



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
BİYOETİK EĞİTİM UYGULAMA ve
ARAŞTIRMA MERKEZİ

**SAVUNMASIZ/
ÖRSELENEBİLİR
GRUPLARDA**

SAĞLIK HİZMETLERİNİN
SUNUMU
ve
SAĞLIK ARAŞTIRMALARI
ÇALIŞTAYI

Savunmasız/Örselenebilir Gruplarda Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Araştırmaları

Editörler:

Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN

Öğr. Gör. Dr. Aslıhan AKPINAR

Bu kitap, Hacettepe Biyoetik Merkezi'nin 24 Mart 2015 tarihinde Hacettepe Kültür Merkezi'nde düzenlediği "Savunmasız/Örselenebilir Gruplarda Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Araştırmaları Çalıştayı" sunumlarının yazarlar tarafından oluşturulan tam metinlerinin yazım kuralları açısından kontrolünün ardından basılmış olup yazıların içeriği yazarların sorumluluğundadır. Çalıştayı düzenlenmesi ve kitabın basılıp dağıtılması için Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'nden destek alınmıştır (Proje Kodu: TBT-2015-5344).

Hacettepe Biyoetik Merkezi

Yayın No: 3

Hacettepe Üniversitesi Matbaası, Ankara, 2015



PROGRAM

09.00-09.15	Açılış Konuşmaları Prof. Dr. Nüket Örnek Büken Hacettepe Biyoetik Merkezi (HÜBAM) Müdürü Prof. Dr. Ömer Uğur Hacettepe Üniversitesi Rektör Yardımcısı Hastaneler Genel Direktörü
09.15-10.00	Açılış Konferansı Yaşam Bilimlerinde İnsanın Savunmasızlığı Prof. Dr. Meral Özgüç UNESCO Türkiye Milli Komisyonu Biyoetik İhtisas Komitesi Başkanı
10.00-10.20	Kahve arası
10.20- 12.30	Panel: Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Araştırmalarında Savunmasızlık ve Savunmasız Gruplar (Panel Yöneticisi: Prof. Dr. Nüket Örnek Büken) Tıp Etiği Açısından Savunmasızlık/ Örselenebilirlik Prof. Dr. Nüket Örnek Büken Hacettepe Biyoetik Merkezi (HÜBAM) UNESCO Türkiye Milli Komisyonu Biyoetik İhtisas Komitesi Geriatrik Yaş Grubu Açısından Savunmasızlık/Örselenebilirlik Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal Çocuklar ve Ergenler Açısından Savunmasızlık/Örselenebilirlik Prof. Dr. Ferhunde Öktem HÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD Kadınlar Açısından Savunmasızlık/Örselenebilirlik Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜKSAM) Mülteciler Açısından Savunmasızlık/Örselenebilirlik Doç.Dr. M. Murat Erdoğan Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi (HUGO)
12.30-14.00	Öğle yemeği
14.00-15.40	Uzman Görüşleri (Moderatör: Doç. Dr. Nüket Erbaydar) Katılımcı kurumların* temsilcilerinin ilgili grupların sağlık hizmeti sunumunda ve sağlık araştırmalarında savunmasızlığı/örselenebilirliği konusundaki 8'er dakikalık sunumları
15.40-16.00	Kahve Arası
16.00-17.30	Forum ve Kapanış

* Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çankaya Belediyesi, Türk Tabipleri Birliği, Ankara Tabip Odası, Ankara Barosu, UNESCO Türkiye Milli Komisyonu Biyoetik İhtisas Komitesi, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD), AltıNokta Körler Derneği, Trans Danışma Merkezi Derneği (T-Der), Türk Hemşireler Derneği, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, Pozitif Yaşam Derneği, Hacettepe Üniversitesi (HÜ) Engelliler Araştırma ve Uygulama Merkezi, HÜ İnsan Hakları ve Felsefesi Uygulama ve Araştırma Merkezi, HÜ HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi, HÜ Çocuk Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi, HÜ Çocuk İstismarı Değerlendirme, Araştırma ve Tedavi Komisyonu, HÜTF İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı, HÜTF Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
BIYOETİK EĞİTİM UYGULAMA ve
ARAŞTIRMA MERKEZİ

SAVUNMASIZ/ ÖRSELENEBİLİR GRUPLARDA

SAĞLIK HİZMETLERİNİN
SUNUMU
ve
SAĞLIK ARAŞTIRMALARI
ÇALIŞTAYI



24 Mart 2015 Salı, Saat: 09.00- 17.30
Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezi R Salonu
Sıhhiye Yerleşkesi

PROGRAM

- 09.00-09.15 Açılış Konuşmaları**
Prof. Dr. Nüket Örnek Büken
Hacettepe Biyoetik Merkezi (HÜBAM) Müdürü
Prof. Dr. Ömer Uğur
Hacettepe Üniversitesi Rektör Yardımcısı
Hastaneler Genel Direktörü
- 09.15-10.00 Açılış Konferansı**
Yaşam Bilimlerinde İnsanın Savunmasızlığı
Prof. Dr. Meral Özgüç
UNESCO Türkiye Millî Komisyonu
Biyoetik İhtisas Komitesi Başkanı
- 10.00-10.20 Kahve Arası**
- 10.20-12.30 Panel: Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Araştırmalarında Savunmasızlık ve Savunmasız Gruplar**
(Panel Yöneticisi: Prof. Dr. Nüket Örnek Büken)
- Tıp Etiği Açısından Savunmasızlık/Örselelenebilirlik**
Prof. Dr. Nüket Örnek Büken
Hacettepe Biyoetik Merkezi (HÜBAM)
UNESCO Türkiye Millî Komisyonu
Biyoetik İhtisas Komitesi
- Geriatrik Yaş Grubu Açısından Savunmasızlık/Örselelenebilirlik**
Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal
Geriatrik Bilimler Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜGEBAM)
- Çocuklar ve Ergenler Açısından Savunmasızlık/Örselelenebilirlik**
Prof. Dr. Ferhunde Öktem
HÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD
- Kadınlar Açısından Savunmasızlık/Örselelenebilirlik**
Prof. Dr. Şevket Bahar Özvarış
Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜKSAM)
- Mülteciler Açısından Savunmasızlık/Örselelenebilirlik**
Doç. Dr. M. Murat Erdoğan
Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi (HÜGÖ)
- 12.30-14.00 Öğle Yemeği**
- 14.00-15.40 Uzman Görüşleri**
(Moderatör: Doç. Dr. Nüket Erbaydar)
Kabılcı kurumların* temsilcilerinin ilgili grupların sağlık hizmeti sunumunda ve sağlık araştırmalarında savunmasızlık/örselelenebilirlik konusundaki 8'er dakikalık sunumları
- 15.40-16.00 Kahve Arası**
- 16.00-17.30 Forum ve Kapanış**

Adliyet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kama Hastaneleri Kurumu, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Türk Tabipleri Birliği, Ankara Tıp Odası, Türkiye Barolar Birliği, Ankara Barosu, UNESCO Türkiye Millî Komisyonu İhtisas Komiteleri, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, Engelli Kadın Derneği, Alb Nöktre Kanser Derneği, T-Der, Türk Hemşireler Derneği, Pozitif Yaşam Derneği, BM Mülteciler Komiserliği, HÜ Engelliler Araştırma ve Uygulama Merkezi, HÜ İnsan Hakları ve Felsefesi Uygulama ve Araştırma Merkezi, HÜ HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi, HÜ Çocuk Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi, HÜ Aile Tıbbı Uygulama ve Araştırma Merkezi, HÜ Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi, HÜ Çocuk İstisna Değerlendirme, Araştırma ve Tedavi Komisyonu, HÜTF Geriatri Bilim Dalı

İçindekiler

SUNUŞ	8
PROF. DR. NÜKET ÖRNEK BÜKEN	9
AÇILIŞ KONUŞMALARI	10
PROF. DR. NÜKET ÖRNEK BÜKEN	11
PROF. DR. ÖMER UĞUR	12
AÇILIŞ KONFERANSI – YAŞAM BİLİMLERİNDE İNSANIN SAVUNMASIZLIĞI	13
PROF. DR. MERAL ÖZGÜÇ	13
İNSAN SAVUNMASIZLIĞI VE KİŞİSEL BÜTÜNLÜĞE SAYGI İLKESİ	20
PROF.DR. MERAL ÖZGÜÇ	20
PANEL – SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE SAĞLIK ARAŞTIRMALARINDA SAVUNMASIZLIK VE SAVUNMASIZ GRUPLAR	23
TIP ETİĞİ AÇISINDAN SAVUNMASIZLIK/ÖRSELENEBİLİRLİK	24
PROF. DR. NÜKET ÖRNEK BÜKEN	24
GERIATRİK YAŞ GRUBU AÇISINDAN SAVUNMASIZLIK/ÖRSELENEBİLİRLİK	27
PROF. DR. YEŞİM GÖKÇE KUTSAL	27
ÇOCUKLAR VE ERGENLER AÇISINDAN SAVUNMASIZLIK/ÖRSELENEBİLİRLİK	32
PROF. DR. FERHUNDE ÖKTEM	32
KADINLAR AÇISINDAN SAVUNMASIZLIK/ÖRSELENEBİLİRLİK	37
PROF. DR. ŞEVKAT BAHAR ÖZVARIŞ	37
MÜLTECİLER AÇISINDAN SAVUNMASIZLIK/ÖRSELENEBİLİRLİK	43
DOÇ. DR. M. MURAT ERDOĞAN	43
"MÜLTECİLER AÇISINDAN SAVUNMASIZLIK/ÖRSELENEBİLİRLİK":	51
TÜRKİYE'DEKİ SURİYELİLER	51
DOÇ. DR. M. MURAT ERDOĞAN	51
PANEL: SORU YANIT	60
PANEL YÖNETİCİSİ: PROF. DR. NÜKET ÖRNEK BÜKEN	60
UZMAN GÖRÜŞLERİ / FORUM	65
MODERATÖR: DOÇ. DR. NÜKET ERBAYDAR	65
TÜRKİYE İNSAN HAKLARI VAKFI	66
DR. SEZAI BERBER	66
HÜ HIV/AIDS TEDAVİ VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	68
DR. AYGEN TÜMER.....	68
H.Ü. ÇOCUK İSTİSMARI DEĞERLENDİRME, ARAŞTIRMA VE TEDAVİ KOMİSYONU (ÇİDAT)	70

DOÇ. DR. AYSUN BALSEVEN ODABAŞI	70
SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU	72
DR. ALEV ÜSTÜNDAĞ.....	72
ÇOCUK İZLEM MERKEZLERİ	76
DR. ALEV ÜSTÜNDAĞ.....	76
SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	80
ELVAN ÖZKAN	80
ENGELLİ BİREYLERİN SAĞLIK SİSTEMİ İÇERİSİNDE YAŞADIKLARI SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	84
HATİCE TEMEL, ELÇİN ER	84
ÇANKAYA BELEDİYESİ KÜLTÜR VE SOSYAL İŞLER MÜDÜRLÜĞÜ	91
SALİME TARIKÇI, KAMİLE BOSTAN AKYÜREK	91
KENTSEL DÖNÜŞÜM KRONİK YOKSULLUK VE KADIN	94
“VAKA SUNUMU”	94
SALİME TARIKÇI, KAMİLE BOSTAN AKYÜREK	94
SAVUNMASIZ/ÖRSELENEBİLİR GRUPLARIN SAĞLIK HAKKI VE AYDINLATILMIŞ ONAM SORUNU.....	97
AV. BERNA ÖZPINAR	97
TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ KADIN HEKİMLİK VE KADIN SAĞLIĞI KOLU	101
DR. FİLİZ AK.....	101
ANKARA TABİP ODASI	104
PROF. DR. SERAP ŞAHİNOĞLU	104
HÜ ÇOCUK HAKLARI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ.....	107
ARŞ. GÖR. ENGIN FIRAT	107
HÜ ÇOCUK HAKLARI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ.....	110
ARŞ. GÖR. ENGIN FIRAT	110
HÜ İNSAN HAKLARI VE FELSEFESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ.....	112
ELİF ÇELİK.....	112
İNSAN HAKLARI BAKIMINDAN KIRILGANLIK	114
ELİF ÇELİK.....	114
HÜ ENGELLİLER ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ	117
DOÇ. DR. AYŞE SANEM ŞAHLI	117
HÜTF İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI GERIATRI BİLİM DALI	119
UZM. DR. MEHMET EMİN KUYUMCU.....	119
YAŞLI HASTALAR VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE KARŞILAŞABİLECEKLERİ ZORLUKLAR	122

UZM. DR. MEHMET EMİN KUYUMCU.....	122
HÜTF TIP EĞİTİMİ VE BİLİŞİMİ AD	125
DOÇ. DR. MELİH ELÇİN	125
TÜRKİYE AİLE HEKİMLERİ UZMANLARI DERNEĞİ	128
DR. ZEHRA DAĞLI.....	128
TÜRKİYE AİLE HEKİMLERİ UZMANLARI DERNEĞİ	130
DR. ALI ÜMIT GEÇKİL.....	130
ALTINOKTA KÖRLER DERNEĞİ	132
YÜCEL YILKIRAN	132
ALTINOKTA KÖRLER DERNEĞİ	134
YÜCEL YILKIRAN	134
SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM VAKFI.....	135
URAL NADIR.....	135
SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM VAKFI.....	137
URAL NADIR.....	137
TRANS DANIŞMA MERKEZİ DERNEĞİ	139
DENİZ EREN MUTLU	139
TRANS DANIŞMA MERKEZİ DERNEĞİ	142
ARAS GÜNGÖR, DENİZ EREN MUTLU	142
POZİTİF YAŞAM DERNEĞİ	143
DR. PINAR ÖKTEM.....	143
KAPANIŞ.....	145
DOÇ. DR. NÜKET ERBAYDAR, PROF. DR. NÜKET ÖRNEK BÜKEN	145
SAVUNMASIZ/ÖRSELENEBİLİR GRUPLARDA SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU VE SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ÇALIŞTAYI'NDAN FOTOĞRAFLAR	146

SUNUŞ

Değerli okuyucular;

UNESCO Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin (2005) 8. Maddesi, “İnsanın Savunmasızlığı ve Kişisel Bütünlüğüne Saygı İlkesi” ile ilgili olup, insanın savunmasızlığı ve kişisel bütünlüğüne saygı ilkelerini, UNESCO üyesi devletleri de evrensel olarak ilgilendiren bir biyoetik değer olarak kutsal saymaktadır. Bildirgenin 8. Maddesinin özgül amacı, ister kişisel engeller, ister çevresel etkiler veya sosyal adaletsizlik nedeniyle olsun, sağlık hizmeti, araştırma ve yeni teknolojilerin biyomedikal bilimler alanına uygulanması sırasında özel savunmasızlıkların ele alınmasıdır. Bildirgenin bu maddesi ile ilgili olarak bir rapor hazırlanmış olup, bu rapor UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesinin (UNESCO/IBC) üç yıl süren bir çalışma sürecinin ürünüdür.

UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesi’nin (IBC) “İnsanın Savunmasızlığı ve Kişisel Bütünlüğüne Saygı İlkesi” adlı rapor (Original title: The Principle of respect for Human Vulnerability and Personal Integrity - Report of the International Bioethics Committee of UNESCO), özel savunmasızlık durumlarına odaklanarak, herkesin temel gereksinimlerini sağlayarak eşitsizliklerin giderildiği bir dünyada, özgür ve özerk bir birey olarak yaşama hakkına etki eden koşulları dikkate alarak, 2005 Bildirgesinin 8. maddesinin kapsamını ve içeriğini ayrıntılandırmayı amaçlamıştır.

Bu raporda, IBC, hem kişisel bütünlüğe saygı ilkesi, hem de özel durumları nedeniyle savunmasız olanların korunmasına ilişkin kuramsal bir açıklamanın yanı sıra bir dizi örnek de vermektedir. Bu örnekler sorunların tamamını kapsamamakla birlikte, daha ileri tartışmalara yönelik kullanışlı bir şablon oluşturmaktadır.

Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 8. Maddesi kapsamındaki özel savunmasızlık, bilimsel bilgi, tıp ve ilgili teknolojilerin uygulanması ve geliştirilmesinde istismar, kandırma, zorlama ve ihmal edilme sonucunda, insanların kişisel bütünlüklerinin ihlal edilmesine veya özerkliklerine saygı gösterilmemesine özellikle buna eğilimli olan birey ve grupların bulunduğu anlamına gelmektedir. İnsanlar pek çok nedenden çocuklarda olduğu gibi yaşlarından ötürü, ender görülen veya ihmal edilen hastalıklarda olduğu gibi hastalık türlerinden ötürü, ülkelerindeki sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerine erişememekten ötürü, kendi eğitimleri veya hekim ve araştırmacıların eğitimlerinden ötürü_ dolayı savunmasız olabilmektedirler.

UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesi’nin (IBC) “İnsanın Savunmasızlığı ve Kişisel Bütünlüğüne Saygı İlkesi” adlı raporu, 2013 yılında UNESCO Türkiye Milli Komisyonu Biyoetik İhtisas Komitesi tarafından Türkçeye kazandırılmış, daha sonra da ilgili kişi ve kurumlara gönderilmiştir.

Savunmasızlığın/örselenebilirliğin biyoetik bağlamında tartışılması ve ülkemize özel durumların gözden geçirilmesi amacıyla HÜ Biyoetik Merkezi tarafından 24 Mart 2014 Salı günü, Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezi R Salonu, Sıhhiye Yerleşkesinde, “Savunmasız/Örselenebilir Gruplarda Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Araştırmaları Çalıştayı” gerçekleştirilmiştir.

Programın bütününden de takip edebileceğiniz gibi Çalıştaya ilgili kişi ve kurumlar (bakanlıklar, sivil toplum kuruluşları, dernekler) davet edilmiş ve öncesinde söz konusu rapor kendilerine ulaştırılmıştır.

(Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, ankaya Belediyesi, Türk Tabipleri Birliği, Ankara Tabip Odası, Ankara Barosu, UNESCO Türkiye Milli Komisyonu Biyoetik İhtisas Komitesi, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD), AltıNokta Körler Derneği, Trans Danışma Merkezi Derneği (T-Der), Türk Hemşireler Derneği, Türkiye İnsan Hakları Vakfı, Pozitif Yaşam Derneği, Hacettepe Üniversitesi (H) Engelliler Araştırma ve Uygulama Merkezi, H İnsan Hakları ve Felsefesi Uygulama ve Araştırma Merkezi, H HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi, H ocuk Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi, H ocuk İstismarı Değerlendirme, Araştırma ve Tedavi Komisyonu, HÜTF İ Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı, HÜTF Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD)

H Biyoetik Merkezinin 3. Yayını olan elinizdeki bu kitap, alıştayı sunum metinlerinin çözümlenmesi ile gerçekleştirilmiştir. alıştayı düzenlenmesi ve kitabın basılıp dağıtılması için Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'nden destek alınmıştır (Proje Kodu: TBT-2015-5344).

İyi okumalar dileriz.

Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN

Hacettepe Biyoetik Merkezi Müdürü

Hacettepe Üniversitesi (HÜ)
Biyetik Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi
Savunmasız/Örselenebilir Gruplarda
Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Araştırmaları Çalıştayı

24 Mart 2015 / Ankara

Açılış Konuşmaları

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken
Hacettepe Biyetik Merkezi (HÜBAM) Müdürü
UNESCO Türkiye Milli Komisyonu Biyetik İhtisas Komitesi Üyesi

Prof. Dr. Ömer Uğur
Hacettepe Üniversitesi Rektör Yardımcısı
Hastaneler Genel Direktörü

Dr. Aslıhan Akpınar (H.Ü. Biyetik Merkezi Müdür Yardımcısı) - Sayın Rektör Yardımcım, Hacettepe Üniversitesi Biyetik Merkezi Yönetim Kurulunun değerli üyeleri, Hacettepe Üniversitesinin değerli hocaları, öğrencileri, sivil toplum kuruluşlarının ve bakanlıkların değerli temsilcileri, sayın konuklar, değerli katılımcılar; Hacettepe Üniversitesi Biyetik Merkezi olarak düzenlediğimiz

Savunmasız/Örselenebilir Gruplarda Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Araştırmaları Çalıştayına hoş geldiniz.

Sayın Rektör Yardımcım, üniversite araştırma merkezlerinin değerli temsilcileri, sivil toplum kuruluşlarının sayın temsilcileri; katılımınız için çok teşekkür ediyoruz.

Şimdi, açılış konuşmasını yapmak üzere, Hacettepe Üniversitesi Biyoetik Merkezi Müdürü Prof. Dr. Nüket Örnek Büken'i davet ediyorum.

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken (H.Ü. Biyoetik Merkezi Müdürü) - Hepinize günaydın.

Sayın Rektör Yardımcım, Hacettepe Üniversitesi Biyoetik Merkezi Yönetim Kurulunun değerli üyeleri, Hacettepe Üniversitesinin değerli hocaları, öğrencileri, sivil toplum kuruluşlarının ve bakanlıkların değerli temsilcileri; Hacettepe Üniversitesi Biyoetik Merkezi olarak, bugün, özellikle sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sağlık araştırmalarında bizim örselenebilir, etkilenebilir ya da savunmasız olarak kabul ettiğimiz grupları konuşacağız.

Bu grupların tanı, tedavi ve araştırmada karşılaştıkları güçlükler ve bu güçlüklerin çözümünde neler yapılabilir, bunları konuşacağız. İlgili kişiler, kurumlar olarak bütün gün bir arada olacağız.

Önce bir açılış konferansı ile başlanacak. Açılış konferansında, Biyoetik Merkezimizin Yönetim Kurulu üyesi ve aynı zamanda sizlere UNESCO Biyoetik ve İnsan Hakları Bildirgesinin 8. Maddesinin çevirisi olarak gönderdiğimiz metnin hazırlanmasında emeği geçen Prof. Dr. Meral Özgüç, bu toplantının da düzenlenmesine neden olan temel görüşleri açıklayacak.

Daha sonra, kuşkusuz, savunmasızlık/örselenebilirlik kavramını da sizlerle beraber tartışacağız. Ama kimi zaman içinde bulunduğumuz yaş nedeniyle, kimi zaman sosyal, ekonomik, politik koşullar nedeniyle hepimiz aslında yaşamımızın herhangi bir döneminde örselenebilir, etkilenebilir olabiliriz. Dolayısıyla, sağlık hizmeti sunumunda özellikle bu kişilere personel içerisinde pozitif ayrımcılık tanıma durumunun koşullarını, en azından kurumumuz özelinde de konuşmak istiyoruz. Hastaneler Genel Direktörümüz, Rektör Yardımcımız burada; birazdan kendileri de bir açılış konuşması yapacak sizlere.

Bu tam gün devam edecek etkinlikte, konferanstan sonra, panel etkinliğimizde, kuşkusuz, bizlerin belirlediği, ama yalnızca bunlardan ibaret olmadığını da çok iyi bildiğimiz savunmasız/örselenebilir grupları konuşacağız.

Öğleden sonraki forum ve uzman görüşleri bölümünü de özellikle önemsiyoruz. Çünkü orada Türk Tabipler Birliği, Türkiye Barolar Birliği, Ankara Barosu, Ankara Tabip Odasının ilgili birimleri, bakanlıklar, Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı temsilcileri, bunun yanı sıra, ilgili sivil toplum kuruluşları temsilcileri, kendi kurumlarının görüşlerini bizlere aktaracaklar. Nihayetinde, bugünün çıktısı olarak da, bütün bu bilgileri ve konuşmaları bir araya getiren, özellikle yasa yapıcılara yol gösterici olabilecek bir metin oluşturmak amacındayız. Sizlerin de katkılarıyla bunu da gerçekleştirmek istiyoruz.

Ben, hepinize, bu önemli konuda hem bireysel olarak, hem kurumsal olarak yol gösterme isteğinizden dolayı tekrar çok teşekkür ediyorum.

Bu toplantının yapılmasında başta Biyoetik Merkezimizin Müdür Yardımcısı Dr. Aslıhan Akpınar'a huzurlarınızda teşekkür etmek istiyorum.

Bölümümüzün faaliyetleri merkezden (Hacettepe Üniversitesinde böyle; eminim, başka üniversitelerde de öyledir) çok fazla kişiler ve bölümler üzerinden, onların insan gücü ve teknik altyapısı kullanılarak ve çok zor koşullarda gerçekleştiriliyor. Bu bağlamda, Bölümümüzdeki bütün çalışma arkadaşlarıma, başta Bölüm asistanları ve Bölüm Sekreteri Sinan Bey olmak üzere, huzurlarınızda teşekkür etmek istiyorum.

Tekrar hoş geldiniz.

Dr. Aslıhan Akpınar - Teşekkür ederiz hocam.

Şimdi, Hacettepe Üniversitesi Rektör Yardımcısı ve Hastaneler Genel Direktörü Prof. Dr. Ömer Uğur' u kürsüye çağırıyorum.

Prof. Dr. Ömer Uğur (H.Ü. Rektör Yardımcısı – Hastaneler Genel Direktörü) - Değerli hocalarım, saygıdeğer meslektaşlarım; Hacettepe Üniversitesine hoş geldiniz.

Bu çalışmayı düzenlediği için Nüket hocama ve Biyoetik Merkezimizin değerli üyelerine teşekkür ediyorum.

Ben, Rektör Yardımcılığı görevine ek olarak, Hacettepe Üniversitesinin 6 hastanesinin başhekimliği görevini yürütüyorum. Aramızda klinik şefi olan arkadaşlarımız var, ileride hastane yöneticisi olacak arkadaşlarımız var. Onlara tavsiyem, eğer hastane yöneticisi olacaklarsa, iki konuda kendilerini iyi yetiştirmeleri: Biri hukuk, biri de etik. İkisi de çok önemli hastane yönetiminde.

Aynı zamanda etik kurullardan sorumluydum kısa bir süre öncesine kadar. Bu nedenle Nüket hocamla çok sık çalışma fırsatı buldum. Son dört yıl içinde, mevcut etik kurullarımıza ek olarak, üç etik kurul daha oluşturma gerekliliğini duyduk. Bunlardan biri, Sağlık Bakanlığı yönetmeliklerinde yer alan çalışmalarla ilgiliydi. İkincisi, zannedersen ilk bizde kuruldu, Akademik Etik Kurulu; mobbing olaylarını inceleyen bir kurul. En son da, bizim akredite olduğumuz Amerika'daki kurum hastanemizde bir eksik tespit etti, hasta haklarıyla ilgili bir etik kurul kurulması gerektiğini bize bildirdi ve en son kurduğumuz etik kurul da Hastane Etik Kurulu oldu.

Hastanelerimiz 2007 yılından itibaren Joint Commission tarafından denetleniyor, hasta güvenliği açısından. Joint Commission'ın 1200 kriteri üç yılda bir denetçiler tarafından, yurtdışından gelen denetçiler tarafından inceleniyor. Bu 1200 kriterin 50'si etik ve klinik araştırmalarla ilgili ve buradaki standartları sağlamamız isteniyor. Daha önce başhekimler tarafından veriliyordu bu kararlar. Aynı zamanda bunların birçoğu da hukuki yanları olan kararlardı. Örneğin, bizim hastanelerimizde, terminal dönem bir hastanın Amerika'da olduğu gibi başına Do not Resuscitate (DNR) yazamıyoruz. Etik açıdan tam bu çalıştayın konusu. Hukuki açıdan bunu yazmamızın sakıncalı olduğunu belirtti hukuk müşavirliği. Böyle konular var; hem hukuku ilgilendiren, hem etiği ilgilendiren.

Başka alanlarda da bu Hastane Etik Kurulu bizim karar vermekte sıkıntı çektiğimiz konularda bize yardımcı oldu. En son örnek, yapışık ikizlerin ayrılması konusuydu. Çocuk cerrahı arkadaşımız, "Ben bu konuda karar vermekte Etik Kurulu desteği istiyorum" dedi. İkiz bebeklerin her biri bir diğerine yapışık ve bu bebekleri ayırdığımız zaman, bir bebeğin yaşamının riske girmesi söz konusu. Mevcut etik kurullarının hiçbirinin alanı bu konuyu çözmek için yeterli değil. Üniversite Etik Kurulumuz vardı, onun yönergesinde Rektörlük tarafından verilen görevleri yapma hakkı vardı. Ama onlar da bu konuda kendilerini yetkin görmüyorlardı, daha profesyonel kişilerin bunu değerlendirmesini istediler.

Bu Hastane Etik Kurulunun önümüzdeki yıllarda birçok konuda hastanemize çok faydalı olacağını düşünüyorum.

Ben, Nüket hocamın yaptığı bu çalıştaylardan çok şey öğrendim; sizlerden de çok şey öğreneceğimi düşünüyorum. Elimden geldiğince toplantılara katılmaya çalışacağım.

Her biriniz için başarılı ve verimli bir çalıştay olmasını diliyorum.

Teşekkür ederim. (Alkışlar)

Dr. Aslıhan Akpınar - Teşekkür ederiz hocam.

Şimdi, "Yaşam Bilimlerinde İnsanın Savunmasızlığı" konulu açılış konferansını vermek üzere, UNESCO Türkiye Milli Komisyonu ve Biyoetik İhtisas Komisyonu Başkanı, aynı zamanda Hacettepe Üniversitesi Biyoetik Merkezi Yönetim Kurulu üyesi Prof. Dr. Meral Özgüç'ü davet ediyorum.

Buyurun hocam.

Açılış Konferansı – Yaşam Bilimlerinde İnsanın Savunmasızlığı

Prof. Dr. Meral Özgüç

mozguc@hacettepe.edu.tr

UNESCO Türkiye Milli Komisyonu Biyoetik İhtisas Komitesi Başkanı

Hacettepe Biyoetik Merkezi Yönetim Kurulu Üyesi

Prof. Dr. Meral Özgüç (UNESCO Türkiye Milli Komisyonu – Biyoetik İhtisas Komitesi Başkanı) - Sayın Rektör Yardımcımız, değerli katılımcılar, değerli konuklar; bugünkü toplantı gerçekten önemli bir toplantı hepimiz için. Öğleden sonraki konuşmalara ve sabahki panele bir giriş yapmak için ben bu sunumu hazırladım.¹

Elinizdeki rapor, UNESCO raporu. “UNESCO’nun biyoetik ile ilişkisi ne?” diyebilirsiniz. Nasıl çalışmalar yürütüyoruz ve bu rapora bizi getiren şartlar nedir, neler yapıldı, UNESCO Komitesi olarak neler yapıyoruz? Kahve arasından evvel, hafif bir girişle size bu konferansı vermeye çalışacağım.

Ben aslında etik eğitimi hiç almadım, moleküler genetik çalışıyorum, genetikçiyim. Ayrıca biyolojik örneklerin biyobankalaması ile uğraşıyorum.

Ömer hocanın dediği gibi, bütün bu işleri yaparken bir şey fark ettik ki, etik her zaman arkadan gelir. Etik sorunların farkındayız, ama onlar hakkında pek bir şey yapamıyoruz.

Araştırmaların, özellikle yaşam bilimlerindeki araştırmaların biyoetikle paralel gitmesini nasıl sağlarız? Özellikle 21. Yüzyıla girerken, teknolojinin çok çok hızla ilerlediği bir dönem yaşıyoruz ve hiç öyle etik soruşturmalar olmadan, etik düşünceler olmadan, toplum hiç farkında olmadan bunlar uygulamaya geçiyor ve bundan kaynaklı bazı sorunlar yaşıyoruz. Onun için, bu paralelliği nasıl yakalayabiliriz? UNESCO’nun da en büyük iç sorunlarından bir tanesi bu.

UNESCO’yu hepimiz biliyoruz, Birleşmiş Milletlerin bir kuruluşu. 1945 yılında kuruluyor. 1945 yılı önemli; çünkü İkinci Dünya Savaşının bitiş yılı ve UNESCO da, İkinci Dünya Savaşında yaşanan korkunç olayların üzerine, neler yapabiliriz, etiği, bilimi, kültürü, yaşamı nasıl tartışırız diye kuruluyor. UNESCO’nun 7 kurucu üyesinden birisi de Türkiye. Aslında biz bir sürü böyle uluslararası kuruluşlarda yer alıyoruz; ama belki sonunda çok efektif bir rol oynayabiliyoruz.

UNESCO’nun bugün için 195 üyesi var, 9 tane de asosiye üyesi var.

UNESCO’nun bir özelliği, Birleşmiş Milletlerin bir özelliği, bölgesel değil. Avrupa Birliği dediğimiz zaman, Avrupa’yı kapsıyoruz. Ama Birleşmiş Milletler denildiği zaman, Avrupa’dan Uzak Doğu’ya kadar, Asya’ya, Afrika’ya kadar tüm ülkelerin bir arada tartışabildiği bir mekân haline geliyor.

UNESCO’nun paydaşlarına baktığımız zaman; Paris’te merkezi var, her ülkenin orada bir tane temsilciliği var tabii.

¹ İlgili sunuma adresten ulaşılabilir:

http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/arsiv/savunmasiz_calistay_24_03_2015.php

UNESCO'nun iş yapış yol haritasında her ülkenin bir de milli komisyonu var, ulusal paydaşlarımız var. Bugün hepimiz buradasınız; bakanlıklar, kamu kuruluşları, özel kuruluşlar. Özellikle STK'ların, sivil toplumun UNESCO'nun çalışmalarında yer alması son derece önemli bulunuyor.

UNESCO nasıl ve hangi alanlarda çalışıyor? Baktığımız zaman, UNESCO'nun en önemli temel alanları eğitim üzerine. Biliyorsunuz, herkes için eğitim denildiği zaman, yaşam boyu eğitim denildiği zaman, akla hemen UNESCO geliyor. Bunlar, UNESCO'nun en önemli alanlarından bir tanesi.

UNESCO, ayrıca, Birleşmiş Milletlerin içinde bilimle uğraşan bir ajans. Onun için, hem doğa bilimleri, hem de sosyal bilimler çalışma alanları içinde.

Tabii, kültür de çok önemli UNESCO için. Belki hepimiz okuyorsunuzdur, gazetelerden görüyoruz, dünya miras alanlarından bahsedilir. Mesela, Türkiye'de Bergama yakın bir tarihte dünya miras alanı olarak kabul edildi. Onun için, Türkiye bu konuda da oldukça aktif.

Bilgi ve iletişim teknolojileri de beşinci alan.

Biyoetik bunun neresinde?

Biyoetik alanı, sosyal ve insani bilimler sektörünün içinde yer buluyor.

Etik denildiği zaman, etik, biyoetik ve insan hakları bir arada tartışılıyor. Ayrıca, sosyal ve insani bilimler sektörünün içinde kamu politikaları (diplomatlar bunu siyasa diyor) yapma görevleri var. Özellikle gençlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, yoksullukla mücadele, göç ve sosyal dönüşüm ve kamu politikaları üzerinden oldukça aktif.

Etik ve insan hakları da zaten bu kamu politikalarıyla beraber harmonize bir şekilde çalışıyor. Öğleden sonra toplumsal cinsiyet eşitliği, gençlik, göç ve sosyal dönüşüm zaten tartışılacak. Bu konulara baktığımız zaman zaten, savunmasızlığın da neden önemli olduğu biraz ortaya çıkıyor.

UNESCO ve biyoetik dediğimiz zaman, aslında bilimsel ve teknolojik gelişme ve uygulamaların evrensel adalet ve insan hakları ve insan onuruna paralel bir şekilde gelişmesini sağlamak istiyor ve barış ve insanlığın evrensel değerlerini korumak için bilimsel işbirliklerini teşvik etmek istiyor. Bilimsel işbirlikleri de küresel anlamda. Biz genelde bilimsel işbirliği deyince, Kuzey-Güney, zengin ülke-fakir ülke, teknolojide ileri ülke-geri ülke kavramlarına alışmışız. Bunu aşabilmek için gerçekten global solidarity kavramı ortaya çıkıyor. Tüm ülkelerin, teknolojiyi kullanırken, bilimsel ve etik kavramları da beraberinde getirebilmek için bir arada olmalarını teşvik eden bir yapı.

Biyoetik, yeni bir kavram, 70'lerden sonra tartışılmaya başlandı. Yaşam bilimlerinde kullandığımız teknolojileri kullanan kişiler... Bunlar genetik testler olabilir, klonlama olur, kök hücrelerden bahsediyoruz, nanoteknoloji diyoruz; bunların sosyal, kültürel ve etik boyutları var, hukuka doğru giden bir boyutu var. Bunları da tartışacağız. Nerede, ne zaman tartışacağız? Çevresel etkiler var. En önemlisi mesela, iklim değişikliği dediğimiz zaman, bu iklim değişikliğinden doğan sorunları nerede tartışacağız? Bütün bunların multidisipliner bir şekilde tartışıldığı alan, biyoetik. Biyo zaten yaşam anlamına geldiği için, yaşamla ilgili her şeyi tartışabileceğimiz etik sorunlar ve moral değerleri kapsıyor.

UNESCO'nun biyoetik programı 1993 yılında bir ünite şeklinde başlıyor. Bunun da, biraz evvel söylediğim gibi, en önemli özelliği, bunları tartışırken, biyoetiği tartışırken, aslında yapılmak istenen, bunları bir hukuk çerçevesi içine yerleştirmek, özellikle sağlık politikalarında etkili olabilmek. Yani biyoetik sadece felsefi alanda tartıştığımız değil, pratik alana giren bir hâl alsın ve sağlık politikalarına yansıtılsın isteniyor. Bunun için de araçlar geliştirmek gerekli.

UNESCO'nun vizyonu ve biyoetik dediğimiz zaman; UNESCO'nun ana vizyonu barış. Çünkü biraz evvel dediğim gibi, 1945 yılında kuruluyor. Bugüne baktığımız zaman, UNESCO'nun sayfasına girerseniz görürsünüz, 21. Yüzyılda hümanizma kavramıyla karşı karşıya geliyoruz. Bu da sürdürülebilir kalkınmanın insani ve çevresel boyutlarını tartışıyor ve burada bilim, teknoloji ve biyoetiği bir arada harmanlamaya çalışıyor.

UNESCO'nun biyoetik programından evvel, bilim ve teknoloji etiği programı başlatılıyor 1970 yılında. Biyoetik programı başlatıldığı zaman da iki tane komiteyle çalışmalar yürütülüyor. Bir tanesi, Uluslararası Biyoetik Komitesi. Bu, 36 tane bağımsız uzmandan oluşuyor.

Türkiye burada 3 kere yer aldı, bağımsız uzmanlar tarafından temsil edildi. Diğer bir komite de Hükümetler Arası Biyoetik Komitesi. Burada da devlet temsilcileri yer alıyor ve Uluslararası Biyoetik Komitesinden çıkan çalışmaları hükümetler nezdinde, devletler nezdinde harmonize ederek, iç hukuka yansıtılmasına çalışan görevleri var. Türkiye 2014-2018 yılları açısından bu komiteye üye. Burada da yine multidisipliner bir yaklaşımla, değişik bilim dallarının floralistik bir şekilde bir araya gelmelerine çalışıyoruz.

Neler yapılıyor? Uluslararası normatif araçların geliştirilmesine çalışılıyor. Bu konuda kapasite oluşturmak çok önemli. Çünkü 190 tane üye var ve herkes eş durumda değil. Etik eğitim programları geliştiriliyor ve özellikle biyoetik komitelerin kurulması ve eğitilmesine UNESCO çok öncelik veriyor. Tabii ki farkındalık yaratmak için yayınlar, seminerler, değişik etkinlikler de düzenleniyor.

Normatif araçlara baktığımız zaman; burada üç tanesini örnek vermek istedim, çünkü biz de bunları çok kullanıyoruz. Bir tanesi, 2000 yılında yayınlanan İnsan Genomu ve İnsan Hakları. Bunun arkasından ve bununla ilişkili olarak Uluslararası İnsan Genetik Verileri Bildirgesi var. Özellikle genetik araştırmalar çok hızla ilerlediği için, bu genetik araştırmaların ortaya çıkardığı, onam almaktan tutun, mahremiyet, gizlilik, testlerin sonuçlarının nasıl kullanılacağına dair sorunlara ilişkin bu normatif araçları bizler de kullanıyoruz.

2005 yılında ilk defa Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi yayınlanıyor. Bu da biyoetik ve insan haklarının bir arada kullanıldığı dünya üzerindeki ilk bildirme.

Bu bildirmelerin kabul şekli şöyle: Genel Konferansta kabul ediliyor. Bunlar tabii ki hukuki bağlayıcı belgeler değil. Fakat üye devletler bunları kullanıp, bugün bizim yaptığımız gibi, kendi toplumlarında, akademik yaşamlarında bunları tartışıp, bilim politikası olsun, sağlık politikası olsun, bunların yansıtılmasına çalışıyor.

UNESCO Türkiye Milli Komisyonu ise yine ilk kurulan komisyonlardan bir tanesi. 1949 yılında kuruluyor. Başkanlarına baktığımız zaman, Reşat Nuri Gültekin'den tutun, başkalarına kadar, çok değişik kültür insanları burada yer alıyor.

Milli Komisyonun en büyük amaçlarından bir tanesi, eğitimin yaygınlaştırılması, kültürün korunması ve yaygınlaştırılması, bilgi ve bilimin desteklenmesi ve UNESCO idealleri doğrultusunda çalışmalar yapmak.

Milli Komisyonunda yapılan şeyler bu paralelde. Zaten bir danışmanlık kurulu burası. Onun için, bu konularda, UNESCO ile ilgili konularda toplumda farkındalık yaratmak, hükümet ve STK'lara danışmanlık vermek ve UNESCO merkezi ile işbirliği yapmak. Onun için, Milli Komisyondaki çalışmaların tümü Paris'teki UNESCO merkezini yansıtır biçimde oluyor ve biz toplumda bu konularda farkındalık yaratmaya çalışıyoruz.

Türkiye Milli Komisyonuna baktığımız zaman, aynen merkezde olduğu gibi, değişik organları var. Seçilmiş genel kurulu var, bu genel kuruldan seçilmiş yönetim kurulu var ve tabii ki, yarı devlet olduğumuz için, denetim kurulumuz var. Esas çalışmalarını ihtisas komiteleriyle yürütüyor. Bu ihtisas komiteleri de UNESCO'nun çalışmalarını yine yerelde hayata geçirmeye çalışan komiteler. Kendi ülkemizde neler yapabiliriz diye tartıştığımız ve değişik çalışmalar yaptığımız bir komite.

Ben, huzurunuzda komite üyelerine de teşekkür etmek istiyorum.

Komiteleri kurarken, genelde multidisipliner bir şekilde kurmaya çalışıyoruz. Biyoetikte aynı şekilde, hukuk, tıp, biyoloji, genetik ve teknolojileri içermeye çalıştığımız için, üyelerimizi de bu çeşitlilikte kılmaya çalışıyoruz. Üyelerimizden de göreceğiniz gibi. NÜKET hocamız etikçi. Özge hoca, Özyeğin Üniversitesinden, Hukuk Fakültesinden. Murat hocamız Ankara Üniversitesi Kök Hücre Merkezi Müdürü olarak çalışıyor.

Aramızda Sağlık Bakanlığında, İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Araştırmalar Dairesi Başkanı var. Hakan hoca Koç Üniversitesinden katılıyor. Işık hoca da moleküler biyoloji alanını temsil ediyor. Kendi aramızda oldukça multidisipliner bir yaklaşımla biyoetik çalışmalarını yapmaya çalışıyoruz.

Burada neler yaptık? En önemli şey farkındalık yaratmaktı. Çünkü biyoetik yeni bir tanımdı. Anadolu'nun değişik yerlerinde, Gaziantep'te, Edirne'de toplantılar yapıldı. Bu toplantılarda hem UNESCO'yu, hem biyoetiği ve bilimde, özellikle yaşam bilimleri içinde biyoetiğin yerini anlatmaya çalıştık. Değişik yayınlar yapıldı. Bu yayınları hem kendimiz yazdık, hem de UNESCO'nun bildirelerinin tercümeleleri. UNESCO sayfasına girerseniz, biyoetik sekmesinin altında bütün bunları bulabilirsiniz. Bugün tartışacağımız rapor da zaten bu çalışmalardan bir tanesiydi.

Bir önemli çalışmaya dikkatinizi çekmek istiyorum. Burada Biyoetik Derneğine de teşekkür etmek istiyorum. Çünkü bu bir ortak çalışma oldu. Biyoetik kurulların kurulmasında ve eğitilmesinde üç tane kitap yayınlandı. Zannediyorum bu da eğitim açısından oldukça önemli ve herkesin kullanabileceği raporlar şeklinde.

Birkaç tane workshop yapıldı. Bunlardan bir tanesi uluslararası bir toplantıydı; Sosyal Sorumluluk ve Sağlık. Sağlıkta bunun biraz sosyal içeriğinin, sosyal parametrelerinin tartışıldığı bir workshop'tı. Yine Murat hocamız da katılmıştı; Sosyal Dönüşüm, Biyoetik ve Kamu Politikaları. Çünkü gerçekten yapmaya çalıştığımız şey, biyoetik kavramların değişik alanlarda, bilim, sağlık politikalarında yer bulmasına çalışmak. Buradaki konulara da bakarsanız zaten bunu görürsünüz: Toplumda Kadın, Cinsiyet Eşitliği, Yaşlanma ve Demografik Sorunlar, Kamu Sağlığı Bakımından Hukuk ve Biyoetik Arasındaki İlişki, Toplumun Kamu Politikalarına Katılımı. Bu çok önemli; çünkü toplum ve medyada farkındalık yaratılmadıkça, toplum eğitilmedikçe, gerçekten kararlarda yer alınmıyor ve daha sonra, etik sorunlar ortaya çıktığı zaman kim bunlarla uğraşacak, toplum nasıl buna cevap verecek, belirsiz hale geliyor. Burada çevreyle ilgili, kent mekânlarının kullanımında kamu politikaları, gençler ve engelliler konusu tartışılmıştı.

Bu açıdan bir örnek daha vermek istiyorum.

Belki hepiniz hatırlayacaksınız, 2000'li yıllarda insan klonlaması öne çıkmıştı. İnsan klonlaması raporunu bizden yazmamız istendi açıklığı. Çünkü o sıralar Birleşmiş Milletlerde insan klonlamasının oylaması yapılacaktı. Maalesef, Türkiye çekimser kaldı. Böyle bir konuda, klonlamaya evet ya da hayır denir aslında. Şöyle bir şey fark ettik: Toplumda tartışamadığımız için, oradaki temsilcilerimize yeterli bilgiyi aktaramıyoruz. Onun için, gerçekten, toplumda bir farkındalık yaratmak, onları tartışmalara çekmek, akademiye, STK'ları bir araya getirmek çok önemli. Yoksa, yurtdışındaki platformlarda, belki konuyu tam anlayamadığımız, nereye götürecektir bu konu bizi, bilemediğimiz için, çekimser oylar veriyoruz.

Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, bugün tartışacağımız raporun çıktığı bildirge.

2015 yılına geldiğimiz zaman, biyoetik nerede, niçin savunmasızlığı tartışıyoruz? Buna baktığımız zaman, 2015 aslında bir milat. Neden milat? Çünkü 2015 yılında bütün bu vizyonlar ve misyonlar tekrar elden geçiyor. Kalıcı barışın tesisi ve sürdürülebilir kalkınma konusu 2015'ten sonra çok önem taşıyor. Sürdürülebilir kalkınma denildiği zaman biz hep ekonomik boyutu tartışıyoruz; ama aslında hem çevresel, hem sosyal boyutu da içeri katmak lazım. İnsani kalkınma hedefleri, biliyorsunuz, Kalkınma Bakanlığının da hükümet programı içinde ve bu, UNESCO idealleriyle çok paralel.

Ama etik normlarda da paradigmlar değişiyor. Biraz kişisellikten, ulusal-uluslararası tartışmalardan çıkıp, artık küresel adalet ve küresel yönetimden bahsediliyor. Bu küreselleşmenin sonucu olarak, tabii, etik sorunlar da küresel bir hâl aldı.

Buraya baktığımız zaman, 2015 yılından sonra etik, adalet, hakkaniyet ilkelerini bilim politikalarının oluşturulmasına yansıtmak çok önemli. Özellikle mesela TÜBİTAK gibi fonlayıcı kurumlarda bunlar hakkında farkındalık keşke olabilse. Kullandığımız proje fonlarının nasıl kullanılması gerektiği önemli. Burada bir etik sorun varsa, bunların nasıl halledeceğimiz; bunlar önemli. Etik komitelere işler düşüyor. Etik komitelerin eğitilmesi ve bu tip sorunlara yaklaşması çok önemli.

Kapsayıcı toplumlar, kurumlar yaratmak. Bunlar, herkesin danışıldığı, herkesin farkında olduğu, göçmenler, engelliler dediğimiz zaman, bir fark gözetilmeyen toplumlar.

