yaşamını kurtarmaya yetmiyor. Ailesinden uzakta yaşamını sürdürmek zorunda kalıyor. Sigaracılar ise bugün bile milyarlarca insanın "tüketim desteği" sayesinde gemilerini yürütmeye devam ediyorlar.