Yoksullukla mücadele. Gelir dağılımındaki problem ve yoksulluk, 21. Yüzyılın en büyük sorunları haline geliyor. Eğer okuyorsanız görmüşsünüzdür, Vatikan'daki Papa'dan, Obama'nın 2016 yılı bütçe tartışmalarına kadar bu yer aldı. Yoksulluk bu şekilde devam ederse, gelir dağılımı bu şekilde devam ederse, barış diye bir şeyden pek söz edemeyeceğiz. Zaten çevremizde de görülüyor. Bunları aşabilmek için neler yapmamız gerekli, onun üzerine kafa yormak gerekiyor.

Paydaşlarımız var tabii ki; yerel yönetimler, sivil toplum, özel sektör ve hükümetler. Bütün bu temsilcilerle bir araya gelip, toplumu bunu tartışmaya alıştırmak çok önemli.

Çünkü hepimizin bildiği, Birleşmiş Milletler Millenium Development Goals dediğimiz hedefler var. 2015'e kadar süren bu hedeflerin... 2015 milat demiştik, bu süreç bitti. Buraya baktığımız zaman, yine fakirlikle mücadele, herkes için eğitim, toplumsal cinsiyet eşitliği, çocuk ölümlerini azaltmak, anne sağlığının iyileştirilmesi, sıtma-aids gibi hastalıklarla mücadele, çevresel sürdürülebilirlik çok önemliydi. Neler yaptık bu konuda bilmiyorum, Türkiye'nin raporlarını daha detaylı bir şekilde belki okumak lazım. Ayın 20'sinde burada da bir toplantı vardı; "Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Millenium Development Hedefleri Açısından Neredeyiz?" Acaba kendimizi tartışsak, toplumumuzu tartışsak, bu hedeflerin ne kadarını yerine getirebildik?

Millenium Development hedeflerinin bittiği bu seneden sonra 2015-2030'un sürdürülebilir kalkınma hedefleri konuluyor. Sürdürülebilir kalkınma hedefleri Eylül ayında Birleşmiş Milletlerde tekrar tartışılacak. 17 tane hedef var; bu 17 taneden herhalde 8-9 tanesi kabul görecektir. Onun için, bizim yapmaya çalıştığımız da, Birleşmiş Milletlere giden Türk delegasyonuna, Türkiye için bunların hangisi önemli, hangilerinin önceliği var, bu konuda veri sunmak. Aslında bunları da tartışmak ve biraz olsun karşılıklı farkındalık ve eğitim vermemiz gerekiyor.

Çok büyük değişiklikler yok. Fakat buraya baktığımız zaman, en önemli şey, ülkeler arası ve ülkelerin içindeki bu eşitsizliklerin giderilmesi. Yine yoksullukla mücadele en önemli sıralarda yer alıyor. Tabii ki, gıda ve su güvenliğini, toplumsal cinsiyet eşitliğinin farklı boyutlarını tartışmak önemli olacak. Umarım bu da Türkiye için önemli bir şekilde geçer.

Çünkü problemler hâlâ devam ediyor. Bugün tartışacağımız konular, savunmasızlık; bunun içinde kadınlar ve çocuklar var hakikaten. Çünkü kadın ve çocuklara baktığımız zaman, savunmasızlığın çok önlerinde gelebiliyorlar.

Bunu bir gazeteden aldım, çok etkileyici. Ebola krizine baktığımız zaman, şu çocuğun ifadesine bakın; hiçbir şeyin farkında değil aslında, ama en çok etkilenen kesim. Onun için, çocukların savunmasız olduklarını düşündüğümüzden, sağlık hizmetlerinde olsun, sağlık araştırmalarında olsun, buna ayrı bir ağırlık vermemiz lazım.

Bu resim Mali'de çekilmiş. Bir fotoğraf ödülü de aldı. Çünkü kaynakları tüketiyoruz, çok hızlı bir şekilde kaynak tüketimi var ve kaynak tüketimine baktığımız zaman da, maalesef, sorumsuz bir şekilde tükettiğimiz için bu eşitsizlik gittikçe artıyor. Bu resimde göreceksiniz; iklim değişikliği sonucu kuraklık ve yine kadınlar suyun peşinde.

Kadınlar da gerçekten çok savunmasız. Çevre sorunları dediğimiz zaman, çok bilimsel bazı sorunlar var; ama sosyal boyutunu, sosyal yönlerini tartıştığımız zaman, kadın ve çocuklar yine öne çıkıyor.

Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 8. Maddesini bugün beraber tartışacağız. 8. Madde, insan savunmasızlığına saygı ilkesini tartışıyor.

Savunmasızlığı değişik tercümelerde dezavantajlı gruplar olarak da görebiliyoruz. Biyoetik Derneği zannediyorum bunu örselenebilir olarak tercüme etti. Bunun değişik yerlerde farklı ifadeleri var, ama birbirine eşit şekilde kullanıyoruz.

Burada insan savunmasızlığına saygıya en önemli vurgu, bilimsel bilgilerin ve uygulamaların ve ilişkili teknolojilerin uygulanmasında ve geliştirilmesinde insanların savunmasızlığını göz önüne alabilmek.

Yani kadınların, çocukların ve diğer savunmasız grupların haklarını koruyabilmeye çalışmak ve özel savunmasızlığı olan bireyler ve grupların korunmasını bir kamu politikası haline, sağlık politikası haline getirebilmek.

Ben bundan sonrasını çok uzatmayacağım; çünkü zaten tartışılacak. Zannediyorum NÜKET hoca da herkese bu raporu göndermişti.

Bu raporun düzenlemesine baktığımız zaman, dört ana kısımda ele alınıyor. Özel savunmasızlık... Çünkü dediğim gibi, savunmasızlığı aslında felsefi olarak doğuştan herkes savunmasız olabilir ilkesiyle de tartışabiliriz. Burada özel savunmasızlık dememizin nedeni, bu özel savunmasızlığın belirli belirleyicilerinden ötürü savunmasız kılınmamız. Bunun için, üç grupta bu özel savunmasızlığın sonuçları ele alınmış. Birincisi, sağlık hizmeti ortamında. İkincisi, insanlar üzerinde yapılan deneylerde. Üçüncüsü de teknoloji uygulamalarında. Ama zannediyorum, bugün birinci ve ikinci madde üzerinde daha çok tartışılacak. Sağlık hizmetlerinde ve insanların araştırmalarda kullanıldığı durumlarda savunmasızlara nasıl yaklaşacağız ve neler yapmamız gerekli?

Özel savunmasızlığın belirleyicilerine baktığımız zaman, bu özel savunmasızlıklar zaten nerelerden kaynaklanıyor? İşte, Millenium Development Goals diyoruz, sürdürülebilir kalkınma hedefleri diyoruz. Bunlar, özel savunmasızlığı yok etmeye çalışan hedefler. Yoksulluk, gelir dağılımındaki bozukluk, eğitim ve bilgiye erişim eşitsizliği, kişisel ayrımcılık, kişisel özgürlüğün kısıtlandığı durumlar, hiyerarşik ilişkiler, hocalar ve öğrenciler arasındaki ilişkilerde çıkan savunmasızlıklar, marjinalizasyon, ötekileştirme, gelişmekte olan ülkelerdeki kaynakların istismarı, savaşlar, iklim değişikliği ve doğal afetlerin etkisi. Bunlar herkesi savunmasız kılacak dış etkenler. Bu savunmasızlık durumlarında sağlık hizmetleri nasıl yapılsın, araştırmalar nasıl yapılsın ve bu sonuçlardan, çıkan pozitif sonuçlardan herkes global olarak nasıl yararlansın ve etik bunun içinde nasıl harmonize olsun?

Sağlık hizmetleri ortamındaki savunmasızlıktaki rapor, sağlık hizmetlerine erişim, uygun sağlık hizmeti sağlanması ve eşit olmayan güç ilişkisi olarak bölünmüş.

Burada yazılana baktığımız zaman, gelişmekte olan ülkelerdeki yoksullardan bahsediliyor, aids olan Afrikalı toplumlar gibi.

Sadece gelişmekte olan ülkeler değil, gelişmiş ülkelerde de dezavantajlı kişiler var; ilaçlara erişemeyen sigortasızlar gibi.

Göçmenler çok önemli. Çünkü günümüzde göçmen sorunu kendi başına bir sorun. Bunların sağlığa erişimi ne durumda?

Çocuklar üzerinde çok fazla klinik denemeler yapılmadan ilaçlar uygulanıyor, aids'te olduğu gibi. Adaletsiz kaynak dağılımı var. Acaba yaşlılar yeteri kadar sağlık hizmetlerinden yararlanıyor mu?

Eşit olmayan güç ilişkileri denildiği zaman; acaba hastaların kararlarına saygı duyuyor muyuz? Ömer hoca dedi, hasta hakları diye bir etik komitesi kurmamız lazım. Bu da buna paralel bir konu.

İnsanlar üzerinde araştırmalara baktığımız zaman; aslında araştırma yapan herkesin aslında yakinen bildiği konular bunlar, ama biz, dediğim gibi, fen bilimlerinde sosyal metodolojiyi çok iyi bilmediğimiz için, laboratuara girip bir şeyler yapıyoruz, bunun paralelinde etik sorunlar nedir diye pek tartışmıyoruz. Ama araştırmalarda çifte standart çok önemli. Özellikle uluslararası araştırmalara katılıyorsanız, her iki ülkenin, her üç ülkenin, kaç ülke katılıyorsa, eşit şartlardaki etik komite kararları önemli. Biliyorsunuz, özellikle Afrika'da bir sürü araştırma yapılıyor; ama Afrika'daki etik komitelerinden izin çıkmıyor.

Hibeler yapılıyor; bu hibelerin şartlarının ne olduğu belli değil.

Sosyal savunmasızlık yaratılıyor; onam vermeden insanlar araştırmalara alınabiliyor.

Araştırma eksikliğini bir sonucu olarak savunmasızlık diye baktığımız zaman, günümüzde en güzel örnek ebola. Sadece Afrika’da olan bir hastalık diye düşünülür, üzerinde pek araştırma yapılmadı, bilindiği halde üzerine gidilmedi ve küresel bir sorun haline gelebildi.

Bilimin ilerlemesindeki savunmasızlık, özellikle 21. Yüzyılda kendi başına bir problem haline gelecek. Çünkü özellikle genetik araştırmalarda kişilerin yaftalanması, genetik bir hastalığı olan kişilerin mesela eğitim kurumlarında... Sigortalanma problemlerinin yaşanması vesaire. Bunlara hep dikkat etmemiz lazım. Bazı durumlarda hasta mahremiyetini bu bilgiler karşısında kaybedebiliyoruz.

Öngörülme riskler çok önemli. Bilmiyorum, aramızda laboratuvarcılar varsa, onlar iyi bilir; Fransa’da bir immolojik hastalıktan 10 çocuğa genetik transfer yapılmıştı, gen tedavisi yapılmıştı. 2 sene sonra çocukların hepsi lösemi oldu. Burada görüyoruz ki, bazı teknolojiler çok güzel yayınlar alabiliyor, çok parlak sonuçlar çıkıyor; ama klinikte uyguladığımız zaman başımıza bu risklerin açtığı sorunlar çıkıyor. Onun için, bu teknolojileri gerçekten çok çok iyi algılamamız ve risklerini görmemiz lazım.

Bugün yine bir gazete haberi var; ...sitlerde genlerin değiştirilmesi artık laboratuvarda son derece olanaklı, çok güzel yayınlar çıkıyor. Fakat ilk yayın yapan kişi uluslararası moratoryum getirmek istiyor, ki klinikte bu teknoloji uygulanmasın. Yani bazen araştırmacılar, etikle ilişkili olduğu durumlarda moral değerleri göz önüne alabiliyor, bazen alamıyor. Burada işte araştırmacılarımızın da etik konusunda, biyoetik konusunda eğitilmesi son derece önemli.

Hedef, dediğim gibi, bütün bunları tartışırken, herkesin erişebilir en yüksek sağlık standartlarına ulaşması ve en güzeli, ülkemizde de biyoetik kavramların politik sorumluluklarla birlikte bir siyasa haline gelmesi.

Son olarak, Fransız din adamı, hekim ve aynı zamanda yazar olan François Rabelles’nin bir sözü var, onunla bitirmek istiyorum: “Vicdan olmaksızın, bilim ruhun ölümü demektir” diyor.

Gerçekten, bilimi yaparken, biyoetiği ve etik kavramları iyi anlamamız gerekiyor. 21. Yüzyıla girerken de, bilim ve teknolojinin adil paylaşımı, etik temelli küresel yaklaşımlar neler olmalı; her bilim kişinin bunu tartışması ve kafa yorması gerekir diye düşünüyorum. Sağlık Bakanlığı olsun, diğer bakanlıklar olsun, STK’lar olsun, tüm ilgililerin bu konu üzerinde tartışıp, toplumda nasıl farkındalık yaratacağız, toplumun değerlerini nasıl biraz daha yükselteceğiz, bunu da tartışmak iyi olur diye düşünüyorum.

Hepinize çok teşekkür ediyorum ve toplantının çok iyi geçmesini diliyorum.

UNESCO Biyoetik Programı
Uluslararası Biyoetik Komitesi Raporu

İnsan Savunmasızlığı ve Kişisel Bütünlüğe Saygı İlkesi

Prof.Dr. Meral Özgüç

mozguc@hacettepe.edu.tr

H.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji AD

UNESCO Türkiye Milli Komisyonu

HÜBAM

UNESCO Biyoetik Programı 1993 yılında hayata geçirilmiş olup yaşambilimleri, tıp ve çevre gibi alanlar ile ilgili moral değerler ve etik sorunlar üzerinde çalışmalar yapmaktadır. Günümüzde biyomedikal araştırmalar ve yaşambilimleri teknolojileri çok hızlı bir şekilde gelişmekte ve sağlık alanında uygulamalar başlamaktadır. Klonlama, kök hücre tedavisi, nanoteknoloji, genetik testler, biyobankalar, sentetik biyoloji bu teknolojilere birkaç örnek oluşturmaktadır. Bu gelişmelerin topluma nasıl yansıtacağı ve ne gibi potansiyel etik sorunlar içerdiğine cevap bulmak teknolojik gelişmeler kadar hızlı olmamaktadır. Bu açıdan biyoetik, moral değerler - bilim/teknoloji - kamu politikaları (özellikle sağlık politikaları) üçgeninde önemli bir yet tutmaktadır. Biyoetik mültidipliner bir alan olup tıp, biyoloji, hukuk, felsefe, ilahiyat, ekonomi gibi alanlarla işbirliği içindedir.

Biyoetik alanında uluslararası işbirliklerini güçlendirmeyi hedefleyen UNESCO üye devletlerin iç hukukunda yer bulabilecek normatif araçlar geliştirmektedir. Bunlara örnek olarak; İnsan Genomu ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1997), İnsan Genetik Verileri Uluslararası Bildirgesi (2003) ve Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (2005) verilebilir. Ayrıca üye devletlerin biyoetik alanında kapasitelerinin geliştirilmesine yönelik iki farklı program yürütülmektedir: Biyoetik Komitelerine Destek Programı (2004) ve Etik Eğitimi Programı (2005).

Biyoetik normların küresel olarak ele alınması kişilerin bilimsel gelişmelerden yararlanmasına yardımcı olacağı gibi toplumların da kamu politikaların oluşturulmasında söz sahibi olmasını sağlayacaktır. Toplumda farkındalık yaratmak için medya, sağlık çalışanları, hukukçular, biliminsanları gibi çok çeşitli paydaşların rol alması gerekmektedir.

2015 yılı Birleşmiş Milletler nezdinde Milenyum Kalkınma Hedeflerinin (MDG) (2000-2015) yerini alacak olan Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin (2015-2030) karara bağlanacağı yıldır.

Sürdürülebilir kalkınma ekonomik (ekonomik kalkınma ve refah) çevre (çevrenin sürdürülebilirliği) ve sosyal (sosyal kucaklayıcılık-inclusion) boyutlarda ele alınmakta ve UNESCO'nun barış ve sürdürülebilir kalkınma olarak belirlenen stratejik hedefleri ile örtüşmektedir.

Yoksuluk ve açlık ile mücadele, kadınların ve kız çocuklarının güçlendirilmesi, herkes için kaliteli eğitim, sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi, çevre sorunlarına dikkat çekmek, demografik değişimler ve mültecilerin konumları gibi hedefler, sürdürülebilir kalkınma kapsamında tartışılmaktadır. Görüldüğü gibi tümü biyoetik ve insan hakları yaklaşımları ile ele alınırsa başarı elde edilebilecek konulardır.

Yoksulluk, gelir dağılımındaki adaletsizlik ülkelerarası ve aynı ülke içinde çok ciddi sosyal sorunlara neden olmaktadır ve dünyamızın azalmakta olan kaynaklarına adaletli bir şekilde erişim ise yakın gelecekte önemli etik sorunlar oluşturabilecektir.

Sürdürülebilir kalkınma açısından bilim ve teknoloji gelişmeyi sağlayacak en önemli araçlardır ancak dünyamızda en yoksul ülkeler ve savunmasız kesimler, özellikle kadın ve çocuklar, her zaman teknolojik gelişmelerden pay alamamakta, örneğin sağlık hizmetlerine erişim gibi olanaklardan yararlanamamaktadır.

2005 yılında yayınlanan ve tüm UNESCO üye devletlerinin oybirliği ile kabul ettiği Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi; insan onurunun korunması ve insan hakları, otonomi, mahremiyet ve gizlilik ilkeleri, eşitlik, hakkaniyet ve adalet, ayrımcılık yapmama, kültürel çeşitliliğe saygı, sosyal sorumluluk ve sağlık, dayanışma ve işbirliği, savunmasızlığa ve kişisel bütünlüğe saygı, bilimsel gelişmelerden yararlanma, çevre, biyoçeşitlilik ve gelecek nesillerin korunması gibi maddeleri içermektedir.

UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesi (IBC), Evrensel Bildirgenin insan savunmasızlığı ile ilgili

“Bilimsel bilgiler, tıbbi uygulamalar ve ilişkili teknolojilerin uygulaması ve geliştirilmesinde insanların savunmasız olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Özel savunmasızlığı olan kişiler ve gruplar korunmalı ve kişisel bütünlüğe (integrity) saygı gösterilmelidir”

kapsamındaki 8. maddesini ayrı bir rapor haline getirmiştir (2013).

Bu raporda, savunmasızlık yaratan koşullar; hastalık, sosyal ve çevresel şartlar, kısıtlı olanaklar kapsamında tanımlanmıştır:

Yoksulluk - gelir dağılımında, eğitim ve bilgiye erişimde eşitsizlik

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı (kadınların sağlık hizmetlerine erişememesi)

Marjinalizasyon (ör: göçmenler)

Özgürlüğün kısıtlanması (mahkûmlar)

Doğal kaynakların yok edilmesi (ör: çölleşme)

Savaşlar (ör: mülteciler)

Çevresel etmenler ve doğal afetler (iklim değişikliği, hava kirliliği)

Bu şartlarda oluşan özel savunmasızlık, rapor kapsamında aşağıda özetlendiği şekilde üç farklı başlıkta incelenmektedir:

1. Sağlık hizmetleri

Sağlık hizmetlerine erişim, örneğin gelişmekte olan ülkelerde HIV tedavisine erişememe, gelişmiş ülkelerde sağlık sigortasından yoksun kişilerin durumu,

Uygun ve yeterli sağlık hizmeti sunulması, (çocuklarda HIV ve denememiş ilaç uygulaması)

Adaletsiz kaynak dağılımı, (yaşlı hastaların ayrımcılığa tabi tutulması)

Eşit olmayan güç ilişkileri, (hasta otonomisine saygısızlık) vb.

2. İnsanlar üzerindeki araştırmalar

Çifte standart (hedef ülkelerde etik inceleme olmadan maddi yarar sağlayarak araştırma yapmak),

Şeffaf olmayan bağışlar,

Hatalı araştırma sonuçları,

Sosyal savunmasızlık (onam vermeye zorlayıcı şartlar) vb.

3. Biyomedikal teknolojiler

Damgalama (genetik bilginin ayrımcılık yaratması),

Baskı uygulama (araştırmada gönüllü olmaya zorlama),

Teknolojilerin yeterli ön denemeler olmadan uygulamaya geçirilmesi,

Öngörülmeleyen riskler (gen tedavisi ve tedavi görenlerde kanser gelişmesi) vb.

Günümüzde savunmasızlık yaratan koşullar maalesef devam etmektedir. Özellikle gelir dağılımındaki uçurum, yoksulluk, gıda güvenliği, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişim, toplumsal cinsiyet eşitliği, çevre sorunları, kaynaklara erişim gibi konular küresel adalet ve insan hakları kavramında ele alındığında küresel barışı engelleyici konulardır. Bunun için toplumlarda etik farkındalık yaratmak ve toplumların kamu politikalarına katılımını sağlamak öncelikli olmalıdır. Bu açıdan örneğin, medyanın doğru ve şeffaf bilgi akışı yapması, fen ve sosyal bilimlerin ortak çalışma platformları oluşturması ve "sürdürülebilirlik" kavramının hayata geçirilmesi için etik temelli yaklaşımların eğitimde yer bulması, 21. Yüzyılda savunmasızlıkla baş edebilmek için etkin yaklaşımlar olabilir.

Kaynakça:

1. Open Working Group of the General Assembly on Sustainable Development Goals, <http://undocs.org/A/68/970>
2. <http://unesco.org.tr/>
3. <http://unesco.int/>
4. Intergovernmental Negotiations Post-2015 Dev.Agenda

Panel – Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Araştırmalarında Savunmasızlık ve Savunmasız Gruplar

(Panel Yöneticisi: Prof. Dr. Nüket Örnek Büken)

buken@hacettepe.edu.tr

Hacettepe Biyoetik Merkezi Müdürü

Dr. Aslıhan Akpınar - Tekrar hoş geldiniz.

“Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Araştırmalarında Savunmasızlık ve Savunmasız Gruplar” konulu panelimize başlamak üzereyiz.

Panel Yöneticimiz Prof. Dr. Nüket Örnek Büken, panelistleri ve panel konuşmalarını tanıtacak.

Buyurun hocam. (Alkışlar)

Panel Yöneticisi - Evet, tekrar herkese merhaba.

Güzel bir açılış konuşmasından sonra, şimdi, öğleden sonraki tartışmalara ve konuşmalara temel oluşturmak üzere planladığımız panele geçiyoruz.

Ben hemen panelist hocalarımızı davet etmek istiyorum.

“Geriatrik Yaş Grubu Açısından Savunmasızlık/Örselenebilirlik” başlıklı sunumunu yapacak olan, Geriatrik Bilimler Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü Sayın Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal.

Buyurun lütfen.

“Çocuklar ve Ergenler Açısından Savunmasızlık/Örselenebilirlik” başlıklı sunumunu yapacak olan, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Ferhunde Öktem.

Buyurun hocam.

“Kadınlar Açısından Savunmasızlık/Örselenebilirlik” başlıklı sunumunu yapacak olan, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama Araştırma Merkezi Müdürü Sayın Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış.

Buyurun lütfen.

“Mülteciler Açısından Savunmasızlık/Örselenebilirlik” başlıklı sunumunu yapacak olan, Hacettepe Üniversitesi Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi Müdürü Sayın Doç. Dr. Murat Erdoğan.

Buyurun lütfen.

Evet, her biri hem Hacettepe Üniversitesinin Araştırma Uygulama merkezlerinin müdürleri olarak, hem de bu merkezlere kuruluşu ve gelişiminden itibaren katkı vermiş kişiler olarak ve sözü edilen savunmasız gruplar üzerinde ulusal eylem planlarının oluşturulması aşaması da dâhil olmak üzere, bugün konuşacağımız konuya farklı gruplar üzerinden yoğun katkı sunmuş olan hocalarımız burada aramızda. Kadınlar, çocuklar, yaşlılar, mülteciler... ve bu grupların hakları konusunda çalışmalar yürüten değerli hocalarımız ile birlikteyiz. Bu açıdan çok şanslı olduğumuzu düşünüyorum.

Tıp Etiği Açısından Savunmasızlık/Örselenebilirlik

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

buken@hacettepe.edu.tr

Hacettepe Biyoetik Merkezi (HÜBAM)

Ben, panelin başında, tıp etiği ve biyoetik savunmasızlık ve örselenebilirlik konusunda ne diyor, biraz bunun üzerinde duracağım. Daha sonra da her bir konuşmacımız için yaklaşık 20 dakikalık bir konuşma süresi tanıyacağım. 10 dakika da sanıyorum soru ve katkıları alabileceğimiz bir zaman dilimimiz olacak. Yani genişçe tartışabileceğimiz zamanımız var. 12.30'a kadar burada hep birlikte olacağız. Daha sonra da yine hep birlikte öğretim üyeleri yemekhanesinde öğle yemeğine gideceğiz. Öğleden sonra da tekrar bir arada burada olmayı umut ediyoruz.

Meral hocam çok güzel bir şekilde açıkladı UNESCO'nun biyoetik tanımını; İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 8. Maddesi ve bu bağlamda oluşturulan ve sizlerle paylaşılan, insanın savunmasızlığı konusu, tanı-tedavide ve araştırma uygulamalarında ve aynı zamanda ileri teknolojilerin kullanımında ortaya çıkan etik ikilemler ve bu sorunlarla baş etme yöntemleriyle ilgili olarak.

Kuşkusuz, bilimsel bilgi birikiminin, tıbbın ve ilgili teknolojilerin uygulanmasında ve geliştirilmesinde göz önünde tutulması gereken en önemli konulardan biri aslında insanın savunmasızlığı. Bu nedenle de, sözünü ettiğimiz hizmetler verilirken, savunmasızlığı olan birey ve grupların özenle korunması ve kişisel bütünlüğüne saygı gösterilmesi gerekliliği, bütün etik bildirgelerde ve ulusal/uluslararası hukuki metinlerde özenle gözetilen bir ilke.

Aslında bu fikir yeni de değil. Çünkü tarihsel süreç açısından baktığımızda, savunmasızlık kavramında, özellikle araştırmanın içinde olanlar ve araştırma etiğinin günümüze kadar gelmiş olan sürecini ve tarihsel sürecini bilenler, Nuremberg Bildirgesi, Helsinki Bildirgesi ve Belmont Raporunu bilirler. Amerika Birleşik Devletlerinde, özellikle savunmasız gruplar üzerinde yapılan araştırmalar sonrası, bu grupların özenle korunması konusunda geliştirilen üç temel ilke olarak ortaya çıkar. Risk-yararın gözetilmesi, adil seçim koşullarının ortaya konulması ve bu kişilerin özellikle araştırmalarda yer alma konusundaki onamlarının, bilgilendirilmiş-gönüllü rızalarının alınması gerekliliği şeklinde ortaya çıktı. Daha sonra etik dışı araştırma örnekleri üzerinden yol aldığımızda... ki bu etik dışı araştırma örnekleri, aslında tıp etiğinin temel köşe taşlarını da zaman içerisinde oluşturmuştur; Belmont Raporundan sonra, Uluslararası Tıp Bilim Örgütleri Konseyinin konuyla ilgili bildirgeleri yayınlanmıştır. Daha sonra, günümüzde bizlerin, araştırmacıların okuduğunu ve anladığını teyit ettikleri ve araştırma etik kurullarının da o bildirgeye uygun davranıldığını kontrol ettiği, Helsinki Bildirgesi var; hepimizin bildiği, 1964 tarihli ve 2013 yılına kadar da yaklaşık 8 kez revize edilerek günümüze kadar gelmiş olan Bildirge. Bu bildirge bağlamında oluşturulmuş ulusal yasalar ve yönetmelikler açısından da bakıldığında, günümüzde özellikle araştırmalarda bu grupların özenle koruma altına alındığını söylemek mümkün.

Bu grupların korunmaya alınmasını gerektiren koşullar da aslında o sözünü ettiğimiz tarihi sürecin içerisinde gizli. Çünkü İkinci Dünya Savaşı milat olmak üzere, İkinci Dünya Savaşı sırasında ve sonrasında, bilimsel amaçlı olduğu söylenilerek yapılan birtakım "araştırma" denemeleri var. Bunlar aslında savaşa, savaş sürecine katkı sunmak üzere yapılan denemeler; basınç denemeleri, yükseklik denemeleri, ısı denemeleri, ötanazi ile ilgili yapılan birtakım denemeler ve nihayet Nüremberg Duruşması.

Bu deneylerde aktif olarak yer alan hekimlerin var olması, deneylerin planlayıcısı ve uygulayıcısı olarak hekimlerin yer almış olması ve hekim kimlikleriyle insanlık dışı bu eylemlerin içerisinde yer almaları çok tartışılmıştır. Daha sonrasında da Nürenberg Mahkemelerinde yargılanmaları -21 hekim bunlar- bir kısmının ömür boyu hapis ve bir bölümünün de ölüm cezasına çarptırılması ve sonrasında da devam eden yoğun tartışmalar. En temelde hümanist kimliği olması gereken bu meslek grubunun üyelerinin bu tür uygulamalarda yer almalarının yarattığı infial. Üzerine birçok yazının yazıldığı; filmlere, romanlara konu edildiğini de biliyoruz. Bu eylemlerin içerisinde yer almalarının gerekçesi olarak da, onların Nazi kimliklerinin bütün diğer kimliklerin üzerinde (hekim kimliği, araştırmacı kimliği, iyi eş, iyi baba, iyi bilim insanı kimliği) yer aldığı belirtilen psikososyal tahliller.. Dolayısıyla, bunun sadece bireysel-kişisel duruşa bırakılmayacağı; çünkü aslında profesyonel kimliğin ön planda olmadığı her durumda ve başka kimliklerimizin hekim kimliğimizin önüne geçtiği her durumda bu tür hak ihlallerinin yaşanabileceği anlayışının, algısının yerleşmeye başladığı bir dönem. Ama daha sonra etik dışı araştırma örneklerinin yine Amerika Birleşik Devletlerinden geliyor olmasının da, bilim politikalarına yön verenlerin, bu politikaları yapan, ama bazen bu politikalara uymayan bir tutum sergilemeleri örneği olarak da gösterilebileceğini biliyoruz.

Savunmasızlık, elbette insanlığın genel bir özelliği. Bunun üzerinde derinlemesine düşünülmesi gerekiyor. İnsanlar arasında politik, ekonomik, kültürel ayrımcılığın suç olarak addedilmesi önemli. İster kişisel engelleri dolayısıyla, ister birtakım çevresel etkiler, sosyal adaletsizlik dolayısıyla olsun, sağlık hizmeti araştırma ve geliştirmekte olan teknolojilerin biyomedikal alanda uygulanması bağlamında meydana gelen savunmasızlıkların irdelenmesi önemli.

Tabii, en temelde insan değerinin korunması diyoruz. Çünkü biyoetikte hangi konuyu konuşuyor, tartışıyor olursak olalım, merkeze koyduğumuz şey, insan; insanın değeri, insanın onuru, insanın hakları ve gönenci.

Bir diğer değerlendirme; eylem açısından da bakıldığında, amaca uygun eylemde bulunmak ve eylemin sonucunda en fazla sayıda kişiye en çok yarar sağlayıcı eylemin ne olduğu. Dolayısıyla, bir yandan, evet, toplumsal yarar gözetmek; ama diğer taraftan da insanın değerini korumak. İnsanı hiçbir zaman amaca araç etmemek, kendinde bir amaç olarak değerlendirmek.

Bunları gözettiğiniz zaman, bu sizi, kuşkusuz, kişinin özgürlüğüne, özerkliğine, kendi başına karar verme yeterliliğine getiriyor ve yeterlilik kavramı karşımıza çıkıyor. Aslında en fazla örselenebilir olan gruplar da, yeterliliği olmayan, kendi adına tanı-tedavi-araştırma uygulamasında karar veremeyen, onlar adına veli/vasinin karar verdiği gruplar. Örneğin çocuklar için ebeveyn onamı, yeterliliği olmayanlar için yetkilendirme bildirimi şeklinde uygulanan birtakım direktiflerin varlığı. Verilen bu tür kararlarda da gerçekten bu grupların (bunlar çocuklar olabilir, yaşlılar olabilir, engelliler olabilir) tıbbi olarak en üstün çıkarları korunmuş mu, en üstün çıkarları korunarak mı bu kararlar verilmiş; sağlık alanında bunun değerlendirilmesinin yapılması gerekliliği söz konusu.

Bu değerlendirmeyi, kuşkusuz, bu hizmeti verenler yapabilirler. Şüpheye düştükleri durumda danışmanlık alabilirler. İşte o şüpheye düşülen durumda ve (vicdani bir karar olabilir çünkü bu karar) o vicdani kararın tek başına vermek istenmediği durumlarda, onlara danışmanlık verecek, yardımcı olacak etik kurulların devreye girmesi gerekliliği. Sabahki açış konuşmalarında Hastaneler Genel Direktörümüz Ömer hocamın da dile getirdiği gibi, bu kararlar Batı'da hastane etik kurulları (hasta etik kurulları değil ya da hasta hakları etik kurulları değil, hastane etik kurulları) yani klinik etik kurullar tarafından verilen kararlardır. Hekimin etik ikileme karşılaştığında danışmanlık alabileceği ve sonuçta vereceği kararın da sorumluluğunu paylaşabileceği, paylaşılan sorumlulukla da yol alabileceği durumlardır bunlar.

Hangi durumlarda kişiler örselenebilir oluyorlar? Evet, yaş önemli dedik. Çünkü genelde kişinin yaşı, onun kolayca istismar edilmesine yol açabilir. Bu açıdan bakıldığında, çocuklar ve yaşlılar daha fazla ve daha kolay zarara uğrayabilen gruplar.

Bundan başka, yaşanan konum, yine özellikle yaşlılar açısından önyargılara neden olabiliyor. Örneğin, yaşlı, bakımevinde yaşıyorsa ya da kendi evinde yardımla yaşamını sürdürebiliyorsa, başkalarıyla iletişim kuramıyorsa, haklarının suiistimal edilmesi daha kolay bir hale geliyor olabilir ya da benzer şekilde, yine çocuk açısından baktığımızda, çocuğun statüsü, onun kolay suiistimale uğramasına bir gerekçe olabilir. Çatışma alanlarında yaşayan çocuklar, sokakta yaşayan çocuklar, AIDS'ten etkilenmiş olan çocuklar, mülteci çocuklar, özürlü çocuklar, yoksulluk içindeki çocuklar ya da azınlıklara ait çocuklar gibi.

Yine kuşkusuz, cinsiyet önemli. Kadın olmak, kişinin suiistimale daha açık olmasına, zarar görmesine neden olabiliyor. Özellikle gebe ve hasta kadınlar, silahlı çatışma altında olanlar, genç kızlar. Yine bizim LGBTİ dediğimiz, lezbiyen, gay, transseksüel, biseksüel ve interseks bireyler. Öğleden sonra - belki şu anda aramızdalar- bununla ilgili sivil toplum kuruluşlarının da görüşlerini alacağız. Bunlar da sağlık hizmeti sunumunda ayrımcılığa uğrayan önemli bir grup olarak varlar.

Etnik özellikleri nedeniyle azınlık olan, kırsal bölgede yaşayan ya da felakete eğilimli bir bölgede yaşayan kişiler.

Özgürlük, kişilerin özgürlüğünün kısıtlanması durumları. Örneğin, mahkûmlar, sürgündekiler.

Dolayısıyla, aslında bu kapsamı çok daha genişletebilmek mümkün...

Klinik açıdan baktığımızda, kişilerin bilgilendirme sonrası kendi kararlarını, kendi bedenleriyle ilgili özel ve özerk kararlarını verebilecekleri şekilde onların hastalık nedeniyle kaybettikleri özerkliklerini onlara tekrar kazandırmak bizim en temel amacımız. Hangi nedenle savunmasız olurlarsa olsunlar. Aydınlatılmış onamlarını alamadığımız kimi durumlar için, kimi engellilik durumları için (demans, alzheimer, mental retardasyon söz konusu olabilir) yetkilendirme bildirimi yapılmış olan kişilerin, veli ya da vasilerin onamlarının alınması, ama kendilerinin de durumla ilgili mutlaka bilgilendirilmeleri önemlidir.

Bu arada, bu kişiler üzerinde, bu savunmasız gruplar üzerinde yürütülen, sürdürülen araştırmalara getirilen ulusal/uluslararası koşullar var, sınırlılıklar var. Bu sınırlılıkları, Helsinki Bildirgesi bağlamında, bizler de hem araştırmacılar olarak, hem etik kurul üyeleri olarak uyguluyoruz.

Bu kişilerin araştırmalarda yer almasının koşulları şunlar: Bir, bu araştırmalarda yer alacak sağlıklı başka bir grubun olmaması. Yani sonuç olarak, ilgili araştırmanın kendi yaş gruplarıyla ilgili ya da kendi hastalık gruplarıyla ilgili bir duruma çare olacak olduğunun protokolde temellendirilmiş olması gerekliliği. İki, bu kişilerin risk-yarar değerlendirmesinin mutlaka yapılması, minimal riski aşan durumların özellikle güvence altına alınması gerekliliği. Üç, veli veya vasilerinden alınan onam; ama mutlaka kendilerinden de alınan, uygun şekilde bilgilendirmeye dayalı onamları. Etik kurullar, bunları araştırma öncesinde ve daha sonra ayrıntılı bir şekilde değerlendirmek durumunda. Bunlar ve araştırma boyunca, olgu rapor formlarıyla ortaya çıkacak beklenmedik durumlar, bunların sigortalanması ve tazmin edilmesinin koşulları şeklinde bir denetim mekanizmasının var olduğunu söyleyebilmek mümkün.

Böyle bir genel girişten sonra, şimdi, çok değerli hocalarımızla birlikte, spesifik olarak ilgili gruplara daha detaylı, daha yakından bakacağız.

Geriatrik Yaş Grubu Açısından Savunmasızlık/Örselenebilirlik

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

ykutsal@hacettepe.edu.tr

Geriatrik Bilimler Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜGEBAM)

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal (HÜGEBAM) - Sayın başkan, çok değerli merkez müdürleri, sayın öğretim üyeleri ve değerli konuklar; Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Uygulama ve Araştırma Merkezi adına, sizleri sevgiyle, saygıyla selamlamak istiyorum.

Bilindiği gibi; yaşlılıkla ilgili pek çok tanımlamalar var; doğal olarak farklı disiplinler farklı ifadeler kullanıyorlar. Ben size bir edebiyatçının tanımını sunmak istiyorum: “Hayatla ilgili kaygılar başladığı noktada çocukluk bitiyor; ama hayata dair kaygıların bittiği noktada da yaşlılık başlıyor”.

Bu sunum akışı içinde size yaşlanma olgusundan bahsedeceğim ve bu bağlamdaki uluslararası ve ulusal önerileri paylaşacağım. Bir klinisyen olarak, geriatrik sendromları anımsatacağım, tedavide ve araştırmalarda kanıta dayalı tıp vurgusu yapacağım. Yaşlıların araştırmalara katılımlarından kısaca bahsedeceğim ve tabii ki, kaçınılmaz olarak, gerek tedavide, gerekse araştırmalarda bilgilendirilmiş onama vurgu yapmak lazım. Bir de araştırmaya aldığımız yaşlıların araştırmaya uyumu konusunda önerilerim olacak.

Yaşlanma olgusuna bir dünya haritasıyla başlayalım; 2025 yılı projeksiyonlarına baktığımız zaman, dünyada 65 yaş ve üzeri popülasyonun yüzde 10,5 olacağı bilgisine ulaşıyoruz, fakat dünyanın her bölgesi aynı oranda yaşlanmıyor. Gördüğümüz gibi, koyu alanlar özellikle Kuzey Amerika, Avrupa, Japonya, hızla yaşlanan ülkeler. Ama hiç yaşlanamayan bir kıta var ki, o da Afrika. Yoksulluk, iç savaşlar, bulaşıcı hastalıklar nedeniyle, Afrika yaşlanamayan bir bölge olarak karşımıza çıkıyor. Zambiya’da yaşam beklentisi 39 yıl iken, Japonya’da doğuştan beklenen yaşam beklentisi 83 yıl olarak bildiriliyor. Dünyada 2040 yılına ait yaşlanan popülasyon projeksiyonlarında, özellikle gelişmiş ülkelerde belirgin bir yaşlı nüfus patlaması olduğunu görüyoruz.

Tabii, burada ekonomistler, sosyal güvenlik sistemlerini oluşturan kişiler şöyle sorular soruyorlar: “Bu yaşlılara kim bakım verecek ve kim ödeyecek?” Bütün kaygı bu noktada ve deniliyor ki, “Bütün dünya ve bütün toplumlar, giderek yaşlı odaklı olmak durumunda”. Çünkü 2 yıl sonra, 2017 yılında, insanlık tarihinde ilk kez dünya üzerinde 65 yaş üstündeki kişilerin sayısı 5 yaş altındakileri geçecek. Bu popülasyonda en hızlı artış gösterenler de 80 yaş üstü; gelecek 50 yılda 5 katından fazla artacağı öngörülüyor. Oranlara baktığımızda, bugün için 100 kadına 88 erkek gibi bir oran varken, gelecekte oran 100 kadına 87 erkeğe düşüyor. Erkeklerin beklenen yaşam süreleri daha kısa.

Ülkemize bakalım; 2013 yılındaki yaşlı oranımız yüzde 7.7 iken, 2023 yılında, Cumhuriyetin 100. yılında bu oran 10.2’ye, 2050 yılında ise yüzde 20’nin üzerine çıkacak.

Bu rakamlar neden önemli? Birleşmiş Milletlerin tanımına göre, bir ülkedeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı yüzde 8-10 arasında ise, o ülke yaşlı ülke oluyor. Eğer yüzde 10’un üstüne çıkarsa, çok yaşlı ülke oluyor. Dolayısıyla, biz 2023 yılında çok yaşlı bir nüfusa sahip olacağız ve bu bağlamda da bütün politikaların bu duruma göre endekslenmesi gerekiyor.

2050 yılında Türkiye’de yaşa göre nüfus dağılımına bakıldığında, özellikle 80 yaş üstü kadın popülasyonunun ne kadar egemen olacağı, dikkatlerinize sunulacak bir detay diye düşünüyorum.

Peki, uluslararası alanda, ulusal alanda neler yapılıyor, ne öneriliyor?

İlk paylaşmak istediğim, mezuniyet öncesi geriatrik tıp eğitiminin temel içeriği. Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Geriatri/Geriantoloji Birliği -ki gerek Hacettepe Üniversitesi GEBAM, gerekse Türk Geriatri Derneği bu platformda ülkemizi temsil etmektedir- diyorlar ki, "Tüm hekimler, hangi uzmanlık dalını seçerlerse seçsinler, geriatride donanımlı olmalıdırlar."

Öneri paketi şu şekilde: "Yaşlanmanın biyolojisini, kırılabilirlik ve işlev kaybına neden olan fizyolojiyi bilmek lazım. Demografi konusunda farkında olmak gerekiyor" diyor. Akılcı ilaç kullanımı, hepimiz için son derece önemli bir detay. "Psikososyal risk faktörlerini bilmek gerekiyor" diyor. Yine bir başka önemli konu olarak da, korunma ve rehabilitasyonun geriatrik tıbbın ana hedefleri arasında olması gerektiği vurgulanıyor. "Multidisipliner yaklaşım" öneriliyor. "Çok yönlü değerlendirme ve yaklaşım yapın. Yaşlıya yaklaşırken, probleme dayalı, probleme yönelik, problem çözücü olun" diyor. "Holistik, yani bütüncül bir yaklaşımınız olsun. Yaşam boyu bunu benimseyin. Geriatrik sendromların farkında olun ve onları ayrıcalıklı bir yere koyun" diyor. "Yaşlılığa olumlu bir tavır takınılması gerekiyor. Yaşlı istismarı üzerinde durulması gerekiyor ve etik konularında yine farkında olunması gerekiyor" şeklinde mesajlar veriliyor.

Dolayısıyla, eğer biz böylesi bir donanımla mezuniyet öncesi eğitimde genç arkadaşlarımıza katkı verebilirsek, sanırım ileriye dönük planlamalarda ve yaşlılara yönelik uygulamalarda başarılı olabileceğiz.

Türkiye'de ne yapıldı?

Türkiye'de Yaşlılar Ulusal Eylem Planı hazırlığı yapıldı. Pek çok kurumun ve kuruluşun temsilcileri çok aktif olarak katkı sundu bu sürece. Eylem planı üç ana başlık altında toplandı: I-Yaşlılar ve Kalkınma, II-Yaşlılıkta Sağlık ve Refahın Artırılması (biz hekimler olarak sürece bu noktada destek verdik). III-Olanaklar Sunan, Destekleyici Ortamların Sağlanması.

2002 yılında Uluslararası Yaşlanma Asamblesinin Yaşlanma Eylem Planı adı ile bir raporu çıkmıştı,. Bu raporun Türkçeleştirilmiş halini GEBAM web sitesinde tam metin olarak bulabilirsiniz. Ulusal Eylem Planı da ağırlıklı olarak bu rapordan esinlenerek hazırlanmış bir dokümandır. Daha sonra yapılan toplantılarda, kısa ve uzun vadede bu basamaklarda hangi kuruluşlar, hangi sektörler katkı sunacak ve bunlar nasıl denetlenecek, nasıl takip edilecek belirlenmişti. Yoğun çalışmaların sonuçlarını, uygulamalarını bekliyoruz ve görmek istiyoruz.

Herkes uzun yaşamak istiyor, herkes yaşam süresinin uzaması talebinde, fakat kimse "ihtiyar" olmak istemiyor. İhtiyarlık, çok farklı bir kategori olarak görülüyor. Bu noktada yaşlının sağlık sorunlarını gündeme taşımak ve geriatrik sendromların özelliklerini vurgulamak istiyorum:

Geriatrik sendrom, bir hastalık değildir. Tipik birtakım ortak özellikleri ve çoklu risk faktörleri vardır. Bilişsel bozukluk, çok farklı nedenlerle ortaya çıkabilir. Geriatrik sendromlardan çoklu organlar etkilenebilir ve bunlar hep kronik hastalıklarla birlikte seyrederek. Gördüğümüz gibi, görme sorunları, işitme, osteoporoz, düşmeler, inmobilité, yürüme problemleri, inkontinans gibi çok farklı sistemleri ilgilendiren, multidisipliner olarak yaklaşmayı gerektiren sorunlar yaşıyor yaşlılar.

Geriatrik rehabilitasyon ile uğraşan bir fiziksel tıp ve rehabilitasyon (FTR) uzmanı gözü ile, kliniklerde baş etmeye çalıştığımız sorunlara dikkatinizi çekmek istiyorum. FTR kliniklerine hasta, sadece, "Kalçama protez takıldı, ben yürüme eğitimi alayım" diye gelmiyor. Geçirdiği protez operasyonuna ek olarak; sık düşmeleri olabiliyor, artritleri, inkontinansı, görme sorunları olabiliyor ve biz, holistik bir yaklaşımla, bu sorunların hepsiyle baş etmeye, tedavilerini yapmaya ve hastayı rehabilite etmeye çalışıyoruz.

Dolayısıyla, yaşlı hastaya yaklaşırken, gerek değerlendirirken ve gerekse tedavi planını çizerken, yaşlılara özgü sorunları mutlaka göz önünde bulundurmak gerekiyor.

Şimdi biraz kırılabilirliğe de vurgu yapmak istiyorum.

Kırılğan yaşlı, genellikle fiziksel aktivitesi az olan, global olarak zayıf, yorgun, yavaş ve kilo kaybı olan kişiler olarak tanımlanıyor.

Pek çok pre klinik tanı da konmuş bu kişilere. Hormonal regülasyonların bozulduğu, immün sistemin yaşlandığı ve proinflatuar faktörlerin bu süreçte rol oynadığına dair pek çok yayın var. Örselenebilirliği artıran kompleks bir sendrom olarak dikkatlerinize sunmak istiyorum ben. Tabii, bunun yaşam boyu birtakım belirleyicileri var; biyolojik yapı, psikolojik, sosyal, toplumsal yapılar, birtakım hastalıklar, fizyolojik değişiklikler devreye giriyor; bunların olumsuz sonuçları var. Dolayısıyla kırılğanlık, gerçekten, örselenebilirlik açısından büyük bir risk faktörü yaşlı gruplarda.

Kanıtı dayalı tıbbı geçelim isterseniz. Yaşlılık boyutuyla tabii ki.

Pek çok araştırma, erişkin dönemdeki kişiler üzerinde yapılır. Tedavi kılavuzları ve algoritmalar oluşturulur ve bunlar biraz önce vurguladığım erişkin dönemdeki kişiler üzerinde yapılan araştırmalardan temel alınarak hazırlanır, yani bunlara dayandırılır. Oysa ileri yaş grubunda, özellikle huzurevinde, bakımevinde yaşayan yaşlılar açısından, uygulanacak bu tedaviler, bu ilaçlar uygun olmayabilir. Sadece erişkinde etkinliği gösterilmiştir çünkü. Bunlar ileri yaştaki kişilerde yüksek risk oluşturabilir, ya da tedaviden/ilaçtan yararlanma oranları, erişkinlere kıyasla çok daha düşük olabilir. Erişkinler için yaygın olarak kabul edilen bir endikasyon, ileri yaşlar için belirsizlikler taşıyabilir, geçerli ya da uygun olmayabilir.

Bilindiği gibi, kanıtı dayalı tıp uygulamalarında bir “kanıt piramidi” vardır. Hiyerarşik açıdan piramidin en tepesinde randomize kontrollü çalışmalardan oluşmuş meta analizler yer alır. Daha sonra kanıt değeri azalarak; kohort araştırmaları, olgu serilerini, olgu raporlarını, editoriaıleri, kişisel görüşleri, hayvan çalışmalarını ve piramidin tabanında ise in vitro çalışmaları görüyoruz.

Yaşlılık perspektifinden bakınca -Cockrain database’inde de bu vurgulanıyor- en iyi dış kanıt, evet, araştırmalardır. Fakat bireysel birikimler, klinik deneyimler ve kliniğinizin deneyimleri ve ekolu de önemli. Bir başka parametre de hastanın değerleri, yaşamdan, sağlıktan beklentileri. Bunların her birinin tek tek ele alınması ve bunların örtüştüğü noktadaki uygulamaların kanıtı dayalı ya da kliniğe dayalı olarak uygulanması gerekiyor.

Yaşlı araştırma hastaları, günlük rutin poliklinik uygulamalarındaki hastalardan farklıdır. Bilindiği üzere; araştırma hastaları kendilerine önerilen tedavi şemalarına uyum göstermek durumundadırlar. Sürekli kontrollere çağrılırlar, aranılırlar, sigortalanırlar, hekimle yakın bir ilişkileri vardır ve en önemlisi hekime ulaşabilirler. Oysa poliklinikte her gün görülen hastalar çok farklıdır; reçeteye uymayabilirler, ilaçlarını önerilen şekilde, düzgün almayabilirler, tedaviyi de hekimlerine haber vermeden bırakabilirler. Dolayısıyla, ileri yaşlardaki hastalara yönelik tedavi planı yaparken bu noktaları göz önüne almak gerekiyor.

Yaşlılar üzerindeki araştırmalara gelince; tabii ki etik boyut her zaman için öncelikli konudur.

Bakımevi, huzurevi ve hastanede yatan veya demans başlangıcı olan yaşlılar bu süreçte mutlaka korunmalıdır. Kişi yetkin olabilir, ama düşkün ve biraz önce tanımladığım kırılğan yaşlı kategorisine girebilir ve araştırmacıların önerilerine hayır diyemeyebilir. Dolayısıyla, bu etik kaygıyı mutlaka ön plana çekmemiz lazım. Zorlamadan ve istismardan kesinlikle kaçınmak gerekiyor. Araştırmaya katılmazsa yine de sağlık hizmetini alacağı, bütün sağlık hizmetlerine ulaşacağı garantisini de vermek gerekiyor.

Araştırmacı açısından, yaşlıların araştırmalara alınması konusunda birtakım engeller vardır. Araştırmanın dışlama kriterleri çok sınırlıysa, araştırmacılar bunun dışına çıkarak, yaşlıları alamıyorlar. Ayrıca yıpranma, ölüm, yer değiştirme gibi sorunlar olursa diye de bazı araştırmacılar yaşlıları çok fazla araştırmaların kapsamı içine almıyorlar. Yaşlılarda katılım süreci uzayabiliyor, doğal olarak araştırma süresi uzayabiliyor ve maliyet artışı olabiliyor; dolayısıyla, bazı araştırmacılar bundan da çekinerek yaşlıları çalışmalara almak istemiyorlar. Yaşlıların, biraz önce vurguladığımız çoklu komorbiditeleri var; o nedenle, istenmeyen ilaç yan etkileri ön plana çıkabilir.

Bütün bunların yanı sıra, genelde sağlık profesyonelleri, başta hekimler olmak üzere, yaşlıların araştırmalara katılımlarının az olacağına dair bir inanç sahibiler.

Araştırmalara yaşlı katılımcı açısından da bakmak gerekir.

Uzun ve zahmetli sonuç ölçümleri içeren karmaşık protokoller, olası toksisiteye sahip agresif tedavi protokolleri varsa, bu ciddi bir çekince oluşturuyor. Bu çekince sadece yaşlıda değil, bakım veren kişide veya vekilinde de ortaya çıkabiliyor. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri çok sınırlıysa, hastanın ve ailesinin araştırmadan hasta yararına beklentileri yoksa finansal, lojistik, sosyal destek yeterli değilse, yaşlılar katılmıyor çalışmaya. Sağlık durumu kötü olanlar, anksiyetesi olanlar, bazı çalışmalar için de çok çok ileri yaştakiler araştırmalara katılmak istemiyorlar.

Yaşlıları motive eden ve araştırmaya katılımlarını kolaylaştıran faktörler ne olabilir? Aile bireylerinin onayı alınmışsa, sağlık ekibinin araştırmayla ilgili olumlu ve yapıcı bir tavrı varsa; süreç daha kolay olabiliyor. Hasta ile çalışma hakkında iletişim kuran kişinin hekim olmasının da araştırmada pozitif bir katkı sağlayacağı söyleniyor. Hastanın eğitim düzeyi yüksekse, bu konularda farkındalığı varsa, daha çabuk kabul edebiliyor ve adapte olabiliyor deniliyor.

Yaşlı birey, kendisine gerçek ve direkt yarar sağlayacak araştırmalara alınabilir. Fakat yetkin değilse, terapötik etkisi olmayan araştırmalara alınması uygun değildir. Bilgilendirilmiş onamın yasal temsilciden alınması gerekebilir; fakat bu da hem etik, hem sosyal, hem politik açıdan net olmayan bir konudur. Yasal temsilciden alınan olurun ne derece doğru ve etik olduğu, ne derece yaşlı yararına olduğu konusunda kaygılar vardır. Bir klinisyen olarak ben de bu kaygıları paylaşıyorum.

Gerek tedavide, gerekse klinik araştırmalarda alınması gereken bilgilendirilmiş onama geçerse;

Bireyin karar verme kapasitesinin dört tane bileşeni vardır. Araştırmayla ilgili olarak verilen bilgiyi anlaması, bu bilgiyi kendi durumuna uygulaması; muhakeme etmesi, yani tartması, değerlendirmesi lazım ve bağımsız olarak tutarlı bir seçim yapabilmesi lazım. Karar verme kapasitesinin bileşenleri bunlardır.

Azalma ve yetersizlik hangi durumlarda oluşuyor? Eğer bilişsel bozukluğu, psikiyatrik sorunları varsa, algılamasını etkileyen görme-ışıtme problemleri varsa karar verme kapasitesi azalacaktır. Bazen de bilgilendirilmiş olur alma yönteminden kaynaklanan sorunlar olabilir. Yaşlı hastaya sunulan bilgi çok karmaşıksa, sunum şekli çok hızlıysa, karışıkça, anlaşılmazsa ve fazla tıbbi terimler içeriyorsa, o zaman sorun çıkabiliyor.

Zorluklar neler?

Başlangıç aşamasında bazı demans ve delirium olgularında kişinin anlama, karar verme yetisi dalgalanmalar gösterebiliyor. Dolayısıyla, yetkinken verilen karar değişebiliyor sonradan. O yüzden, bunlar bir şahit huzurunda kaydedilebilir ve yavaş yavaş, çalışma boyunca da tekrar tekrar bunları yaşlıya anımsatarak, verilen karar vurgulanabilir.

Bir başka sorun da şudur: Yaşlı hastalar bilgileri, önerileri ve içeriği unutulabilirler. O yüzden, ileri yaş grubundaki araştırma hastalarında, erişkinlere göre biraz daha fazla zaman ayırarak, tekrar tekrar görüşme yapılması ve anımsatılması önerilmektedir.

Bilgilendirilmiş onamı en kolay nasıl alabiliriz? Pratik uygulama açısından; formda verilen bilginin basit olması lazım, anlaşılabilir olması lazım. Okuyacağı için, büyük puntolarla, en az 14 puntoyla yazılması lazım. Gerekirse birkaç kez bölerek anlatmak lazım. Bir bölümü hazmettikten, algıladıktan sonra devam etmek lazım. Detay vermek gerekiyor. Anlatımı gerekirse görsel ve işitsel araçlarla yapabiliriz; yani bir bilgisayar ekranından, laptoptan da sunabiliriz bunu. Araştırmacı ve doktor rolünü karıştırmamak lazım. Onun için, bağımsız bir kişi bunları açıklayabilir. Verilen bilgiyi de, söylediklerimizi de anladığını sözel ve yazılı olarak test etmek lazım. Ayrıca yaşlı daha önce araştırma deneyimi yaşamışsa bir yenisine uyumu da daha kolay olacaktır.

Araştırmaya uyum sağlama konusuna gelince;

Araştırmaları sürdürme aşamasında karmaşık ve zor uygulamaları içeren protokollerden kaçınmak lazımdır. Çünkü ileri yaştakiler bunlara başlasalar bile sonlandıramayabilirler. İlaç çalışmalarında, ilaçların kolay alınabilir formda olması, blister ambalajlı, etiketli olacak şekilde sunulması gerekir.

Tabii, genellikle oral alım tercih edildiği için, buna vurgu yapılıyor. Bir de tabii, araştırma hiçbir şekilde (genel olarak etik kuraldır zaten) hastaya ekonomik yük getirmemelidir. Yaşlı için bu da öncelikli bir konudur. Yine bu çalışmaya katılmak, hastayı fiziksel olarak, ruhsal olarak, sosyal açıdan hiçbir şekilde zora sokmamalıdır. Hastaların kontroller için ulaşmalarının sağlanması lazımdır. Bazı yazarlara göre, hastalara vizitler sırasında ikramlar, teşvik olarak ödüllendirmeler yapılabilir şeklinde öneriler vardır. Fakat bizim faz 3 ya da faz 4 çalışmalarımızda -ki uluslararası faz 3 çalışmalarında da koordinatörlük yaptım- böylesi bir uygulamamız olmadı.

Çalışmanın bitiminde ve sonuç raporunun sunumundan sonra da yaşlı hastalar tıbbi yönden gerekli tedavileri için mutlaka yönlendirilmelidir. “Çalışma bitti, tedavi bitti” şeklinde bir yaklaşım olmamalıdır.

Araştırmaya yönelik olarak uygulanan tedavinin/ ilacın yan etkileri açısından hasta mutlaka takip edilmeye devam edilmelidir. Hastaya, araştırmaya girdikten ve araştırma sonlandıktan sonra, araştırmanın sonuçlarıyla ilgili mutlaka sosyokültürel düzeyine göre ve anlayacağı şekilde bir bilgi sunmak gerekir. Araştırma sonrası uygulanacak yaklaşım, çalışmanın başında tasarlanmalı; yani çalışma bittikten sonra neler yapılacağı tasarlanarak, etik kurula sunulmalı ve etik kurul tarafından da onayı alınmalıdır. Özellikle yaşlılar için bu özel yaklaşımın öncelenmesi gerekir.

Son söz olarak; gerek tanı-tedavi gibi tıbbi yaklaşımlarda, gerekse sosyal politikalar ve geri ödemeler açısından yönetmelik hazırlıklarında yaşlılara mutlaka söz verilmesi ve planlamalara yaşlıların dâhil edilmesi gerekir. Çünkü onların ne yaşadıklarını en iyi kendileri biliyorlar.

İlginize çok teşekkür ediyorum.

İleri okuma için kaynaklar:

1-Gökçe Kutsal Y. Yaşlılarda Klinik Araştırmalar. In: Akan H, İlbars H, Çetinkaya NÖ (Eds): Klinik Araştırmalar Kitabı, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 2014,pp: 445-55.

2-Gökçe Kutsal Y. Yaşlıda akılcı ilaç kullanımı. In: Ataman Ş, Yalçın P. Romatoloji. MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi, Ankara 2012, pp:355-65.

Panel Yöneticisi - Sayın hocam; biz teşekkür ediyoruz.

Çocuklar ve Ergenler Açısından Savunmasızlık/Örselenebilirlik

Prof. Dr. Ferhunde Öktem

foktem@hacettepe.edu.tr

HÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Şimdi, konuşmasını yapmak üzere Sayın Prof. Dr. Ferhunde Öktem'i davet ediyorum.

Buyurun.

Prof. Dr. Ferhunde Öktem (H.Ü. Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı) - Sayın Başkan, çok sevgili katılımcılar; bugüne kadar ben hep çok konuştum, çok da rahat konuştuğumu düşünürüm, ama bugünkü konuşma için çok zorlandım. Niye çok zorlandım? Çünkü etik ve çocuk söz konusu olunca, neyi dışarıda bırakabileceğim, hangilerini altında toplayabileceğim konusunda çok ciddi olarak karmaşa yaşadım.

Çünkü büyüme ve gelişmeyi biz hep dört alanda alıyoruz:² Bedensel, ruhsal, bilişsel ve toplumsal. O zaman, baktığımızda, biyopsikososyal bir değerlendirme yapmamız gerekiyor ve gerek etik ihlaller, gerek bu konudaki çalışmalar hep bu üç, hatta bedensel gelişmeyi de içerisine aldığımız zaman dört başlık altında oluyor ve eğer biz bunlardan sadece birini ön plana çıkartırsak, birini ya da ikisini, bir görkemli ağaç yerine, çarpık büyümüş, kolay kırılabilen, her an ihmale ve istismara uğrayabilecek kişiler ya da ağaçlar yaratabiliyoruz.

Buna baktığımız zaman, bütün bu etik ihlallerin aslında yaşamdaki bütün kilometre taşlarında çok ciddi olarak var olabildiğini görüyoruz. Yani bu ihmaller, bu etik ihlaller, yaşamın her basamağında, bundan sonraki yaşam alanlarını son derece yoğun şekilde etkileyecek bir sonuca götürüyor bizi.

Bu risk altında olan ve savunmasız olan gruplara baktığımız zaman, hani neredeyse bütün çocukların yine bu içerik altında toplanabileceğini görüyoruz. Şöyle çok hızlı bir değerlendirme yaptığımızda; korunmaya gereksinimi olan çocuklar, suça sürüklenen çocuklar, özel gereksinimi olan çocuklar... Bunların tümü de bizim bölümümüzde, hastanemizde hizmet iletmemiz gereken çocuklar. Onun için, hiçbirini dışarıda bırakmamız söz konusu değil. Şiddet mağduru çocuklar, spor yapamayan çocuklar, cinsel sömürü öznesi olanlar, cinsel kimliğinin keyfini ve onurunu yaşayamayanlar, eğitimden yoksun olanlar, sınır konulmamış, sınırsız olan çocuklar, medya izinli yaşayan çocuklar gibi, baktığımız zaman, son derece geniş bir grupla çalıştığımızı görüyoruz.

Bu tablo açısından, aslında risk altında olan tüm çocukların örselendiklerini ve savunmasız olduklarını da görebiliyoruz.

Sağlık hizmeti ortamında savunmasızlık diye baktığımızda; birinci madde... Bu ana başlıklar altında toparlayayım istedim. Birinci madde, sağlık hizmetlerine erişim. Bunun aslında çok önemli düzeyde çocuk hakları ve çok önemli düzeyde insan haklarına da bizi götürdüğünü görüyoruz.

² İlgili sunuma adresten ulaşılabilir:

http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/arsiv/savunmasiz_calistay_24_03_2015.php

Şöyle bir örnek vereyim:

Bizim için, Sosyal Güvenlik Kurumunun ödemeleri açısından baktığımızda, görüşmelere ayrılan süre 15 dakika. Yani biz, 15 dakika içerisinde, çocuğun neden bize geldiğini, nasıl bir ortamdan geldiğini bileceğiz, buna uygun önerilerimizi ileticeğiz ve tedaviye ona göre başlayacağız.

Eskiden, Gorbaçov zamanı Sovyetler Birliği için kullanılan bir söz vardı: İşçiler orada çalışıyor(muş) gibi yapıyorlarmış, Gorbaçov da onlara para-maaş ödüyor(muş) gibi yapıyormuş.

Aslına baktığımızda, bu miş gibiler bizim yaptığımız işler için de uygun. Yasal görünümü açısından. Çünkü hiçbirimiz bir çocuğu 15 dakika görmüyoruz. 15 dakikada görmemiz mümkün değil. Tabii ki kendi etik inançlarımız doğrultusunda onlara gereken zamanı, en az 1 saatlik, 45 dakikalık süreyi ayırmak durumundayız.

Bir diğer yaptırım: Sonraki randevu ancak 15 gün sonraya verilebiliyor. Tabii, bu da işlemeyen ve işlediği takdirde yine ciddi etik ihlalleri yanında getiren bir uygulama.

Bir diğer uygulamamız var: Mahkemelerde çocuklara sağlık tedbir kararı uygulanması dediğimiz, yani bir tedaviden yararlanması ve tedavi yaklaşımı alması gerekir diye önerilerde bulunuyoruz. Ancak, sağlık tedbir kararı alınan çocukların hastaneye ulaşip ulaşmadığı, ulaştığı zaman ne kadar hızla bu hizmete erişebildiği ya da nasıl bir takip içerisinde olduğuna ilişkin hemen hemen hiçbir katkımız ve kaydımız yok.

Tabii, çok önemli bir nokta; sağlık güvencesi olmayanlar. Bazı haklardan yararlanabilir diye hep söz ediliyor; ama bu performans sistemi içerisinde, sağlık güvencesi olmayanların ne denli rahat hareket edebileceğine yine bakmamız lazım.

Bir diğeri, otizm gibi benzer güçlüğü olan çocuk ve ergenlere ne kadar hizmet iletilebiliyor? Buna baktığımız zaman, bu da çok zor. Ben, o çocukları hep “buharlaştan çocuklar ve aileler” diye tanımlarım. Hastaneye randevuya geldikleri zaman varlar, kapımızdan çıktuktan sonra buhar olup kayboluyorlar, bütün sorunlarıyla, bütün sağlık problemleriyle birlikte.

Bir otizmli çocuğun dışındaki dolguyu yaptırmaya çalışın; o zaman, bu ailelerin ne kadar ciddi sorunlar altında olduklarını, bu kadarcık bir uygulamanın dahi onların hayatında ne büyük acılara yol açtığını görebiliyorsunuz.

Süreğen hastalığı olan çocuklara destek, ruhsal açıdan baktığımız zaman, sadece küçük, kısa konsültasyonlar düzeyinde kalabiliyor. Neden? Çünkü ancak çok sorun yaşayan çocuklara bu hizmet iletilebiliyor. Oysa biliyoruz ki, özellikle, örneğin onkoloji hastanelerinde yatan çocuklara bir gevşeme tekniklerinin öğretilmesi, bir bilişsel davranışçı yaklaşımla yaklaşılması çok ciddi olumluluklar sağlayabiliyor; o çocukların tedaviye çok daha fazla uyum sağladıklarını, daha az hastanede kaldıklarını, daha az örselendiklerini ve başarılarının ve mutluluklarının daha uzun süreli olduğunu görebiliyoruz.

Madde bağımlılığı olanlar, yine bir ayrı sağlık hizmeti alamayan grup. Baktığımız zaman, bunlara iletilecek olan hizmetlerin sadece AMATEM’lerden sonra kurulan ÇAMATEM’ler olduğunu, yani çocuk istismar merkezleri olduğunu, bunun sadece bir ilde bulunduğunu, geri kalan hiçbir ilde bu çocuklarımıza sağlıklı hizmetin iletilemediğini, sağlıklıdan bile geçtim, hizmetin iletilemediğini görüyoruz. Yine çocuk ruh sağlığı açısından baktığımız zaman, yataklı kurumların da var olmadığını görüyoruz.

Bu uygun sağlık hizmetlerinin sağlanmasında, ilk başlıkta aldığımızda, yine eşitsiz güç ilişkisi açısından baktığımızda, madde bağımlısı olan çocukların, çok ciddi bir etik sorun olarak, tedavi almak isteyip istemedikleri ya da bu tedaviye ailelerinin zoruyla katılıp katılmadıklarının da önemli bir nokta olduğunu görüyoruz.

Burada araştırmalar, biraz önce sevgili Yeşim’in de üstünde çok durduğu gibi, gerçekten çok önemli bir noktayı oluşturuyor.

Çocuklar üzerinde yapılan çalışmalarda görüyoruz ki, yurtdışında ya da gelişmiş ülkelerde onam alınmayan pek çok araştırma aslında kendi ülkemizde yapılabilir. Tabii, bu, çok ciddi bir sorunu aklı getiriyor; hani bu üçüncü dünya ülkeleri ya da geri kalmış ülkelerde, diğer çalışma yapılan gruplar için birer denek bulma açısından, araştırmayı yapan gruplara bir paye verilmesiyle sağlanabilir.

Burada sizinle bir örneği paylaşmak istiyorum.

Bu, SPAD diye, Avrupa'da madde bağımlılığı konusunda yapılan bir araştırma. Bizim ülkemizde de bu araştırmanın yapılmasına ilişkin Sağlık Bakanlığına ve Emniyet Genel Müdürlüğüne çok ciddi baskıların olduğunu biliyoruz. Geçtiğimiz yıllarda hani neredeyse göğsümüzü siper ederek bunu durdurabildik; ama yeniden ve son hızla gündemde.

Araştırma dediğimiz zaman, yapılan araştırmanın uygulanan kitleye zarar vermemesi gerekiyor. Avrupa'da bu araştırmanın yapılması şöyle bir farklılık gösterebiliyor: Orada talep azaltma konusunda çalışmalar yapılıyor, bizde ise talep yaratmama açısından. Ancak, bu fark çok ciddi olarak gözden kaçabiliyor.

Bu, lise 2 öğrencileri tarafından doldurulan bir anketten alınan bir madde: "Marijuana ya da esrar kullandığınızda aşağıdakilerden hangisinin olması ihtimali ne kadar yüksektir?" "Her şeyi daha yoğun algılamak." "Konuşulana takip edememek." "Kontrolü daha kolay kaybetmek." "Utangaçlığını atmak." "Ki bir ergenin en çok istediği noktalardan biridir." "Konsantre olmada zorluk çekmek." "Daha dışa dönük olmak." "Çok istenen bir şey." "Yaşadığım andan daha çok zevk almak." "Daha yoğun duygular hissetmek." "Çekingenliğimin azalması." "İnsanların bana karşı olduğunu ya da baskı yaptığını hissetmek."

Bir ergenin yerine kendimi koyduğum zaman, bunları okuyunca, "Hani el altında varsa, iki paket de bana getirin" diyesi geliyor insanın. Bundan sonraki bütün maddeler de aynı şekilde; kokain için aynı söylem, alkol için aynı söylem. Son derece özendirici onlarca maddenin olduğu böyle bir anketin lise 2 öğrencilerine verilmesi çabaları halen sürüyor ve Sağlık Bakanlığı, Aileden Sorumlu Devlet Bakanlığı bunun çok ciddi olarak arkasında duruyor. Bu, vahim bir durum.

Araştırma kısmına baktığımız zaman, usulsüz araştırmalar altında toplayacağımız pek çok örnek var. Bunlardan en önemlisi, plasebo etkisini aileyle paylaşmamak. Bu nedenle, ailelerin zaman zaman, özellikle çok ağır çocuklarda, bizim araştırma grubunda plasebo etkisini ölçtüğümüz grup içerisinde olduğunu bile bile, o çocuklara müdahale edilmemesi, çok vahim sonuçlarla yüz yüze getirebiliyor.

Bir diğeri, yine çok ciddi olarak sorun olması gereken bir şey; ölçekle tanı konuluyor. Yani sözgelimi, bir depresyon ölçeği yine çocuklara ve gençlere uygulanıyor ve ortaya çıkan tabloya göre, deniliyor ki, "Toplumun yüzde 22'si depresif ve depresyonda." Depresyon tanısı, bir klinik tanıdır ve asla ölçekle konulamaz. Ama buna baktığımızda, bu yanlış bilgilerin üstüne de bütün politikaların kurulduğunu görüyoruz.

Adamın biri, sarhoş, anahtarını düşürmüş, ışığın altında arıyormuş. Polis gelmiş, "Ne yapıyorsun?" demiş. Demiş ki, "Anahtarımı düşürdüm." "Burada mı düşürdün?" "Yok, orada düşürdüm; ama karanlık olduğu için ben burada arıyorum."

Aynı şeyi yapıyoruz. Yani elimdeki bu ölçek çok fazla ölçemeyebiliyor. Ama olsun, elimde bu ölçek olduğu için ben bunu kullanarak ölçeyim, gerisi arkadan gelsin.

Burada yine karşımıza bir sorun çıkıyor; yapılan araştırmanın neye hizmet ettiği. Özellikle gençler ve çocuklarla çalışırken, yapılan araştırmaların neye hizmet ettiğine ilişkin de kendimize çok ciddi sorular sormamız gerekiyor. Size birkaç tane örnek vereyim.

Geçtiğimiz yıl ilkökul çocuklarına dağıtılan ölçekten birkaç madde okuyayım, en azından bir tanesini okuyayım.

“Cinsel hayatınızdan memnun musunuz?” diye bir soru var. İlkokul çocuklarının hepsi dehşete kapılmışlar. Ki bu, Ankara'nın en iyi okullarından birinde uygulanan bir ölçek. “Benim cinsel hayatım olması gerekiyor da, ben bir şeyleri mi kaçırıyorum?” paniği içerisindedeler.

Bir diğeri: Bu, aslında çocuklarımızı ne kadar örselediğimizi gösteren şeylerden biri. Bir araştırmada, bütün sosyal hizmetlere bağlı, korunmaya muhtaç çocukların olduğu okullarda ya da kurumlarda, “Cinsel taciz var mı?” ya da “Fiziksel taciz var mı?” diye sorular sorulmuş. Çocuklar da buna tüm içtenlikleriyle cevap vermişler. Ama isim yazılmadığı için ve kurumların şeyleri birbirine karıştırıldığı için, bu çocuklar ikinci bir öğrenilmiş çaresizlik duygusuyla yüz yüze gelmiş oluyorlar. Çünkü çocuk diyor ki, “Ben bunları yazdım, ama herkes bunu olurladı ve kimse bana yardımcı olmadı.”

Bu ne kadar etik bir araştırma, bu ne kadar etik bir davranış biçimi? Bunu yine takdirlerinize bırakıyorum.

Bir diğeri; intiharla ilgili bu tür bir çalışma yapıldığı zaman, özellikle ergenlere, bunun yine olabileceği, “Kendine zarar verme, kendini çizme, yakma” gibi şeyler vurgulandığında, bunların arkası gelmediği zaman çok ciddi sorunlarla yüz yüze gelebiliyor çocuklarımız.

Biz, Milli Eğitim Bakanlığına bağlı 6, 7, 8. sınıflarda Ergenlik Dönemi Cinsel Eğitim Projesini yürütmüştük bir dönem. Orada gördük ki, bilgilendirme yaptığımız zaman, 1 saatlik bir bilgilendirme sırasında burada bir uyarılma söz konusu oluyor, bu soruların yanıtlarını arama söz konusu oluyor. Onun üzerine, 24 saat açık, ücretsiz telefon hattı oluşturduk ki çocuklar böyle bir uyarılma söz konusu olduğunda doğru yere ulaşabilsinler.

Yine Emniyet Genel Müdürlüğüyle yaptığımız madde araştırması sırasında da çocukların 24 saat ulaşabilecekleri, ücretsiz telefon hattı tahsis ettik. On binlerce soru geldi.

O yüzden, yapılacak bütün bu araştırmalarda etik sorunların çok ciddi olarak göz önüne alınması gerekiyor. Sadece etik onam ya da araştırmanın deseni açısından değil, uygulamaların sonuçlarının nereye gittiğini ve kimlere ne yaptığımızı da görmemiz gerekiyor.

Yoksulluk; ona girdiğimiz zaman çok ciddi olarak karşımıza sorunlar çıkıyor.

Yine bir diğer uygulama biçimimiz: Otistik diye çocuklarımıza rapor veriyoruz, özel eğitim alması gerektiğini, özel eğitimle desteklenmesi gerektiğini belirtiyoruz. Yine dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğunda ve özgün öğrenme güçlüğü bozukluklarında, çocuklarımıza özel eğitim desteği alması için rapor veriyoruz. Son zamanlarda Sağlık Bakanlığının sitelerine girildiği zaman, bütün bu kayıtlara ulaşabilme söz konusu olduğu için, bu çocukların işe alınmasında ya da farklı etkinlikler için seçilmesinde çok ciddi sorunlar yaşadıkları, bunun da çok önemli bir etik ihlali olduğunu görebiliyoruz.

Yine bizim en çok karşılaştığımız sorunlardan biri; adli raporların yazılması ve bu adli raporlarımıza ulaşılabilirlik.

Bilgi edinme hakkı nedeniyle mahkemelerden sürekli yazılar geliyor: “Dosyanın fotokopisinin ya da dosyanın kendisinin mahkememize gönderilmesi...” Biz bunun için de hukuk müşavirliğimizden görüş istedik. Bir annenin özel olarak başvurması üzerine şöyle bir yazı geldi: “Evet, bilgi edinme hakkı olduğu için, buna ulaşılabilir.” Hâlbuki bu anne paranoid. Yani bu bilgileri sağlıklı kullanmayacak. Bunun üzerine tekrar adli kurumlara başvurduk. Ertesi gün bir başka yazı daha geldi: “İlk yazımızda böyle dediysek de, bunun tekrar gözden geçirilmesi...” Bu da yine önemli bir nokta.

Sizlerle paylaşmak istediğim ve çok önemli gördüğüm bir diğer şey de şu: Biz çoğunlukla sorunu sergiliyoruz. Televizyonlarımızda da sorunu sergiliyoruz. Ne kadar kötü durumda olduğumuzu da gösteriyoruz. Ama herhangi bir çözüm getirmediğimiz zaman, aslında örselenebilir bir grubu çok daha fazla taciz etmiş oluyoruz. Çünkü böyle bir yayınla karşı karşıya kalındığında ya da böyle bir söylemle karşılaşıldığında, hepimizin çok ciddi olarak yaşayacağı öğrenilmiş çaresizlik duygusu gelişiyor, depresyondan önceki bir adım ve bu çaresizlik duygusuyla, daha güçlü olan kesimlere çocuklarımızın gitmesine önyak oluyoruz.

Yine uygulamalar açısından baktığımız zaman, özellikle göçmen çocuklar, medyayla ilişkisi... Çok fazla faktör için içerisinde. Ama bir noktayı da tekrar sizinle paylaşayım: Bu çocukların okula erken başlatılması, gözümüzün önüne getiremediğimiz pek çok sorunla karşılaştırdı.

Bir öğretmen bana şikâyet ediyordu; “Ayaklarını altlarına alıp oturuyorlar derste” diye. Dedim ki, “İlişmeyin, ayaklarını altlarına alıp otursunlar.” Çünkü çocukların hiçbirinin ayağı yere basmıyordu. Basmadığı için, bütün yük sırtlarına biniyordu ve beden bozukluklarına yol açabiliyordu.

Yine sınav sonuçlarının çocukların intihar girişimlerini tetiklediğini; çarpık bir eğitim sistemi olduğu için de, o çarpıklığın bedelini çocukların ödediğini görüyoruz.

Sağlık hizmetlerinde bu tür örselenebilir kişilere uyumda, medyayla uğraşmanın belki hepimizin çok önemli, birincil görev olması gerekiyor. Bir küçücük anıyla bitireyim.

Soma faciasında ölen madencilerin eşleri ve çocuklarıyla yapılan çalışmada, İstanbul’daki yeni parlayan üniversitelerden birinden bir psikiyatr ve psikolog ekibinin medyayla birlikte gelerek, sonra ortadan kaybolarak, kadın ve çocuklara, “Biz buraya geleceğiz, sizlere testler uygulayacağız, bu testlerin sonucunda hangi tedaviye ihtiyacınızın olduğunu saptayacağız, ondan sonra da size o tedavileri uygulayacağız, ondan sonra her şey çok güzel olacak” şeklinde vaatlerde bulunduğunu gördük. Kocasını, kardeşini, babasını kaybetmiş kişilere medya önünde bu tür vaatlerde bulunulması, çok fazla bu işe önem vermemizi ve altını çizmemizi gerektiren bir konu diye düşünüyorum.

İnsanın onuru, insanın özerkliği; bunlar hep çok güzel kavramlar. Ama unutmayalım ki, bunlara herkesin ve hepimizin çok ihtiyacı var.

Çok teşekkür ediyorum. (Alkışlar)

Panel Yöneticisi - Sayın hocam; biz çok teşekkür ediyoruz.

Kadınlar Açısından Savunmasızlık/Örselenebilirlik

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

sevkato@hacettepe.edu.tr

Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HÜKSAM)

Buyurun Şevkat hocam.

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış (H.Ü. Kadın Sorunları Araştırma Uygulama Merkezi) - Sayın Başkan, değerli merkez müdürleri, değerli katılımcılar; hepinizi Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma Uygulama Merkezi adına saygıyla selamlıyorum.³

UNESCO'nun raporunda, Uluslararası Biyoetik Komitesinin bize toplantıda da dağıtılan raporunda, kadın ve kız çocuklarına özel savunmasızlık durumlarından bahsedildiği bölümde, özellikle kadının statüsüne ilişkin olarak ortaya çıktığı vurgulanmış ve bunun ayrıntıları ortaya konulmuş durumdadır. Ben de bu konuşmamda, kadının statüsünün kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını ve hizmetlere erişimini nasıl etkiliyor ve araştırmalarla ilgili bölümde de nelere mal oluyor, onlardan söz etmek istiyorum.

Bu salondaki herkes elbette toplumsal cinsiyet kavramından haberdar; toplumsal cinsiyet (gender) toplumun kadın ve erkeğe biçtiği roller, beklenti ve sorumluluklar olarak ele aldığımız bir kavram.

Tabii, burada toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılık meselesi karşımıza çıkıyor. Bunu da şöyle tanımlayabiliriz: Toplumsal olarak kurgulanan, toplumsal cinsiyet rolleri ve görevlerinden kaynaklanan ve kişinin insan haklarını ihlal eden her türlü ayrımcılık, dışlanma, engellenme durumu.

Kadının eğitim, çalışma, karar verme mekanizmalarına katılımı, sağlık gibi temel haklardan eşit düzeyde yararlanmasını toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılık engellemektedir. Elbette pozitif ayrımcılık kavramını bundan ayrı tutmak gerekiyor.

Tabii, biz, sağlıkçılar olarak, sağlık konusunu Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı gibi ele alıyoruz. Yani sağlığı, sadece hastalık veya sakatlığın olmaması meselesi değil; bireyin bedenen, ruhen, sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak değerlendiriyoruz. Böyle değerlendirdiğimizde, bireyin beden ve zihin sağlığı açısından tam bir iyiliği kavramını hemen hemen herkes anlıyor; ama sosyal durumu, sosyal iyilik hali meselesi, özellikle sağlık sektöründe ihmal edilebiliyor. Yani bu bir sosyal sorundur diye görülebiliyor. Hâlbuki sağlık kavramında da dikkat ettiğimiz gibi, bireyin sosyal durumunu etkileyen her faktör sonuçta onun sağlığını da belirliyor.

Biz, toplumsal cinsiyet konusunu ve onun sağlık üzerindeki etkilerini her iki cinsiyet yönünden de ele almak durumundayız. Ancak, bunları farklı sağlık sorunları için ele aldığımızda, karşımıza kadınların aleyhine farklı bir durum ortaya çıkıyor.

³ İlgili sunuma adresten ulaşılabilir:

http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/arsiv/savunmasiz_calistay_24_03_2015.php

Mesela, üreme sağlığında, doğumdan ölüme kadar giden yolda; doğum, bebeklik, çocukluk, adölesan, erişkin yaş ve yaşlılıkta kadınların ve erkeklerin karşılaştıkları üreme sağlığı sorunları incelendiğinde; bebeklik-çocukluk döneminde benzer sorunlarla karşılaşılıyor kız çocuğu ve erkek çocuğu ve bu konudaki hizmet ihtiyacı çok büyük değil. Kız çocuklarının adölesan döneme girmesiyle birlikte sorunları artıyor ve hizmet ihtiyacı büyüyor.

Asıl sorun erişkinlik döneminde ortaya çıkıyor; kadının doğurganlığıyla birlikte hem sorunları artıyor, hem hizmet ihtiyacı büyüyor. Yaşlılıkta yine kadın ve erkek üreme sağlığına ilişkin sorunlar açısından benzer duruma geliyorlar.

Elimizdeki bir başka veri, üreme hastalıklarına bağlı hastalık yükü değerlendirmesi. Burada erkeklerin ve kadınların üreme hastalıklarına bağlı hastalık yükünü incelediğimizde, kadınların erkeklerden 3 kat daha fazla hastalık yüküne sahip olduğunu biliyoruz. Burada farkı yaratan en büyük bölümde maternal nedenler var, yani anneliğe bağlı (gebelik, doğum, doğum sonrası) nedenlere ilişkin sorunlar öne çıkıyor.

Toplumsal cinsiyet normları hayatın her döneminde kadın için sağlığını etkileyen önemli durumlar yaratıyor; bebeklik, çocukluk, adölesan, erişkin, menopoz, yaşlılık dönemlerinde. Bunlara biraz bakacak olursak; çocukluk döneminde cinsiyeti nedeniyle kız çocuğunun yaşadığı, sağlığını etkileyen sorunlarda karşımıza çıkacak olan en temel sorun, cinsiyet seçimi. Bugün sex selective abotion; intrauterin dönemde (daha bebek anne karnındayken), anne karnında çocuğun cinsiyetinin tayin edilerek, kız fetüs ise gebeliğin sonlandırılması, erkek ise doğumuna izin verilmesi meselesi karşımıza çıkıyor. Mesela, Çin’de yaygın uygulanan bir şey. Hindistan’da da var.Çin’de tek çocuk uygulaması nedeniyle bu sorun karşımıza çıkıyor; soyun devamı olarak erkek çocuk tercihi söz konusu, aileler/çiftler, tek çocuğumuz olacaksa, soyun devamı olsun diye erkek çocuk tercih ediyor ve intrauterin dönemde cinsiyet tayini yaptırılıyor; kız bebek ise o sonlandırılıyor, erkek ise doğumuna izin veriliyor. Bugün Çin’de erkek nüfus fazlası var, salt bu nedenle.

Hindistan’da aşırı doğurganlık var, burada tek çocuk uygulaması söz konusu değil. Toplam doğurganlık hızları oldukça yüksek; 4’lerde, 5’lerde. Fakat orada da yine erkek çocuk tercihi nedeniyle, hatta ileri gebelik haftalarında cinsiyet seçiminin (sex selective abotion) olduğunu biliyoruz, literatüre yansıyan vakalar var. Gebeliğin kız çocuğu olması nedeniyle istenilmemesi, isteyerek düşüklere yönelmesi önemli bir sorun oluyor burada.

Genital mutilasyon,(kadın sünneti), dünyada bugün Dünya Sağlık Örgütü’nün de bunların yapıldığı ülkelerde özellikle mücadele ettiği bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkıyor Bazı Afrika ülkelerinde .(Mısır, Fas, Sudan vb.) yaygın olan, adölesan dönemdeki kız çocuklarına yapılan geleneksel bir uygulama. Bu yaştaki kız çocukları, erişkin olduklarında cinsel zevk almazlarsa eşlerine sadık olurlar inancıyla, geleneksel kadınlar aracılığı ile labia majör/minör, artık neresi denk gelirse dış genital organlarının kesilmesi yani. Eğer o çocuklar bu uygulama yapıldığında kanamadan ölmüyorsa, enfeksiyon ve daha sonraki yapışıklıklarla hayatlarının sonuna kadar yaşamak zorundalar.

Bunun haricinde yapılan araştırmalar gösteriyor ki malnütrisyon ve enfeksiyonlar, kız çocuklarında erkek çocuklara göre daha yaygın görülüyor.. Tabii, burada karşımıza çıkan önemli konu ihmal, hizmetten yararlanma.Bunu biz ... ve mortalite hızlarının artmasıyla görüyoruz. Özellikle yeni doğan döneminde erkek bebekler daha fazla kaybedilirken, pek çok geri kalmış ve gelişmekte olan ülkede 2-5 yaş arası ölümlerde, kız çocuklarının daha çok öldüğünü biliyoruz. Bunun nedeni bu kız çocuklarının ihmal edilmesi ve hizmetten yararlanamaması ya da yararlandırılmaması meselesidir.

Adölesan dönem, her iki cinsiyet için de önemli. Ancak, kız adölesanlar daha fazla riskle karşı karşıya. Zaten âdet görmeye birlikte toplumsal baskılar hemen başlıyor. “Oradan yürüme, öyle bakma, şurayı da ört, burayı da kapat, sen artık çocuk değilsin” şeklinde toplumsal baskılarla karşılaşılıyor kız adölesanlar. Cinsel taciz, istismar, bu dönemde karşılaştığı konulardan. İstenmeyen gebelikler, isteyerek düşüklükler, paralı seks alanında çalıştırılmaları(özellikle Uzak Doğu’da bu bir turizm alanı gibi görülüyor) sorunları var..

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, anemi, malnütrisyon, kız adölesanlarda daha çok görülüyor. Madde bağımlılığı her iki cinsiyet için de söz konusu; sigara, alkol ve uyuşturucuyla tanışmaları ve şiddet, bu dönemde karşılaştıkları sorunlardan birisi.

Erişkinlik döneminde, biraz önce de söylemişim, erişkin kadın için asıl sorun, gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonlar, buna bağlı sorunlardır. İstenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar bu sorunlara eklenebilir. Anemi, malnütrisyon n, biliyoruz ki, kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülüyor.

Paralı seks alanında çalıştırılmaları, cinsel taciz ve istismarla karşılaşmaları, kadına yönelik şiddet çok ciddi bir sorun ve son olarak anne ölümü bu döneme damgasını vuruyor.

Menopoz ve sonrası dönem, kadın sağlığının en ihmal edildiği dönemlerden birisi. Bu dönemde karşılaşılan sorunlar çoğu kez kadının cinsiyetiyle ya da üreme fonksiyonlarıyla ilişkilendirilmiyor bile. Ama biz, bu dönemde görülen sorunların hemen hemen hepsinin kadının üreme fonksiyonlarının sonlanmasıyla ilişkili olduğunu biliyoruz. Kadına yönelik şiddet bu dönemde de karşımıza çıkıyor.

Toplumsal cinsiyetle hastalık ilişkisi konusunda ilgili en çarpıcı örneklerden birisi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla ilgilidir, HIV/AIDS de dâhil. Geçmişte HIV prevalansı erkeklerde daha fazlayken, günümüzde kadın ve erkek arasındaki fark çok azalmıştır. Neden azalmıştır? Çünkü biyolojik duyarlılık söz konusu burada. Birincisi o. Biyolojik nedenlerle kadına hastalık bulaşma riski, erkeklerden iki kat daha fazladır. Bir diğer faktör de kadının sosyal konumundan kaynaklanan duyarlılığı; bu da bulaşmayı kolaylaştırmaktadır. Kadının ekonomik bağımlılığı, karşı gelememesi, hayır diyememesi ve geleneksel uygulamalar bu dönemde kadınlarda HIV/AIDS dahil, tüm cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların görülme sıklığını artırmaktadır. Bu geleneksel uygulamalara örnek olarak söyleyebileceğim şeylerden birisi, Afrika ülkelerinde yaşanan durum. O toplumda, eğitimsiz olan grupta şöyle bir inançtan bahsediliyor: "Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonu olan bir erişkin erkek, bakire bir kızla evlendirilirse hastalığından kurtulur" diye bir inançtan bahsediliyor uluslararası toplantılarda. Buna benzer pek çok geleneksel uygulama, giderek kadınlarda HIV veditör cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları artıran sorunlar olarak karşımıza çıkıyor.

Kadına yönelik şiddeti uzun uzun anlatmayacağım; çünkü ayrı bir tartışma konusu. Ama şunu iyi biliyoruz ki, toplumsal cinsiyet eşitsizliği temelinde var olan şiddet kadının doğumundan başlıyor, yaşlılık da dâhil, yaşamının her döneminde sürüyor.

Türkiye'de kadına yönelik şiddet ciddi bir sorun, ciddi bir halk sağlığı sorunu. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün en son yaptığı çalışmada -burada sadece fiziksel şiddeti söyleyeceğim- kadınların yüzde 38'i eşlerinden ya da beirlikte yaşadıkları erkeklerden fiziksel şiddet görüyor. Ayrıntılar raporda ayrıca mevcut.

Şiddet diyebileceğimiz tarzda bir başka şey de şu: fizyolojik bir olay olan gebelik ve doğum, gelişmekte olan pek çok ülkede ölüm ya da hastalıkla sonuçlanıyor. Bugün yılda 280 bin kadın bu nedenlerle hayatını kaybediyor. Bundan kat kat fazlası da kronik hastalıklarla hayatının sonuna kadar yaşamak zorunda kalıyor.

Bu anne ölümleri gelişmiş ülkelerde, son derece az, yüz bin canlı doğumda 5-10 arasında. Ama gelişmekte olan ülkelerde anne ölümleri karşılaştırılamayacak kadar yüksek. Mesela, Afrika'da son derece yüksek; yüz bin canlı doğumunda 1000'lere yaklaşıyor merkez Afrika ülkelerinde.

Türkiye ile ilgili bazı gerçeklerden söz etmek istiyorum. Süremizin sınırlı olması nedeniyle son derece özet olanları söyleyeceğim:

2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, Güneydoğu Anadolu'da her 2 kadından birinin eğitimi yok ya da ilkokulu bitirmemiş. Kuzeydoğu Anadolu'da her 7 gebelikten biri doğum öncesi bakım almıyor. Her 10 kadından biri evde ve sağlık personeli yardımı olmaksızın doğumunu yapıyor. Her 5 kadından biri 2 yıldan kısa aralıklarla doğum yapıyor.

Eğitim ve refah d¼zeyi d¼řt¼k¼e her 4 kadından biri son doğumunu 2 yıldan daha kısa aralıklarla yapmış, riskli gebelik dediğimiz durumda yani. Eğitim d¼zeyi en d¼ř¼k grupta, her 3 ad¼lesandan biri "anne" olmuş durumda. 20 yaşın altında anne olanların yüzde 6'sı da hi¼bir sağlık hizmeti almıyor, doğum öncesi bakım hizmetine ulaşamıyor. Ki bunlar, hepinizin bildiği gibi, sağlık a¼ısından daha da riskli gruplar, daha çok izlenme ihtiya¼ları var. Hem hizmetin yokluğuna işaret ediyor bu, hem de yapılan bazı uygulamalar bu ad¼lesanların hizmetten yararlanamamasına neden olabiliyor. Pek çok saha ¼alıřması yapan arkadaşımız bilir, bahseder bundan; biliyorsunuz, Medeni Kanun'a g¼re, 18 yaşın altındaki evlilikler suç ve ihbar edilmek durumunda.

18 yaşın altındaki gebeliklerde, ad¼lesan gebe yani eşinin, ailesinin ihbar edilmemesi i¼in, hizmetten yararlanamıyor, ka¼ıyor, tespitlerde ya da hizmet verme aşamalarında. Tabii, bu da ¼ok hassas bir konu ve sağlık hizmeti sunanların bu konuda duyarlı olması gerekiyor.

Sizi rakamlara boğmamak i¼in, daha kompozit indekslerle T¼rkiye'yi anlatan bir başka veriden s¼z edeceğim; Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği İndeksi (Gender Inequality Index).2013 rakamlarına baktığımızda, burada 187 ¼lke incelenmiş, T¼rkiye 69. sırada. Neyi inceliyor bu Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği İndeksi?; ¼lkelerin anne ol¼m oranları, ergen gebelik, ad¼lesan gebelik hızı, parlamentoda kadınların temsiliyeti, kadınların orta oğrenime devam hızı, kadınların iřg¼c¼ne katılımı, kontraseptif hizmetleri kullanım hızı, doğum öncesi bakım alma, sağlık personeli yardımıyla doğumların hızı ve toplam doğurganlık hızı gibi, kadın sağlığını etkileyen pek ¼ok fakt¼r¼ bir arada değerlendiren bir indeks bu. Biz 187 ¼lke arasında bu g¼stergeler a¼ısından 69. sıradayız. Fikir vermesi a¼ısından da, hangi ¼lkeler var, ona bir bakalım. G¼rd¼đ¼n¼z gibi, 1, 2, 3'te Slovenya, İsvi¼re, Almanya yer alıyor. Komşumuz Yunanistan 27. sırada. Bizden hemen sonra Tayland geliyor. Durumumuz b¼yle.

Bir başka önemli uluslararası değerlendirme, her yıl yayınlanan, D¼nya Ekonomik Forumu'nun yayınladığı Toplumsal Cinsiyet U¼urumu ya da Boşluğu raporları (Global Gender Gap Report). Bu da bir önceki indekse benzer kategorilerde değerlendiriyor. Kadınların ekonomiye katılımı ve fırsatlar a¼ısından; ¼alıřma yaşamında kadınların erkeklere oranı, eşit işe eşit ücret almaları, d¼ř¼k ücretli işte ¼alıřma y¼zdesi, vasıfsız işlerle sınırlı olmayan emek piyasasına erişim gibi g¼stergeler değerlendiriliyor. Politik g¼çlenmede; kadınların karar verici yapılar da temsil oranı; eğitime erişimde, kadınların ilk, orta ve y¼ksek oğretimdeki oranları değerlendiriliyor. Sağlıkta da, ¼reme sağlığı hizmetlerine erişim; biraz önce s¼ylediđimiz ¼reme sağlığı hizmetleri, yani doğum öncesi bakım, kontraseptif hizmetlere ulaşım, doğumların sağlıklı koşullarda bir sağlık personeliyle yapılması, doğum sonu bakım ve doğuşta beklenen yaşam umudu gibi ol¼¼tler indekse dahil ediliyor. 2014 rakamlarını s¼yl¼yorum; T¼rkiye, 142 ¼lke arasında 125. sırada ve bizim altımızda Umman, Suudi Arabistan gibi ¼lkeler var. ¼ok acı bir durum tabii.

Tabii, T¼rkiye'nin taraf olduğu uluslararası s¼zleřmeleri hatırlamak gerekir. Hepsinden s¼z etmeyeceğim; ama CEDAW, Kadına Karşı Her T¼rl¼ Ayrımcılığın Önlenmesi S¼zleřmesi'nden s¼z etmek istiyorum. Kadın 10 yılının en önemli ¼ıktısı olarak adlandırılan bu s¼zleřmeyi 1979'da Birleşmiş Milletlere ¼ye ¼lkeler imzalıyor. T¼rkiye 1985'te imzalıyor, 1986'da da T¼rkiye B¼y¼k Millet Meclisi'nde onaylanıyor. Bunun ř¼yle bir yararı var: Parlamentoda onaylanan bir uluslararası s¼zleřme, yasalarımızın ¼st¼nde bağlayıcı bir durum arz ediyor ve bu nedenle de, izleme komiteleri, CEDAW izleme Komitesi, her 4 yılda bir ¼lkeler hakkında resmi raporlamayla ¼lke durumlarını değerlendiriyor. ¼ocuk Hakları S¼zleřmesi'nde de aynı durum s¼z konusu, biliyorsunuz. Tabii, her ¼lke resmi makamları, kendisini karalayacak değil ya, raporlarında her şeyi ¼ok iyi yaptıklarını ifade ediyorlardı. Son 2 d¼nemdir -şimdi yeni d¼nem i¼in olursa da 3. d¼nem olacak- Birleşmiş Milletler, CEDAW izleme komitesi "g¼lge raporlar" meselesini ¼ıkardı; h¼k¼met dışı kuruluşlar da rapor g¼t¼rebiliyorlar. En son giden raporda, T¼rkiye'den bir resmi rapor, iki de g¼lge rapor gitmişti. B¼ylece daha objektif bir değerlendirme yapma olanağı oluyor Birleşmiş Milletlerdeki CEDAW Değerlendirme Komitesi'nin.

Diğer Bir şey de, biliyorsunuz, ge¼tiđimiz Ağustos ayında T¼rkiye'nin de imzaladığı İstanbul S¼zleřmesi var. Burada izleme-değerlendirme mekanizmaları ve ¼styapı olarak tanımlanan GREVIO VAR.

Yine umut ediyoruz ki, bu yapı kadınla ilgili, özellikle kadına yönelik şiddet de dahil, pek çok konuyu izleyebilecek, değerlendirebilecek. Türkiye de taraf olduğu için burada yer alıyor.

Geçen cuma günü HÜKSAM olarak tartıştığımız, “Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedeflerinin Neresindeyiz?” konusu vardı. Burada da üç hedef, kadınlarla ilgili konulardı. Herkese ilköğretim eğitimi sağlanması, özellikle kız çocuklarının eğitimi meselesi; toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması, kadınların güçlendirilmesi; anne ölümlerinin azaltılması ve anne sağlığının iyileştirilmesi konularını ayrıntılı tartıştık bu sözünü ettiğim sempozyumda.

Biliyorsunuz bin yıl kalkınma hedefleri 2000 yılında Birleşmiş Milletler tarafından ortaya atıldı, 2015 yılı için hedefler konuldu. 2015’e geldik; şimdi bunları değerlendirmek için bizler çaba sarf ediyoruz. Dünyada şimdi uluslararası kuruluşlar 2015 sonrası için hedefleri konuşuyor. Ama üreme sağlığıyla ilgili konular 1994’te de Kahire Konferansı’nda “üreme hakları” kavramıyla gündeme gelmişti. Kadın ve erkeklerin tüm üreme sağlığı hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanabilmesi, üreme haklarında kadının istediği sayıda çocuk sahibi olabilmesi, istemediği çocuğu doğurmaması konusundaki “güvenli düşük” olanaklarının sağlanması meselesi çok daha eski tarihlerden beri var. Ama bugün yine karşımıza çıkan sorunlar bunlar.

Üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimden söz edildiğinde, nedir bu hizmetler diye baktığımızda; bilgi ve danışmanlığa erişim, güvenli gebelik, güvenli annelik hizmetleri; gebelik döneminin biraz önce anlattığım fizyolojik durumu, ölümlerle ya da bir hastalıkla sonuçlanmaması için güvenli annelik hizmetleri, doğumun güvenli ve sağlıklı koşullarda, bir sağlık personeli tarafından yaptırılması, riskli veya istenmeyen gebeliklerin önlenmesi hizmetleri var. Bu konuyla ilgili olarak, yine kadınların istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleri, istedikleri gebeliği sürdürebilmeleri için, modern, etkili bir doğum kontrol yöntemine erişebilmeleri konusu gündeme geliyor. Ergenlerin ve gençlerin üreme sağlığı hizmetleri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kanserler, menopoz dönemindeki kadınlara üreme sağlığı hizmetleri, şiddet ve ayrımcılığın önlenmesi ve sadece hizmetlerin kapsayıcılığı değil, yani nicelik değil, nitelikli hizmet meselesi de bir o kadar önem taşıyor.

Yukarıda belirtilen üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimde kimlerin erişimi söz konusu? Ülkedeki bütün kadınların elbette. Tabii, burada parantez içinde belirteyim, bu konuda erkek katılımı ve sorumluluğunu da unutmamak gerekiyor. Evli veya değil, herkes, bütün kadınlar; kırsal alanda ve varoşlarda yaşayan kadınlar, hareketli nüfus grupları (tarım alanlarında çalışanlar, mevsimlik tarım işçileri, turizm ve orman işlerinde çalışanlar) engelliler, engelli kadınlar ya da kronik hastalığı olanlar, yaşlılar, yaşlı kadınlar, LGBTi bireyler, seks işçileri, sosyal yönden dezavantajlı gruplar, Romanlar, göçe maruz kalan kadınlar, mülteci kadınlar, yoksul kadınlar, okuryazar olmayan ya da düşük eğitilmiş olan kadınlar diye gruplayabiliriz. Türkiye’de bu grupların üreme sağlığı hizmetlerine ulaşımında sorunlar ve yetersizliklerin olduğunu hepimiz biliyoruz.

Bu konulardaki “kadın” araştırmalarıyla ilgili “savunmasızlık/örselenebilirlik” konusunda çok zamanınızı almak istemiyorum; çünkü benden önceki konuşmacıların araştırmalarıyla ilgili sözünü ettikleri konular kadın araştırmalarında da çok önem taşıyor. Tüm yukarıda sözünü ettiğim konularda, savunmasız, örselenebilir kadın gruplarında araştırmalar için de aynı şeyler geçerlidir. Yalnız, “toplumsal cinsiyete kör” (gender-blind/neutral) bir bakış açısının klinik araştırmalarda da sürdüğünü biliyoruz. Yapılan bir değerlendirmede, randomize klinik çalışmaların büyük bir çoğunluğunun erkek gruplarında yapıldığını, ama sonuçlarının kadın ve erkek tüm topluma genellendiğini biliyoruz. Bu tür araştırmalardaki bu körlüğün ya da nötralliğin giderilmesi gerektiğini vurgulamak isterim.

Araştırmalarla ilgili, kadın araştırmalarıyla ilgili söyleyebileceğim bir diğer konu da “aydınlatılmış onam” meselesi. Yine iki konuşmacı da belirtti, aydınlatılmış onam konusu araştırmalarda elbette önemli. Araştırmacının etik sorumluluğu. Doktor olsun, olmasın, araştırmayı yapan herkesin etik sorumluluğu. Bir sorunu ortaya koymak, ortaya çıkarmak üzere araştırma yapıyorsak, araştırmada ortaya çıkarılan sağlık sorunlarını taşıyan kişilerin araştırma sonunda doğru bir şekilde hizmete yönlendirilmesi, onlara yardımcı olunması gerekiyor.

Mesela, kadına yönelik şiddet araştırması yapıyorsanız ve şiddet gördüğünü ifade eden ya da cinsel taciz, istismar konusunda bir araştırma yapıyorsanız, bunun olduğunu ifade eden grupları, kadınları saptadığınızda, elbette bunların doğru bir şekilde yönlendirilmesi gerekiyor. Bu, araştırmacılar olarak hepimizin sorumluluğu. Bu kadınlar ortada bırakılmaz. Öyle olursa, araştırmacılar tarafından bu kadınlara ikinci kez istismar edilmiş olur.

Dikkatinizden dolayı hepinize teşekkür ediyorum. (Alkışlar)

Panel Yöneticisi - Biz çok teşekkür ediyoruz Şevkat hocama.

Mülteciler Açısından Savunmasızlık/Örselenebilirlik

Doç. Dr. M. Murat Erdoğan

merdogan@hacettepe.edu.tr

Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi (HÜGO)

Şimdi de en son konuşmacımız Sayın Doç. Dr. Murat Erdoğan. Hem göç alan, hem de göçte transit olarak yer alan bir ülkeyiz. Sayın Erdoğan, mülteciler açısından örselenebilirliği anlatacak bizlere.

Buyurun.

Doç. Dr. Murat Erdoğan (H. Ü. Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi) - Nüket hocam; başlarken, öncelikle gerçekten gönülden teşekkürlerimi ifade etmek istiyorum. Çok farklı branşlardan gelen hocalarımızdan çok şey öğrendik. Yalnız, dikkat ettim; aynı masada dört kadınla birlikteyim. Hepsi profesör; ben hem doçent, hem erkeğim. Burada örselenebilirlik bakımından ne durumda olduğumu takdirlerinize sunuyorum.

Panel Yöneticisi - Örselendiniz mi?

Doç. Dr. Murat Erdoğan - Yok, henüz değil. Ama önümüzdeki dakikalarda ne olacağını bilemeyiz.

Gerçekten çok öğretici bir şey oldu. Ben, yıllardır göç üzerine çalışıyorum. Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezini de yurtdışındaki Türkiye kökenliler konusunda çalışmalar yapmak üzere kurmuştuk. Çalışmalar öyle devam ediyor. Ama burada bulunuşum biraz da Türkiye'deki Suriyeliler konusunda son dönemde yaptığım çalışmalardan. Şimdi birazcık size ondan söz edeceğim. Ama hani örselenebilirlik/savunmasızlık bakımından çok ciddi benzerlikler de var. Bunu da bir kez daha görmüş olduk. Konu Türkiye'de geçince ya da Almanya'da ya da Belçika'da ya da Fransa'da, mülteciler ya da göçmenler bakımından ortaya çıkan etkilerin birbirinden öyle çok da uzak olmadığını da net bir biçimde ifade etmek lazım.

Bu konuyla aslında çok uyumlu bir cümle var. Yurtdışındaki Türkleri çalışanların birçoğu bilirler bu cümleyi. Türkler akın akın oraya gittikten sonra, bir yazar diyor ki, "Biz işçi istemiştik, onlar bize insan gönderdiler." Karşı karşıya kalınan sorunu ifade edebilmek bakımından çok önemli bir cümle bu. Çünkü gelen sorunun kendi içinde ne gibi başka alt sıkıntılar getirdiğini ya da duygusallık alanları yarattığını böylece görmüş olduk.⁴

Kısaca tekrar edeyim; biz, Hacettepe Üniversitesi Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi olarak, bugün de sizinle biraz bunun üzerinde duracağımız, "Türkiye'deki Suriyeliler; Toplumsal Kabul ve Ürün" araştırmasını gerçekleştirdik. Bu raporu online olarak görebilirsiniz; hem İngilizce, hem Türkçe olarak görebilirsiniz. Bu bir de kitap olarak Bilgi Üniversitesinden çıktı; Sayın Rektörümüzle biraz bozuştuk bu konuda. Yani kitap olarak da temin edilebiliyor, bundan biraz daha kapsamlı.

⁴ İlgili sunuma adresten ulaşılabilir:

http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/arsiv/savunmasiz_calistay_24_03_2015.php

Bu çalışma, ortak bir çalışmaydı; Uluslararası Göç Örgütü'nün, AFAD'ın, Oxford Üniversitesi Göç Araştırmaları Merkezinin, Konrad Adenauer Vakfının ortak bir çalışması olarak gerçekleşti. Ama yürütücü olarak Hacettepe Üniversitesi Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezinin bir ekibiydik alanda. İki katmanlı bir çalışma yapmaya çalıştık. Bu katmanlardan birisinde, alana giderek, hem Suriyeliler, hem Türklerle görüştük. Alan derken de, biliyoruz ki, Suriyeliler Türkiye'nin her tarafında var, sadece bölgede değil. Onun için, hem bölge illerinde, hem bölge dışındaki illerde çalışma yaptık. 3 tane bölge ili seçtik, 3 tane de bölge dışındaki ili seçtik ve buralarda derinlemesine mülakatlar gerçekleştirdik.

Az önceki konuşmalarda, bu tip alan çalışmalarında etik ilkeler ve araştırmanın yapıldığı alanla, kişilerle ne kadar hassas ilişkiler kurulması gerektiğini bir kez daha görmüş olduk. Buna biz de karınca kararınca dikkat etmeye çalıştık. Ama bu alan, her zaman kırılabilir, her zaman aşılabilir bir alan. Çok profesyonel insanların elinize verdiği, verdiğiniz soru formuyla işlemiyor çünkü işlemler; eninde sonunda yarı yapılandırılmış sorular ya da açık uçlu sorular üzerinden gidiyorsunuz. Dolayısıyla, bu konuda herkesin gerçekten sorumlu davranması gerekiyor.

Bu, bizim çalışmamızın ana zeminiydi. Ama bir de Türkiye çapında bir kamuoyu araştırmasıyla, Türkiye'deki Suriyeliler algısını anlamaya çalıştık. Burada az önce konuşulan konularla çok irtibatlı şeyler paylaşacağım biraz sonra sizinle.

Hocalarımız medyadan söz ettiler; bu işin çok önemli, hassas kısımlarından birisi. Onunla ilgili, hem lokal, yani yerel, hem genel medya üzerinden bir çalışma yaptık, bir medya analizi yapmaya çalıştık. STK'lar var, bu konuda çok ciddi bir biçimde çalışan, onlarla ilgili çalışmalarımız oldu ve raporlar incelendi, uluslararası bir çalıştayda bunu değerlendirdik.

Artık yatıp kalkıp hep Suriyelileri konuşuyoruz. Ben sizlerle birkaç tane, çok aktüel olan rakamları paylaşacağım.

Şu an, ülkelerindeki savaştan dolayı, Nisan 2011 sonrasında ülkesini terk eden Suriyeli sayısının 4-4,5 milyon civarında olduğu tahmin ediliyor. Bunun 3,8 milyonu tescil edilmiş durumda, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği tarafından tescil edilen rakam 3,8 milyon. Ama bu sayının daha yüksek olduğunu kendileri de söylüyorlar. Bunun içinde Türkiye birinci sırada; 1,8 milyon Suriyeliyi barındırıyoruz biz. Sonra Lübnan geliyor. Lübnan'da durum çok dramatik; 4 milyonluk nüfusta 1,1 milyonu aşan Suriyeli var, yüzde 25'i aşan bir kitle var orada. Geçen hafta Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserinin açıklaması vardı; Türkiye şu an dünyada en fazla sığınmacıyı barındıran ülke konumuna geldi.

Bu konuda küçük bir açıklama yapayım: Birleşmiş Milletler genellikle bütün söylemlerini kayıtlı kişiler üzerinden götürüyor. Biz biliyoruz ki, Afganistan'da, Pakistan'da, Filistin bölgesinde daha çok sayıda mülteci var aslında, yani Türkiye'de olandan daha fazla; ama Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliğinin elindeki kayıtlara göre, şu an birinci sırada Türkiye görünüyor. Bunun Türk toplumuna nasıl etkileri olacak, göreceğiz. Burada, çok şükür ki, öyle güzel bir ortamda konuşuyoruz ki, temelden, insandan ve haktan söz edeceğiz; birisinin Suriyeli, Türk, Çingene, kadın ya da erkek olması bizi ilgilendirmeyecek. Bu önemli bir şey.

Bu tabloda Suriyelilerin dağılımını çok rahat bir biçimde görebilirsiniz. Burada iki farklı rakam üzerinden gittim. Asıl tablo bu. Suriyelilerin yüzde 48,5'u Türkiye'de. Bu konuda asıl sıkıntı gelişmiş ülkelerle ilgili. Yüzde 9 civarında gelişmiş ülkelerde bulunuyor Suriyeliler; onun dışındakiler bölge ve komşu ülkelere yayılmış durumda. Olağanüstü bir yük. Bu, dünyanın karşı karşıya kaldığı en büyük göç hareketlerinden birisi. Sadece Türkiye'nin değil, gerçekten dünyanın büyük olaylarından birisi ve bunun ileriye nasıl evrileceği konusunda da sadece öngörülerde bulunabiliyoruz, hiç kimse net bir şey söyleyemiyor.

Avrupa ülkelerinin bu konudaki tavrını biz yüksek düzeyde politik söylem üzerinden çok eleştiriyoruz. Haklılık payı var, bununla ilgili çok söylenecek şey var.

Ama şöyle söyleyeyim: Şu an Avrupa'da en fazla Suriyeliyi alan ülke Almanya, 59 bin kişi; ikinci sırada İsveç var. Zaten bu iki ülke, bütün dünyadaki Suriyelilerin yaklaşık yarısını almış durumda, yani bölge dışındaki Suriyelilerin. İngiltere'de 5 bin kişi var, Fransa'da 4 bin kişi var, İtalya'da bin küsur kişi var vesaire. Bunların hepsi Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliğinin verdiği rakamlar.

Türkiye'de çok ciddi bir kayıtlama sorunu vardı. Çünkü gelenlerin kısa zaman içinde döneceği bekleniyordu, Esat 15 gün içinde düşüyordu, dolayısıyla bir sıkıntı kalmayacaktı. Onun için, gelenler başlangıçta kayıt altına bile alınmadı. Hatta "Kamplarda yer yok, nereye gidiyorsanız gidin" dediler. Onun için de Türkiye'nin her tarafına dağıldılar. Şu anda kayıtlamada uluslararası kurumların da desteğiyle belirli bir noktaya gelindi, yüzde 90 civarına ulaşıldı; ama hâlâ ciddi bir durum var.

Asıl sıkıntı ve bizim toplumumuzu birebir ilgilendiren, burada da konuşmamız gereken şey şu: Kamplarımız var bizim. Dünyanın en gelişkin göçmen kamplarını, sığınmacı kamplarını yaptık biz. Bununla da çok övünüyoruz. Bu, ne kadar övünülecek bir şey, ayrıca tartışılır. Ama yaklaşık olarak 255 bin kişi buralarda. Ama bu, o 1,8 milyon içinde sadece yüzde 13 ediyor. Yani asıl Suriyeliler konusu kamp dışındaki bir sorun ve bir konu. Şu an sadece Şanlıurfa'da 479 bin kişi var, İstanbul'da 330 bin kişi var.

Bunlar kamplarla ilgili bilgiler. Bunları daha ayrıntılı takip etmek isterseniz, dediğim gibi, bizim rapora bakabilirsiniz.

Kamplarımız çok üst düzeyde yapıldı. Hatta Birleşmiş Milletler -şaka gibi- bundan şikâyetçi bile oldu. Çünkü bu, dünyadaki standardı artıran bir şey, bir de kalıcılığı teşvik eden bir şey. Kampların standardını yükselttiğinizde, kalıcılığı artırıyor bu. Bizim genelde basına yansıyan resimler hep böyle konteynir kentlerden, bunlar da gayet güzel yerler. Ama Türkiye'de 26 kamptan sadece 6 tanesi konteynir, diğerleri çadır kentler; buralardaki durum daha farklı, onun da altını çizelim.

Buradaki tabloyu tek tek okumanız gerekmiyor, sadece birkaç rakam vereyim. Suriyelilerin en çok bulunduğu iller sıralamasında şu an Şanlıurfa birinci sırada, İstanbul ikinci sırada; ondan sonra Gaziantep, Hatay, Kilis diye devam ediyor. Kilis mesela, nüfusu 80 bin olan, ama 100 bin Suriyeli barındıran bir kent. Bu tip gayet enteresan durumlar var.

Bizim araştırmayı yaptığımız illeri bu haritada görebilirsiniz. Dediğim gibi, hem bölgedeki, hem bölge dışındaki algıyı anlamaya çalıştık. Bu konuyu geçicilik-kalıcılık bağlamında ele almaya çalıştık. Suriyelilerin, özellikle belirli bir süreden sonra, evrensel bir biçimde... Hani Türkiye'de son dönemde siyasetçilerin çok severek kullandığı fitrat kelimesi var ya; göçün fitratında da kalıcılık var ve biz, dünyanın neresinde olursa olsun, insanlar bir ülkede kaldıklarında, belli bir süreden sonra isteseler bile ülkelerine dönemeyeceklerini biliyoruz. Kalıyorlar, yerleşiyorlar. Bu bizim kendi insanlarımız için de söz konusu oldu, çok daha farklı koşullarda olmasına rağmen. Artı, dönülecek ülkenin koşulları. Şu an hepimiz biliyoruz, bunu anlatmaya bile gerek yok; dönecek bir ülke kalmadı, düzen kalmadı, huzurun sağlanması için on yıllar geçmesi gerekecek. Dolayısıyla, ben şu an bu golü kimden yedik, nasıl yedik derdinde değilim. Geleceğin huzurlu Türkiye'sini, geleceğin huzurlu insanlık ortamını hem Suriyelisi için, hem Türkiye insanı için nasıl yaratabiliriz; onun altyapısını görebilmemiz, onunla ilgili öngöründe bulunmamız gerekiyor.

Örnelenebilirlik bakımından çok önemli bir veri daha var: Türkiye'de bulunan Suriyelilerin yüzde 53'ünden fazlası, yüzde 53,3'ü 18 yaş altındaki genç ve çocuklardan oluşuyor. Kadınları buna eklediğimizde, Türkiye'deki Suriyelilerin yüzde 80'e yakını kadın ve çocuklardan oluşuyor ve en son veriler, İçişleri Bakanlığından bu veriler daha yeni yeni gelmeye başladı: Mesela, kadınlar arasında okuryazarlık oranı neredeyse yüzde 5'lerde.

Dolayısıyla, karşımızda nasıl bir sorun olduğunu ve geleceğe yönelik projeksiyonlarımızı neyin üzerine bina etmemiz gerektiğini buradaki rakamlardan görebilirsiniz.

Olağanüstü bir doğurganlık yaşanıyor. Bunun çok farklı psikososyal sebeplerinden söz ediliyor, ben o alana girmeyeceğim. Ama şu an sadece Türkiye'de son 3,5 yılda doğan Suriyeli bebek sayısının 70 bini aştığını biliyoruz artık.

Hemen şunu söyleyeyim: Türkiye'nin karşı karşıya kaldığı bu sorunun birkaç tarafı var. Bu, aynı zamanda siyasi bir sorun. Dolayısıyla, Türkiye'deki tartışmalar da siyasi sorun üzerinden gidiyor: Kim neden oldu, nasıl oldu vesaire. Ama açık olan başka bir şey var; olağanüstü bir insanlık dramı yaşanıyor. İnsanlar ülkelerini terk ettiler ve başka ülkelerde yaşamak zorunda kaldılar.

Bazısı bir ekmeğe muhtaç, bazısı bir battaniyeye muhtaç, bazısı bir tane kulübe gibi bir yere başını sokmaya muhtaç. Yani yaşanan dram çok büyük. Ama bu drama yönelik Türkiye'nin devlet olarak, toplum olarak verdiği tepki de en azından şu ana kadar olağanüstü yüksek düzeyde. Bunun altını çizmek lazım. Olağanüstü bir insani yardım kampanyası var orada. Günde 2,5 milyon doların üzerinde bir para harcıyor bunun için. Türkiye'nin birçok kurumu bununla ilgileniyor; bölge valileri, kaymakamları ve bölge bürokratlarının hemen hepsi, neredeyse mesailerinin yüzde 80'inden fazlasını sadece bu işe harcıyorlar. Bu anlamda önemli bir şey. Ama bu, tekrar söylüyorum, sürdürülebilir bir şey değil. Bunun sınırları çoktan aşılmış durumda. Dolayısıyla, bu konunun daha farklı noktalara gelmesi lazım.

Mali yükün paylaşılması konusu da sıklıkla dile getiriliyor. Mali yük paylaşımında da, insani yük paylaşımında da dünyadaki dayanışmanın ne kadar zayıf olduğunu görmüş olduk. Avrupa'dan, dünyanın başka zengin ülkelerinden gelen yardımlar, destekler -Türkiye bağlamında söylemiyorum, bütün ülkeler için söylüyorum- asıl ihtiyacın yüzde 20'lerinde falan kalıyor. Avrupa Birliği politikası çok netti bu konuda: "Doğu sınırınızı açın, orada insanlık dramı var. Açık kapı politikası olsun..." Bunu da, çok şükür, uyguladık biz. Bunun önemli bir şey olduğunu düşünüyorum. "Ama batı sınırınızı da, aman, örün; kimse gelmesin bize." Bu politika halen bu şekilde devam ediyor. Ama bu, ileriki krizlerde, ileriki insani krizlerde -ki ne yazık ki bizim bölgemizde daha çok yaşanacak böyle şeyler- komşu ülkelerin kapılarını daha baştan kapatmalarına ve çok ciddi insanlık dramlarına yol açabilir. Çünkü yalnız kaldığını ve artık dünyadan bir şey gelmediğini, kendisinin bu işle baş başa kaldığını herkes görmüş oldu bu krizde. Bu da ileriye yönelik böyle ciddi bir sorun olacak.

Türkiye şu ana kadar 5,5 milyar doların üzerinde bir harcama yaptı. Hatta Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserinin kendisi, geçen hafta, bu rakamın 6 milyar dolar olduğunu söyledi. Bu, çok büyük bir şey, kolay kolay karşılanabilir bir şey değil. Tabii, bunun siyasi bir yönü var. Türkiye'de bu olayın yeni bir siyasi krize dönmemesi, toplumda başka türlü reaksiyonlar yaratmaması için devlet para basıyor resmen oraya. Bütün kurumların ayakta olması biraz da bununla ilgili bir şey. Mesela, şimdi yeni bir yönetmelik hazırlanıyor; onu açıklayamıyorlar, seçim sonrasını bekliyorlar. Orada, çalışma haklarıyla ilgili birtakım düzenlemeler yapılması gerekecek.

Neyse. Devam ediyorum.

Kadınlar ve gençlerle ilgili, bu toplantının da çok özünde olan ve az önceki hocalarımızın da değindiği konular var. İstismar, çocuk yaşta evlendirmeler, kumalıklar vesaire vesaire.

Az önce hocalarımızın, özellikle Ferhunde hanımın söylediği çok önemli bir şey var; bazen elinizde bilgi olmadan bir konuda öngörülebilir bulunursanız, yapacağınız şey iyi bir şey bile olsa, kötü bir yere ulaşabilirsiniz.

Bu konuda da olağanüstü bir dedikodu var bölgede. "Suriyeliler, yoksul oldukları için, zor durumda kaldıkları için, kendi kızlarını fuhşa teşvik ediyorlar ya da genç yaşta evlendiriyorlar ya da kuma olarak veriyorlar" vesaire vesaire. Bunlarla ilgili olarak tespit çok zor bir şey, bunun farkındayız. Yani taciz olayını tespit edebilmeniz, aile içi şiddeti tespit edebilmeniz zor. Bu konular zaten hassas konular, kolay tespit edilemiyor. Ama elinizde yeterince kanıt olmadan, bunun olduğunu varsayarsanız ve bunu ifade ederseniz, o zaman da bu topluluğu daha başından dışlamış oluyorsunuz. Hani bizim 90'larda yaşadığımız Nataşa olayı bu konuda tipik örneklerden birisidir. Daha sonra o bölgeden gelen herkes aynı etiket altında değerlendirildi.

Suriyelilerle ilgili iki tane etiket çok dolanıyor. Bir tanesi, bu dilenciler hikayesi. Ki dilencilerin çok büyük bir bölümü, Suriye'de dilencilik yapıp, buraya gelip, mesleğine devam edenlerden oluşuyor. Yine Türkiye'de Suriyeli taklidi yaparak dilencilik yapanlar var. Bir de böyle bir kategori var.

Hatta geçen gün bir genel müdürle görüştüm, İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürü; bana dedi ki, “Geçenlerde birisi camımı çaldı, bana Suriyeli olduğuna dair kimliğini gösteriyor; yani ben hakiki Suriyeliyim, bana yardım edin diye.” Böyle de garip bir durum var.

Kadınlarla ilgili olarak, az önce hocam da söyledi, Türkiye’de 15-19 yaş arasındaki genç kadınlar içinde üçte biri doğum yapıyor. Yani bizde bile bu yaş oranı çok düşük. Suriye’den gelenlerdeki kültürel kodlar bakımından bu daha da problemlidir. Mesela, ben kampta bir tanesine şahit oldum. 14 yaşındaki kız rahatsızlanıyor, hastaneye götürüyorlar, doğum yapıyor. Kamp müdürü diyor ki, “Biz hemen soruşturma başlattık. Çünkü bu 13 yaşında cinsel ilişki demek” vesaire. Ama kampta kalıyorlar bunlar; evlerine gittiğimizde, konteynırlarına gittiğimizde, bayram yapıyorlardı, “Çocuğumuz oldu, torunumuz oldu” diye. Evlendirmişler kendi aralarında.

Burada hani etik, temel kadın hakları, insan hakları standartlarının yanı sıra, bir de bu kültürel kodlarla acaba nasıl mücadele edilecek ve bu kültürel kodlar ile temel evrensel haklar bir arada nasıl uzlaştırılacak, buna da bakmak ayrı bir sorun.

Bir başka konu: Depresyon diye, bir gazetede böyle bir haber olmuştu, ben oraya koydum. Yine örselenebilirlik bakımından ve Türkiye’de kadınlara yapılan baskının bir başka türü olarak çok enteresan bir şeyle karşı karşıya kaldık. Birçok yerde de buna şahitlik ettik. Mesela, bir berber, bana, “Hocam, iyi ki bu Suriyeliler geldi” dedi. “Niye?” dedim. “Onlar geldi, kuzu gibi oldu benim karı” falan dedi. “Niye?” dedim. “Çünkü korkuyor” dedi, “Ben gider, onlarla evlenirim, orada bomboş duruyorlar; başlık parası vermeyeceğim, kayınpeder dırdırı dinlemeyeceğim, yeni bir ev açmam gerekmeyecek” dedi. Bu, bölge erkeklerinin kendi kadınları üzerinde bir başka baskı kurmasının aracı haline geldi. Bu da apayrı bir alan. Yani sadece mülteciler değil, mülteci kadınlar üzerinde bir baskı, ayrımcılık, örselenebilirlik değil; onlar üzerinden, bir de onların araçsallaştırılıp, bölge kadınlar üzerine baskı yapılması gibi bir başka enteresan durum söz konusu.

Şimdi, çok fazla uzatmadan, Türkiye’deki kamuoyu araştırmamızdan söz edeceğim. Ama az önceki konuşmalar üzerine bir noktayı daha mutlaka vurgulamak istiyorum.

Biz sosyal bilimciyiz; alana çıkıyoruz, araştırma yapıyoruz, anketler yapıyoruz. Ama bunlar hiçbir zaman gerçekliği birebir yansıtmaz. Bunu her zaman bilmemiz lazım. Biz sadece bir fotoğraf çekmeye çalışıyoruz. Bu fotoğrafı mümkün olduğunca dikkatli çekmeye çalışsak da, bunun her zaman birebir gerçeklikle örtüşüğünü söylemek haddimize değil. Dolayısıyla, buradaki verileri de yine aynı sınırlılık içinde ifade etmek isterim.

Biz, “Türkiye’de Suriyeliler nasıl algılanıyor?” diye sorduğumuzda, “Kimdir bunlar?” dediğimizde, en fazla “Zulümden kaçan insanlar” gibi bir seçeneğin öne çıktığını gördük. Bu aslında bunların kabulünü de kolaylaştırdı.

Buna geçmeden bir cümle söyleyeyim.

Ben bunu hep iddia ediyorum, hatta zaman zaman bununla ilgili de eleştiriliyorum. Ben, Türkiye’de, yaşanan son 3,5 senelik dönemi dikkate aldığımızda, toplumsal kabul düzeyinin son derece yüksek olduğuna inanıyorum. Ama bunun sürdürülemez olduğunu da hemen söylüyorum. Bugüne kadar Türkiye’de -çok sınırlı; birkaç olay yaşandı, ama inanın, bunlar çok sınırlı- çok daha yüksek, çok daha şiddetli olaylar yaşanabilirdi. Bugüne kadar bunların yaşanmaması büyük bir şans. Ama bunun sürdürülebilir olması, ancak çok ciddi bir toplum desteği ve ciddi bir göç yönetimiyle mümkün. Neyse.

İkinci seçenek, “Ülkemizde misafirler.” Bu, örselenebilirlik bakımından da çok önemli. Yurtdışındaki Türkler bakımından da biz bunu hep duyduk; “Misafir işçiler” vesaire diye.

Misafirlik bir hak ifade etmez. Misafirlik sadece ev sahibinin size vereceği şeyle sınırlıdır. Ev sahibi size ne kadar verirse o kadar hakkınız vardır, başka da bir hak talep edemezsiniz. Ama mültecilik başka bir şeydir ya da insanları insan olarak görmek ve onları hak temelinde değerlendirmek başka bir şeydir. Dolayısıyla, misafirlik kavramı kısa sürede iyi bir şey gibi algılanabilir; ama uzun vadede birine “misafir” demek, ona, “Haddini bil, senin sınırın burasıdır” demek anlamına gelir.

Bu konuda Ertuğrul Özkök'ün, Hürriyet gazetesinde, 2012'de, Suriyelilere yönelik yazdığı bir yazı var, onu hepinize öneririm. "Misafirsen Misafirliğini Bil Arkadaş" diye, böyle çok sert bir başlıkla ve bayağı böyle inanılmaz yabancı düşmanlığı figürlerinin bulunduğu bir yazı. Ama bu algının birçok insanda olduğunu da biliyoruz.

Türkiye'ye gelenlere, bazıları "din kardeşlerimiz" diyor. Bu oran oldukça düşük. "Bize yük olan insanlar, asalaklar" diyenler de var. Karmaşık bir durum var yani. Türk toplumunda çok net biçimde bir kaygı var. Biz bunu başka sorularımızda da gördük. Endişeler var, bunların kalıcılığından kaynaklanabilecek sorunlara yönelik insanlarda bir tedirginlik var. Ama bu durum ile toplumsal kabul düzeyinin yüksekliği arasında illa bir ters ilişki olması gerekmiyor. En azından şimdilik.

Biz burada önermeler üzerinden gittik genelde. "Suriyeli sığınmacıların, diline, dinine, etnik kökenine bakılmaksızın kabul edilmesi insanlık görevimizdir" gibi bir önerme ortaya koyduğumuzda, bunda yüzde 65'in üzerinde bir oranla karşı karşıya kaldık. Bu bizi mutlu etti. Çünkü burada temel bir insani haktan, sığınma hakkından söz ediliyor. Bunun önemli bir şey olduğunu görüyoruz. Yani eğer bizim insanımız deseydi ki, "Din kardeşimizdir, kabul edelim" ya da "Etnik kardeşimizdir, kabul edelim" vesaire; bu, daha zayıf bir halka, bu her zaman kırılabilir. Ama temel insan hakkından kaynaklı bir kabulün önemli ve değerli bir şey olduğunu düşünüyorum.

Çok fazla seçenek var, onların çok azına değineceğim.

"Suriyeli sığınmacılar bizi ilgilendirmez, uzak durmalıdır" diyenlerin oranı oldukça düşük. Bu daha yüksek de çıkabilirdi.

"Ekonomik yük mü?" Tabii ki. Herkes, bunun Türkiye'ye ciddi bir ekonomik yük olduğunu ve Türkiye'de bu kadar muhtaç varken, bunlara yardım yapılmasının doğru olmadığını söylüyor. Bunlar görmezlikten gelinmemesi gereken şeyler.

Bireysel yardım eğilimini sormuştuk. Dedik ki, "Kendiniz bu biçimde hiç Suriyelilere yardım ettiniz mi, dolaylı ya da doğrudan?" Görüyorsunuz, yüzde 68'i bu konuda herhangi bir şekilde yardımda bulunmadığını söylüyor. Geri kalan yüzde 25 civarında bir kitle, dolaylı ya da doğrudan yardımda bulunduğunu söylüyor. Bu da dayanışma bakımından önemli bir şey. Sadece devlet üzerinden yürüyecek bir şey değil bu.

Göçmenler, mülteciler konusunda nefret nasıl yayılır? Bunun birkaç tane temel sebebi vardır. Bir, insanlar o gelenlerden dolayı işini kaybetmekten endişe ederler. Yine gelenlerden dolayı ahlaksızlığın artacağından, hırsızlığın artacağından, güvenlik sorunlarının artacağından endişe edebilirler ve kültürel olarak kendilerine çok uzak bulduklarını ifade ederler. Türkiye'de bütün bunlar var.

Az önce hocama da anlattım, biz hep yurtdışındaki Türklerle ilgili çalıştık; orada da ayrımcılık politikaları, entegrasyon vesaire diye konuştuğumuzda, ben iddia ediyorum, Avrupalıların bugün Türkleri ötekileştirmesinden çok daha fazla ötekileştirmeyi şu an Türkiye'dekiler Suriyeliler için yapıyor. Hani bayağı Arap olup da... Biliyorsunuz, bölgede Araplar var, Kürtler var, Türkler var. Arap olup, bana, "Yahu hocam, bunlar geldiler, çok kötü, çok yalan söylüyorlar, hiç sözlerinde durmuyorlar, çok da gürültü yapıyorlar" vesaire diyen bir sürü insanla karşılaştım. Bu ötekileştirme, akla ziyan bir ötekileştirme, ama bir gerçeklik. Dolayısıyla, Türkiye'nin politikalarında bunları mutlaka dikkate alarak yol alması lazım.

Eğitim. Bu aynı zamanda benim de içinde bulunduğum UNESCO'nun çalışmalarında çok ön plana çıkan hususlardan birisi. Çok kötü bir durum var Türkiye'de bu açıdan. Suriyeli göçmen çocukların ya da mültecilerin gittiği diğer ülkelerde eğitim dili Arapça olduğu için çok fazla sıkıntı çekilmiyor, bir biçimde eğitime ulaşım sağlanıyor. Türkiye bu açıdan en vahim durumda. Özellikle kamplar dışında eğitime ulaşım yüzde 15'in altında. Bu çocuklar, az önce de söyledim, yüzde 53'ünden fazlası 18 yaşın altında olan bu gençler ve çocuklar, eğer bu ülkede kalacaklarsa -ki bence kalacaklar- bizim çocuklarımız artık, yapacak bir şey yok. Dolayısıyla, çok acil bir biçimde bu çocuklara öncelikle belki Türkçe öğretilmesi lazım, eğitim imkânlarının çok hızlı bir biçimde sağlanması lazım. Aksi halde, göçmen kitlelerde suça karışma eğilimi giderek artar.

Şu ana kadar mesela suça karışma oranları çok düşük; ama bu, önümüzdeki evrelerde, kendilerini güvende hissettiklerinde ve birbirleriyle dayanışma arttığı andan itibaren çok daha farklı bir evreye doğru gidebilir. Göç konusunda en az güvenlikçi yaklaşanlardan birisiyim; ama bu tip tehditleri de görmezlikten gelmemek lazım.

Buraları geçiyorum. Dediğim gibi, mümkün olduğunca hızlı gitmeye çalışıyorum.

Yine temel insan hakları bakımından önemli olduğunu düşündüğüm bir sorumuz vardı: “Suriyeliler, ülkelerinde savaş devam ediyor olsa bile geri gönderilmelidir” dediğimizde, Türk toplumunun yüzde 57,8’i gibi bir bölümünün hayır dediğini gördük. Tamam, yüzde 30 da “Savaş devam etse bile gönderelim” diyor. Tabloyu nereden okuyacağınıza bağlı. Ama ben bunun da yine iyi bir referans noktası olduğuna inanıyorum.

Çok uzatmayacağım. Vatandaşlık konusunu sormuştuk. Türk toplumunda çok ciddi bir biçimde, hiçbir konuda olmadığı kadar bir tepki var buna. Bu insanların vatandaş olması doğrultusunda beklenti ya da istek son derece düşük düzeyde, kabul düşük düzeyde. Bunun da ileride politika uygulayıcıları tarafından mutlaka dikkate alınması lazım.

Medyayla ilgili birkaç cümle söyleyeyim.

Türkiye’de medya hangi alanda çok tatmin edici çalışmalar yapıyor ki, bu alanda da yapacak?! Dolayısıyla, çok benzer bir durumla karşı karşıya kalıyoruz. Medya, bir kere daha konunun ciddiyetinin farkında değil. Bu, sadece olaylar bazında ele alınan bir konu olarak gidiyor ve medya da tamamen ikiye ayrılmış durumda. Hükümete yakın olan medya, “Ne güzel yardım yaptık, çok güzel battaniye dağıttık, çok güzel tekerlekli sandalye dağıttık” diye haber yapıyor; Hükümete uzak olanlarda, “Bu çok şey oldu; bak işte, ev sahibini öldürdü, hırsızlık yaptı” vesaire diye gidiyor. Dolayısıyla, medyada bu konuda Türkiye’deki genel tablodan çok farklı bir şey görmüyoruz. Tabii, provokatif haberler, özellikle kadınlar, cinsel istismar falan gibi konular çok ilgisini çekiyor medyanın. Bunu da bildikleri için, bu yönde haber aramaya çalışıyorlar. Ama dediğim gibi, konunun asıl ciddiyetinden epey uzaktalar.

Sivil toplum örgütleri olağanüstü bir faaliyet içinde bölgede. Bu konuda bir torpilli sivil toplum örgütleri var bölgede, bir de az torpilli olanlar var; bir de gayet böyle iyi niyetle, “Aman, bir şey yapayım, yardım yapayım” diye gidenler var.

Torpilli olanlar, devletten torpilli; devlet yardımı onlara veriyor ve onları promot ediyor. Hak temelli STK’lar, daha çok uluslararası bağlantılı STK’lar. Bunlar bölgede etkin; ama güçleri belirli bir yere kadar yetiyor. Daha çok inanç temelli, “Bunlar bizim din kardeşimizdir” üzerinden giden STK yapılanması çok yaygın. Sadece yardım ulaştırmaya çalışan ya da yerel düzeyde küçücük STK’lar var. Uluslararası STK’larla ilgili Türkiye Devleti ile zaman zaman sıkıntılar yaşanıyor. Hâlâ yaşanıyor bunlar. Bazılarının çalışmasına izin veriyoruz, bazılarinkine vermiyoruz. Nobel Barış Ödülü alan Sınır Tanımayan Hekimler’in bile alanda çalışmasına biz izin vermedik mesela. Dolayısıyla, burada da bambaşka bir sorun var.

İmaj çok önemli. Bu, algıyı ve örselenebilir olmayı daha da artıran bir şey. Az önce de söylemiştim, dilenci kavramı Suriyelilerle çok ilişkilendirilen ve etiket olarak kullanılan bir şey haline geldi. Bu konuda çok uzun boylu bir şey söyleyecek halim yok; ama dilencilik eninde sonunda daha farklı bir yaşam tarzını da gerektiriyor. Türkiye’ye gelip, yoksulluğa düştükten sonra dilencilik yapan insan sayısı (dün bunu bir kez daha teyit ettim) son derece az. Asıl olanlar, gerçekten Suriye’de de bu işi yapıp, buraya gelip, burada devam edenler. Dolayısıyla, bu bir vakıa. Bunları topluyorlar, Nizip’teki bir kampa gönderiyorlar. Sonra bunlar tekrar çoğalıyor. Ama bu sefer bunların rehabilite edilmesiyle ilgili başka türlü sıkıntılar var.

Az önce söylediğim tekrar altını çizeyim; bu, dünyanın karşı karşıya kaldığı çok büyük olaylardan birisi ve bunun en büyük şeyi bizim başımızda. Bunu yönetmek kolay bir şey değil. Hani eleştirmek çok kolay, dünya kadar şey söyleyebilirsiniz. Ama tekrar ediyorum, hak temelli bir Türkiye’yi gelecekte nasıl kurabiliriz, bu insanlarla birlikte nasıl yaşayabiliriz; açıkçası, benim konsantre olduğum ve önemsendiğim alan o.

Buralarda çok şeyler var, uzatmayacağım; belki de biraz sonra sorularla onlara dönebiliriz.

UNESCO'nun belirlediği temel bir insan hakkı olarak eğitime erişim, sağlık hizmetlerine erişim, kültürel haklara erişim; bunlar son derece önemli hususlar. Mümkün olduğunca hak temelli bir göç politikası, bir mülteci politikası geliştirmek gerekiyor.

Biz bugüne kadar Türkiye'de hiç uyum politikasından söz etmedik; bizim için uyum politikası hep Almanya'nın, Belçika'nın, Amerika'nın yapması gereken şeylerdi. Biz artık bununla karşı karşıyayız. Dolayısıyla, uyum politikamızı belirlerken, aslında nasıl bir Türkiye istediğimizi de ortaya koyacağız.

Ne kadar çeşitli, ne kadar insan haklarına dayalı, ne kadar hak temelli bir şey ya da ne kadar ulusal, ne kadar kendimizden bir şey? Bu biraz Türkiye'nin nereye doğru evrileceğini de bize gösterecek.

Ben daha fazla uzatmıyorum. Hepinizi saygıyla selamlıyorum. Teşekkür ediyorum. (Alkışlar)

Panel Yöneticisi - Biz çok teşekkür ediyoruz Murat hocam.

"Mülteciler Açısından Savunmasızlık/Örselenbilirlik":

Türkiye'deki Suriyeliler

Doç. Dr. M. Murat Erdoğan

merdogan@hacettepe.edu.tr

Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi (HÜGO)

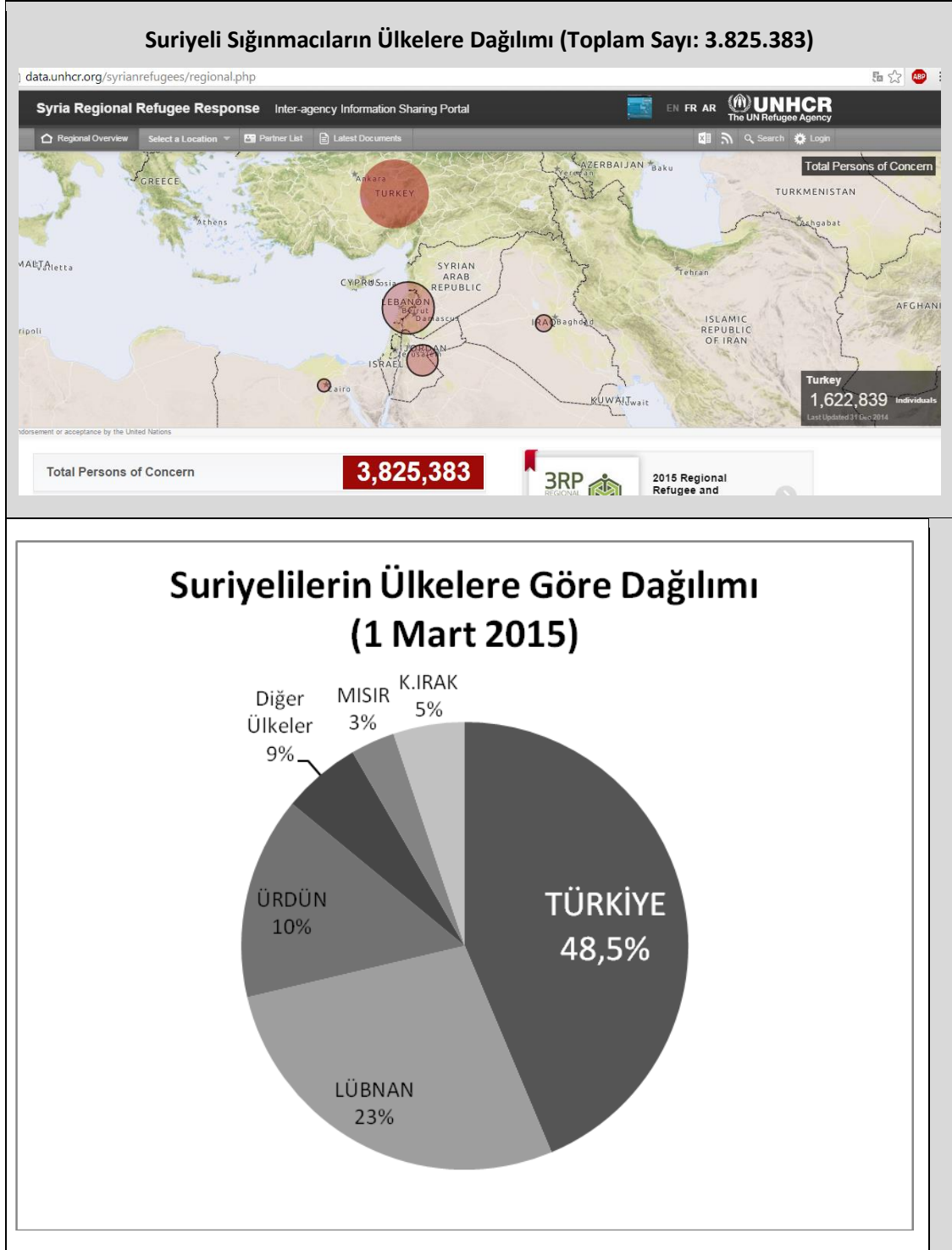
Suriye'de 15 Mart 2011'de başlayan rejim karşıtı gösterilerin kısa zamanda ciddi çatışmalara ve ardından da bir iç savaşa dönüşmesi ile birlikte ülkeden komşu ülkelere doğru ciddi ve dramatik bir insan kaçıışı yaşanmaya başlandı. Tarihte eşine az rastlanan boyutlara ulaşan Suriyelilerin yaşadıkları insanî dramı Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) "*yakın tarihte görülen en büyük göç dalgası*" olarak nitelirmektedir. 22,4 milyon nüfusu olan Suriye'de Nisan 2011 sonrasında en az 200 bin kişi hayatını kaybetti, yüzbinlerce insan yaralandı, 6-9 milyon arasındaki insan evini terk etmek zorunda kaldı. BMMYK verilerine göre Ocak 2015 itibari ile en az 3,8 milyon, diğer kaynaklara göre ise 4,5-5 milyon civarındaki Suriyeli ülkesini terk etti.

Dördüncü yılına girmek üzere olan Suriye ve Suriyeliler krizinin en önemli muhataplarından birisi, Suriye ile 911 km'lik sınırı olan Türkiye'dir. Türkiye'ye Suriye'den ilk toplu nüfus hareketi, 29.04.2011 tarihinde Hatay ili Yayladağı ilçesindeki Cilvegözü sınır kapısından 252 kişilik bir grupla olmuş, ardından 3,5-4 yılda aralıksız devam etmiştir. AFAD tarafından yapılan açıklamaya göre 1 Mart 2015 itibari ile Türkiye'deki kayıtlı Suriyeli sığınmacı sayısı 1.858.000'e ulaşmış, toplam sayının 2 milyon civarında olduğu tahmin edilmektedir. Türk hükümeti ilk olarak "*zulüm ve savaştan kaçan bu misafirler için sınırların açık olduğunu ve öyle kalacağını, gelenlerin Türkiye'deki temel ihtiyaçlarının karşılanacağını ve kimsenin zorla geri gönderilmeyeceği*" açıklamasını yapmıştır. Uluslararası koruma ilkeleriyle tam uyumlu olan bu politika, uluslararası toplum tarafından da takdirle karşılanmaktadır. Türkiye'nin sürecin başından beri ilan ettiği "*açık kapı politikası*" zaman zaman bazı aksaklıklar yaşansa da prensip olarak sürdürülmüştür.

Nisan 2011'den bu yana, ülkelerinde ortaya çıkan çatışma ortamı, ardından iç savaştan kaçarak "*açık kapı politikası*" çerçevesinde Türkiye'ye sığınan ve kendilerine "*geçici koruma*" sağlanan ve kayıt altına alınan Suriyelilerin sayısı 1 Mart 2015 itibari ile 229 bini kamplarda olmak üzere 1 milyon 858 bini aşmıştır. Kayıt altına alma çalışmaları devam etmektedir. Ancak özellikle yerel yöneticiler, Türkiye'deki Suriyelilerin sayısının 2 milyonu da aştığı görüşünü sıklıkla tekrar etmektedirler. Oldukça dinamik ve değişken bu süreçte sayının tam olarak tespit edilmesi zaman alacak görünmektedir. Ancak Suriye krizinde Türkiye'nin özel bir yeri olduğu ve Türkiye'nin ülkesini terk eden Suriyelilerin en büyük bölümünü, en az %58'ini tek başına konuk ettiği açıktır. Türkiye'yi %23 ile Lübnan (1.177.282), %10 ile Ürdün (623.908), %5 ile (Kuzey) Irak (242.468) ve %3 ile Mısır (136.661) takip etmektedir. Diğer bütün ülkelerin konuk ettiği Suriyelilerin (227 bin) oranı ise sadece %9'dur.

1 Mart 2015 itibariyle Türkiye'de bulunan 1,8 milyonu aşkın Suriyelinin sadece %12'si 10 ilde bulunan ve 6'sı konteyner, 17'si çadır kent ve 1'i de geçici kabul merkezi olmak üzere toplam 24 kampta, geri kalan %88'i ise Türkiye'nin neredeyse tamamına yayılmış biçimde kamplar dışında yaşamaktadırlar.

Türkiye'deki Suriyelilerin %53'ünden fazlası 18 yaş altındaki çocuk ve gençlerden, %75'ten fazlası ise özel koruma ihtiyacı içinde bulunan çocuk ve kadınlardan oluşmaktadır. Bu arada Türkiye'de 3,5-4 yılda doğan Suriyeli bebek sayısının 60-70 bini aştığı tahmin edilmektedir. Bu durum geleceğe yönelik projeksiyonlarda mutlaka dikkate alınması gereken önemli bir husustur. Özellikle "kalıcılık" sürecinde çocuk ve gençlerin eğitimi ve "aile birleştirmeleri"nde önemli gündem maddeleri olacağı dikkate alınmalıdır.



Kaynak: BMMYK (<http://data.unhcr.org/syrianrefugees/country.php?id:224>) 1 Mart 2015

(Bu tabloda Türkiye için AFAD tarafından 1 Mart 2015’de açıklanan 1,858 bin sayısı esas alınmıştır. Zira BMMYK henüz buradaki sayıyı güncellememiş ve 31 Aralık 2014 itibari ile Türkiye’de 1.622.838 Suriyeli olduğunu ifade etmektedir. BMMYK’nin verileri dikkate alınarak bir hesaplama yapıldığında Türkiye’deki Suriyelilerin toplam içindeki oranı %42 olmaktadır.)

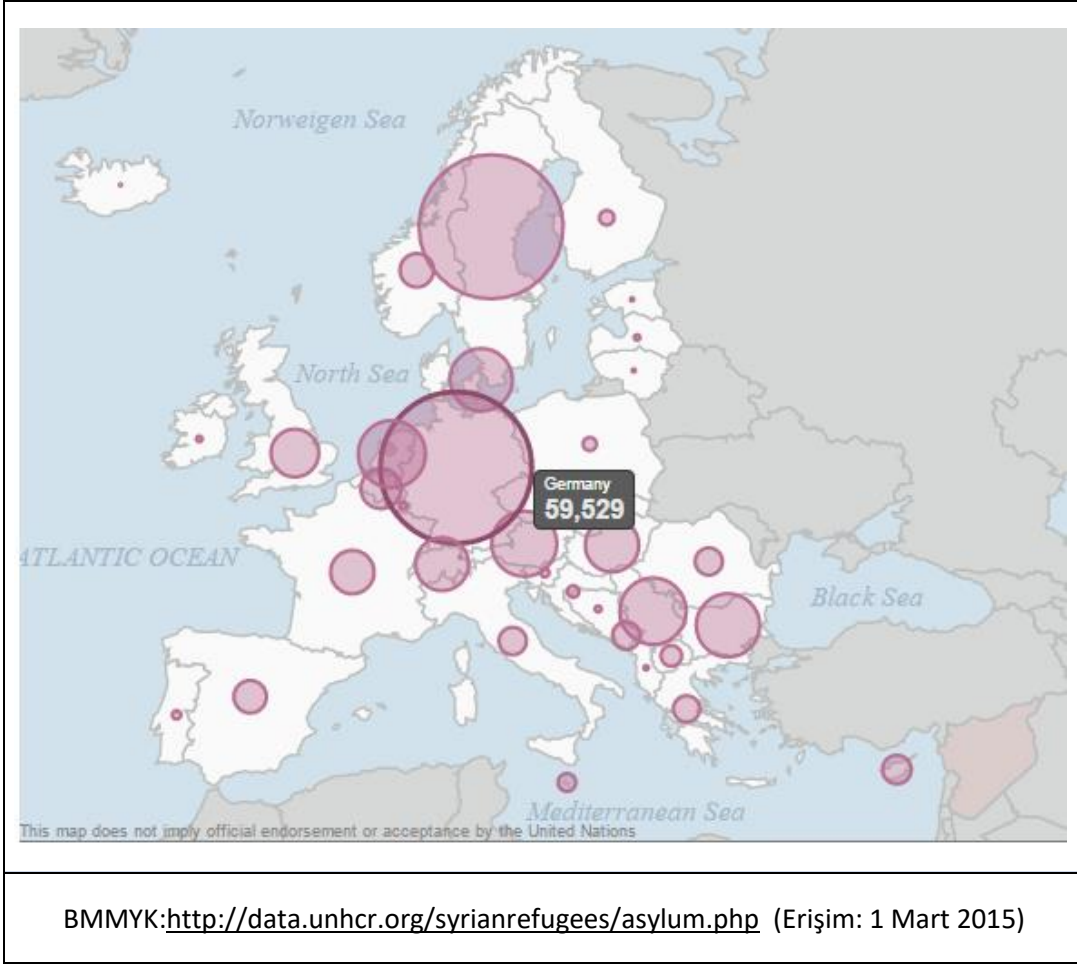
Türkiye’deKamplardaya da Kamplar Dışında Bulunan Suriyelilerin İllere Göre Dağılımı						
Kaynak: AFAD – T.C. İçişleriBakanlığı- BMMYK						
İl (Kamp/Barınma Merkezi olanlar)	Suriyeli sayısı (KD: Kamp Dışı K: Kamp)		il	Suriyeli sayısı	il	Suriyeli Sayısı
Şanlıurfa		467.000	İstanbul	330.000	Çorum	250
	KD:387.335		Şırnak	190.090	Burdur	250
	K: 79.665		Mersin	45.000	Çanakkale	200
Gaziantep		253.328	Konya	45.000	Nevşehir	180
	KD:220.000		Ankara	30.000	Uşak	173
	K: 33.328		Bursa	20.000	Isparta	160
Hatay		204.735	Batman	20.000	Eskişehir	150
	KD: 190.000		Kocaeli	15.000	Düzce	150
	K: 14.735		İzmir	13.000	Hakkari	150
Kilis		86.578	Antalya	10.000	Kırıkkale	150
	KD: 49.000		Kayseri	9.500	Sivas	150
	K: 37.578		Diyarbakır	5.000	Zonguldak	140

Mardin		78.858	Samsun	1.230	Ağrı	100
	KD: 70.000		Niğde	1.100	Amasya	100
	K: 2.858		Aydın	1.000	Erzurum	80
Adana		61.226	Elazığ	900	Ordu	80
	KD: 50.000		Denizli	800	Rize	77
	K: 11.124		Yalova	780	Karaman	75
K.Maraş		61.215	Muğla	750	Kırşehir	70
	KD: 44.000		Siirt	700	Bilecik	50
	K: 17.215		Muş	670	Bingöl	50
Adıyaman		33.354	Sakarya	670	Çankırı	50
	KD: 23.500		Van	600	Yozgat	50
	K: 9.854		Manisa	550	Edirne	50
Osmaniye		21.597	Balıkesir	500	Kars	45
	KD: 12.000		Afyon	500	Artvin	40
	K: 7.597		Tekirdağ	480	Akrasay	40
Malatya		8.343	Bitlis	400	Kütahya	33
	KD: 850		Trabzon	330	Kirlareli	30
	K: 7.493		Tokat	320	Bartın	20
			Bolu	300	Karabük	10

İnsani ve Mali Yük Paylaşımı

Türk devletinin ve Türk toplumunun Suriyeli sığınmacılar⁵ konusunda ortaya koyduğu çaba ve katlanılan insani ve mali yük olağanüstü boyutlara ulaşmıştır. Türkiye'nin 4 yıla yaklaşan sürede 2 milyon civarındaki Suriyeliyi ülkeye kabul etmesi ve bu konuda 4,5-5 milyar doların üzerinde harcama yapması her türlü takdirin ötesindedir. Türkiye bu yardımlar ile 2014 yılı içinde en fazla insani yardım yapan dünyadaki 3. Ülke, kişi başına düşen gelire göre hesaplandığında ise açık ara 1. ülke haline gelmiştir. Gelişmiş ülkelerin kriz boyunca ortaya koydukları tavır adeta *“Doğu sınırını sonuna kadar açın, ama Batı sınırlarınızı sıkı sıkı kapatın bize gelmesinler”* şeklinde özetlenebilir. Bölgedeki 5 ülke dışında Suriyelilere ev sahipliği yapan ülkelerin aldıkları toplam Suriyeli sayısı 220-230 bin civarında kamıştır. Ülkesini terk etmek zorunda kalan Suriyelilerin sayısının en az 4 milyon olduğu dikkate alınırsa, bölge ülkeleri dışındaki gelişmiş-zengin ülkelerin aldıkları sığınmacı sayısının %5'in bile altında kaldığı açık biçimde ortaya çıkmaktadır. BMMYK'nin verdiği bilgilere göre Nisan 2011-Aralık 2014 arasında AB ülkeleri ile İsviçre ve Norveç'e sığınma için başvuran Suriyelilerin sayısı, 135 bini 2014'de olmak üzere toplam 203.028'dir. Bunların %52'si Almanya (59.529 kişi) ve İsveç (53.750 kişi) tarafından, %25'i Hollanda, Sırbistan, Kosova, Avusturya, Bulgaristan ve Danimarka, %23'ü ise diğer AB ülkeleri tarafından kabul edilmiştir. Fransa'nın 4.898, İngiltere'nin ise 5.942 kişi aldığını da işaret etmek gerekmektedir. AB ülkelerinin aldığı sayının Türkiye'deki Suriyelilere oranı sadece %10-12 arasında kaldığı açık biçimde gözlenmektedir.

⁵ Ülkelerindeki savaş ya da rejimin uyguladığı baskı-şiddet dolayısı ile ülkelerini terk ederek başka ülkelere gidenlerin adı “mülteci”dir. Bu durum, gittikleri ülkedeki yasal-idari düzenlemelerden daha üst bir hukuki ilkedir. Ancak Türkiye'nin 1951 Cenevre Konvansiyonuna koyduğu “coğrafi sınırlama” ve ülkedeki mevcut yasal düzenlemeler nedeni ile Türk mevzuatında ve kamu kullanımında Suriyeliler gayet bilinçli bir tercihle “mülteci” kavramı ile tanımlanmamaktadırlar. Türkiye'deki Suriyelilerin yasal statüsü, en son yapılan “Geçici Koruma Yönetmeliği” çerçevesinde “geçici koruma altındakiler”dir. Yaygın kullanım ise “misafirlik”tir. Bu çalışmada Türkiye'deki Suriyeliler için, yasal-idari bağlamdan bağımsız bir biçimde, durumu sosyolojik olarak da daha iyi yansıtan bir kavram olduğu düşünülen “sığınmacı” kavramı tercih edilmiştir.



Suriyeliler konusunda insani yük paylaşımı kadar mali yük paylaşımında da son derece çarpıcı ve aynı zamanda bölge ülkeleri aleyhine çarpık bir durum olduğu açıktır. Türkiye'nin bu güne kadar Suriyeli sığınmacılar için harcadığı kaynağın minimum 5 milyar dolar olduğu ifade edilmektedir. Türkiye 2015 yılında Suriyeliler için günde 2,5 milyon doların üzerinde bir harcama yapmaktadır. Oysa BMMYK tarafından yapılan mali destek çağrılarında gelen desteğin, son derece alt seviyede kaldığı görülmektedir. BMMYK'nın 2014 yılı için yaptığı toplam 3,7 milyar dolarlık çağrıya gelen destek % 61 seviyesinde yani 2,2 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir. BMMYK'nın Türkiye'deki Suriyeliler için 2014 yılında talep ettiği 497 milyon dolarlık desteğin ise ancak %36'sına ulaşılmış, 177 milyon dolarlık destek sağlanabilmiştir. Bu durum hem insani hem de mali yük paylaşımında başta Türkiye olmak üzere bölge ülkelerinin nasıl yalnız bırakıldıklarını da ortaya koymaktadır. Ancak Suriyeliler ile yaşanan bu kötü dayanışma tecrübesi, gelecekte benzeri krizlerde komşu ülkeleri daha temkinli davranmaya itebilme potansiyeli yaratmıştır. Bu durum yaşanacak insani dramların çok daha büyük facialara neden olmasını sağlayacaktır.

Türkiye Suriyeliler için günde 2,5 milyon dolar harcama yaparken, bir kuruluşun bir yıl için küçük bütçeli bir destek getirmesi ve bu konuda farklı bir model geliştirmeye çalışması ve hatta bu desteği vermeyi pek çok şarta bağlaması, Türk yetkilileri ve kurumları rahatsız edebilmektedir. Türkiye bu krizde güvenilmeyi ve desteklenmeyi fazlasıyla hak etmektedir.

Bu anlamda dış desteğin Türk devletine daha güvenle yaklaşması, Türk kurumlarının da miktarı değil, işbirliğini önemsemesi gerekmektedir.

Suriye Krizinin Geleceği

Dünyanın karşı karşıya kaldığı en büyük çaplı kitlesel göç hareketlerinden birisi olan Suriye krizi, sığınmacıların yerleştiği ülkeler bakımından da olağanüstü bir durum yaratmıştır. Türkiye de tarihi boyunca hiç karşılaşmadığı ölçüde büyük bir insani krizle son 3,5 yılda karşı karşıya kalmıştır. Bu kadar kısa bir zaman içinde 2 milyona yakın Suriyeliyi ülkesine kabul eden Türk toplumunun Suriyeliler konusunda ortaya koyduğu tavır takdir edilecek düzeyde olumlu gerçekleşmiştir. Üstelik Suriyelilerin sadece %10-13'ü kamplarda, geri kalanı ise Türkiye'ye dağılmış şekilde yaşamalarına rağmen 2015 başlarına kadar çok ciddi bir sorun yaşanmaması, tam tersine toplumun zaman zaman ortaya koyduğu tedirginlik ve endişelere rağmen Suriyelilere yardımcı olmak için gayret göstermesi son derece değerlidir. Özellikle 2014 yılı içinde yaşanan ve zaman zaman ırkçılığa, yabancı düşmanlığına, nefrete varacak olumsuz tavırlara rağmen genelde Türkiye'de Suriyeliler konusundaki "toplumsal kabul" düzeyinin olağanüstü yüksek olduğu söylenebilir. Arada yaşanan protestolar ve olumsuz olaylar önemli sinyallerdir ama genel tabloyu değiştirmemektedir. Ancak toplumsal kabul ucu açık, sonsuz ve bugünkü hali ile sürdürülebilir bir durum değildir ve sınırlarına dayanmıştır. Yani toplumsal kabulün yüksekliği, toplumun Suriyelilere yönelik endişeleri olmadığı anlamına gelmemektedir. Türk toplumunun olağanüstü mali ve insani fedakârlıklarla ortaya koyduğu toplumsal kabulün devamı ancak sürecin toplumun da desteğini alacak ve katılımını sağlayacak bir yönetim ile sağlanabilecektir. Bu konuda önemli bir yanılgı da Suriyelilerin komşu olması, aynı dine mensup olması vb özelliklerin toplumsal kabulü kolaylaştıracağına yönelik öngörülerdir. Yapılan pek çok saha çalışmasında Türk toplumunun konuya çok daha fazla "zulümden kaçanlara acil insani destek" şeklinde baktığını ortaya koymaktadır. "Suriyelilerle birlikte yaşamak" konusu ile bu güne kadar ortaya konulan olgun ve destekleyici tavır arasında ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Daha da önemlisi sorunların "kardeşlik ya da dindaşlık" ile aşılması çok da mümkün görünmemektedir. Dünyada yaşanan bütün kitlesel göç hareketlerinde de gözleendiği üzere, göçe maruz kalan toplumlarda ilk önemli tedirginlik güvenlik kaygısı olmaktadır. Bunu sağlık, eğitim, gibi kamu hizmetlerinde yeni gelen kitlelerden dolayı yaşanacak aksaklıklar takip etmektedir. Ama belki de en ciddi sorun, iş piyasasında "ucuz iş gücünden" kaynaklanacak rekabet olmaktadır. İşini, dolayısı ile refahını, rutinini kaybetme endişesi, kitlesel göçmenlere yönelik tepkileri hızla artırabilmektedir. Hacettepe Üniversitesi Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi (HUGO) tarafından Ekim 2014'de yapılan kapsamlı çalışmada, Türk toplumunun Suriyeliler ile arasına çok ciddi bir kültürel mesafe koyduğunu, endişelerin son derece yaygın ve üst düzeyde olduğu, Suriyelilerin bir an önce geri dönmelerini arzu ettikleri ve onlara vatandaşlık verilmesi ihtimaline de çok net biçimde karşı çıktığı gözlenmektedir. Bu durum, Suriyeliler politikasında Türk toplumunun desteğinin ne kadar önemli ve gerekli olduğunu da ortaya koymaktadır. 2 milyon civarındaki insanın Türk toplumu ile uyumlu bir biçimde yaşaması için ilk olarak Türk toplumunun sağlıklı olarak bilgilendirilmesi ve endişelerinin giderilmesi gerekmektedir. Aksi halde endişelerin yabancı düşmanlığına ve hatta ırkçılığa varacak bir şekilde tırmanması ihtimali ne yazık ki oldukça yüksektir. Bu nedenlerle bilimsel yöntemlerle verilerin toplanması ve politikaların bunun üzerine bina edilmesi son derece önemlidir. Önemli bir husus da kamunun sağlıklı veri paylaşımını bugüne kadar gerçekleştirememiş olmasıdır. Sürecin çok daha fazla "hak temelli" yürütülmesi, bu konuda evrensel hukuk kurallarının önemszenmesi ve sivil topluma mümkün olan en yüksek düzeyde inisiyatif verilmesi son derece önemlidir.

Türkiye'deki Suriyelilerin her geçen gün Türkiye'de sürekli olarak kalma eğilimleri artmaktadır. Bu durum dünyanın başka yerlerinde de gözlemlenen işin doğasına ilişkin bir durumdur. Her geçen gün yaşadıkları ülkede tutunmayı başaran insanlar, özellikle de geldikleri ülkeleri daha kötü koşullara sahipse, hele de savaş ortamı varsa, yaşadıkları ülkede kalmayı tercih etmektedirler. Türkiye'de yaşayan Suriyeliler, ülkelerinde barış ve huzur ortamı sağlanırsa geri dönebileceklerini söyleseler de bunun kısa ve orta vadede imkânsızlaştığını da kabul etmektedirler. Yani Türkiye'deki Suriyelilerin çok ciddi bir bölümünün artık geri dönmeyecekleri ve sürekli olarak Türkiye'de yaşayacakları bir gerçekliktir. Bu gerçekliğin bu güne kadar Suriyelilere yönelik olağanüstü bir toplumsal kabul ve

destek gösteren Türk toplumu ile paylaşılması ve onların desteğinin alınması gerekmektedir. Bunun birinci yolu da şeffaflık ve paylaşımıdır.

4 yıla yakın sürede, Suriye'deki rejime yönelik, gelenlerin sayısına ve kalış sürelerine yönelik yapılan neredeyse bütün öngörülerde ortaya çıkan yanlışlar ve bilgi paylaşımındaki eksiklikler toplumdaki tedirginliği daha da artırmaktadır. Suriyeliler politikasının dinamik bir yapıda olması zorunludur. Bu çerçevede Türkiye'nin "geçicilik" üzerine bina ettiği Suriyeliler politikası bir biçimde devam etmelidir ve hem Suriye'de barış ve huzurun sağlanması hem de Türkiye'deki Suriyelilerin geri dönüşü konusunda Türkiye özel çaba göstermek zorundadır. Ancak bununla eşzamanlı bir biçimde Türkiye'deki Suriyelilerin çok önemli bir bölümünün, yani en az 1 milyon Suriyelinin Türkiye'de sürekli olarak kalacağından hareketle birlikte yaşam (uyum) politikalarına başlanması gerekmektedir. Bu sayı ilerde özellikle "aile birleştirmeleri" yolu ile daha da artma potansiyeline sahiptir. Bu konuda ilk önemli adım %53'ünden fazlası 18 yaş altında olan Suriyeli çocuk ve gençlerin Türkçe öğrenmesini sağlamak ve böylece olağanüstü düşük seviyede olan (%15-20) okullaşma oranlarını artırmak olmalıdır. İkinci önemli husus, yerel halkın hak kaybına uğraması ya da kamu hizmetlerinden faydalanmasında Suriyelilerden kaynaklanacak aksamaların yaşanmamasına özel çaba gösterilmesi gerektiğidir.

Evrensel olarak bütün kitlesel göç olaylarında "çalışma hakları" önemli bir yer tutar. Süreç çalışma hakları konusunda ve yerel halkın aldığı hizmetlerin Suriyelilerden kaynaklanan bir biçimde aksamasına engel olmayı önemseyen bir hassasiyetle yürütülmelidir. Aksi halde bu güne kadar ortaya konulan olgunluk ve yüksek düzeyde toplumsal kabul, kısa sürede nefrete ve düşmanlığa da dönüşebilir. Suriyelilere "misafir" demek her geçen gün zorlaşmakta ve tıpkı Türklerin Avrupa'da yaşadıkları tecrübelerde olduğu gibi bir kabulü değil, dışlamayı çağrıştırmaktadır.

Suriyeliler konusu Türkiye'nin çok önemli bir gerçeği haline gelmiştir. Bu nedenle hem kriz hem de sonrası için mutlaka akademik çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Şu ana kadar bu konuda akademisyenlerin ilgisi yetersiz kalmıştır. Ancak sağlıklı veri elde etme imkânlarının son derece kısıtlı olması ve bu tür çalışmalara yeterince destek ve teşvik sağlanmaması da ilgisizlikle payı büyüktür. Şu ana kadar yürütülen en kapsamlı çalışmalardan birisi olan Hacettepe Üniversitesi Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi HUGO'nun "Türkiye'deki Suriyeliler: Toplumsal Kabul ve Uyum" başlıklı çalışmasında elde edilen bulgular bu anlamda oldukça değerli görünmektedir. Araştırmanın bulgularına göre Suriyeliler Türkiye'de olmaktan genel olarak memnun ve mutlu; Türk halkına ve devlete müteşekkirdirler. Suriyeliler "mümkün olursa" ülkelerine geri dönmek istediklerini ifade ederken, bu ihtimalin her geçen gün azaldığını da vurgulamaktadırlar. Suriyeliler için öncelik Türkiye'de çalışma haklarının sağlanması, böylece kendi ihtiyaçlarını kendilerinin giderme imkânına kavuşmaktır. Kendilerine "misafir" denilmesinden yavaş yavaş rahatsızlık duyduklarını ifade eden Suriyeliler, Cenevre Anlaşmasına Türkiye'nin koyduğu Suriyelilerin bu nedenle mülteci olmalarını engelleyen "coğrafi sınırlama"nın (çekince) kaldırılmasını talep ettikleri, mesleki ve/ya da eğitim bakımından nitelikli olanların mümkün olursa 3. ülkelere geçmek istedikleri, çocuklarının eğitim alamamasından son derece rahatsız oldukları, her geçen gün Türkiye'de kalmaya daha sıcak baktıkları gözlenmiştir. Suriyeliler, Türkiye'de vatandaşlık –özellikle de çifte vatandaşlık statüsü- verilirse hemen kabul edeceklerini de ifade etmektedirler.

Suriyeliler konusunda Türk halkının tavrı ise karmaşık bir yapıdadır. Türk toplumu "zulümden kaçmış" bu insanlara destek olmanın insanlık görevi olduğunu ifade ederken, tedirginliğini ve endişelerini de açık bir biçimde ortaya koymaktadır. 4 yıla yakın süre içinde 2 milyona yakın Suriyeliyi barındıran Türkiye'de toplumun aslında son derece yüksek bir "toplumsal kabul" gösterdiği rahatlıkla söylenebilir. Örneğin "savaş devam ediyor olsa bile geri gönderilmelidirler" önermesine çok ciddi bir karşı çıkış söz konusudur. Yine "din kardeşliği", "komşuluk" vb hususlar yerine "zulümden kaçanlara destek" zihniyetinin ön planda olması dikkat çekicidir. Ancak bu "kabul" ile Suriyelilerin sürekli

kalacağına yönelik endişeler, ortaya çıkan insani ve mali külfet, kamu hizmetlerinde özellikle bölge illerinde Suriyelilerden kaynaklı olarak yaşanan aksaklıklar ve büyük ölçüde algı düzeyinde kalsa da Suriyelilerin çeşitli güvenlik sorunları yaratacaklarına dair tedirginlikler dikkat çekmektedir.

Yapılan alan çalışmalarında Türk toplumunun komşu ve dinsel-kültürel bakımdan da oldukça türdeş olduğu düşünülen Suriyeliler ile arasına ciddi bir mesafe koyduğu, ötekileştirdiği gözlenmektedir. “Suriyeliler ile kültürel olarak aynı olduğumuzu düşünüyorum” önermesine destek sadece % 17’dir. Bu durum bir algı meselesidir ama gelecek planlamalarında ciddiye alınması gereken bir husustur.

Geçicilik-Kalıcılık ve Uyum Politikaları

Türkiye’de Suriyelilerin durumu ve geleceği konusundaki temel ayrım noktası, kuşkusuz “geçicilik-kalıcılık” hususudur. Doğal olarak kriz yönetimi ve göç politikası da bunun üzerine bina edilmek zorundadır. Suriye krizinin bu kadar uzun süreceği, başlangıçta öngörülemediği. Ancak artık Türkiye’nin Suriyeliler politikasının sadece “geçicilik” üzerine yürütülmesi mümkün görünmemektedir. “Geçicilik” beklentisi ile ertelenen, ötelenen ya da ihmal edilenler, gelecekte çok ciddi sorunları beraberinde getirebilir. Bu nedenle Suriyelilerin evlerine dönmesi konusunda iç ve dış politikada yapılması gerekenleri yaparken, çok önemli bir bölümünün Türkiye’de sürekli olarak kalacaklarına dair gerçekliği de görmek ve buradan hareketle de birlikte yaşam stratejilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Stratejilerin geliştirilmesinde bilgi temelli bir yaklaşımla dinamik süreç yönetiminin öncelikli olarak dikkate alınması; konu uzmanlarının, akademisyenlerin, sivil toplumun, uluslararası kurum ve kuruluşların bilgi ve önerilerinden yararlanılması son derece önemlidir. “Kalıcılık” ile ilgili stratejilerin insan ve hak merkezli olması ve aynı zamanda Türk toplumunun bu konuda desteğinin alınması hayati önem taşımaktadır.

Türkiye’deki Suriyeliler konusunda aradan geçen 3,5 yılı aşkın süre ve 1,6 milyonu aşkın sığınmacının Türkiye’deki kalış süreleri her geçen gün artmakta ve hatta sürekliliğe dönüşmektedir. Tam da bu nedenle, hem bu günü anlamak hem de gelecek konusunda projeksiyon yapmak bakımından ele alınması gereken en önemli konulardan birisi artık “toplumsal kabul ve uyum” konusudur. Kriz Türk toplumunu ekonomik, sosyal, siyasal, psikolojik ve özellikle de güvenlik yönleri ile doğrudan ilgilendirmektedir. 3,5 yılda 1.8-2 milyon insanı kabul eden Türkiye’nin uluslararası hukuka uygun olarak ve gayet insani bir ilkedan hareketle uyguladığı “açık kapı” politikası, sayıların ve kalıcılık sürelerinin artması ile ciddi bir riske dönüşmektedir. Bütün bunlara rağmen, Suriyelilere yönelik olarak Türk toplumunun 3,5-4 senede ortaya koyduğu olumlu tavır ve yüksek toplumsal kabul “sınavı”nın olağanüstü başarılı olduğu da söylenebilir. Ancak özellikle 2014 yılında yaşanan Suriyelilere yönelik protesto, eylem ve hatta saldırılar, toplumsal tahammülün ve kabulün sürdürülebilirliğinin kendiliğinden sağlanamayacağını da ortaya koymaktadır. Bu anlamda toplumun gösterdiği “kabulün” sürdürülebilirliği için çok hassas bir göç yönetimi geliştirilmesi, bunun için de en başta Türk toplumunun desteğinin alınması gerektiği açıktır. Kriz, sadece olağanüstü büyük bir mali külfetten öteye, toplumsal etkileri bakımından da acilen ele alınmalıdır. Burada belki de en acil ve hassas konu, Suriyelilerin Türkiye’de geçicilikler-kalıcılıkları konusundaki öngörülerle ilişkili politikaların geliştirilmesidir.

Panel: Soru Yanıt

Panel Yöneticisi: Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Evet, gerçekten çok yetkin dört tane sunum dinledik. Eminim, sorularınız, geri bildirimleriniz, katkılarınız vardır. Saat 12.30'a kadar da zamanımız var. Şimdi söz sizlerde.

Buyurun.

Dr. Sezai Berber (Türkiye İnsan Hakları Vakfı) - Ben, Dr. Sezai Berber; Türkiye İnsan Hakları Vakfı adına burada bulunuyorum. Yaklaşık 20 yılı aşkın süredir de Türkiye'deki sığınmacılarla ilgili çalışıyorum, asli görevim işkence tedavisi olmakla birlikte.

Ben, Murat Erdoğan hocadan, Türkiye'deki sığınmacıların diğer profilini de bize sayı olarak aktarmasını beklerdim. Çünkü devletin Suriyeliler konusunda ikili bir tutumu var.

Türkiye Cumhuriyeti Devleti, kanunen mülteci kabul etmiyor arkadaşlar. Sığınmacılar var. Sığınmacılar, Suriyeliler ayrı; ama düşündüğümüzden çok daha fazla İranlı ve Iraklı sığınmacılar var ve her sene, biliyorsunuz, Karaburun-Çeşme açıklarında insan kaçakçıları tarafından uygunsuz koşullarda taşınırken boğulanları görüyoruz. Bu sığınmacıların altında dışlanan gruplar da var. Mesela, Suriyelilerin arasından gelenlerin Dom diye tarif ettikleri ayrı bir Çingene grubu var, Roman grubu. Bunlar bile kendi aralarında farklı. Bu topraklarda Ezidileri de yaşadık. Ezidilerin her birinin hem öbür tarafta, hem bu tarafta tecavüze uğradığını da gördük.

Bunlara dedikodu demeden önce, bu kampları en azından sivil toplum örgütlerinin denetimine, ziyaretine açmaları gerekiyor ki dedikoduları engellesinler. Burada çok fazla insan hakları ihlalleri yaşandığını biliyoruz ve burada AFAD'ın tekeli kimse kıramıyor. Hiçbir sivil toplum örgütü de buraları gezip inceleme yapamıyor. Biz de Türkiye İnsan Hakları Vakfı olarak resmen giremiyoruz.

Panel Yöneticisi- Buyurun Murat hocam.

Doç. Dr. Murat Erdoğan - Sezai bey; teşekkür ederim. Değindiğiniz konu, benim de üzerinde durduğum ve önemsedğim bir şey.

Türkiye'de, Suriyeliler gelinceye kadar, yaklaşık olarak 200-220 bin civarında yarı sığınmacı vardı. Biz onları yasal olarak mülteci kabul etmiyoruz. Hep böyle etraftan dolaşıyoruz. Çünkü 1951 Cenevre Antlaşmasını çekinceyle, coğrafi çekinceyle kabul ettik. Bu, şu anlama geliyor: Bize sadece Avrupa'dan gelenlere mülteci diyoruz, diğerlerine mülteci demiyoruz. Bu da bunların hiçbir hakka ve hukuka sahip olmadan Türkiye'de kalmalarına neden oluyor. Bu, olağanüstü bir insan hakkı sorunu ve bunun acilen giderilmesi lazım. Yani bu konuda yüzde yüz katılıyorum size. Şimdi yeni bir yasa getirdik ve onunla ilgili bir yönetmelik. Burada mülteci, şartlı mülteci vesaire vesaire diyor. Suriyelilerle ilgili daha özel bir statü getirdik; onlara da geçici koruma altındaki kişiler diyoruz.

Ezidiler konusu gelmişken, bir şey söyleyeceğim: Türkiye'de, uzun süre, Türkiye'nin dış politikasının da bir parçası olarak, Suriye'den gelenlerin yüzde 90'ı, 95'i Sünni Araplardan oluşuyordu. Ama IŞİD'in devreye girmesi sonrasında o bölgeden kaçan insanların Türkiye'ye sığınmasıyla birlikte, Türkiye'deki Suriyelilerin etnik yapısı da değişti, dini yapısı da değişti; Ezidiler geldi, Ermeniler geldi, Asurîler geldi, Aleviler geldi. Dolayısıyla, onda yeni bir çeşitlenme oldu. Ama bu, Türkiye Devletinin bilerek ve isteyerek belirlediği bir şey değildi. Başlangıçta hem oradan gelenler tercihen Türkiye'ye geliyordu, Sünni Araplar, hem de Türkiye'nin de işine geliyordu bir biçimde. Ama o coğrafya biraz değişti.

Ama tekrar edeyim, hocamın söylediği çok önemli; Türkiye'nin bu konuda atması gereken en önemli adım, Cenevre Antlaşmasındaki bu çekinceyi kaldırmak. Komedi gibi. 4 tane ülke bu çekinceyi tutuyor.

Bunlardan birisi Kongo, diğeri galiba Madagaskar, biri Türkiye. Bir ülke daha var, ismini bile hatırlamıyorum. Bunun anlamı da yok. Çünkü Türkiye artık bir hedef ülke haline geldi.

Türkiye bu konuyla eninde sonunda karşı karşıya. Bu sadece hani bizim biraz Şark kurnazlığıyla olayı kapatmaya çalıştığımız bir şey. Bu, mültecileri de çok zor durumda bırakıyor ve onların haklarını da.

Ülkesini terk etmek zorunda kalan herkes mülteci. Birleşmiş Milletlere göre, evrensel hukuka göre. Benim burada kullandığım sığınmacı, mülteci vesaire kavramlardaki kargaşa da bundan kaynaklanıyor.

Panel Yöneticisi - Teşekkür ediyoruz.

Başka sorusu, katkısı olan var mı acaba?

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış - Ben bir şey ekleyebilir miyim bu şeyle ilgili? Konuşmam sırasında zaman nedeniyle de çok vurgulayamadım.

Panel Yöneticisi - Tabii, buyurun.

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış - Zorunlu göç meselesindeki kadınların yaşadığı sorunlar gerçekten çok özel ele alınmak zorunda. Zaten savaş nedeniyle, savaş mağduru olarak kaçıp gelen grupların, biraz önceki sunumda hocamız da sundu, yüzde 80'i kadınlar ve çocuklardan oluşuyor. O nedenle onların sorunları öne çıkıyor ve sadece yüzde 13'ü kamplarda, o kamplara da kimseyi sokmuyorlar. Geri kalan büyük bir çoğunluğu hiçbir şey olmaksızın Türkiye'nin pek çok yerinde. Özel iller gösterilmiş durumda; ama onun dışında, her yerde varlar. Hayatlarını sürdürmek zorunda kalıyorlar. Yaşadığımız il olan Ankara'da 30 bin Suriyeli var ve TOKİ'nin yıkmak üzere olduğu, içini boşalttığı, ama şu anda onları yerleştirdiği, yaklaşık 20 bininin yaşadığı Ulubey bölgesi var, Siteler'in hemen arkasında. Bir sağlık hizmeti ünitesi kurulmuş durumda. Şimdi biz de orada bir şey başlatacağız, Hacettepe Halk Sağlığı Anabilim Dalı olarak, kadınlara yönelik bir destek hizmeti başlatacağız. Son derece şey durumdalar; yani nereye gidecekleri belli değil, çalışma koşulları çok kötü... Üst katta Emniyet'in dış ilişkiler dairesi bir kimlik veriyor, geçici kimlik. Bir sürü çocuk, küçücük çocuklar var ve kadınlar var. Çocukların gözlerindeki ifadeyi bir görseniz; bilmiyor, bakıyor, polisler bir şey yapıyor, çekiyor, parmak bastırıyor falan, ellerine bir kâğıt veriliyor, sonra da hizmet alsınlar diye... Aşağıda tercümanlar aracılığıyla iki şey kurulmuş, oradan hizmet almaya çalışıyorlar. "Peki, ne yapıyor bu insanlar; ne yiyor, ne içiyor?" falan dedik; "Bilmiyoruz. Bizim konumuz da değil" dedi Emniyet'ten gelen kişi.

Burada kadın ticareti meselesine dikkat çekmek istiyorum. Yani zorunlu göç meselesinde saptayamıyoruz, sayısal olarak kanıtımız yok; ama teorik olarak bildiğimiz, bu tür göç olgularında kadınların kadın ticareti mağdur olmaları meselesi var.

Kumalık meselesini siz vurguladınız. Ama hizmet veren grupların duyarlı olması gerekiyor; bu kadınları koruyacak mekanizmaları da oluşturmamız gerekiyor.

Prof. Dr. Ferhunde Öktem - Çocuklarda madde bağımlılığı açısından çok ciddi risk altında.

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış - Evet.

Doç. Dr. Murat Erdoğan - Ben sağlıkla ilgili bir şey söyleyebilir miyim? Belki iyi de olabilir, hani bu UNESCO'nun ilkeleri, herkese sağlık çerçevesinde.

Panel Yöneticisi - Buyurun.

Doç. Dr. Murat Erdoğan - Türkiye'de şu ana kadar Suriyeliler için verilen sağlık hizmeti sayısı, poliklinik sayısı 7 milyonu aşmış durumda. Bunlar hem bölgede, hem bölge dışında. Eğer kayıt olurlarsa ve bir kimlikleri varsa, o zaman Türkiye'de devlet hastanelerinden ücretsiz sağlık hizmeti alabiliyorlar. Daha önce ilaçlarla bazı sıkıntıları vardı, o da büyük ölçüde giderildi. Hoş, bazı yerlerde hâlâ bu sıkıntı yaşanıyor; bazı eczaneler, paralarını geç aldıklarını söyleyerek ilaç vermiyorlar vesaire. Ama sağlık konusunda üç aşağı beş yukarı belirli bir yere gelindi.

Türkiye'de, dediğim gibi, başlangıçta olayı asla öngöremedi Hükümetimiz ve bunların çok kısa zamanda gideceğini düşündüğü için, kayıtlama işlemine de girmediler. Sonra yardım kampanyaları aksamaya başladı; bazıları birkaç sefer yardım alırken, bazılarında hiç yardım ulaşmadı. Şimdi de devlet hizmetlerinden yararlanabilmenin şartı olarak mutlaka kayıt altına alınma zorunluluğu getirildi. Biyometrik kayıt denilen bir kayıt altına alma; parmak izi veriyorlar, fotoğraf çekiyorlar vesaire. Ancak o şekilde kayıt altına alınırlarsa hizmet alabileceklerine dair bir noktaya gelindi. Bu, aslında bence mülteciler için çok iyi bir şey. Çünkü aksi halde, organ mafyasından tutun da beyaz kadın ticaretine ya da aklınıza gelebilecek her konuda tehlikelerle karşı karşıyalar. Çünkü o kadar çok refakatsiz çocuk var ki, bunların ne olacağı, nereye gideceği de belli değil. Bu konulara özel dikkat etmek lazım.

Hazır refakatsiz çocuk demişken, bir noktanın daha altını çizeyim: Türkiye'deki Suriyelilerin sayısı, bizim isteğimizin dışında, bir biçimde artacak gibi görünüyor. Sebebi de şu: Daha aile birleştirmeleri gündeme gelecek. Yani bunların kalıcılığı netleşince, bu sefer annesi, babası, kardeşi vesaireyle, yakın çevreden oluşan aile birleştirmeleriyle bu sayı daha da artacak gibi görünüyor.

Dediğim gibi, ben bu konuda sadece daha önceki tecrübeler ve dünyada yaşananlardan kaynaklanan bir uyarıda bulunuyorum. Başka yapacak bir şeyim yok. Cinsel istismar vesaire konularda da, dediğim gibi, haddimi bilmek istiyorum sadece, o konuya girmek istemiyorum. O konu çok hassas bir konu. Bu aynı zamanda bir etiketleme konusu. Onun için, o konuda, hani ben öyle bir kanıtla karşılaşmadıkça ya da benim elime bir veri verilmedikçe bir şey söyleyebilecek durumda değilim.

Sadece bu kadarını söyleyeyim.

Panel Yöneticisi - Siz de bu konuda önleminizi aldınız zaten. Sizi örselememeye karar verdik, o yüzden o konulara biz de girmedik. (Gülüşmeler)

Kesişen kümeler var aslında sorun alanları açısından.

Buyurun hocam.

Prof. Dr. Saadet Ülker (Türk Hemşireleri Derneği) - Benim Şevkat hanıma bir sorum olacak.

Konuşmanız sırasında, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımına yer verdiniz. O sağlık tanımını, o tam iyilik olma hali vurgusunu gerçekten benimsiyor musunuz? Yoksa halen geçerliliğini koruduğu için, metin olarak, tanım olarak vermek gereğini mi duydunuz? Tam iyilik hali olması mümkün müdür?

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış - Ben, doğrusu, benimsiyorum ve benimsememiz gerektiğini, bir halk sağlıkçı olarak da benimsememiz gerektiğini düşünüyorum. Çünkü insan sağlığını etkileyen tüm faktörleri ele almamızı işaret ediyor. Bir yönüyle de ideal bir yanı var; tam iyilik halini sağlamak mümkün mü? Ama önümüze, yapmamız gereken, olduğumuz noktadan daha iyi hale getirmek üzere de bir hedef koyuyor. Bugün sağlığın geliştirilmesi ya da hedef olarak söylediğimiz, hep kullandığımız, Dünya Sağlık Örgütü'nün de kullandığı, yaşama yıllar katmak, yıllara yaşam katmak. Bu, sürekli olan bir şey. Yaşamı uzatacağız, ama o uzattığımız yaşamı yaşanması yıllar yapacağız, kadın için, erkek için. Böyle de bir ideali ortaya koyması açısından, doğrusu, ben bilerek kullanıyorum ve doğru buluyorum böyle kullanmayı.

Prof. Dr. Saadet Ülker (Türk Hemşireleri Derneği) - Bunu size sormak istememin nedeni de şu: Çok tartışma var bu konuda, biliyorsunuzdur mutlaka; bunun idealist bir yanı olduğu, ütopyik yanı olduğu konusunda. "Yaşamda sağlıklı olmayı öne çıkarmak hedef olmamalı, yani her şey sağlık dememeli, üretici olmak, üretimi ön plana çıkarmak esas olmalı. Üretebilmek için sağlıklı olmalı" tartışması da var. Dünyanın bir tarafından geliyor bu tartışmalar. Tabii, bu tartışıldıkça, Dünya Sağlık Örgütü'nün bu tanımına karşı, her ne kadar iyi niyetli ve geleceğe dönük bir itici güç içeren bir tanım olarak orada duruyorsa da, böyle durmadığı da düşünülebilir. Çünkü tam iyilik hali nasıl olabilir, bunu tanımlamak çok zor. Sosyolojik olarak tanımlayabilirsiniz belki tam iyilik halini, birey özelinde ya da toplum genelinde, bilemem. Ama fiziksel olarak mesela nasıl tanımlayabilirsiniz? Bir yüksek tansiyonlu tam iyilik halinde değildir. Bir şeker hastası tam iyilik halinde birisi değildir.

Ama üretimi esas aldığınızda, asıl olanın üretim olduğu, temel amacın üretim olduğu ilkesinden hareketle, şekerinizi kontrol altına aldığınız zaman, tansiyonunuzu kontrol altına aldığınız zaman, tam iyilik halinde değilsinizdir, ama üretebilecek bir konumda olabilirsiniz ve öyle zannediyorum ki, bu nedenle de, sağlık tanımına alternatif, Dünya Sağlık Örgütünden başka ileri gelenlerin düşünceleri, sağlıkla ilgili tanımları da var.

Panel Yöneticisi - Katkınız için teşekkür ediyoruz.

Buyurun.

Arş. Gör. Engin Fırat - Merhabalar.

Adım, Engin Fırat; Sosyal Hizmet Bölümünde araştırma görevlisiyim

Bir anımı paylaşmak istiyorum.

Eşine şiddet uygulayan erkeklerle bir grup çalışması yapıyorum Ankara'da. Eğitim tedbiri alan erkekler Ankara'daki ŞÖNEM'e geliyorlar, biz öfke kontrolü eğitimi yapıyoruz. Bu kapsam içerisinde toplumsal cinsiyet eğitimi de vermeye çalışıyoruz.

Bir grup çalışmasının sonunda bir katılımcı şöyle bir açıklamada bulunmuştu; gayet samimi bir şekilde, grup çalışmasının sonunda şöyle demişti: "Biz sanırım eşlerimizi çocuklarımız gibi görüyoruz; onları sürekli denetim altında tutmaya, kontrol etmeye, dövmeye yöneliyoruz."

Bu söylem aslında içerisinde çok fazla şey barındırıyor. Bunu şunun için açıkladım: Burada örselenebilir iki grup var; kadınlar ve çocuklar. Bu grupların örselenmelerini artıracak bir mekanizma var aslında, biraz da bunun altını çizmek lazım; erkeklik inşası. Bu erkeklik inşasının özellikle bu çalıştayda biraz es geçildiğini düşünüyorum. Gruplar var, ama bu grupların örselenmesine neden olan bağlamları biraz da göz önünde bulundurmanız gerektiğini düşünüyorum. Çünkü bağlamlar ve ortam örselenme durumunu katbekat artırıyor. Sadece erkeklik inşasının ve bu paternalist ilişkilerin, özellikle sağlık alanındaki noktalarda örselenme durumunu çok artırdığını, engeller konusunda da özellikle artırdığını vurgulamak istedim. Bunun altını çizmek gerektiğini düşünüyorum.

Teşekkür ederim.

Panel Yöneticisi - Biz teşekkür ediyoruz.

Bugünün sonunda, aslında bundan sonra belki de kendimize ödev olarak belirleyeceğimiz şey, tam da sizin söylediğiniz şekilde, belki küçük çalıştaylarla konunun daha spesifik olarak çalışılmasına katkı sunmak. Kadın çalışmacıları da erkeklik temasına çalışarak buna çoktan başladılar bile.

Buyurun.

Av. Berna Özpınar - Teşekkür ediyorum.

Ben, Yeşim hocama bir soru yöneltmek istiyorum.

Yaşadığımız çağ, gençlik üzerine, güzelleşmek üzerine aslında tüm bireylere bir dayatma empoze ediyor. Kanımca, yaşlı olmak bir suç gibi insanların üzerine yüklenmiş durumda. Sürekli, "Besin takviyesi alın, spor yapın" vesaire vesaire gibi birtakım zorlamaların içerisindeyiz. Acaba bunlar da bir savunmasızlık sebebi değil midir, bunlar da bir örselenme sebebi değil midir? Yani yaşlılık konusunda bu da o bölümde çok daha aciliyet ve öneme ulaşıyor bence. Bunu sormak istedim.

Teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal - Çok teşekkür ederim.

Ben de kesinlikle katılıyorum söylediklerinize. Zaten sorunuzun yanıtı içinde gibi oldu.

Sektörün ve medyanın pompalamasıyla, gerçekten, yaşlanmama gibi bir ödev veriliyor hanımlara. Ne yazık ki. Özellikle de entelektüel kesime bu veriliyor.

Küçük bir anekdot: Dün, Çankaya Belediyesinin 100 Artı Yaş Kulübünde bir toplantımız vardı ve talepleri üzerine, ağız ve diş sağlığı, akılcı ilaç kullanımı, bitkisel ürünler vesaire gibi bilimsel temelli birtakım konuşmalar, söyleşiler yapıldı. Çıkarken geri bildirimler sundular. En cazip olan, en ilginç olan geri bildirim de şuydu: “Bize nasıl güzelleşeceğimizi anlatın, bize güzellik tüyoları verin” şeklinde talepleri oldu.

Demek ki, yaş ilerlese bile, bize empoze edilen “genç, güzel, alımlı, havalı” imajı oluşturmamızı gerektiren davranışlar, yaklaşımlar, buna yönelik tüketim hiçbir şekilde engellenemiyor. Ama bizler bilinçlendikçe ve bu yönden konuyu ele aldıkça konuyu, bu şekilde yaklaştıkça, umarım bunu aşabileceğiz.

En çok dikkatimi çeken şu: Genellikle televizyon programlarında, tartışma programlarında, çok ileri yaşta, bazen deforme olmuş pek çok erkek gayet güzel davet edilir, konuşmalar yaparlar; ama oradaki hanımların hepsi çok güzel, çok alımlı, çok bakımlı, çok genç olmak durumundadır. Yaşları ileri bile olsa, genç bir havalının olması gerekir. Bunu aşmak da herhalde biraz sektöre karşı tavır koymakla olabilecek. Çünkü çok ciddi bir pompalamayla karşı karşıyayız.

Bu konuyu açtığınız için teşekkür ederim.

Panel Yöneticisi - Evet, sanırım hepimiz yorulduk, acıktık. Saat 14.00’te tekrar burada olmak üzere, herkese afiyet olsun.

Uzman Görüşleri / Forum

Moderatör: Doç. Dr. Nüket Erbaydar

erbaydar@hacettepe.edu.tr

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

HÜKSAM Yönetim Kurulu

Dr. Aslıhan Akpınar - Öğleden sonra oturumuna hepiniz tekrar hoş geldiniz.

Şimdi katılımcı kurum temsilcilerinin kendi belirledikleri savunmasız grupları ve bu savunmasız grupların savunmasızlığını ortadan kaldırmak adına yaptıkları çalışmaları ve önerilerini dinleyeceğiz.

Moderatörümüz, Doç. Dr. Nüket Erbaydar; Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, aynı zamanda HÜKSAM Yönetim Kurulu Üyesi.

Buyurun hocam.

Moderatör- Çok teşekkür ederim Aslıhan Hanım.

Ben, sabah yürütülen oturumdan çok yararlandım, çeşitli notlar aldım. Umarım sizler için de yararlı olmuştur. Öğleden sonra da, sahadan gelen, aktiviteler düzenleyen grupların sunumları, söyleyecekleri şeyler var mutlaka. Onlardan da yarar sağlayacağımızı düşünüyorum.

Ancak, her zamanki gibi zaman baskısı hepimizi sınırlayan bir şey olarak ön plana çıkıyor. Buradan programa bakıyorum, 14.00-15.40 arasında süremiz var, 1 saat 40 dakika. Buradan, 19 kurumun, görüşlerini, deneyimlerini paylaşmak üzere Biyoetik Merkeziyle randevu yaptığını görüyorum.

Burada Aslıhan hanımların yaptığı bir sıralama var, bunu mu takip edelim; yoksa sizin farklı bir yöntem öneriniz var mı? Onu sorayım öncelikle.

O zaman, buradan gideceğiz. Ama izin verirsiniz, üç merkezden gelen arkadaşlarımızın mazeretleri nedeniyle biraz daha önde sunum yapıp, mesela çocuklarını almak gibi, gayet dünyevi, günlük hayata dair talepleri oldu. Bunun da karşılanabileceğini düşünüyorum. O yüzden, izin verirsiniz, üç merkezden arkadaşlarımızın sunumlarını öne çekeceğim ve sizlerden de, programda belirtildiği üzere, zamana uygun hareket etmenizi rica edeceğim. Çünkü basit bir matematik hesabı yaptım, 1 saat 40 dakika içerisinde 8 dakikalık 19 merkez sunumu sığmıyor. O yüzden de 8 dakikayı kullanmak için ısrar etmezseniz, zamanımızı çok daha iyi kullanabiliriz.

Türkiye İnsan Hakları Vakfı

Dr. Sezai BERBER

sezaiberber@gmail.com

İzin verirseniz, Türkiye İnsan Hakları Vakfı ile başlamak istiyorum.

Dr. Sezai Berber; buyurun.

Hizmet spektrumları içerisinde yer alan grupların savunmasızlıkları nereden kaynaklanıyor? Hizmet sunumu içerisinde ve araştırmalar söz konusu olduğunda, örselenebilirlikleri önlemek ve ortadan kaldırmak üzere ne tür yaklaşımlar kullanıyor merkeziniz? Bunlardan kaçınmak için ne tür yöntemler kullanıyorsunuz ve bizlere neler öneriyorsunuz? Bunları duymak için sabırsızlanıyoruz.

Teşekkür ederiz.

Dr. Sezai Berber (Türkiye İnsan Hakları Vakfı)- Efendim, ben Dr. Sezai Berber; psikiyatri uzmanıyım, Türkiye İnsan Hakları Vakfı Kurucular Kurulu üyesiyim.

Türkiye İnsan Hakları Vakfı, 1990 yılında Türk Tabipleri Birliği ve İnsan Hakları Derneği ve bir grup aydın tarafından kuruldu. Amacı, işkence görenlerin ve doğrudan cezaevi koşulları nedeniyle hastalananların bakımını sağlamak. Bu anlamda dünya üzerinde önemli bir merkez olduğunu söyleyebilirim.

Bugünkü gündemimize gelirsek;

Bizim el yordamıyla bulduğumuz bazı şeyleri İstanbul Protokolü adı altında dokümente ettik. İstanbul Sözleşmesiyle karıştırmayalım lütfen. İstanbul Protokolü, savunmasız/örselenebilir grupların muayenesinde, görüşmesinde dikkat edilecek hususlar konusunda Birleşmiş Milletler kararı olmuş önemli bir belgedir. Türkçesini ve İngilizcesini vakfın sayfasından bulabilirsiniz.

Dünyada ölüm cezasının dahi bazı istisnaları var. Ama savaş koşulları dâhil, istisnası olmayan tek şey, işkence. İşkence dediğimiz zaman, kişiler arasında değil, devlet tarafından yapılan işkenceden bahsediyoruz. İşkence ve kötü muameleyi önlemeyi görev bilmiş devlet tarafından, bilgi alma, korkutma, yıldırma amacıyla kişilere eziyet edilmesi, dayanılmaz acı çektirilmesi olabiliyor. Bu, sıklıkla fiziksel boyutta işlense de, zaman içerisinde işkence boyut değiştirebiliyor; işkencenin mutlaka ruhsal boyutu da oluyor ve yıllar sonra da bu işkence takip edilebiliyor.

Uluslararası hukukta bir terim var; amir hüküm, beylik hüküm dedikleri. Her türlü şartta, savaş hali dâhil her türlü şartta işkenceyi yasaklamasına rağmen, daha önce, 12 Eylül döneminde, biliyorsunuz, elektrik işkencesi, falaka, başkaları kullanılmıştı; şimdi, gözaltına alınmış insanların, enterne edilmiş insanların yüzüne gaz sıkmayı da işkence olarak niteliyoruz. Kapalı ortamlara, hastanelere gaz sıkmayı da işkence tanımı içinde düşünüp, işkencenin yeni boyutunda biber gazının yasaklanmasını istiyoruz.

Bu süre içerisinde Türkiye İnsan Hakları Vakfı ne yaptı? 25 yıl içerisinde yaklaşık 15 bin kişiye ulaştığımız, cezaevlerini izlemeye çalışıyoruz, dokümente ediyoruz. Bazen de riskli gruplarda acil durum çağrısı yapıp, işkencenin önlenmesi konusunda çabalarımız oluyor. Fizik tedavi, psikiyatri, dâhiliye gibi branşlar da ana konularımız ve dediğim gibi, İstanbul Protokolü, bizim el yordamıyla, hastayı tekrar travmatize etmemek açısından bulduğumuz yöntemleri dokümente eden bir belge. Uluslararası kuruluşlara da zaman içerisinde danışmanlık veriyoruz.

Biliyorsunuz, son dönemde Türkiye İnsan Hakları Kurumu kuruldu. Biz bu kurumu, Paris Şartları dediğimiz şartlara uymadığı için anlamakta zorluk çekiyoruz. Bağımsız merkezler, özerk merkezler olmasını istiyoruz.

Sabah da ifade ettim, Türkiye'de ciddi bir göçmen nüfus var. Suriyelilerden önce İranlılar geldi. Daha alt bölgelerden gelenler var, Somali'den gelenler var. Onların tedavisinde, dokümantasyonunda, başka ülkelere geçişlerinde raporlanmasında vakfımızın çalışmaları oluyor.

Şimdilik bu kadarını söyleyeyim. Soru gelirse tekrar söz alırım.

Moderatör - Çok teşekkür ediyoruz.

İnsan Hakları Vakfına soru var mı acaba? Yok. Peki.

Çok teşekkür ederim.

HÜ HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi

Dr. Aygen Tümer

atumer@hacettepe.edu.tr

O zaman, ikinci sırada Dr. Aygen Tümer’i davet edelim; Hacettepe Üniversitesi AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi.

Buyurun.

Aygen hanıma da aynı soruyu yöneltelim. Acaba çalıştığınız grupların hangi özellikleri onları savunmasız kılıyor? Hizmet sunumu ve araştırma aşamalarında örselenebilirlikleri önlemek ve ortadan kaldırmak üzere ne tür yaklaşımlar kullanıyorsunuz ve bize ne tür önerileriniz var?

Dr. Aygen Tümer (H.Ü. AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi)⁶ - Öncelikle bu çalıştayın düzenlenmesinde emeği geçen, başta Sayın Başkan olmak üzere, tüm ekibe çok teşekkür ediyorum ve Hacettepe Üniversitesi AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi adına sevgi ve saygılarımı iletiyorum.

Süreme sadık kalarak HIV/AIDS hastalığı hakkında çok kısa bir-iki bilgi vermek istiyorum.

Bizler kendi alanımızda, savunmasız, örselenebilir, riskli davranışta bulunan, riskli, hassas, birçok terim kullanıyoruz. Bu gruplardan kimleri kastediyoruz? İlk başta kast ettiğimiz, HIV enfeksiyonu açısından da karşımıza ciddi problem olarak çıkan seks işçileri, mahkûmlar ve damar içi madde kullanıcılarıdır.

HIV/AIDS hastalığı, ilk defa 1981 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde tanımlanmıştı. Herkesi etkileyebilen bir hastalık, çünkü cinsel temas başlıca bulaş yolu. İkinci bulaş yolu da kan ve kan ürünleri ki günümüzde hem dünyada, hem Türkiye’de kan nakliyle bulaşma oldukça azalmış durumda, hatta yok sayabiliriz. Burada önemli olan, damar içi madde kullananların kullandığı ortak enjektör. Dolayısıyla, işin içine cinsel temas girince, korunmasız yapılan her cinsel temasta bulaşma olasılığı var. HIV enfeksiyonu, dünyada ırk, din, dil, yaş, cinsiyet ayrımı yapmadan herkesi etkileyebilen bir hastalık ve bu hastalığa bağışık olan kimse yok.

Sabahki oturumda, Şevkat hocam söylemişti, şu anda yaşayan tüm dünyadaki HIV enfekte hasta sayısı 35 milyon. 1981 yılından beri yaklaşık 37 milyon kişiyi bu hastalık nedeniyle kaybettik. Topladığımız zaman, belki 70 küsur milyon size pek bir şey ifade etmez; ama Türkiye'nin nüfusuna yakın bir nüfus bu hastalıktan etkilendi dersek, rakamın büyüklüğünü anlamış oluruz.

Evet, dünyada bu kadar artarken acaba ülkemiz ne durumda? Slaytlarda gördüğümüz ilk yıl 1985, 1 hastamız var. Şu an -en son rakamları size getirdim, Aralık 2014- 9379 yaşayan, bilinen hastamız var.

Diyeceksiniz ki, 10 bin hasta bir hastalık için aslında çok az.

Ama 10 bin sadece bilinen, yani buzdağının üstteki görünen kısmı. İşin içinde cinsellik olduğu için, altta bilmediğimiz, görmediğimiz çok büyük bir kısım var. Burada en önemli nokta son 10 yılda yüzde 485’lik bir artışımız mevcut. Bu da gerçekten düşündürücü.

⁶ İlgili sunuma adresten ulaşılabilir:

http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/arsiv/savunmasiz_calistay_24_03_2015.php

Ülkemizde en sık bulaşma yolu; korunmasız yapılan heteroseksüel cinsel temas, ikinci sırada homoseksüel/biseksüel cinsel temasdır.

Türkiye'deki en büyük problem, kırmızıyla gösterilen bilinmeyenler hanesi. Siz hastaya soruyorsunuz, hiç cinsel temas öyküsü yok, damar içi madde kullanımı yok, kan nakli yok. Onu, ağzından çıkan doğru kabul ettiğimiz için, bilinmeyenler hanesine yazıyoruz. Bana kişisel olarak sorarsanız, “Bu bilinmeyenler acaba hangi gruba dâhil olur?” diye; büyük bir yüzdesi cinsel temasa, son 3-4 yılda da homoseksüel cinsel temas hanesine girebilir.

Biz diyoruz ki HIV/AIDS hastalığı için, riskli davranışta bulunan kişi. Çünkü cinsel temas da, damar içi madde kullanımı da kişinin bireysel olarak karar verdiği, hatta zaman zaman para vererek, peşinde koşarak, isteyerek yaptığı davranışlar. Biz grup terimini çok tercih etmiyoruz. Ama o da kullanılıyor. Savunmasız/örselenebilir kişi, riskli davranışta bulunan kişi, zor ulaşılan grup bizim için en güzel terim oluyor. Damar içi madde kullananlar, seks işçileri özellikle kayıt dışı olanlar, göçmen vatandaşlar ve mahkûmlar; bu dördü Sağlık Bakanlığının zor ulaşılan grup, savunmasız/örselenebilir grup olarak verdiği kişiler.

Türkiye bu gruplar için neyi başardı? Sadece üç hastalık için, AIDS, tüberküloz ve malarya için bir fon var, ihtiyacı olan ülkelere vermek için. Sağlık Bakanlığı 2005 yılında bunu aldı ve buradaki hedef kitle, örselenebilir/savunmasız dediğimiz gruplardı. Mahkûmlar, MSM, damar içi madde kullanıcıları, kayıt dışı ticari seks çalışanları, hepsiyle ilgili farkındalık eğitimleri, tarama testleri, gönüllü danışmanlık ve test merkezleri açılması gibi faaliyetler yapıldı.

Bizim bu alanda HATAM olarak yaptığımız çalışmalardan ilki; Ankara’da Pembe Hayat Derneği ile kayıtsız seks işçileri ile, yüz yüze danışmanlık vererek, bire bir testlerini yaparak, ne kadarı HIV pozitif, Sağlık Bakanlığı verilerine uyumlu mu diye baktık. Sonuç Sağlık Bakanlığının verdiği rakamlardan daha yüksek çıktı.

İkinci çalışmamızı ise, 2010 yılında Dünya Bankasıyla gerçekleştirdik. “Riskli meslek” dediğimiz gruplarla; turizm çalışanları, kamyon şoförleri, denizciler ve inşaat işçileri ile çalıştık. 1 yıl içinde dört ilimizde, dört gruba ulaşarak anket çalışmaları yaptık.

Web sayfamız, hatam.hacettepe.edu.tr diye var, her aktivitemiz orada mevcut.

Biz bu gruplarla aktif çalışıyoruz. Danışmanlıklarını 19 yıldır yapıyorum, en önemli özellikleri çok ilgili ve eğitime açık gruplar. Bundan sonra da sizlerle birlikte çalışmak bizim gücümüzü artıracaktır.

Teşekkür ediyorum. (Alkışlar)

Moderatör - Çok teşekkür ediyorum Aygen hanıma.

HATAM’a, çalıştıkları savunmasız/örselenebilir gruplar olarak tarif edilenler üzerinden soru var mıdır?

Buyurun Sezai Bey.

Dr. Sezai Berber - HIV pozitif bulduğunuz hastaların partnerlerini söyletmeye yönelik herhangi bir şey yapıyor musunuz?

Dr. Aygen Tümer- Sağlık Bakanlığı 6 aydır hukukçuları ile beraber bu konu üzerinde çalışıyor. Ben Merkezimizde HIV danışmanlığı veriyorum. Biz hastayı ikna ediyoruz. Bu belki 1 ay sürer, belki 3 ay sürer. Mutlaka onlara ulaşırsınız, mutlaka partnerlerine söylemelerine ikna edersiniz. Ama zorunlu olarak üçüncü şahıslara (akli melekeleri yerinde değilse söylenmesi zorunludur) söylenmesi diye bir şey yok. Sabahki oturumda konuşuldu, özellikle cinsellikte kadının hayır diyememesi önemli bir sorun. Ama biz, seks işçilerine de öğretmeye çalışıyoruz. Kadın vajinal kondomuna kadar her şey mevcut. Bunları anlatırsanız, bunları gösterirseniz biraz daha işler kolaylaşıyor. MSM’ler için anal kondomlar, kayganlaştırıcılar mevcut. Biraz eğitim, biraz bilgilendirme ile ileri adımlar atabileceğimizi düşünüyorum.

Moderatör - Peki, çok teşekkür ederim, çok sağ olun.

Dr. Aygen Tümer - Ben teşekkür ederim.

H.Ü. Çocuk İstismarı Değerlendirme, Araştırma ve Tedavi Komisyonu (ÇİDAT)

Doç. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

balseven@hacettepe.edu.tr

Moderatör- Üçüncü sırada Aysun Hanım var, ÇİDAT adına.

Aynı soruları ona da yönelteceğim.

Acaba hizmet sunumu ve araştırmalar söz konusu olduğunda, sizin hizmet spektrumunuz içinde bulunan grupların örselenebilirliklerini önlemek ve ortadan kaldırmak üzere ne tür yaklaşımlar kullanıyorsunuz, bize neler öneriyorsunuz?

Buyurun.

Doç. Dr. Aysun Balseven Odabaşı - Çok teşekkür ediyorum.

Öncelikle şunu belirtiyim: Bu savunmasız ve örselenebilir gruplarla ilgili olan bu toplantıyı çok anlamlı buluyorum. Bu konuda ne kadar çalışsak azdır diye düşünüyorum gerçekten.

Ben de bu savunmasız grupların belki de en savunmasız ve en bu konuda örselenebilir olanı olduğunu düşündüğüm çocuklarla ilişkili birtakım şeyler paylaşacağım sizlerle.

Çok iyi biliyoruz aslında, çocuk istismarı ve ihmalinin tanımına bakacak olursak; çok kısaca, çocuğun sağlığı, bakımı ya da korunması konusunda sorumlu olan kişilerin (bunlar aile bireyleri olabiliyor ya da bakım veren kişiler olabiliyor) yaptığı ya da yapmadığı eylemler sonucunda çocuğun fiziksel, ruhsal, sosyal yönden zarar görmesi, sağlığının ve güvenliğinin tehlikeye girmesi olarak tanımlıyoruz.

Savunmasız gruplar içerisinde de, dediğim gibi, çocukların ayrıca bir savunmasızlıkları var. Aslında bu çocukları korumak herkesin çok temel görevi, toplumun temel görevi. Ama sağlık profesyonelleri söz konusu olduğunda, bu çocuklarla karşılaşma olasılığınız çok daha fazla oluyor ve bu konuda da, hani bu savunmasızlığın giderilmesi noktasında sağlık profesyonellerinin çok daha fazla sorumluluk üstlenmeleri de gerekiyor.

Cinsel, fiziksel, duygusal istismar ya da ihmale uğramış çocukların saptanması, değerlendirilmesi ve sonradan gelişebilecek süreçler açısından bakıldığında, bunlara özel multidisipliner ekipler oluşturulması çok önemli.

Hacettepe’de ilk kez 2003 yılında bir “Çocuk İstismarı ve İhmali” toplantısı olmuştu. O zaman, şimdi emekli olan birtakım hocalarımız vardı. Bu aslında çok da tepki çeken bir toplantı olmuştu. Çünkü şöyle bir şey demişlerdi: “Bizim ülkemizde hiç dayak yemeyen çocuk var mıdır; hangimiz dayak yemedik ki?! Siz biraz da abartıyorsunuz bu işi. Dünyada olabilir böyle şeyler, ama bizde olmaz” falan denilmişti. Sonra, 2005 yılında, Çocuk İstismarı ve İhmali Değerlendirme Merkezini kurduk. O günden bugüne toplantılarımız devam ediyor. Çok sayıda vak’amız var. En son yaklaşık 300 civarında olgu değerlendirdik. Bunların çok büyük bir kısmı cinsel istismar. Ama fiziksel istismar ve yine korunma altına alınması gereken çocuklar da çok sayıda idi.

Bizim ekibimizde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları var, adli tıp uzmanları var, çocuk psikiyatrları var, bunların yanında sosyal hizmet uzmanları ve psikologdan oluşan bir ekibimiz var. Biz, 2005 yılından bu yana her ay düzenli toplantılar yapıyoruz ve vak’alarımızı tartışıyoruz.

İş akışımız şu şekilde: Hastane acil servise bir vak’a geliyor, çocuk acile gelen vak’a. Hemen acil uzmanı tarafından değerlendiriliyor, çok hızlı şekilde adli tıptan konsültasyon istiyor.

Adli tıp, çocuk ruh sağlığıyla birlikte çocuğu değerlendiriyor. Biz, özellikle çocukların travmatize olmaması için, hani tekrar tekrar muayeneler olmasın diye çocuğu birlikte değerlendiriyoruz. Sonrasında da çocuğun izlemi, tedavisi ve tüm bu süreçleri birlikte değerlendiriyoruz.

Yaptığımız iş içerisinde aslında çocuğun gerçekten hayatını kurtaracak kimi girişimler oluyor. Bazı fiziksel istismarlar sanki dayaktır, çok basit bir şeydir gibi görünmekle birlikte, şiddetin gerçekten hiçbir ölçüsü yok. Gördüğümüz bir çocuk vardı, babası tarafından dayak yemişti. Bir polisti çocuğun babası. Çocuğu duvara fırlatmış ve çocuğun kolu kırılmıştı. Bu kol kırığına baktığımızda, evet, önemli bir yaralanma; ama bugün kolu kırılan çocuğun yarın kafasının kırılmayacağını hiçbir garantisi yok. O nedenle, fiziksel istismar da son derece hayati bir konu ve bu konuda duyarlı olmamız gerekiyor. Dayak yiyerek, dayak sonucunda ölen birtakım çocuklar var ve biz bunların geriye dönük dosyalarını değerlendirdiğimizde, aslında bu çocukların farklı nedenlerle pek çok kez hastaneye gelmiş olduklarını görüyoruz.

O nedenle, çocuğu değerlendiren hekimin şüphelenmesi ve bu savunmasız grupları koruyabilmesi çok önemli.

Aynı şey cinsel istismar için de geçerli. Eğer bir hekim bu konuda duyarlı olur, farkında olur ve ne yaptığının bilincinde olursa, cinsel istismara son verebilir. Eğer siz bunu bir yerde durdurmazsanız ya da durdurmaya başaramazsanız, bu süregelen bir şeydir ve çocuğun bu örselenmesi çok daha uzun zaman devam edecektir. O nedenle, burada sorumluluğumuz gerçekten çok fazla. O nedenle, bu ekiplerin oluşturulması çok önemli, çok değerli. Şu anda pek çok üniversitede çocuk istismarıyla ilgilenen birimler var, arkadaşlarımız da yine çok güzel çalışmalar gerçekleştiriyorlar.

Çocuk istismarıyla ilgili söylenebilecek çok fazla şey var. Ancak, bugünkü konumuz açısından, sağlık hizmetine ulaşma noktasında baktığımızda, aslında ihmal olguları sağlık hizmetine ulaşmada çok sorunlu olan olgular. Sağlık hizmetine ulaşmada belki sosyal adaletsizlik nedeniyle pek çok kişinin sıkıntıları olabilir. Ama bir çocuğu ailesi sağlık hizmeti almaya getirmese, bu çocuk zaten bu hizmeti almaktan mahrum kalmış olacak. O nedenle, tüm ihmal olguları bu grupta değerlendirilebilir.

Yine birtakım araştırmalar için çocukların kullanıldığı araştırmalar söz konusu. Burada yine hekimlerin çok duyarlı olması gerekiyor.

Yani aslında belki de kabaca aklımızda tutacağımız en önemli şey, bu savunmasız grupları örselenmeden koruyabilecek en önemli grubun sağlık profesyonelleri olduğu ve bizim de çalışmalarımızı bu yönde sürdürmemiz gerekiyor.

Farkındalık ve duyarlılık geliştirmek çok önemli. Biz bu amaçla üniversitemizde asistanlarımıza eğitimler düzenliyoruz, yine hizmet içi eğitimler düzenliyoruz. Medyada da bu konuda farkındalık ve duyarlılık oluşturmak çok çok önemli ve değerli.

Dediğim gibi, burada da multidisipliner ekiplerin kurulması çok önemli. Bizim üniversitemizde olduğu gibi, pek çok üniversitede de var. Çocukların örselenmemeleri için bunların sayılarının çok artırılması gerekiyor.

Ciddi bakımsızlık ya da ihmalle gelen çocuklarda da sosyal hizmetlerle temasa geçilmesi ve çocuğun bu durumunun değerlendirilmesi, gerekirse o çocuğun o aileden alınmasına kadar gidebilecek süreçleri de yürütmekten, çocukların yararı açısından hiç çekinilmemesi gerekir diye söyleyebiliriz.

Teşekkür ediyorum. (Alkışlar)

Moderatör - Aysun hanıma çok teşekkür ediyoruz.

Acaba çocuk ihmal ve istismarı konusunda, hizmet ve araştırmalar boyutunda, merkez temsilcisi arkadaşımıza soru var mı? Yok.

Çok teşekkür ediyoruz, çalışmalarınızda başarılar diliyoruz.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Dr. Alev stndağ

alev.ustundag@saglik.gov.tr

Şimdi, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı'ndan Alev Hanım'a söz vermek istiyorum.

Buyurun Alev Hanım.

Bakalım, kurumun yaptığı çalışmalar neler; hizmet sunumu ve araştırmalarda kendileri için örselenebilir gruplar için neler yapıyorlar, neler öneriyorlar?

Alev stndağ (Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı)- Merhaba.

Ben, Alev stndağ; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ruh Sağlığı Programları Daire BaŐkanlıęında ocuk sağlığı ve Gelişimi Uzmanı olarak görev yapıyorum.

Daire Başkanlığı olarak yürütmekte olduğumuz iki tane programla ilgili size bilgi aktaracağım.

Bu programlardan birisi 0-6 Yaş ocuğun Psikososyal GeliŐimini Destekleme Programı. Biz PGD olarak kısaltıyoruz programımızı. Program, psikososyal gelişim destekleme yöntemlerini birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre ederek, gelişimin en hızlı olduğu gebelik ve 0-6 yaş döneminde çocuğu destekleyip, ruhsal, sosyal ve bedensel olarak sağlıklı nesiller yetiŐmesini sağlamayı amaçlıyor. Program aile sağlığı merkezlerinde uygulanıyor. Eğitim almış aile sağlığı elemanı tarafından, yeni tespit edilen bütün gebe, anne, bebek, ocuk ve babaların durumları izleniyor ve gerekli durumlarda aile hekimine başvuru yapılıyor. İkinci basamak ve üçüncü basamakta da yönlendirme yapılıyor program kapsamında. Sağlık kurumları dışında da ailelerin destek almasını gerektiren sorunlar varsa eğer, sorunlarına uygun olarak destek alabilecekleri merkezlerle de ilgili bilgilendirme yapılıyor. Böyle bir yapılanması var programın.

Program kapsamında izlediğimiz, tespit ettiğimiz risk faktörleri; alkol bağımlılığı, psikotik bozukluğu, depresif bozukluğu, anksiyete bozukluğu, zihinsel engelliliği olan anneler, gebeler ve babalar, kadına yönelik Şiddete uğramış gebeler ve anneler, ihmal ve istismar mağduru olan çocuklar, gelişim geriliği olan çocuklar, beslenme yetersizliği olan anneler, gebeler ve çocuklar, otizm ve gelişimsel risk altında olan çocukların takibini yapıyoruz.

Program kapsamında düzenli besin desteği verme, ikinci basamak sağlık kuruluşuna yönlendirme, özellikle istismara uğrayan ocuktansa Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına yönlendirme, Cumhuriyet Savcılığına bildirme, emniyet glerine bildirme ya da milli eğitim müdürlüklerinin rehberlik araştırma merkezleri tarafından yürütülmekte olan 0-36 Aylık Gelişimsel Risk Altındaki ocuklar Aile Eğitim Programına katılması için aileyi yönlendirdiğimiz müdahalelerimiz var.

Bu program kapsamında ASM'lerde aile planlaması eğitimi, anne-baba-ocuk iletiŐimi, çocuğa yaklaşım konusunda eğitim, beslenme yetersizliğine yönelik eğitimi, sigara-alkol kullanımının zararları konusunda eğitim, sosyal destek alabilecekleri kuruluşlar hakkında eğitimler veriliyor.

Bu program 52 ilde uygulanıyor. Bebek ve ocuk olarak 2.094.451 çocuğun takibini yapıyoruz, 15.310 tane de gebe takibimiz var.

Bir diğer programımız da cinsel istismara uğramış çocuğa müdahale kapsamında yürüttüğümüz çalışmalarda ocuk İzleme Merkezleri.

Çocuk İzleme Merkezleri, 0-18 yaş arasında cinsel istismar mağduru olan veya şüphesi bulunan çocuklara yönelik hizmetlerin verildiği bir merkez. Multidisipliner bir yapıya sahip. Günün 24 saati çalışmalarını sürdürüyor. Merkezde çocuk hekimi, psikolog, çocuk gelişimci, sosyal çalışmacı, hemşire ve sekreter görev yapıyor. Adli tıp uzmanı, çocuk psikiyatrisi, kadın doğum uzmanı ve çocuk cerrahi uzmanı da konsültasyonla çalışıyor. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı temsilcimiz de merkez içinde görev alan uzmanlarımız arasında.

Çocuk İzleme Merkezlerinin koordinasyonu Sağlık Bakanlığında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından yürütülüyor. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, baro, kolluk kuvvetleri ve cumhuriyet savcılığı da bizim paydaşlarımız olan kurumlar arasında.

İstismara uğradığını düşünen çocuk eğer şüphedeyseniz bizden sadece danışma ve konsültasyon hizmeti alıyor. Ama yapılan danışmalar sonrasında eğer istismara uğradığı tespit edilirse uzmanlar tarafından da, şüpheli olarak işlem yapılıyor. Kolluk birimleri, öğretmenler, sağlık personeli, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı personeli, müftülük personeli, muhtar, meslek örgütleri, vatandaşlar, aile ve çocuk bildirimde bulunabiliyor. Jandarma ve çocuk polisi, sivil ekip ve sivil araçla çocuğu çocuk izleme merkezine getiriyorlar ve orada da çocuğun adli görüşme süreci başlıyor.

Çocuk İzleme Merkezinde adli görüşme, aile görüşmesi, adli muayene ve psikiyatrik değerlendirme yapıyoruz.

Adli görüşme sırasında, yaşanan olayla ilgili ifadenin alındığı odamız var, aynalı bir oda. Aynanın diğer tarafında savcı, sorumlu hekim, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı temsilcisi, savcının kâtabi yer alarak görüşmeyi izliyorlar.

Aile görüşmesinde, süreçle ilgili aileye danışmanlık ve gerekli hizmetlerin verilmesi için uzman arkadaşımız destek veriyor.

Adli muayenede de adli tıp uzmanı tarafından değerlendirilmesi yine çocuk izleme merkezi içerisinde yapılıyor.

Çocuk izleme merkezinde ayrıca oyun odası, ergen görüşme odası ve konaklama odası mevcut. Enstest vakalarında özellikle çocuğun aileye verilmemesi gereken durumlar olduğu zaman, bir gece çocuğun çocuk izleme merkezinde konaklamasını sağlıyoruz.

Şu anda 20 ilde 21 tane merkezimiz var. Ankara, Edirne, İstanbul (2 tane), Kocaeli, Bursa, Manisa, İzmir, Denizli, Antalya, Konya, Mersin, Adana, Kayseri, Samsun, Trabzon, Sivas, Elazığ, Diyarbakır, Van ve Gaziantep'te merkezimiz var.

Adli görüşmecileri bir eğitime tabi tutuyoruz. Bu, sertifikalı bir eğitim programı. 1 hafta teorik eğitim, 2 hafta ilk uygulama eğitimi ve 4 hafta da ileri uygulama eğitimi alıyorlar. Toplamda 205 personele bu kapsamda eğitim verdik. Personelin eğitim almadan Çocuk İzleme Merkezinde görevlendirilmesi söz konusu olmuyor; bu eğitimi başarılı bir şekilde bitirmek durumundalar.

Ayrıca yaptığımız farkındalık çalışmalarımız var. 2010 yılında iki aşamalı çocuk ihmal ve istismarı konusunda farkındalık eğitimi yaptık kurum temsilcilerine. Onlar da kendi kurumlarında 59.214 kişiye farkındalık çalışmaları kapsamında eğitimler verdiler. 2014 yılında 391 savcı adayına bu eğitimleri gerçekleştirdik. Çocuk İzleme Merkezi olan illerin yaptıkları farkındalık eğitimleri ve çalışmaları var. 2014 yılında 11.951 kişiye çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitim verildi. Bunun için hazırladığımız Çocuk İzleme Merkezi genel tanıtım broşürümüz var, çocuk ihmal ve istismarıyla ilgili broşürler var ve Çocuk İzleme Merkezinde kolluk kuvvetinin görev ve sorumluluklarının ne olduğunu ifade eden bir broşürümüz var.

2012-2014 yılında vak'a sayısına baktığımız zaman da, toplamda 10.218 tane vak'a değerlendirildi Çocuk İzleme Merkezinde.

İstismarcının yakınlık derecesine baktığımız zaman da, yüzde 26,5'i arkadaş-sevgili olarak karşımıza çıkıyor.

Teşekkür ederim. (Alkışlar)

Moderatör- Alev hanıma çok teşekkür ediyoruz.

Acaba Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ruh Sağlığı Daire Başkanlığının yaptığı çalışmalar için sorunuz ya da katkınız var mı?

Buyurun.

Prof. Dr. Leyla Dinç (HÜ Hemşirelik Fakültesi) - Aslında hem Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Daire Başkanlığına yöneliktir bu sorum, hem de Türkiye İnsan Hakları Vakfı temsilcisi Sayın Sezai beye yöneliktir.

Çocuk istismarı ve ihmalinin ya da tacizlerin önlenmesine yönelik eğitim, araştırma ve izleme faaliyetleri tabii ki son derece önemli. Ama merak ediyorum, özellikle cezaevlerinde özgürlüğü kısıtlanmış olan çocukların taciz edilmesi, doğrudan tecavüze uğraması durumunda ne tür faaliyetler yürütülmektedir? En son örneğini Adana Pozantı Cezaevi'nden hatırlıyoruz. Bu tacize-tecavüze uğramış çocuklara yönelik ne yapılıyor?

Teşekkür ederim.

Dr. Sezai Berber - Öncelikle yaptığımız, tabii ki bize kadar geliyorsa, tedavisini yapmak, adli raporlandırmasını yapmak.

Burada, işkence iddialarında da, ilk görüşme değerlendirmesinde olayın analizini almak ve sonuçla illiyet bağı kurmak, raporlandırma ve ceza anlamında çok önem taşıyor. Biz, bu tür duyurular aldığımızda, İnsan Hakları Vakfı olarak, İnsan Hakları Derneği olarak, TTB olarak, ilgili kurumların ziyareti konusunda bakanlıklara başvuruda bulunuyoruz, hasbelkader çıkmışsa tedavisini yapıyoruz ve mutlaka raporlandırmasını yapıyoruz. Çünkü burada belki biz bir kişiden bahsediyoruz; ama kuşaktan kuşağa aktarılan travmalar olduğunu, çocuğuna, onun çocuğuna yansıdığını biliyoruz. Dediğim gibi, tedavi, dokümantasyon ve önlemeye yönelik çalışmalar yapıyoruz.

Moderatör - Alev Hanım; siz soru soran arkadaşımıza yanıt verecek misiniz?

Alev Üstündağ - Tabii.

Çocuk İzleme Merkezlerinin daha farklı bir yapılanması var. Bu bahsettiğiniz konu Adalet Bakanlığı yapılanması içerisinde olduğu için bulunmaktadır. Onlara müdahale edebilmemiz için, şikâyet ya da talep olması gerekiyor; bize başvuru yapılabilmesi ve bunların değerlendirmesinin yapılması için. Hani doğrudan bizimle alakalı olarak söylüyorsanız, bunu söyleyebilirim. Daire Başkanlığımıza gelen bununla ilgili bir şikâyet ya da talep olmadığı için yapılan bir çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca cezaevlerine girmek o kadar kolay değil maalesef. O, bizim de elimizi bağlayan bir durum. Ama Adalet Bakanlığı tarafından gerekli çalışmalar şeyler mutlaka yapılacaktır. Zaten bizim farkındalık eğitimi yapmak için gittiğimiz gruplar arasında bunlar da var. Hedef grubumuzu saymadım; ama çocukla karşılaşan veya karşılaşma ihtimali olan tüm meslek elemanlarına ve tüm kurumlara eğitim veriliyor.

Moderatör - Çok teşekkür ediyoruz.

Buyurun.

Dr. Eyüp Ruşen - Merhabalar.

Ben, Dr. Eyüp Ruşen; Adli Tıp Anabilim Dalında asistanım.

ÇİM'de istismar vak'alarına bakıldığı söylendi. Bu istismar vak'aları sadece cinsel istismara yönelik mi; yoksa fiziksel istismara yönelik de çalışmalar yapmayı düşünüyor musunuz? Çünkü bu fiziksel istismarın bizim toplumumuzda atlandığını, bizim bir kültürümüz haline geldiğini düşünüyorum. Yani bu zincir nerede kopacak acaba, böyle bir çalışmanız var mı?

Bir de cinsel istismar vak'alarında başvuru şekli nasıl oluyor? Çocuk kendisi öğretmenine anlatıyor, öğretmeni mi geliyor; yoksa adli bir makam süzgecinden geçtikten sonra mı bu başvurular oluyor? Bunun hakkında bilgi verirseniz sevinirim.

Alev Üstündağ - Çocuk İzleme Merkezlerimiz, sadece cinsel istismar vak'alarının izlendiği merkezler. Daha önceki toplantılarımızda da, "Fiziksel istismar ve diğer istismar türlerine yönelik de böyle bir yapılanma olabilir mi?" diye konuşuldu. Ama bu sefer amacından çok fazla sapacağı için, daha özellikli bir grup olarak cinsel istismara uğrayan çocuklar olarak kalmasına karar verildi. Onunla ilgili farklı çalışmalar belki ileriki dönemlerde yapılacaktır; ama şu anki yapılanması sadece cinsel istismara yönelik.

Çocuk, öğretmenine anlatıp da, öğretmeni çocuğu alıp, doğrudan Çocuk İzleme Merkezine getirip, "Böyle bir durumdan şüpheleniyorum, çocuk bana böyle bir şey anlattı, ama doğruluğundan emin değilim" dediği zaman, Çocuk İzleme Merkezinin danışma kısmında arkadaşlarımız görüşme yapıyorlar. Eğer şüphe gerçekse, gerçekten varsa böyle bir mağduriyet durumu, o zaman kolluğa haber veriyorlar ve mutlaka işlemler başlıyor. Kendisi de başvurabiliyor çocuk. Herkes başvuru yapabiliyor aslında; ama çocuğun da mutlaka ifadesinin alınması ve onun dinlenmesi lazım. Hani "Ben böyle bir şey duydum" diyerek başvuru yapıldığı zaman, çocuk yoksa bir işlem yapamıyoruz.

Moderatör- Teşekkür ederiz Alev hanıma.

Çocuk İzlem Merkezleri

Dr. Alev Üstündağ

alev.ustundag@saglik.gov.tr

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Çocuk istismarı ile etkin mücadele faaliyetleri kapsamında; cinsel saldırılara maruz kalmış çocukların korunmasını sağlamak ve örselenmesini asgariye indirmek amacıyla Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı (Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Genel Komutanlığı), Milli Eğitim Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, Hâkimler ve Savcılar Yüksek Kurulu, Yargıtay Başkanlığı ve Ankara Cumhuriyet Başsavcılığı'nın paydaş olduğu bir çalışma başlatılarak Ankara'da bir pilot merkez olarak "Çocuk İzlem Merkezi" (ÇİM) kurulmuştur.

Çocuk İzlem Merkezi'nin (ÇİM) amacı, cinsel istismar olgularının kurumlardaki yönetimi sırasında, bu kurumların işini kolaylaştırmak yolunda tüm gereksinimlerini karşılamak ve bunu yaparken kurumları çocuğun ayağına getirerek, çocuğu sistem içinde ikincil örselenmeden korumaktır.

04.10.2012 tarihli ve 28431 sayılı Resmi Gazete'de "Çocuk İzlem Merkezi Başbakanlık Genelgesi" yayımlanmıştır. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü koordinasyonunda 23.07.2014 tarihinde Çocuk İzlem Merkezleri Yönetmeliği çalışmaları kapsamında son aşamaya gelmiş bulunmaktadır.

Çocuk İzlem Merkezleri'nde 0-18 yaş grubu cinsel istismara uğradığı düşünülen çocukların adli görüşmeleri, adli ve psikiyatrik muayene ve takipleri yapılmaktadır. ÇİM cinsel istismara uğrayan çocuklara multidisipliner hizmet veren bir yapıdır. 24 saat hizmet vermektedir. Çocuk Gelişimcisi, Psikolog, Sosyal Çalışmacı ve hemşire 24 saat nöbet sistemi ile çalışmaktadır. Çocuk Psikiyatrisi Uzmanı, Adli Tıp Uzmanı ve Çocuk Hekimi konsültasyonla çalışmaktadır.

Ankara Çocuk İzlem Merkezi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir hastane çatısı altında, ilgili kurumların koordinasyon içinde çalışacağı, dışarıdan hastanenin diğer kliniklerinden ayırt edilemeyecek fiziksel özelliklerde, çocuğun tekrar örselenmesini engelleyecek biçimde bütün adli ve tıbbi işlemlerin tek merkezde, tek seferde yapılmasına imkân verecek koşullarda, çocuk dostu bir ortam olup, 18 Ekim 2010 tarihi itibarıyla hizmet vermeye başlamıştır.

Söz konusu merkezlerin 2015 yılı sonuna kadar 28 Sağlık Hizmet Bölgesi'ne yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Birinci aşamada Ankara (2 merkez), Adana, Antalya, Bursa, Diyarbakır, Erzurum, Gaziantep, İstanbul (5 merkez), İzmir, Kayseri, Samsun, ikinci aşamada ise Şanlıurfa, Manisa, Eskişehir, Elazığ, Van, Trabzon, Edirne, Denizli, Kocaeli, Konya, Mersin, Sivas illerine "Çocuk İzlem Merkezi" açılacaktır. Hâlihazırda Ankara, Gaziantep, Kayseri, Samsun, Diyarbakır, Bursa, Adana, İzmir, Antalya, Elazığ, Kocaeli, Konya, Sivas, Van, İstanbul (2 adet), Manisa, Edirne, Mersin ve Trabzon illerinde ÇİM hizmet vermeye başlamıştır. Toplamda 19 ilde 20 ÇİM bulunmaktadır.

ÇİM'de görev yapacak personel için teorik ve uygulama aşamalarından oluşan eğitim programları düzenlenmektedir.

Yapılan eğitim; 19 Şubat 2015 tarihinde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından "Çocukla Adli Görüşmeci Sertifikalı Eğitim Programı" olarak kabul edilmiştir. 1 hafta teorik eğitim, 2 hafta ilk uygulama ve 4 hafta da ileri uygulama eğitimi olarak toplamda 245 saat sürmektedir.

10, Çocukla Adli Görüşmeci Sertifikalı Eğitim Programı düzenlenerek toplamda 205 personele eğitim verilmiştir.

ÇOCUK İZLEM MERKEZİNİN KURULUŞ AMAÇLARI

1. Cinsel istismara uğrayan çocuğa inceleme ve tedavi aşamasında gerek görülen sağlık, eğitim, kolluk kuvvetleri, hukuk ve adalet sistemi gibi işbirliği yapılması gereken diğer kamu kuruluşları ile eşgüdüm içinde hizmet sağlanması.
2. Merkezde oluşturulacak güvenli ve çocuk dostu ortam ile çocuktaki travmanın etkilerinin azaltılması.
3. Korunma altına alınması gereken olgularda, çocuğun kalabileceği uygun bir ortam sağlanıncaya kadar geçici bir süre barınma, beslenme, giyim, sağlık ve güvenlik gereksinimlerinin karşılanması.
4. Ailenin yaşadığı travmanın ve yaşanan olayın sağlıklı değerlendirilmesi amacıyla aile ile görüşülmesi. Ailenin ilk danışmanlık gereksinimlerinin karşılanması.
5. Toplumun çocuğa yönelik suçlar ve korunma yolları konusunda eğitimlerinin yapılması.

ÇOCUK İZLEM MERKEZLERİNE BAŞVURU ŞEKİLLERİ

1. Çocuğa hizmet veren ya da hizmet verdiği sırada çocukla karşılaşan personelin bildirimini
 - Öğretmenler
 - Sağlık personeli
 - ASPB personeli
 - Müftülük personeli
 - Muhtar
 - Kolluk birimleri
2. Sivil toplum kuruluşlarının bildirimini
3. Kişisel başvuru – vatandaşın bildirimini
4. Ailenin başvurusu
5. Çocuğun başvurusu

ÇOCUK İZLEM MERKEZİNİN İŞLEYİŞİ

Meslek elemanları bir çocuğun cinsel olarak istismar edildiğine ilişkin bilgi edinirse ya da şüphe ederse öncelikle kolluk kuvvetlerine ya da cumhuriyet savcılığına ihbar etmek zorundadır. İhbarı alan jandarma ya da polis çocuğun ÇİM'e ulaşımını sağlar.

Kolluk kuvvetleri ilgili Cumhuriyet Savcısına haber verir ve ÇİM'i bilgilendirir. ÇİM çalışanları Baro'dan avukat talebinde bulunur. Kolluk kuvvetlerinin sivil personeli, çocuğu sivil bir araçla Çocuk İzlem Merkezine getirir. Bu arada Cumhuriyet Savcısı ve Baro'dan görevlendirilen avukat da ÇİM'e gelir.

Çocuk İzlem Merkezinde Adli Görüşme Süreci;

Çocuğun ifadesi (adli görüşme) alanında uzman olan personel (Adli Görüşmeci) tarafından, aynalı bir odada, ses ve görüntü kaydı yapılarak alınır. Çocuktan ifade alındığı sırada;

- Cumhuriyet Savcısı,
- Kolluk kuvveti,
- ASPB personeli
- Çocuğun Avukatı
- Adli Tıp Uzmanı / Çocuk Psikiyatristi / Sorumlu Hekim aynanın arka tarafındaki bir odada bulunur ve ifadeyi izler.

Ek sorular sormak gerektiğinde adli görüşme yapan personel kulaklıkla haberdar edilerek çocuktan tüm kurumlar için gereken bilginin alınması sağlanır. Çocuğun muayenesi merkezde bulunan hekimler (Adli Tıp Uzmanı, Çocuk Psikiyatristi ve Çocuk Hekimi) tarafından yapılır. Vücudun tümü (cinsel organlar da dâhil olmak üzere) detaylıca muayene edilir, fizik bulgular kaydedilir. Adli görüşme ve muayene sürecinde çocuğun kısa süreli koruma ve tedavi tedbiri bu merkezde yürütülür. Çocuğun kalacak yeri yoksa aileye verildiğinde risk oluşacaksa, işlemleri bitmemiş, ertesi gün gelmesi sıkıntı oluşturacaksa; bir gece çocuk ÇİM’de misafir edilir. ÇİM’de nöbetçi personel ve polis vardır, nöbetçi yoksa icapçı çocukla birlikte ÇİM’e gelir.

ÇİM’de bulunan konaklama odaları 1 çocuk ve bir refakatçinin kalabileceği 2 yataklı ve duşludur. Çocuk muayene sonrası duşunu alabilir. Temiz çamaşır, pijama, diş fırçası verilir. O gece acil bir durum yoksa bir şey yapılmaz işlemler ertesi gün başlar (Savcı aksi bir şey istememişse).

Olay eğer akut ise, delil toplanması gerekiyorsa gece bile olsa icapçı Adli Tıp Uzmanı ve Hemşire gelerek adli muayene yapılır. Ailenin ve mağdurun derinlemesine, detaylı ve kendi yaşam ortamlarında incelenmesinin faydalı olacağını düşünüldüğü hallerde savcının yazılı talimatı doğrultusunda merkezde ASPB temsilcisi olarak görev yapan sosyal çalışmacı tarafından sosyal inceleme yapılarak raporlanır. Raporun adliyeye ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na ulaşması sağlanır.

24.09.2014 tarihinde Barcelo Ankara Altınel Otelinde 75 ilgili kurum ve kuruluş temsilcisinin katılım sağladığı Çocuk İzlem Merkezleri işleyişi ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri kapsamında “Çocuk İzlem Merkezleri Çalıştay” gerçekleştirilmiştir. Çalıştay sonuç raporu ilgili kurum ve kuruluşlara bildirilmiştir.

ÇİM FARKINDALIK EĞİTİMLERİ

Bu merkezlerin yaygınlaştırma çalışmaları kapsamında Bakanlığımız tarafından uç noktada görev yapan, çocukla karşılaşan ve karşılaşma ihtimali bulunan sağlık personeli, sınıf öğretmeni, rehber öğretmen, çocuk polisi, karakol polisi, jandarma çocuk büro çalışanları, sosyal hizmet çalışanları ve kuran kursu öğreticilerini kapsayan 137 kurum temsilcisine 2010 yılında 2 aşamalı “Çocuk İhmal ve İstismarı” farkındalık eğitimleri verilmiştir.

Kurum	Unvan	Toplam
İl Sağlık Müdürlüğü (663 sayılı KHK öncesi)	Hekim, Ebe, Hemşire, Sağlık Memuru, ATT, Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı, Fizyoterapist, Diğer	2625
İl Jandarma Komutanlığı	55 Astsubay 62 Uzman Jandarma	117
İl Emniyet Müdürlüğü	200 Polis Memuru 5 Amir	205
İl Müftülüğü	758 Kuran Kursu Öğreticisi 2518 İmam-Hatip, Müezzin, Vaiz	3276
İl Milli Eğitim Müdürlüğü		27.791
İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü (Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü)		200
Ankara Barosu		25.000
Toplam		59.214

Eğitim programında; çocuğun fiziksel, cinsel ve ahlaki gelişim süreçleri, çocuğa yönelik kötü muamele; tanımı, tipleri, sıklığı, risk faktörleri, istismar çeşitleri, istismarın kısa dönem etkileri (istismarı tanıyabilmek- belirti ve bulgular), istismarın uzun dönem etkileri, çocuklarda sık karşılaşılan psikopatolojiler, cinsel istismara uğrayan çocuklar için ÇİM’de çocuk psikiyatrisi neler yapıyor?, çocuk istismarı ile ilgili yasal mevzuat ve uygulamalar gibi konularda farkındalık eğitimi yapılmıştır. Çocuk ihmal ve istismarı konularında eğitim alan 137 kurum temsilcisi kendi kurumlarında 59.214 kişiye farkındalık eğitimi yapmışlardır. Eğitim verilen kurum, eğitim veren kişiler ve eğitim verilen kişi sayısı aşağıdaki tabloda belirtilmiştir:

Bu eğitimler ihtiyaç duyulması halinde ve ÇİM çalışmaları kapsamında verilmeye devam edilmektedir.

2014 Ocak ayı itibariyle 391 Son Dönem Cumhuriyet Savcı Adayına “Çocuk İzlem Merkezi Tanıtım ve Uygulamaları” adı altında cinsel ihmal ve istismar konularında yarım gün eğitim verilmiştir. Ayrıca Çocuk İzlem Merkezi bulunan illerin Ruh Sağlığı Birimi/Şubesi tarafından 2014 yılı içerisinde yapılan Çocuk İhmal ve İstismarı/Cinsel İstismar-Çocuk İzlem Merkezleri Farkındalık Eğitimleri’ne ait tablo da aşağıda yer almaktadır.

İller	Eğitim Verilen Kişi Sayısı
Samsun	3302
Manisa	1884
İzmir	1555
Kocaeli	1361
Van	915
Sivas	507
Bursa	420
Antalya	361
Adana	350
Gaziantep	300
Elazığ	251
Kayseri	234
Konya	224
Ankara	149
Edirne	138
Diyarbakır	0
İstanbul	0
Toplam	11951

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Elvan Özkan

elvanulu@yahoo.com

Bir sonraki konuşmacıya geçelim. Elvan Özkan. Elvan hanım, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden geliyor. Herhalde sağlık hizmetleriyle ilgili konuları konuşacak olursak, onlara da soracak çok sorumuz olur.

Örselenebilir gruplar sizin çalışma alanınızda kimler? Bunlara yönelik ne tür yaklaşımlarınız var, önerileriniz neler?

Buyurun.

Elvan Özkan (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü) - Merhabalar.

Ben, Elvan Özkan; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesinde çalışıyorum, sosyal hizmet uzmanıyım.

Ben, sunumumda temel hasta haklarından, hasta hakları uygulamalarından, Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Genelgesinden; hasta iletişim birimleri, evde sağlık, evde bakım, çocuk izlem merkezleri (arkadaşımız bahsettiği için bunu geçeceğim), yabancı uyruklu hastaların sağlık hizmeti almasıyla ilgili, şiddete uğrayan kadınlar, tıbbi sosyal hizmet birimleri, çocuklar için özel gereksinim raporu mevzuat çalışmasından bahsedeceğim.

Öncelikle hasta haklarından başlamak istiyorum.

Hasta hakları nedir? Hasta hakları, sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuatla teminat altına alınmış bulunan hakları ifade eder.

Temel hasta haklarını şöylece sıralamak istiyorum:

Hizmetten genel olarak faydalanma hakkı, bilgilendirme ve bilgi isteme hakkı, sağlık kuruluşunu, personeli tanıma, seçme ve değiştirme hakkı, mahremiyet hakkı, bilgilendirilmiş rıza, güvenlik, dini vecibeleri yerine getirebilme, saygınlık görme ve rahatlık, ziyaret ve refakatçi bulundurma, başvuru ve dava, bilgilerin gizli tutulması hakkı, tedaviyi reddetme ve tedaviyi durdurma hakkı, hastaların bu hakları bulunmaktadır. Bunlara tek tek girmeyeceğim.

Hasta hakları uygulamalarında ise ilkimiz, hasta odaklı ve katılımcı sağlık hizmeti sunabilmektir.

Çocuklarla ilgili olarak da Hasta Hakları Yönetmeliğinde bazı maddeler geçmektedir. Burada, "Kanuni temsilcisinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle, mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisiyle ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır" denilmektedir.

Engellilere yönelik olarak ise, "Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınır" denilmektedir.

Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Genelgesi 2010 yılında yayınlanmıştır. Burada öncelik sırasını alan hastalar; acil vakıalar, özürlüler, hamileler, 65 yaş üstü yaşlılar, 7 yaşından küçük çocuklar, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malûl ve gaziler, kolluk kuvvetlerince sevk edilecek adli vakıalar olarak belirlenmiştir.

Hasta hakları ihlallerinde, bildiğimiz gibi, daha önce hasta hakları birimleri vardı hastanelerde. 2014'teki revizyon sonrasında hastanelerde hasta iletişim birimleri oluşturulmuştur. Başlangıçta sadece kamu hastanelerinde oluşan bu birimlerin, üniversite sağlık tesisleri, askeri hastaneler, kamu ve özel ağız-diş sağlığı tesisleri, özel hastaneler, tıp merkezleri, poliklinikler, toplum sağlığı merkezlerinde de kurulması sağlanmıştır.

Bir diğer alan ise, evde sağlık ve evde bakım hizmetleriyle ilgili yönetmelik çalışmaları, bununla ilgili hazırlanan yönerge ve evde sağlık koordinasyon merkezi ve bir telefon hattından hizmet almayla ilgili düzenlemeler yapılmıştır.

Çocuk izlem merkezlerinden Alev Hanım bahsetti. Şu an 21 tane çocuk izlem merkezi bulunmaktadır. Bunların artırılmasıyla ilgili de çalışmalar devam etmektedir.

Yabancı uyruklu hastalarla ilgili olarak sabah çok fazla bahsedildi. Özellikle Suriyeli misafirlerin sağlık giderlerinin karşılanmasıyla ilgili düzenlemeler söz konusu; 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün yazıları mevcuttur bununla ilgili olarak.

Şiddete uğrayan kadınlara yönelik olarak, "6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun" hükümlerine göre "Hakkında koruyucu tedbir kararı verilen kişilerden, genel sağlık sigortalısı olmayan ve genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi kapsamına da girmeyen veya genel sağlık sigortası kapsamında olup sağlık yardımlarından yararlanamayanlar, bu hallerinin devamı süresince, gelir tespiti yapılmaksızın, genel sağlık sigortalısı sayılır." denilmektedir.

Ayrıca en son 8 Martta Aile Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında bir işbirliği protokolü imzalanmıştır. Bu protokol çerçevesinde, şiddet mağduru kadınların sağlık hizmeti alırken kimlik ve adres bilgilerinin gizlenmesine, bakanlıklar arasında ortak bir bilgi sisteminin oluşmasına, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesindeki ilk kabul birimi veya konukevi, sığınma evi gibi yerlerden gelen, kimliği kayıp olan, yanında olmayan kadınların, kimlikleri aranmaksızın, sağlık hizmetinin sunumuna başlanmasına; şiddetle ilgili olarak, tespit edildiği zaman gerekli yere bildirimlerin yapılmasına; ayrıca şiddet mağduru kadın ve çocukların sağlık hizmetine erişiminin kolaylaştırılmasına ve öncelik verilmesine, bu konuda sağlık çalışanlarının da duyarlılığının artırılmasına yönelik hizmet içi eğitimler verilmiştir.

Bir de tıbbi sosyal hizmet birimlerinden bahsetmek istiyorum.

Hastanelerde, özellikle A ve B grubu hastanelerde ya da büyük hastanelerde oluşturulan tıbbi sosyal hizmet birimleri mevcuttur. 2011 yılında çıkarttığımız bir yönergeyle bunun standart hale getirilmesi ve yaygınlaşması sağlanmıştır.

Tıbbi sosyal hizmet birimlerinden, özellikle saydığım gruplar, sosyal hizmet müdahalesi kapsamında hizmet almaktadır. Kimsesiz, terk ve bakıma muhtaç hastalar, engelliler, sağlık güvencesizler, yoksul hastalar, aile içi şiddet mağduru hastalar, ihmal ve istismara uğramış çocuk hastalar, mülteci-sığınmacı hastalar, insan ticareti mağduru hastalar, kronik hastalar, yabancı uyruklu olup tedaviden yararlanamayan hastalar, alkol ve madde bağımlısı hastalar, il dışından gelen hastalar, yine il dışından gelip de sosyoekonomik durumu düşük olan hastalar, duygusal sorunlar nedeniyle psikososyal destek ihtiyacı olan hastalar; tedaviye, hastaneye ve tedavi ekibine uyumda zorlanan hastalar bu birimlerde psikososyal destek hizmetlerini alabilmektedirler.

Son olarak da ÇÖZGER'den bahsetmek istiyorum.

Özellikle çocukların engelli sağlık kurulu raporuyla yaftalanması konusundan sabah bir konuşmacımız bahsetmişti. Bununla ilgili bir yönetmelik çalışması Daire Başkanlığımızca devam etmektedir. Bu yönetmeliğin amacı, özel gereksinimleri, engelleri olan çocukların sağlık, eğitim, rehabilitasyon ve diğer sosyal-ekonomik hizmetlere erişiminin sağlanması için düzenlenecek olan çocuk özel gereksinim raporu. Yani engelli sağlık kurulu raporu şeklinde değil, çocuklar için özel gereksinim raporu şeklinde düzenlemeler devam etmektedir.

Bir şey daha eklemek istiyorum, ÇAMATEM ile ilgili.

Sabah 1 ÇAMATEM olduğu söylenmişti. 4 ilimizde ÇAMATEM bulunmaktadır. Ayrıca 3 ilimizde de açılmasıyla ilgili çalışmalar tamamlanmıştır.

Teşekkür ederim. (Alkışlar)

Moderatör - Elvan hanıma çok teşekkür ediyoruz.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne sorularınız var mı? Yok.

Ben bir soru sorabilir miyim Elvan Hanım?

Elvan Özkan - Buyurun.

Moderatör - Acaba Bakanlığın yaptığı çalışmaların sonuçlarını, etkilerini değerlendirme şansınız oluyor mu? Gerek sunulan hizmetler, gerekse hizmet alıcılar nezdinde ne tür sonuçları oluyor?

Elvan Özkan - Hasta memnuniyetleriyle ilgili çalışmalar oluyor; ama bununla ilgili tam şeyi bilemiyorum.

... ..- İstatistiklerimiz var, ama... Türkiye genelinde duyurulmuş herhangi bir istatistiğimiz yok. İllerde hasta hakları il koordinatörlüğü var. Hasta hakları il koordinatörlüğü aracılığıyla, hem hastalara, hem de yanındaki refakatçilere, sağlık çalışanlarına sürekli eğitimler yapılıyor.

Moderatör - Bakanlık olarak verilen hizmetlerin sonuçta yarattığı hasta memnuniyeti, evet; ama çok küçük bir kısmı, bireysel olarak bilinen sonuçlar. Etkilerini nasıl değerlendiriyorsunuz? Yani yaptığınız iş yönetsel döngüler bazında, hizmet kalitesi düzeyinde, etik yükümlülükler düzeyinde ne tür sonuçlar oluşturuyor? Acaba bunları değerlendirme şansınız oluyor mu, birtakım bataryalarınız var mı bunun için?

... ..- Şu anda öyle bir ölçeğimiz yok.

Moderatör - Peki. Çok teşekkür ediyoruz.

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken - İzninizle, ben bir soru sorabilir miyim?

Moderatör - Buyurun hocam.

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken - Bu tıbbi sosyal hizmet birimlerinden söz edildi. Bu birimlerde kimler çalışıyor? Yılıni sanıyorum siz söylediniz, ama ben kaçırdım. Aslında bizim hani sabahtan beri konuştuğumuz, savunmasız olarak kabul edilen gruplara verilecek sağlık hizmetini sanki o birimler planlamış gibi. Ama bununla ilgili de, eğer hani çok yeniyse, belki tam da Nüket hocanın sözünü ettiği şekilde çıktısını görebilmek çok mümkün değil herhalde.

Elvan Özkan - Bu birimlerde sosyal hizmet uzmanları görev yapmaktadır. Sağlık hizmetini aldıktan sonra bu kişiler, sosyal sağlığıyla ilgili ya da psikososyal destek gerektiği zaman bu birimlere yönlendiriliyor. Sayı olarak şu an 400'e yakın hastanede sosyal hizmet birimimiz var, ama sosyal hizmet uzmanı sayısı çok az. Çalıştıkları alanlar çok fazla; toplum ruh sağlığı, ÇİM'ler, acil, krize müdahale birimleri, hasta hakları birimleri, klinikler, psikiyatri klinikleri... Oralara dağıldığı için, hizmette bazı aksamalar olabiliyor. Tabii, sayı yükseldikçe, bu birimlerden daha sağlıklı bir hizmet alınabilecek.

Moderatör - Peki. Çok teşekkür ediyoruz.

Bir sonraki konuşmacılarımız Adalet Bakanlığından.

Elçin hanım ve Irmak Şenel buradalar mı acaba?

Şu an burada değiller.

Dr. Ümit Keskin (Başkent Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı) - Ben de bir soru sorabilir miyim hocam?

Moderatör - Buyurun.

Dr. Ümit Keskin - Ben, Başkent Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalından Dr. Ümit Keskin.

Demin iş memnuniyetinden bahsettiniz, alınan hizmetin kalitesinden bahsettiniz. İş memnuniyeti konusunda yapılan çok fazla çalışma var, özellikle ölçek kullanılarak yapılan çalışmalar var. Bizim proje özetini sunduğumuz ve Sağlık Bakanlığıyla da görüşeceğimiz, onay alarak yapacağımız bir projemiz var, buna benzer.

Hastalar hangi hizmetleri almak istiyor, hangi hizmetlerden memnun, ne derece bu hizmetleri alabiliyorlar ya da memnunlar; ayrıca, hizmet veren, özellikle birinci basamaktaki aile hekimlerinin hangi hizmetleri verme konusunda zorlandıkları, niye zorlandıkları; hangi hizmetler olursa bu sağlık hizmetini sunmada daha olumlu sonuçlar doğurabileceğiyle ilgili, hem açık uçlu sorular içeren, hem de şıkları olan bir araştırma yapacağız Türkiye çapında. İlk hali bizim etik kurulumuzdan geçti, Sağlık Bakanlığına başvuracağız. Sizlerle de özel olarak, çalışma sonuçlarını isterseniz paylaşırız hocam.

Moderatör - Çok teşekkür ederiz. Merakla bekliyoruz.

Engelli Bireylerin Sağlık Sistemi İçerisinde Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Hatice Temel, Elçin Er

hatice.temel@aile.gov.tr elciner@aile.gov.tr

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Engelli birey; doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle günlük yaşamın gereklerine uyamama durumunda olup; korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine gereksinimi olan kişi olarak tanımlanmaktadır.

BM Engelli Hakları Sözleşmesinin 1. Maddesi'nde engelli birey; "Engelliliği diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişileri içermektedir." şeklinde tanımlanmaktadır.

5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun ve 6518 Sayılı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 63. maddesinde engelli; "fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duygusal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen birey" olarak tanımlanmıştır.

"Engellilik" kavramı ise engelli bir insan ile çevresi arasındaki karşılaşmayı anlatmaktadır. Bu terimin kullanılmasının amacı, çevrede ve toplumdaki birçok örgütlü etkinlikte (örneğin; bilgilendirme, iletişim ve eğitim gibi alanlarda) var olan engellilerin eşit koşullarda katılımını önleyen eksikliklerin vurgulanmasıdır" (UNİCEF, 1998).

Dünya nüfusunun yaklaşık %15'i, yani bir milyardan fazla kişi çeşitli yeti yitimi (engellilik) durumuna sahiptir. 110-190 milyon insan fonksiyonlarda ciddi sıkıntılar yaşamaktadır. "Türkiye Engelliler Araştırması" da benzer bir sonuç ortaya koymuştur. 2002 yılında nüfusu 68.6 milyon olan Türkiye nüfusunun 8.4 milyonunu, toplam nüfusun %12.3'ünü engelliler oluşturmaktadır. Nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıklardaki artış nedeni ile de engellilik hızı da artmaktadır. Engelli bireylerin toplumun geneli göz önünde bulundurulduğunda sağlık alanında farklı ihtiyaçları ve farklı hizmet gereksinimleri bulunmaktadır. Engellilik alanında önlemeden, erken tanıya, erken müdahale ve rehabilitasyon hizmetlerinden, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesine kadar geniş bir yelpazede ve çok çeşitli sağlık hizmetlerine gereksinim bulunmaktadır.

Engellilik öncelikle bir sağlık sorunudur. 2002 Türkiye Engelliler Araştırmasına göre, engelli bireylerin yaklaşık %47'si engelinden dolayı herhangi bir şekilde tedavi edilmediğini bildirmiştir. Bu oran engellilerin yarısının engelin başlangıcından itibaren tedavi edilmediğinin göstergesidir. Bu durum belki de tedavi sonrası bağımsız ve üretken biçimde yaşamına devam edebilecek pek çok engelli bireyi bağımlı hale getirmenin başlangıcını oluşturmaktadır.

Bununla birlikte engelli kişiler de herkes gibi aynı sağlık hizmetleri ihtiyacına sahiptirler ve hizmete ulaşmaları gerekmektedir. Birleşmiş Milletler (BM) Engelli Kişilerin Hakları Sözleşmesinde herhangi bir ayırım yapılmaksızın engelli kişilerin en yüksek sağlık hizmeti standardına ulaşma hakları vurgulanmıştır. BM Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme'de, sağlık konusu 25. maddede ele alınmıştır.

Burada;

“Tarağ Devletler engelli kişilerin engelliliğe dayalı ayrımcılığa uğramaksızın ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından yararlanma hakkını tanır.

Tarağ Devletler engellilerin sağlıkla ilgili olarak rehabilitasyon da dâhil olmak üzere, cinsiyete duyarlı sağlık hizmetlerine erişimini mümkün kılmak için uygun tüm tedbirleri alır.

Tarağ Devletler;

(a) Parasız veya karşılanabilir bir maliyetle sağlanan sağlık bakımı ve programlarının, engellilere diğer bireylerle aynı kapsam, kalite ve standartta sunulmasını ve bu hizmetlerin cinsel ve üreme sağlığı ile halk sağlığı programlarını da içermesini sağlar;

(b) Engelli kişilerin özellikle engellilikleri nedeniyle gereksinim duyduğu sağlık hizmetlerini sağlar. Bu sağlık hizmetleri erken tanı ve mümkünse müdahaleyi, çocuklar ve yaşlılar dâhil olmak üzere, engelliliğin azaltılmasını ya da artmasını önlemeyi hedefleyen hizmetleri kapsamalıdır;

(c) Sağlık hizmetlerinin kırsal alanlar dâhil olmak üzere mümkün olduğunca kişilerin yaşadıkları yerlere kadar götürülmesini temin eder;

(d) Sağlık çalışanları tarafından engellilere sunulan tıbbi bakımın diğer bireylere sunulan bakımla aynı kalitede olmasını ve bu bakımın hastaların bağımsız ve bilgilendirilmiş onaylarına dayanmasını sağlamak amacıyla; diğer tedbirlerin yanı sıra eğitim vererek, kamu kurumları ile özel kurumlar tarafından sunulan sağlık bakımının etik standartlarını yayımlayarak engellilerin insan hakları, onuru, özerkliği ve ihtiyaçları hakkında farkındalık yaratır;

(e) Ulusal mevzuatın sağlık ve yaşam sigortasını düzenlediği hallerde engellilerin bu sigortalardan yararlanmaları bakımından ayrımcılık yapılmasını yasaklar ve sigortanın adil ve makul olmasını sağlar;

(f) Sağlık bakımı veya hizmetlerinin sunulmasında veya yiyecek ve içecek temininde engelliliğe dayalı ayrımcılığı önlemek üzere gerekli tedbirleri alır.” şeklinde tarağ devletlerin yükümlülükleri belirtilmiştir.

Ulusal Engelliler Veri Tabanında kayıtlı olan engelli bireylere yönelik olarak “Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, 2010 verilerine göre; Ulusal Engelliler Veri Tabanına kayıtlı engellilerin %29,2’si zihinsel engelliler, %25,6’sı süreğen hastalığı olan engelliler, %8,8’i ortopedik engelliler, %8,4’ü görme engelliler, %5,9’u işitme engelliler, %3,9’u ruhsal ve duygusal engelliler, %0,2’si dil ve konuşma engelliler ve %18’i birden fazla engele sahip olanlardır. Kayıtlı engellilerin, %58,6’sı erkek, %41,4’ü kadındır.

Ulusal Engelliler Veri Tabanında kayıtlı olan engelli bireylere yönelik olarak “Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, 2010’a göre; kayıtlı olan özürü bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanırken karşılaştıkları sorunlar incelendiğinde; % 69,8’i hastane işlemlerini takip etmede başka birine ihtiyaç duyduklarını, % 53,3’ü sağlık çalışanları ile yeterli düzeyde iletişim kuramadıklarını, % 47,5’i sağlık personelinin engeli ve tedavisi hakkında yeterli bilgi veremediğini, % 47,4’ü sağlık kuruluşu içinde hareket güçlüğü yaşadıklarını, % 45,6’sı sağlık kuruluşuna giderken ulaşımda engellerin olduğunu belirtmiştir.

Süreğen hastalık nedeni ile oluşan engel oranının fazla olması ve engellilerin önemli ölçüde sağlık hizmetlerinden yararlanamadıklarını bildirmeleri bu konu ile ilgili düzenlemelere ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Kayıtlı engellilerin, engelinin ortaya çıkma nedenlerine bakıldığında, kayıtlı olan engelli bireylerin %56,8’inin engeli hastalık sonucu ortaya çıkmıştır. İkinci sırada %15,9 ile genetik veya kalıtsal bozukluk, %9,6 ile kaza ve %3 ile gebelikte/doğum sırasında yaşanan problemler yer almaktadır.

Ayrıca yoksulluk ile de engellilik arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmaktadır. Yoksulluğun engelliliğe sebebiyet vermesindeki en önemli risk faktörleri arasında sağlığa ilişkin olanlar, önemli bir yer tutmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün hazırladığı 2002 Dünya Sağlık Raporu, “en büyük hastalık yükünün yoksul ülkelerden veya ülkelerin yoksul kesimlerinden kaynaklandığını” ortaya koymaktadır.

Aynı rapora göre yoksulluğun doğrudan sonuçları arasında hastalık, ölüm ve engellilik önemli yer tutmaktadır.

Birleşmiş Milletler (1995), engellilik nedenlerini oransal olarak ifade etmektedir.

Buna göre engelliliğin nedenlerinin %20'sini doğuştan gelen hastalıklar, %20'sini bulaşıcı olmayan hastalıklar, %20'sini kötü beslenme, %16'sını kaza, travma ve savaş, %11'ini bulaşıcı hastalıklar, 13'ünü ise diğer sebepler (yaşlılık dahil) oluşturmaktadır.

Burada beslenme, bulaşıcı hastalıklar ve doğuştan gelen sebeplerin engelliliğe yol açmadaki büyük payları dikkat çekicidir. Çünkü bu etkenlerin doğrudan yoksullukla ilgisi açıktır. Üstelik "engellilik durumlarının %50'sinin önlenabilir ve doğrudan yoksullukla ilgili olması" çarpıcıdır.

Yoksulluk sağlık hizmetlerinden yeterli ve düzenli yararlanamama sorunlarını da beraberinde getiren bir durumdur. Mevcut sağlık hizmetlerine erişememe durumu, mekânsal olarak sağlık merkezlerinin uzaklığından, sağlık hizmetlerinden yararlanmada maddi olanakların yetersizliğinden ya da yoksulluğun yarattığı eğitimsizlik ve bilgisizlik dolayısıyla ortaya çıkabilmektedir. Hastalıkların teşhisinde ve tedavi sürecinde sağlık hizmetlerinden yeterli ve zamanında yararlanamama engellilik riskini de artırmakta, var olan engellilik durumunun ilerlemesine sebep olabilmektedir. Bireyin hem engelli, hem de yoksul olması bu konuda çifte dezavataj yaratmakta, sağlık hizmetlerinden faydalanmada kısır döngü oluşturmaktadır.

Yetersiz ve zamanında alınamayan sağlık hizmetleri, hastalıkların sonuçlarını şiddetlendirmekte veya süregelen hastalıklara ve diğer engellilik durumlarına yol açmaktadır. Yani sağlık hizmetlerine zamanında ve tam olarak erişimle iyileşmesi mümkün olan hastalıklar kalıcı bir engellilik durumu yaratabilmektedir. Engellilik olgusu aynı zamanda kalıcı ve sürekli sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir. Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine sorunsuz biçimde erişiminin sağlanamaması, engelliliğin getirdiği olumsuz sonuçları derinleştirici rol oynamaktadır.

Engelliliklerin sağlık sisteminden yararlanmasının yanı sıra engelliliğin önlenmesi de önemli oranda sağlık sorunudur.

Hamilelik sırasında, doğum anında ve doğum sonrasında yeterli sağlık hizmeti alamamak anne ve çocuk sağlığını olumsuz biçimde etkilemektedir. "Uygun şekilde beslenme, sağlık önlemlerini alma, uygun ve tüm tedbirler alınmış olarak doğum yapmanın sosyo-ekonomik durumla çok yakından bağlı olduğu bilinmektedir. Yani kısaca söylemek gerekirse, yoksulluk şartları içinde yaşamaya bağlı uygun sağlıklı bir hamilelik dönemi geçirilememesi ve doğum esnasındaki tedbirsizlikler, bebeklerin zihinsel ve fiziksel gelişimlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bebeklerin yaşadıkları bu olumsuz durumlara ek olarak, UNFPA (United Nations Population Fund-Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu) (2003), her yıl 20 milyon kadının hamilelik ve doğum sebebiyle engellilik durumunu yaşadığını belirtmektedir.

Engel nedenlerinin çeşidine göre elbette ki alınacak önlemler farklılaşacaktır. Ancak genel olarak bebek sahibi olmaya karar verildiğinde hamile kalınmasından önce doktor kontrolüne giderek çeşitli riskler konusunda bilgilenmek, hamilelik döneminde düzenli doktor kontrolünde olmak genel önlemler olarak nitelendirilebilir.

Gerekli önlemler alınmadan ve kurallarına uygun yapılmadığı zaman, doğum anne ve bebek için son derece tehlikeli sonuçlar doğurabilir. Doğum sırasında ortaya çıkabilecek bazı sorunlar bebeğin ölümüne veya ciddi şekilde engelli kalmasına neden olabilir.

Hamileliğin erken ve düzenli doktor kontrolü altında geçmesi erken doğum, geç doğum ve olası zor doğum ihtimallerinin değerlendirilmesine olanak tanımakta ve hastaneden gerçekleştirilen doğumlarda ani müdahaleler gerçekleştirilerek oluşabilecek engeller engellenebilmekte ya da en aza indirilebilmektedir. Bebeğin sağlıklı doğmasını sağlamak için doğumun mutlaka bir sağlık kuruluşunda ve uzman sağlık personeli gözetiminde gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Engelliliğin önlenmesinde tarama programlarının etkin ve verimli bir biçimde uygulanması, geliştirilmesi, genetik danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, toplumun bilinçlendirilmesi önem arz etmektedir.

Doğum sonrasındaki engellilik nedenleri arasında; doğumsal metabolik hastalıklar, ateşli hastalıklar, gelişim geriliği, beslenme yetersizlikleri, psikososyal örselenmeler, ev kazaları, sistemik diğer hastalıklar, iş kazaları, meslek hastalıkları, trafik kazaları, çevresel kirlenme, doğal afetler, spor kazaları ve yaşlanma gibi etkenler sayılabilir.

Doğumsal metabolik hastalıklar kalıtsal olarak geçen, genelde nadir olmakla birlikte ülkemizde akraba evliliklerini yoğun olması nedeni ile daha yüksek oranda görülen vücut biyokimyasındaki değişiklikler nedeni ile gelişme geriliği, zihinsel engellilik, motor fonksiyonlarda bozukluk, açıklanamayan ölümler, görme ve işitme sorunları, gibi pek çok engelliliğe yol açabilen bir grup hastalığı tanımlamaktadır. Fenilketonüri, hipotiroidi, galaktozemi, biotinaz eksikliği, gibi metabolik hastalıklar yenidoğan döneminde tanısı konulabilen, erken tanı ve tedavi ile olası engellerin gelişmesi önlenebilen hastalıklardır.

Çocukluk çağında geçirilen bazı hastalıklar da kalıcı engelliliğe yol açabilmektedir. Bu hastalıkların olası zararlarının azaltılmasında kullanılan yol aşılama yöntemidir.

Tarama, aşılama programlarına ek olarak sağlam çocukların değerlendirilmelerinde büyüme ve gelişmelerinin takip edilmesinin yanısıra psikososyal gelişimin takip edilmesi, bu nedenlerden oluşacak engellerin önlenmesi açısından önem taşımaktadır. Yaygın gelişimsel bozuklukların, zihinsel ve ruhsal engelin erken teşhisinde, bebek ve çocukların ilk temas ettikleri uzmanlara (ebe, hemşire, aile hekimi ve çocuk doktorları) yönelik hizmet içi eğitim programlarına gereksinim bulunmaktadır.

Trafik kazaları, deprem sel, toprak kayması gibi doğal afetler ölümlerle sonuçlandığı gibi fiziksel ve ruhsal engellerin de oluşmasına neden olmaktadır. Bu süreçlerde sağlanacak bilinçlendirme ve sağlık hizmetleri de önem taşımaktadır.

Engelliliğin önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi konusunda erken tanı çok önemli ve etkili bir unsur olmakla birlikte, tanıyı takiben verilecek sağlık hizmetlerinin niteliği ve niceliği de önem taşımaktadır. Erken tanıyı takiben, erken müdahale ve erken rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi, yaygınlaştırılması bu bireylerin sağlıklı bireyler olarak toplum içinde yer almalarının sağlanması ve toplumsal maliyetlerin azaltılması açısından önem arz etmektedir.

Demografik göstergeler yaşlı nüfusta artış olduğunu göstermektedir. Yaşlanma ile başlayan çeşitli hastalıklar, duyu ve organ fonksiyonlarındaki kayıplar yaşlılıktaki engelliliğin önemli nedenlerindedir. Bu popülasyona yönelik koruyucu ve önleyici politikaların geliştirilmesi, yaşlılıkta engelliliğin erken teşhisi ve önlenmesine yönelik programların hazırlanmasına, aileleri için ise yaşlı kişilerin bakımı konusunda bilgilendirme programlarına ihtiyaç bulunmaktadır.

Engelli bireyler uygun tedavi ve rehabilitasyon programlarından yararlanarak bağımsız ve üretken biçimde yaşamlarına devam etme şansına kavuşabileceklerdir. Özellikle rehabilitasyon hizmetlerinin engellilik alanındaki yeri büyüktür.

Rehabilitasyon; bireylerdeki engelliliğin etkilerinin ve engel koşullarının azaltılmasını amaçlayan, bu bireylerin sosyal entegrasyonunu sağlamaya yönelik önlemler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Rehabilitasyon yalnız engelli/engelli bireylerin eğitimini ve adaptasyonunu sağlamak değil, aynı zamanda bu bireylerin mevcut çevreleriyle ilişkilerini ve sosyal entegrasyonlarını kolaylaştırmak amacıyla topluma müdahalede bulunmaktadır.

Doğumdan ölüme kadar yaşamın her döneminde yaşam kalitesini artırmaya yönelik hizmetleri içeren rehabilitasyon, sadece engellilik/engellilik ortaya çıktıktan sonra devreye girmemeli, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bünyesinde yerini almalıdır. Ayrıca, bilindiği gibi, bir ülkenin rehabilitasyon hizmetlerinin düzeyi, o ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren önemli ölçütlerden biridir. Bu yüzden, Avrupa Birliğine entegre olma sürecinde, genel sağlık politikamızdaki mevcut ilkelere, yaşam kalitesini yükseltmeye ve rehabilitasyon hizmetlerini yaygınlaştırmaya yönelik hedefler de acilen eklenmelidir.

Engelli bireylerin sağlık sistemi içerisinde yaşadıkları sorunlardan biri de engelli bireyler için pasaport niteliğinde olan rapor alma sürecinde yaşadıkları sorunlardır.

5378 sayılı Engelliler Kanunu'nda, sınıflandırmanın tanımı yapılmış ve "Engellilerle ilgili derecelendirmeler, sınıflandırmalar, tanılamalar uluslararası engellilik sınıflandırması temel alınarak hazırlanan engellilik ölçütüne göre yapılır. Engellilik ölçütünün tespiti ve uygulama esasları, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı ile Engelliler İdaresi Başkanlığınca müştereken çıkarılacak yönetmelikle belirlenir." hükmü getirilmiştir. Bu maddeye dayanılarak "Engellilik Ölçütü, Sınıflandırması ve Engellilere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik" çıkarılmıştır.

Ulusal Engelliler Veri Tabanında kayıtlı olan engelli bireylere yönelik olarak "Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, 2010'a göre; kayıtlı olan özürlü bireylerin sağlık kurulu raporu alma sürecinde, % 59,5'i hastane içinde ilgili tüm poliklinikleri dolaşma zorunluluğunu, % 54,6'sı uzun bürokratik işlemleri, % 35,9'u hastaneye ulaşımında güçlük yaşadıklarını, % 27,2'si kurumların yeni rapor istemesi nedeniyle sıklıkla rapor alma zorunluluğunu, % 25,4'ü özür durumunun tespitine yönelik yeterli ve gerekli muayenenin yapılmamasını karşılaştıkları sorunlar olarak ifade etmişlerdir.

Raporlama sisteminde çocukların değerlendirilmesinde ve tanınmasında da oldukça önemli sıkıntılar yaşanmaktadır. Çocuklar için yetişkinlerden ayrı değerlendirme kriterlerinin ve raporlama sisteminin oluşturulması gerekliliği bulunmaktadır. Bakanlığımıza sivil toplum kuruluşları, kurumlar, aileler ve engelli bireyler tarafından Engellilik Ölçütü, Sınıflandırması ve Engellilere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik ile ilgili yaşanan sorunlar ve yönetmelikte değişiklik yapılmasına dair çok sayıda talep gelmektedir. Benzer talepler uygulayıcı Bakanlık olan Sağlık Bakanlığına da ulaşmaktadır. Mevcut talep ve şikâyetlerin çözümüne ilişkin Sağlık Bakanlığı ile Sağlık Kurulu Raporlarına ilişkin çözüm çalışmaları başlatılmış olup, çalışmalar, çocuk raporlama ve değerlendirme sisteminin oluşturulması için yapılacak çalışmalar kapsamında "Çocuklar İçin Özel Gerekseim Raporu (ÇÖZGER)" hazırlanmıştır. Çocuklar için rapor ayrı bir yönetmelik taslağı olarak hazırlanmış ve Ek-2 ile anılan engellilik durumuna ilişkin derecelendirmeler ayrıca belirlenmiştir. Yönetmelik taslağı kurum görüşlerine sunulmuş, gelen görüşler doğrultusunda düzeltmeler yapılmıştır. Konu ile ilgili çalışmalar Sağlık Bakanlığı ile sürdürülmektedir.

Engelli bireylerin sağlık sistemi içerisinde yaşadıkları en önemli sorunlardan biri de ihtiyaç duyulan ortez, protez, yardımcı araç, gereçlerin reçetelenmesinden, uyumlandırma çalışmalarına, alanda gelişmekte olan destek teknolojilerinin takibinden, engelli bireylerin kullanımına sunulmasına kadar bir çok alanda sorun yaşamaktadırlar. Engelli bireyler için hayati derecede önemi bulunan bu cihazların zamanında ve doğru olarak engelli bireye ulaştırılmasında ve standardizasyonun sağlanmasında sıkıntılar mevcuttur.

Sorunlar ve Çözüm Önerileri

1) Önleme

- Engelliliğin önlenmesi amacı ile toplumun engellilik, önlenebilir engellilik konusunda bilgilendirilmesi ve toplumsal bilincin arttırılmasına yönelik eğitimlerin verilmesi,
- Engelliliğin nedenleri, önlenmesi ve engelli bireylere verilecek sağlık hizmetleri konularında sağlık elemanlarının hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi bu alana daha vâkıf hale gelmelerinin sağlanması,
- Evlilik öncesi kişilerin engellilik konusunda bilgilendirilmesi, bu amaçla akraba evlilikleri ve ailede engelli birey varsa gebelik öncesi genetik danışmanlık hizmeti için bireylerin yönlendirilmesi,
- Evlilik sonrası planlı gebelikler yapılması konusunda kişilerin teşvik edilmesi ve gebelik öncesi anne adaylarının mutlaka gerekli taramalardan geçerek demir, iyot vb. eksikliklerin belirlenmesi ve tedavilerinin planlanması, eksik aşlarının tamamlanması, olası genetik geçişli hastalıkların önceden belirlenmesi,
- Gebelik sırasında anne adaylarının sağlıklı bir gebelik geçirmesi ve sağlıklı bebek dünyaya getirmesi için tüm gebeliğin takip edilmesi, önlenebilir engellilik açısından gerekli tarama ve tedavi hizmetlerinden faydalanması,

- Doğum sonrası bebeklerin fenilketonuri, tiroid fonksiyon bozukluğu, işitme ve görme fonksiyonları vb. açısından taranması, yeterli ve dengeli beslenmelerinin planlanması ve anne sütünün öneminin vurgulanması,
- Riskli bebeklerin, engelli çocukların erken tanısı ve tedavilerinin vakit kaybetmeden planlanması,
- Üniversitelerin tıp fakülteleri ve sağlık ile ilgili diğer bölümlerinde engellilikle ilgili derslerin konulması sayesinde pratisyen hekim ve diğer uzman hekimlerce engelli bireyin gecikmeden doğru yönlendirilmesinin sağlanması,
- Birincil koruyucu rehabilitasyon hizmetlerinde yer alan toplumsal sağlık eğitimi ile ilgili merkezi programların geliştirilmesi,
- Engellilik bildiriminin aile hekimleri seviyesinde bildirim zorunlu hastalıklar arasında yer alması ve bildirim eksikliğinde uygulanacak yasal yaptırımların düzenlenmesi,
- Engelliliğin doğru tanımı çerçevesinde engellilik oranı ile ilgili yönetmeliğin değiştirilerek fonksiyon kaybının da dikkate alındığı yeni bir yönetmelik oluşturulması,
- Engelliliğe yol açan hastalıklarda erken tanı, yöntem ve araçların geliştirilmesi, yaygınlaştırılması ve bu doğrultuda üniversiteler ile işbirliği içerisinde araştırma ve çalışmaların yapılması,
- Erken müdahale ve erken rehabilitasyon hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması,
- Beslenme eğitimi ve beslenmenin geliştirilmesi, bu doğrultuda araştırma ve çalışmaların yapılması, yapılacak beslenme desteğinin bilinçli olması, engellilere yönelik, ev ve kurumda kullanacakları ev ve mutfak araç-gereçleri konusunda gerekli araştırma ve çalışmaların yapılarak, tasarımlarının geliştirilmesi,
- Besin zenginleştirme ve önlenebilir engellilikte beslenmenin rolü ile ilgili çalışmalar yapılması,
- Hijyen koşullarının iyileştirilmesi, çevresel kirlilik etmenlerinin belirlenmesi ve önlenmesine yönelik hizmetlerin geliştirilmesi,

2) Erişilebilir ve Sistemli Sağlık Hizmetleri

- Sağlık hizmetlerine ilişkin ve bu hizmetlerin kalitesinin artırılması ve toplumun sağlık durumunun iyileştirilmesi amacıyla tedbirler alınması,
- Engellilere yönelik politikalar belirlenirken bilgiye dayalı politika oluşturulması için veri ve araştırmaların arttırılması,
- Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişebilirliğinin artırılması,
- Engelli bireylere verilecek sağlık hizmetlerinin ücret, konum ve mekân olarak ulaşılabilir olması,
- Hastane veya sağlık merkezlerine ulaşımın yanı sıra sağlık binaları içerisindeki başvuru birimleri ile tetkik, tedavi ve muayene birim ve cihazlarının engellilerin kullanımına uygun hale getirilmesi,
- Fiziksel engellerle birlikte, ulaşım ve iletişim engellerinin de ortadan kaldırılması,
- Ruh sağlığı alanında, kurumsallaşmaya alternatif olarak toplum tabanlı hizmetler oluşturulması ve yeterli miktarda mali kaynağın tahsis edilmesi,
- Kamu sağlığı alanında özellikle, epidemiyolojik gözlem ağı kurulması ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü alanında daha fazla çaba gösterilmesi,
- Engelli kişilerin ve yakınlarının yararlanabileceği psikolojik destek ünitelerinin yaygınlaştırılması, bu bağlamda genel psikiyatri klinikleri içerisinde ya da oluşturulacak özel birimler ile bu hizmetin etkili biçimde verilmesinin sağlanması,

- Rehabilitasyon ekibinde yer alan, ancak Türkiye’de henüz eğitimi mevcut olmayan ya da sayıca yetersiz meslek elemanlarının (nöropsikolog, klinik psikolog, konuşma terapisti, özel eğitim öğretmeni, iş-uğraşı terapisti, meslek terapisti, rehabilitasyon mühendisliği, rehabilitasyon hemşiresi vb.) yetiştirilmesinin sağlanması,
- Ortez-protez, kullanım malzemeleri, yardımcı cihazlar ve araç-gereç standartları ile ilgili mevzuatın oluşturulması, ödemeler ile ilgili şartların oluşturulmasında engellilik ile ilgili sivil toplum kuruluşlarının da katılacağı daha geniş platformların oluşturulmasının sağlanması,
- Engelli bireylerin ihtiyacı olan ortez, protez, yardımcı araç gereçlerin doğru reçetelendirilmesinin sağlanmasına yönelik tedbirlerin alınması, hizmet içi eğitim programlarının yaygınlaştırılması ve sürekliliğinin sağlanması,
- Uyumlandırma ve bu cihazların kullanımına yönelik eğitimlere önem verilmesi ve yaygınlaştırılması,
- Engelli vatandaşların ortez-protez, kullanım malzemeleri, yardımcı cihazlar ve araç-gereç ihtiyacı bedellerinin sağlık kurulu raporu ile belirlenmesi halinde ilgili sosyal güvenlik kurumunca (Bağ-Kur, Emekli Sandığı, SSK) tamamının karşılanmasının sağlanması,
- Destek teknolojileri ile ilgili araştırmalar için üniversiteler, biyomedikal mühendislik bölümleri ile işbirliği sağlanması,
- Engellilerin yaşam kalitesinin ve sağlık düzeyinin artırılması için egzersiz ve spor yapmaya yönlendirilmesi, bu konuda yerel yönetimlerin uygun alt yapı oluşturması ve destek sağlaması gerekmektedir.

Çankaya Belediyesi Kültür ve Sosyal İşler Müdürlüğü

Salime Tarıkçı, Kamile Bostan Akyürek

tarihcis@yahoo.com

Peki, devam edelim.

Çankaya Belediyesi; Salime Tarıkçı ve Kamile Akyürek.

Salime hanım; buyurun.

Salime hanım, bizim Çankaya Sığınma Evi'nden arkadaşımız. O dönem yöneticiydi, yakından tanıyoruz. Şimdi burada görmekten çok memnun olduk.

Salime Tarıkçı (Çankaya Belediyesi)- Teşekkür ederim.

Merhabalar. Ben, Salime; bir tarafıyla da felsefeciyim, burada felsefeci olarak konuşmaya çalışacağım.

Yerel yönetim ve sağlık hizmetlerinin birbiriyle ilişkisi konusu pek konuşulmasa da, ben, kentsel dönüşüm hakkında ve kentsel dönüşümün yarattığı mağduriyetlerin iki vakasını konuşmak istiyorum.

Kentsel dönüşüm, bir tabir; yani iyi bir şeymiş gibi bize anlatılıyor. Belki de iyi bir şeydir; bu, sizin yargınıza bağlı. Ancak, ben, kentsel dönüşüm diye tarif edilen şeyin yıkım etkisini konuşmak istiyorum ve yıkım mekânı olarak da göstereceğim şey, Ankara'nın güneydoğusu, Bademlidere Mahallesi.

Bademlidere, Mamak Belediyesinin kenarı ve Çankaya Belediyesi sınırları içinde, İmrahor'un komşusu. Yani kentin kenarı, Ankara'nın güneydoğusu. Aynı zamanda Hakkâri'de köy boşaltmaları döneminde gelen kişiler ile Van depreminde gelen kişiler, aileler orada ikamet ediyor. Bunlar Bademlidere ve Akdere arasında bir bölgede oturuyorlar. Yıkıntı gecekondular. Yıkılmışlar; çünkü esas sahipleri gitmiş. Yani ya zengin olmuşlar ya da ev sahibi olmuşlar ya da her ne olmuşlarsa, evlerini Hakkâri-Van göçmenlerine bırakmışlar. 10-15 yıllık bir geçmişi var. Hatta hatırlarsanız, kâğıt toplayıcılarının bir dönem MHP'liler tarafından depolarının yakıldığı bir animiz da var. Bunu hatırlar mısınız bilmiyorum; yaşlı olduğum için ben hatırlıyorum. Neyse.

Bizim vakılarımız şöyle: Bademlidere'de kentsel dönüşüm büyük bir hızla başladı, apartmanlaşıyor. Apartmanlaşırken de, topraktan ev sahibi olan kişiler var. Topraktan ev sahibi olma da bir yoksulun görece varlıkla dönüşüğü gibi görünüyor. Ama izlenen süreçte yoksullar yoksul kalmaya devam etmiş.

İlk vakamız Fitnet hanım. Yozgatlı, hemşerim, "Kurban olurum" diye konuşuyor hep, hep kurban oluyor. 63 yaşında, okuryazar değil. Kocasını da erken kaybetmiş. İki anneli. Kendi annesi yaşıyor, birinci annesi ölmüş; ama kendi annesi 112 yaşında. Yani maşallah yaşında. Kendisi de 63 yaşında. Kızıyla oturuyor. Kız 33 yaşında, şiddet mağduru. Oğlu, damadını vurmuş ayağından, kızını dövüyor diye; o da başka yerde oturuyor, ama şimdi gelmiş, tüm aile birlikteler. Bir de torun var. Torunun adı da Fitnet. İki Fitnet, bir Fatoş, bir de Arife var. Küçük Fitnet de, oğlunun birinci karısından; köyden almış, geri göndermiş, çocuk Fitnet'e kalmış. Derken dört kız bir aradalar, 110 yaşından 17 yaşına kadar.

Bizim tanışıklığımız dramatik tabii. Şöyle: Başka bir göçmen, Van göçmeni bir yatalak hastası var, hasta bezi istiyor. Biz de hop... Toplumsal dayanışma merkezinden söz ediyorum biz derken. Ben, Hacettepe Sosyal Hizmetler'den flört ederek alıyorum bir sürü bez, sonra götürüyorum; ama o gün hasta ölüyor. O kadar çok bez var ki, elimde kaldı. "Bu bezleri ne yapayım?" derken, başka bir hastaya daha veriyoruz o bezi. O yatalağın bir yatalak yakını daha varmış.

Ama kadın dayanışması, mail'leşme üzerinden Antalya'dan Hicran hanım bize bez gönderiyor, şık paketiyle ve kursa gelen başka bir kadın Fitnet hanımı haber veriyor. Fitnet hanım çok gururlu, annesinin bez ihtiyacı hakkında konuşmuyor. Ama annesi çok savunmasız, bez kullanıyor. Zaten 110 yaşında. Bezi götürüyorum ve ailenin bütün hikâyesine tanık olmuş oluyoruz. Böyle bir durum var.

Savunmasız mı? Evet; her açıdan savunmasız. Bir, yaşlı bakımı konusunda tek başına. İki, gelir durumu 800 lira, ölen kocadan kalma. Ölen koca da zaten çok evde kalmıyormuş, yabancı ülkelerde çalışıyormuş, erken de ölmüş, kadın ömür boyu yalnız ve bakıcı. Üçüncüsü, şiddet mağduru kızı evde, 33 yaşında ve dayanakları zayıf. Fitnet hanım bana anlatırken, sağ olsun, ayrıntılı anlattı; umarım savunmasızlığa girmez, şey dedi; "Kurban olurum, sen de kadınsın..." "Eyvah" dedim, "Benim kadınlığımla ilgili geliyorsa, özel bir şey." Adam, yani koca, gece 02.00'de gelen telefonla evden gittiği için, kız evi terk etmiş. Şiddet nedeniyle değil. Oğlu da, "Bunu bacıma nasıl yaparsın?!" diye, ayağından vurmuş onu. Yani başka kadına gitme konusunda hiç gönülleri razı olmamış. Gurur meselesi. Şiddet mağduru orada.

Ayrıca, büyüyen kız çocuğu var; ergen ve çok başarılı bir öğrenci ve destek ihtiyacı var. Çünkü herkes dershaneye gidiyor, ama o gidemiyor. Bizim sorunumuz. Bütün bunları kendimizce çözdük. Ne yaptık? Kızı dershaneye gönderdik, Çağdaş Yaşam para verdi; şiddet mağduru yerinde bıraktık, Arife teyzeye de bez bulduk.

Peki, bu niye kronik? Çünkü hepsi yoksul ve hep yoksul, başından sonuna ve hep savunmasız ve hep 800 liraları var. Bizim bulduğumuz çözüm aslında bir ağrı kesici. Yani ciddi sosyal politika gerekiyor, sağlık politikası gerekiyor ve erişim gerekiyor.

Peki, hasta bezini niye Fitnet hanım Arife hanıma yazdıramadı? Öyle ya, sosyal güvenlik veriyor. Yazdıramıyor; çünkü okumuşluğu yok. Okumuşluğu olmadığı için, işleri takip edemiyor. İşleri takip edemediği için, olan hakkını da kullanamıyor. Yani ciddi bir sosyal hizmet ve sosyal politika ihtiyacı var. Bu, Yozgatlı, Türkçe konuşuyor.

İkinci vakamız, o apartmanın hemen yanında, bir gecekondu, iki katlı. Bahçesi çamur ve iki-üç tane ağaç var önünde. Tek ağaçlı, tek yeşil alan. Yani kentsel dönüşümün aynı zamanda çevreyi ve tarihi savunmasız bıraktığı gerçeğiyle karşı karşıyayız. Yani öyle bir dönüşüm planlıyorlar ki, sadece sermaye, sadece apartman. Hiçbir tarihsel dokusu yok artık oraların. Çeşmesi varsa, yıkılmış; anısı varsa, gitmiş; her şey kırılmış dökülmüş. En önemlisi de, orada yaşamış olanların kişisel tarihleri yok edilmiş. Tarihsel bir tahribat var. Bunun önemsiz olduğunu varsaymamak lazım. Çünkü biz de kendi geçmişimizle ola ki hasbelkader bir yerde yüzleşeceksek, bu yüzleşme mekanda yüzleşme oluyor. O mekanlar yok olduğunda, aslında biz yok oluyoruz. Bu nedenle, kentsel dönüşümü planlarken... Hiçbir şekilde gecekondu aşkımdan söz etmek istemiyorum. Ama kentsel dönüşümü planlarken, tarihsel dokuyu, çevreyi, ekosistemi, toptan kalkınmayı, yani kentin kalkınması ve gelişmesini hesap etmek lazım.

Düşünün, biri apartman, görece zengin Fitnet hanım oturuyor; biri gecekondu, fakir, Hülya oturuyor ve kentsel dönüşüm her yeri kazdığı için, yan taraftan su akıyor, yağmur yağdığında tüm su Hülya'nın evinde. Çünkü ikinci katta. Aşağıda çamur deryası. Bir kadın, üç çocuk. Kocasını askerde. O da Türkçe bilmiyor, Vanlı, yeni gelmiş. 20 yaşında, az Türkçe biliyor, üç tane çocuğu var ve tüm gelir kaynağı 500 lira, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfından alıyor. Büyükşehir Belediyesinden ekmek alıyor ve kömür alıyor. Hayat bu ve bu da kronik. Geldiği yer problem, durduğu yer problem. Yaşantı sorun, sağlık sorun, dil sorun.

Burada hizmet sektörü olarak yerel yönetim bir dayanışma merkezi açmış, toplumsal dayanışma merkezi. Mamak Belediyesi de o bölgeye şimdi çok güzel bir yüzme havuzu yaptı, sağ olsun. Gayet nitelikli görünüyor. O da kenti dönüştürecek. Çünkü apartmanlar villa ya, artık yüzme havuzu ihtiyacı var; ama o üç çocuğun da beslenme, barınma, sağlık, güvenlik, tüm hakları ihmal çizgisinde duruyor.

Şimdi, kendime, size ve herkese soruyorum: Sağlık hizmetleri bu işin neresindedir, belediye hizmetleri bu işin neresindedir? Ben oradaydım, tesadüf; yani gerçekçi hiçbir nedeni yoktu. Ben olmasaydım ne olurdu; bunlar olmazdı. Ama bunlar son derece münferit ve sıradan hizmet değil.

O nedenle, bölgeye dair, her yere dair sağlık ve sosyal hizmet politikalarının defalarca gözden geçirilmesi gerektiğini; göçmen politikasını, kentsel dönüşümü, kadın sorununu, şiddet sorununu bir algı ve yaşantı üzerinden sizinle beraber değerlendirdik.

Çok teşekkür ederim. (Alkışlar)

Moderatör - Çankaya Belediyesinden Salime Tarıkçı'ye çok teşekkür ediyoruz.

Sistemler de kırılğan gruplarını yeniden, yeniden üretiyor. Hiç aklımıza gelmeyen şeyler. Şimdi kentsel dönüşümün yarattığı yeni kırılğan gruplardan bahsediyoruz başka bir bağlamda ve mekân bağlamında.

Sorunuz var mı acaba Salime hanıma?

Serap hocam; buyurun.

Prof. Dr. Serap Şahinoğlu - Ben çok teşekkür ederim Salime'ye.

Çok duyarlı bir şekilde anlattın, hepimizin çok ilgisini çekti, buradaki herkesin sanıyorum.

Peki, Çankaya Belediyesi, birtakım yardımlar, yardımın ötesinde, bu dönüşüme karşı duruşta neler yapıyor acaba? Bunu çok merak ettim. Sen de oradan geldiğin için, aktarırsan sevinirim. Ya da bizim yapacaklarımız neler olabilir?

Salime Tarıkçı - Dönüşüme kimse karşı durmuyor. Maalesef. Yani bizim yapacaklarımız bir aktivist olarak...

Dr. Serap Şahinoğlu - Hayır; ben, Belediye olarak neler yapıldığını merak ediyorum. Dönüşüme, tabii, karşı duramıyoruz şu anda da, Belediye olarak ne tür hizmetler veriliyor? Çünkü belediyecilikte hizmeti götürmek de çok önemli. Çankaya Belediyesi olarak neler yapıyor?

Salime Tarıkçı - Çankaya Belediyesinin, daha doğrusu ilçe belediyelerinin fiilen yardım yapma hakkı-yetkisi yok. Sadece bazı projeler yoluyla; mesela Yarım Elma diye bir projesi var, eşya desteği veriyor, giysi desteği veriyor. Zaman zaman gıda desteği veriyor, ama bu zaman zaman. Asıl destekleri Büyükşehir Belediyesi yetkisi kapsamında verebiliyor. O yüzden, ekmek onun, kömür onun desteği içine giriyor. Ama kentsel dönüşümün tahribatlarıyla ilgili kapsamlı bir araştırma yok, kapsamlı bir müdahale de yok. Yani ne Sosyal Hizmetler'in var, ne Sağlık Bakanlığının var, ne de yerel yönetimlerle ilgili çalışanların var. Ta ki... Mesela, Dikmen'le ilgili çatışmayı hepimiz biliyoruz. Dikmen, çatışma bölgesi. Gecekondu yıkımı; oradaki halk Büyükşehir Belediyesiyle anlaşmıyor ve ben hafifini anlattım yıkımın... Orada araştırmalar yapıldı, Tabip Odası da yaptı. Orası tamamen terk edilmiş olarak duruyor her türlü hizmetten. Gidebilen gitti, yani tapusu olan, Büyükşehir Belediyesiyle anlaşıp parasını aldı gitti. Tapusu olmayan, yani tapu tahsis belgesi olanlar direnme refleksiyle oradalar. Ama 1 Şubat 2007'de ciddi saldırıya uğramışlardı. Sezai beyin alanına girer; biber gazıyla iyi saldırmışlardı bölgeye ve orada mesela, kadın ve çocukların savunmasızlığı... Erkekleri bir kenara koymak istemiyorum, hepimiz insanız; ama onların beden hassasiyetleri dolayısıyla söylüyorum. Kadın ve çocukların savunmasızlığı, yaşlıların savunmasızlığı... Daha sonra, o saldırı sonrasında üzülen ölen yaşlılardan söz edildiğini ben biliyorum, orada araştırmalarımız olmuştu.

Maalesef ve maalesef, bu konuya daha duyarlı, daha güçlü ve sosyal politika ekseninde yaklaşmak gerekiyor.

Moderatör- Çok teşekkür ediyoruz Salime hanım.

Başka soru var mı acaba?

İzin verirseniz devam edelim.

Kentsel Dönüşüm Kronik Yoksulluk ve Kadın

“Vaka Sunumu”

Salime Tarıkçı, Kamile Bostan Akyürek

tarihcis@yahoo.com

Çankaya Belediyesi Kültür ve Sosyal İşler Müdürlüğü

Ankara'nın önemli sorunlardan biri özellikle kırsal veya taşra kentlerinden göç yoluyla kente yığılma olarak tarif edilmektedir. Özellikle 1950-1980 arası yaşanan hızlı kentleşme beraberinde kentin planlanması olanağını yok etmiş ve gereksinilmeleri karşılanmayan kitleler kendi çözümlerini üretmişlerdir. Gecekondulaşma barınma sorununu göçerlerin kendi yöntemleriyle çözmeleridir. Sadece mekân yaratmakla kalmamış aynı zamanda kendine ait kültürünü de üretmiştir. Son 20 yıl da kentsel dönüşüm adı altında bu gecekonduların apartmanlaşma serüvenine tanık olmaktadır..

Kentsel dönüşüm bir anlamda yoksulluğun dönüşümü, bazıları için kronik haliyle yaşanmaya devam etmesidir. Kent dönüşürken kadın öznenin dönüşüme katılımı vaka örnekleriyle gözlenmiştir. Özne derken, anlam kurucu, bilginin ve kültürün nedeni, fail olan ve fiillerinden sorumlu kast edilmiştir.

Anne-baba olmak ve bir eve sahip olmak aynı zamanda o eve ait olmaktır. İdealleştirecek, ev güvenlidir, dışarı tehdit eder. Dışarının tükettiği bedenimiz ve ruhumuzla ilgili eksilmeleri evde yeniden üretiriz. Ev baba için iktidarın kaynağı, anne için çocuklarının güvenliği, sağlığı, çocuklar için yarı tapınak, yarı barınaktır. Evi yıkmak özü zedeler. Özel tarihi parçalamak çocukluğun unutulması bir anlamda belleğimizin de parçalanması, eksiltilmesidir. Ev, eğrisiyle doğrusuyla toplumsal yaşantımızın simgesel değeridir. Kentsel dönüşüm süreci gecekondu evi yıkıp apartman haline getirme halidir.

Bu anlatı hiçbir biçimde tüm gerçekliği yazamayacaktır. Sözcük olamayan o kadar çok bilgi var ki! Çoğu gecekondu mahallesinin bahçelerindeki sevgiyle büyütülmüş ağaçların dallarında kaldı. Kocaman bir apartmanın bahçesinin yan tarafında dalının yarısı kırık, üç beş çiçek açmış, yağmur yağmazsa sulanmayan kaysı ağacının dili yok ki!

Bademlidere mahallesi bir kısmı apartman bir kısmı gecekondu Ankara'nın güneydoğusu sayılan bir mahalledir. Hem konum olarak güney doğuya düşer hem de Hakkari ve Van'dan göç almıştır. Kalan gecekondularda onlar kalabalık aile olarak ikamet emektedirler. Apartman olan bölümde Yozgat kökenli topraktan daire sahibi olmuş ailelerin varlığı dikkat çekmektedir. Birbirleriyle komşuluk ilişkileri yoktur.

Vaka 1; Fitnet, 63 yaşında, okuryazar değil. Kocasını ölmüş. Annesi, Arife 112 yaşında, kızı Fatoş 34 yaşında, şiddet mağduru, boşanma davası sürüyor, torunu Fitnet 16 yaşında, oğlunun ilk karısından, kendi büyütmüş, lise üçte, dört kuşak kadın yaşıyorlar. Aile gelirleri 800 lira civarında Fitnet'in ölen kocasından kalma maaş...

Tanışma; Bademlidere, Çankaya Belediyesi Toplumsal Dayanışma Merkezine gelen bir kadın yatalak hastası için hasta bezi ister. Hasta bezi sosyal medya üzerinde Antalya'dan annesine baktığı için hasta bezinin önemini bilen avukat Hicran tarafından sağlanır. Ayrıca Ankara'dan Petek sürekli sağlayabileceğini yazar. Biz bezi sağladık, yardım ediyoruz sevinci ile kadını aradığımız saatte hastanın öldüğünü öğreniriz.

Aynı zamanda el sanatları kursuna gelen Hatice komşularının ihtiyacı olduğunu söyler ve biz bezimiz alır ihtiyacı olan ama dillendiremeyen Fitnet'e veririz. Devamında da Petek her ay hesabına para yatırarak dayanışma davranışı sürdürmek ister.

Ancak banka işlerinden anlamayan ve okuryazar olamayan Fitnet'in refakate ihtiyacı vardır. Bankaya birlikte gideriz Orda da Zeynep'le tanışır, öteki aylarda sorun olunca kolaylaştırıcı olur. Petek de bayramlarda ziyaretlerine gelir...

Torun Fitnet başarılı bir öğrenci ve halası gibi erken evlenmesin iş güç sahibi olsun diye Babaanne Fitnet destek arayışındadır. Hülya kendisi de şiddet mağduriyeti yaşamış ve oğlunu tek büyütmüş bir bilgisayar mühendisidir. Torun Fitnet okusun diye özel gayret gösterip dershaneye gönderir.

Yerel yönetimin sosyal hizmeti farklı kaynaklar hareketlendirilerek yerine getirilmiştir. Büyük nine Arife'nin bez kullanmadığı durumda oluşacak sağlık sorunu çözülmüştür. O bu konuda savunmasızdır. Torun başarılıdır ve eğitim desteği sağlanmış, akranlarından geri kalmadığı için ergen ruh sağlığının hassasiyeti de düşünülerek sağlık korunmuştur. Fitnet de dört kuşak kadının orta direği olarak sağlam kalmıştır.

2014 yılının baharı yoğun yağmur almış, çukur yerlerde su altında kalmıştır. Bademlidere'nin gecekonduları, apartman yaparken bozulan çevre düzeninin de etkisiyle daha fazla su altında kalmıştır.

Tanışma; Hülya 27 yaşında 3 çocuk annesidir. Çocuklar sırayla, 6, 4 ve 1 yaşındadır. Aile geliri Kaymakamlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfından aldıkları 500 liradır. Ayrıca Büyükşehir Belediyesinden gıda, ekme, yakıt yardımı almaktadır. 7 sene önce Van'dan Ankara'ya gelin gelmiştir. Kaynanası ile anlaşamayan ve kocası askerde olan Hülya görümcenin alt katında üç odalı ışık almayan toplam 30 metrekare bir evde oturmaktadır. Yağan yağmur sonucunda sel olmuş ve Hülya'nın evi su altında kalmış, olan eşyaları da kullanılmaz hale gelmiştir. Zaten çocuklarla yaşanması çok zor sağlıksız bir konut, hatta konut da değil barınaktır. Hülya, Çankaya Belediyesi Bademlidere Toplumsal Dayanışma Merkezine evin temizlenmesi için yardım istemek için gelmiştir.

Hülya'nı evi temizlenmiş ve okuldan mezun olduğu için tüm eşyalarını bağışlayan bir öğrenci de evini yeniden kurmuştur. Ancak eşya taşımak parasız bir kadının üç küçük çocukla yapabileceği bir iş değildir. Belediyenin temizlik işlerinde kullanılan kamyon ve temizlik işçileri kendi rızaları ile ve mesai dışı bir saatte eşyayı taşımış ve yerleştirmişlerdir. İki katlı döküntü bir gecekondu bahçesinde kırmızı bir tipi dönen bir bilgisayar sandalyesi özellikle 4 yaşındaki oğlan için bulunmaz bir oyuncak işlevi görmüştür.

Bölgede Hakkari ve Van'dan çatışmalar dolayısıyla göç etmek zorunda kalan ve kendilerine geri dönüşüm işçisi diyen aileler yoğun oturmaktadır. Tüm koşullar sağlıksız olup bu konuda savunmasızdılar. Üstüne gelişen yeni sorunlar ciddi sağlık sorunu yaratabilme ihtimalini taşımaktadır. Sosyal hizmet yetmez sosyal politika ve sistematik çözümler gerekmektedir.

Fitnet ve Hülya aynı sokakta farklı hayatlar yaşamaktadır. Anadilleri, yaşam alışkanlıkları ve dramları farklıdır. Tek aynı olan kronik yoksulluğu sağlık sorunu yaşayacak ölçüde sırtlarında taşımalarıdır. Bu konuda savunmasızdılar. Riski yok edecek kamu hizmetine ihtiyaç vardır. , Yoksulluk çalışmalarında, etik ilkeler- zarar vermeme, bireyin özerkliğe, kişilerin yaşam biçimlerine- saygı zihniyet yapılanmasına saygı göstermeye özen göstermek gerekmektedir. Yoksulluğun ve yoksulların görünümüleri-yokluğun idaresi, uç noktada yoksulluk-insan haklarının, sağlığının korunması ve yoksulluğun sosyal giderleri-durumla baş etme, ayakta kalma stratejileri anlaşılır olduğunda, yoksulluğu yok edecek sosyal politika üretmek de mümkün olabilecektir.

Toplumsal kaynaklara ulaşmada mahrumiyet, güçsüzlük ve sesini duyurmada yetersiz katılımı da içeren yoksullukla mücadelede yerel yönetimlerin sorumluluğu vardır. Hızlı kentleşme, yetersiz altyapı, kentsel mekânlarda yaşanan eşitsizlikler, sağlık eğitim ve kültürel olanaklara ulaşamama genel anlamda kent yoksulluğunun tanımı olmaktadır. Gelir azlığı veya biyolojik ihtiyaçlarını karşılayamamak-mutlak yoksulluk- yoksunluklar, toplumun kaynaklarından eksik ya da yetersiz faydalanma da –görelî yoksulluk olarak tarif edilmektedir.

Kronik yoksulluk ise kuşak takip eden ve yaşam alışkanlığı yoksulluk olup, normaleştirdiklerinden dolayı hem hizmet talep etmek de hem de yoksulluklarında kendi çabaları ile çıkabilmeyi planlamakta da öğrenilmiş çaresizlik yaşamaktadırlar. Yoksulluğa razı olmak sağlık ve mutlulukla ilgili sorunları derinleştirmekte ve duruma direnme pratikleri de zayıf olduğundan savunmasız kalmaktadırlar.

Yerel Yönetimlerde sınırları içinde yaşanan yoksullukla hizmet modelleri oluşturarak mücadele etmek durumundadır. Bulunduğu yerde, yerele hizmet vermesi doğrultusunda yapılacak her çalışmada, temsil ve katılıma yeterince önem verilirse kişinin yoksulluğu nasıl yaşadığı ve aciliyet sınırlarını nasıl belirlediği farkına varılacak, uygun çözümler daha kolay bulunabilecektir.

Ayrıca bilimsel olarak da çeşitli araştırmalarda ortaya çıkan sonuçlar da yoksulluğun farklı çıktılarını işaret etmektedir. Yetersiz katılım ve yoksulluğun, sosyal dışlanmaya zemin hazırladığı ve şiddet yaratan toplumsal koşullardan olduğu iddia edilmektedir. Yoksulluk nedeniyle kısıtlanma ve mücadele etmek de çaresiz kalma, yatay şiddet, olgularında geçerli nedenlerden sayılmaktadır. Yoksulluğun koşul olduğu şiddeti yaşamak konusunda insanlar savunmasızdır, risk altındadır. Yoksulluk ve şiddetin neden olduğu insanlık değerlerini zedeleyen toplumsal yapıyı değiştirmek için yapılan mücadele, etkin sağlık ve sosyal politika yapmak yoluyla toplumsal barışa katkı Yerel Yönetimlerin kurumsal sorumluluklarındandır.

Savunmasız/Örselenebilir Grupların Sağlık Hakkı ve Aydınlatılmış Onam Sorunu

Av. Berna ÖZPINAR

ozpinarb@hotmail.com

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı

Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin (2005) 8. Maddesinin işaret ettiği insan savunmasızlığına ve kişisel bütünlüğüne saygı ilkesi ile sadece devletlere değil, etik uzmanlarına, genetikçilere, biyologlara, hukukçulara, felsefecilere, kamu ve özel sektör kurum ve kuruluşlarına önemli bir görev yüklemiştir. Ben temsil ettiğim Ankara Barosu adına ve kendi uzmanlığım olması sebebiyle konunun hukuk yönündeki bölümüne değinmek istiyorum. Konunun hukuk boyutunun özünü, kanımca, başlıktaki iki husus oluşturmaktadır. Bunlar “Savunmasız/Örselenebilir Grupların Sağlık Hakkı ve Aydınlatılmış Onam Sorunlarıdır. Bu konu başlığı geniş bir alanı kapsar. Bana ayrılan süre içerisinde konunun tüm boyutlarını ortaya koymam mümkün değildir. Bu nedenle de bu sunumda süreyle sınırlı olarak konunun kısaca tanıtımının yapılması, hukuksal sorun başlıklarının ortaya konması ve çalışmanın bir sonraki aşamasını işaret etmek amaçlanmıştır. Önerilere sonuçta kısaca yer verilmiştir.

Konu başlığımızı biraz daha belirginleştirmemiz gerekirse, yaşayan bir özel grup insanın sağlık hakkına değineceğiz. Ancak takdir edilir ki, sağlık hakkından söz edebilmek için öncelikle yaşam hakkının tanınması gereklidir. İnsanın temel hakları, insan kişiliğinin saygınlığının sonucu olarak, salt insan olması sebebiyle tanınan haklardır. Bu haklar bireyin insani boyutunu esas alır. Temel hakların başında “yaşama hakkı” gelir. Yaşam hakkının tanınması ve kabulü tarih boyunca insanlık adına utanç verici olayların, çok kanlı ve zorlu mücadelelerin sonucudur. Bu hak önce uluslararası metinlerde yer etmiş sonra da ulusal anayasalar bağlamında düzenlenmiştir.

Konu, Anayasa'nın 17. Maddesinde şu şekilde düzenlenmiştir.

I. Kişinin dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığı

Madde 17 – Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.

Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.

Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz...

Yaşam hakkının bir anlam ifade etmesi, gerçekleşmesi için insan yaşamının şu dört tehdiye karşı korunması gerekir:

- Kişinin, kendisine karşı korunması,
- Kişinin, üçüncü kişilere karşı korunması,
- Kişinin, devlete karşı korunması,
- Kişinin, terörizm gibi eylemlere karşı korunması.

Bu dört tehdit önlenemediği ölçüde yaşam hakkı ve bu kapsamda sağlık hakkı sağlanabilir. Sağlık hakkı genel olarak, kişinin toplumdaki, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini istemesidir ve önemle toplumun sağladığı imkânlardan yararlanabilmesidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; sadece hasta ya da engelli olmamak değil, bedensel, ruhsal ve toplumsal olarak iyi olma halidir.

Nitekim 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 2. maddesinde de benzer bir tanım yer almıştır: "Sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir."

Sağlık hakkı İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. Maddesinde bir güvence olarak yer almıştır. Burada vurgulanan, sağlık hakkının kişinin içinde yaşadığı toplum tarafından tanınması ve güvence altına alınmasıdır. Anayasanın değişik hükümlerinde sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkından, konut hakkında temel haklara yer verildiğini söyleyebiliriz. Kanımca sağlık hakkı, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde yer aldığı şekilde gerek insanın gerekse ailesinin, yiyecek, giyecek, konut, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler alabilmesi, refahını sağlayacak yaşam düzeyinin sağlanması; işsizlik, sakatlık, yaşlılık veya geçim olanaklarından kendisi dışındaki nedenlerle yoksun bırakıldığı durumlarda herkesin sahip olması gereken güvence haklarıdır.

Halen ülkemizdeki uygulamada ise sağlık hakkı, daha çok dar kapsamlı olarak değerlendirilmektedir; konunun hasta, sağlık kuruluşu, sağlık personeli ağırlık verilerek sınırlanması kanımca ülkemizin taraf olduğu uluslararası sözleşmelere uygun değildir. Her ne kadar usulüne uygun kabul edilen uluslararası sözleşmeler iç hukukumuzun bir parçası da olsalar esasen uluslararası insan hakları hukukuyla uyumlu bir iç hukuk düzenlemesine ihtiyaç bulunmaktadır. Çünkü savunmasızlık/örselenebilirlik insan olmanın doğal bir sonucu olmasına karşın hukuksal metinlerde henüz çok yeni yer almaktadır. Öncelikle kavramın tanıtılması ve yaygınlaşması gereklidir. Biyolojinin ve tıbbın gelişme hızına karşılık hukukun statik yapısını dinamik tutabilmek için de kanımca bu zorunludur.

Aksi takdirde, hukuk sağlık alanında ortaya çıkabilecek her yeniliğe karşı bu gelişmenin önünü tıkayacak bir nitelik arz edebilir. Bu bakımdan tıbbın ve ilgili teknolojilerin uygulanmasında ve geliştirilmesinde insan savunmasızlığının göz önünde bulundurulması, bunun hukuksal güvencelerinin sağlanmasıyla mümkün olabilecektir.

Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin (2005) 8. maddesi çok yerinde olarak, savunmasızlığı genel bir koruma durumu olarak işaret etmeyip bulunulan bağlam bazında öngörmüştür. Örneğin çocuklar için sürekli savunmasızlık söz konusu iken yetişkin bir grup bireyin içinde bulunduğu şartlardan kaynaklı savunmasızlığı oluşabilir. Gerçekten de savunmasızlık durumdan duruma değişebilir. Bu sebeple de özellikle savunmasız gruplarda, sağlık hakkının en geniş tanımıyla uygulanması zorunludur. Bu da insanın ve ailesinin, yiyecek, giyecek, konut, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler alabilmesini, refahını sağlayacak yaşam düzeyinin teminini gerekli kılmaktadır. Sağlık hizmetinin kaliteli olması kadar yukarıdaki hususların güvence altına alınması birlikte sağlık hakkına hizmet eder.

Aydınlatılmış onam, yaşam hakkına sıkı sıkıya bağlı bir haktır. Bir başka kişinin, kişinin fiziksel ve/veya ruhsal ve/veya toplumsal bütünlüğüne yönelik eyleminin hukuka uygunluğunun temel şartıdır. Bu husus uluslararası metinlerin yanı sıra Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. Maddesinde de ayrıntılı olarak düzenlenmiştir. Bu maddede savunmasız gruplardan çocuklara ve rızasını beyan edemeyecek olanlara ilişkin düzenlemeler şu şekilde yer almaktadır:

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24- (Değişik:RG-8/5/2014-28994)

Tıbbi 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 temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır.

Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınır.

Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.

Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir.

Hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir.

Tıp ve biyoloji sağlık hizmeti sunumunda ve sağlık araştırmalarında bilimsel bilginin doğrulanmasına ihtiyaç duyar. Bu durum, insan üzerinde deney yapmanın etik ve yasal sorumluluğunu gerektirir. Konu insan olunca bu zaten tartışmalıdır. Ancak savunmasızlık/örselenebilirlik söz konusu olduğunda sorumluluğun kapsamı ve sorunlar da artmaktadır.

Tedavi amaçlı olsun ya da olmasın araştırmaya katılacak hastalardan özerkliğe dayalı, bilgilendirilmiş onam alınması gereklidir. Bazı hasta grupları hastalıklarının neden olduğu bilişsel yeti kayıpları ya da özerk karar verebilme için gerekli sosyal güçten yoksun oluşları gibi nedenlerle bilgilendirilmiş onam alınması açısından incinebilir/ örselenebilir olarak kabul edilmektirler. Psikiyatri hastaları bu gruplar arasında ilk sıralarda yer almaktadır.

Stephen Covey "...insanların çoğu cevap vermek niyetiyle dinliyor, anlamak için değil" diyor. Bu tespit önemli bir noktaya daha işaret ediyor: Bir kişiyi aydınlatmak, onu yapılacak işlem hakkında anlayıp karar verebileceği kadar bilgilendirmeyi gerektirir. Oysa formül tanımlamalarla yapılan bilgilendirme sadece onay almaya yönelik olacaktır. Bu bir etik sorundur.

Tıp etiği bağlamında klinik araştırmalar, tedavi amaçlı ve tedavi amaçlı olmayan araştırmalar olarak ikiye ayrılır. Tedavi amaçlı araştırmalarda bilgi edinmenin yanında, hastanın tedavisine katkıda bulunmak da amaçlanmaktadır. Bu nedenle tedavi amaçlı araştırmalarda hastanın yarar sağlama olasılığı, hem amaç hem de niyet olarak mümkündür. Tedavi amaçlı olmayan araştırmalarda ise denek/hasta, tümüyle araç durumundadır. Burada araştırmanın temel ve biricik amacı, bilimsel bilgiye ulaşmak olup, hastanın tedavisine herhangi bir katkısının olması beklenmemektedir. Bu temel özellik her türlü etik araştırma değerlendirmesinde son derece önemlidir.

Hukuksal açıdan geçerli olabilmesi için aydınlatılmış onamın üç temel ilkeye uygun olması gerekir:

1. Yeterli bilgiye dayanmalıdır.
2. Hasta onam vermeye ehil olmalıdır.
3. Hasta serbest iradesini kullanabilecek durumda olmalıdır.

Ancak bu koşulların gerçekleşmesi halinde geçerli bir rızadan bahsedebiliriz. Hastanın onam vermeye yetkin olduğu zaman baskıya da uğramaması sağlanmalıdır. Toplumların değer yargılarındaki farklar, sağlık hizmetlerine ulaşmadaki eşitsizlikler, başlı başına baskı unsuru olarak karşımıza çıkabilir.

Yani herhangi bir savunmasızlık durumunda, hekim/araştırmacı ile hasta arasındaki sınırın belirlenmesi sürecinde onamın yasal şartları ile birlikte, bireyin haklarının öne alınması gerekecektir. Bu bilimsel çalışmanın gerektirdiği etik duyarlığa sahip olmayı zorunlu kılar.

Bazen bir kısım hakların kullanılmaması onlardan feragat edildiği anlamına gelmez. Bu sebeple de verilmiş bir onamın şartları yeni bilgilerle değişebilir. Tıbbi müdahalenin, bilimsel araştırmanın her aşamasında görev alan diğer sağlık çalışanları ve araştırmacılar yönünden de etik duyarlılık çok önemlidir, bu sebeple de hasta haklarının güçlenmesi için sorumlu kişilerin ve sorumluluk boyutlarının belirlenmesi önemli ve gereklidir. Örneğin hemşireler, hastanın en yakın iletişimde olduğu sağlık çalışanları olmaları sebebiyle bu yönde görevli ve sorumlu olmalıdır.

SONUÇ OLARAK:

Savunmasız/örselenebilir grupların sağlık hakkı ve aydınlatılmış onam sorunlarına ilişkin çalışmalar için önerilerimizi şöyle sıralayabiliriz;

1. Sağlık hakkı uluslararası sözleşmelerde yer alan en geniş tanımla güvence altına alınmalıdır.
2. Bunun gereği olarak evrensel insan hakları esaslarına dayalı ulusal mevzuat düzenlemeleri yapılmalıdır.
3. Savunmasız/örselenebilir gruplar kavramının yaygınlığının sağlanması ancak konunun hukuksal metinlerde düzenlenmesi ile mümkün olabilir.
4. Tıbbi müdahalenin, bilimsel araştırmanın her aşamasında görev alan diğer sağlık çalışanları ve araştırmacılar yönünden de etik duyarlılık çok önemlidir, bu sebeple de hasta haklarının güçlenmesi için sorumlu kişiler ve sorumluluk boyutlarının belirlenmesi önemli ve gereklidir. Bu bağlamda biyolog, teknisyen, hemşirelerin de katılımı gereklidir.
5. Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin(2005) 8. maddesinin insan savunmasızlığına ve kişisel bütünlüğüne saygı ilkesi sadece devletlere değil, etik uzmanlarına, genetikçilere, biyologlara, hukukçulara, felsefecilere, kamu ve özel sektör kurum ve kuruluşlarına da önemli bir görev yüklemiştir. Bu sebeple de bunların işbirliğinin yanında eşgüdümünün de sağlanarak birlikte çalışmalarının temini gereklidir.
6. Farkındalık yaratılması için tanıtıcı film ve görseller hazırlanmalıdır.
7. Çalıştayların spesifik başlıklara odaklanarak yapılmasına ihtiyaç vardır.
8. Savunmasızlık konusundaki sorunlar, ülkenin genel koşullarından hiç de ayrı değildir. Sağlık hizmeti sunumundaki her sorun burada karşımıza daha büyümüş olarak çıkacaktır. Bu sebeple sağlık hizmeti sunumundaki aksaklıkların tespiti, önlenmesi ve giderilmesi asıl öncelikli olandır.

Son olarak bir bilgi notuyla bitirmek istiyorum.

Barımız, örselenebilir grupların her bir hak grubunda ayrı çalışmaları merkezlerimiz ve kurullar şeklinde yapmaktadır. Bu bağlamda; İnsan Hakları Merkezi, Kadın Hakları Merkezi, Çocuk Hakları Merkezi, Gelincik Merkezi ve Sağlık Hukuku Kurulumuz bu yönde hizmetler vermektedir. Sağlık Hukuku Kurulu olarak, özeldede sağlık hakkının tanınması ve değişik hak ve birey gruplarında (yani sadece örselenebilir gruplarda değil, geniş çaplı) tanıma ve sorunları çözme çalışmaları yapıyoruz.

Beni dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Türk Tabipler Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu

Dr. Filiz Ak

drfilizak@yahoo.com

Şimdi, Türk Tabipleri Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolundan Dr. Filiz Ak'ı davet edelim.

Türk Tabipleri Birliği acaba kendi hizmet spektrumu içindeki savunmasız grupları nasıl tarif ediyor; onlara hizmet sunarken ya da araştırmalar bağlamında nelere dikkat ediyorlar, bize ne tür önerileri var?

Filiz hanım; buyurun.

Dr. Filiz Ak (Türk Tabipleri Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu)- Sizlere önce Türk Tabipleri Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolunun nasıl kurulduğunu anlatmak istiyorum.

Türkiye'deki tabip odalarında kadın hekimlik ve kadın sağlığı konularında çalışan kadın hekimler 2006 yılında bir araya gelerek, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyine başvurdular. Kadın Çalışmaları Grubu olarak adlandırılabilen bir örgütlenme talebini dile getirdiler. Böylece ilk adım atılmış oldu. Ardından da 18-19 Kasım 2006 tarihli Türk Tabipleri Birliği 55. Olağanüstü Büyük Kongresi kararlarında, bu talep çerçevesinde bazı düzenlemeler yer aldı. Cinsiyet eşitsizliğinin kadınların toplumsal yaşamın içinde yer almasında ciddi engel olduğu, kadınların örgütler içinde temsil edilmesinde adalet ilkesine uyacak önlemler alınması gerektiği vurgulandı. Bu amaçla, Türk Tabipleri Birliği kurullarında her iki cinsiyetin yüzde 40'tan az olmamak üzere yer alması için iç düzenlenmenin yapılması görevi verildi Merkez Konseyine.

Bu önemli bir adım, pozitif ayrımcılık adına; bir meslek örgütünde böyle bir girişimin olması, kota olması, bizim açımızdan çok büyük bir kazanım oldu.

Ayrıca, Kongre kararlarında Şunlar da yer aldı: Sadece bizim, kadın hekimlerin temsiliyeti, yönetimlerde yer alması konusu değil; aynı zamanda kadın sağlığıyla ilgili de önemli konuların altı çizildi. Tıp eğitimi ve mesleği içinde karşılaşılan cinsiyetçi uygulamaların ortadan kaldırılması için Türk Tabipleri Birliğinin çalışacağı, cinsiyet ayrımcılığıyla ilgili farkındalık yaratmak ve duyarlılığı artırmak için araştırma çalışmaları yapacağı, var olan çalışmaları destekleyeceği, ilgili kurumlarla işbirliği yapacağı ifadeleri yer aldı ve böylece Kol kuruldu. İllerdeki tabip odalarında da kollarla koordineli olarak çalışan kadın sağlığı ve kadın hekimliği komisyonları kuruldu.

Periyodik olarak toplantı yapan Kolumuz, illerin tabip odalarındaki komisyonlarla beraber 3 ayda bir, bir araya geliyor. Kolumuzun çalışma ilkeleri var; bunlar ayrıntılı olarak maddelendi ve karar defterinde yer aldı. 2009 tarihinden beri geçerli olan ilkeler içinde Şunlar var:

Egemen söylemden bağımsızlaşmış bir kadın dili oluşturmak ve bunu mümkün olduğunca ortak kılmaya çalışmak...

Çok sayıda madde var, önemli olan birkaç tanesinin altını çiziyorum.

Tıbbın egemen ataerkil bakışını sorgulamak. Yani sadece toplumdaki eşitsizlikler değil, bir bilim uygulama alanı olan tıbbın içindeki tıbbın dilini de sorgulamak. Yani erkek tıbbı sorgulamak aslında.

Tıbbi uygulamalarda kadını ve kadına özgü sağlık sorunlarını görünür kılmak.

Kadının sağlık ve güvenlik politikalarından dışlanmasına karşı mücadele etmek.

Kadın emeğini görünür kılmak, bu mücadeleye katkıda bulunmak.

Toplum sağlığı sorunu olan kadına y6nelik Şiddet konusunu g6ndemde tutmak, bu konuda s6rekli farkındalık yaratmak ve eğitimler vermek.

Bunun gibi ilkelerimiz bulunmaktadır.

Kolumuz 3 tane 6ok b6y6k kongre d6zenledi. Kadına Y6nelik Şiddet, birincisi. İkincisi, Kadını G6rmeyen Bilim ve Sağlık Politikaları, tamamen tıbbi eleŐtiren. Kadını G6rmeyen Aile ve Sağlık Politikaları. Bir de sempozyumumuz oldu; Sağlıkta Kadın Emeği Sempozyumu.

Bu g6rd6đ6n6z salonda yer alan, bu toplantının d6zenleyicileri ve konukları, konuŐmacıları, kuruluŐundan beri Kolumuzda yer almaktadır. Kolumuzda 6ok farklı uzmanlık dallarından işbirliği i6inde bilgi 6reten, danışmanlık veren 6ok değerli kadın hekimler mevcuttur.

Y6r6tt6đ6m6z etkinliklerden birka6 tanesini saymak istiyorum. Hepsi zaten altını 6izdiğimiz toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve kadına y6nelik Şiddet konularında. T6rk Tabipleri Birliği olarak hep altını 6izdiğimiz konular bunlar.

Kadına Duyarlı Bilimsel Araştırma Y6ntemleri kursu d6zenledik. Bir tanesi kongre bağlamındaydı, bir tanesini Diyarbakır'da d6zenledik. Bu araştırma ger6ekten değerliydi. Ben bunun b6t6n bilim dallarında bir alt başlık olarak y6r6t6lmesi gerektiğinin altını 6izmek istiyorum. 66nk6 6zellikle Şevkat hocamın da belirttiği gibi, pek 6ok bilimsel araştırma, kadınları dıŐlamakta ve erkekler 6zerinde yapılıp, topluma genellenmekte. Bu eğitim ger6ekten 6ok yararlıydı.

İstanbul Tabip Odası, Mor 6atı ile birlikte k6rtaj konulu panel d6zenlemiŐti. 6ok değerli bir kitap6ığı var İstanbul Tabip Odasının. Bu bence kaynak niteliğinde.

Aynı zamanda, U6an S6p6rge gibi birtakım sivil toplum 6rg6tleriyle de dayanıŐmamız var. B6t6n kadın 6rg6tleriyle dayanıŐmamız var, b6t6n kadın platformlarıyla dayanıŐmamız var.

6ocuk Gelinlere Hayır Ulusal Platformunda yer alıyoruz. D6nya Kadın Y6r6y6Ő6nde yer alıyoruz, onlarla işbirliği i6indeyiz.

Cinsel Saldırı Sonrası Oluşan Gebelikler ve K6rtaj 6alıŐtayını d6zenledik, Ankara Tabip Odasının ev sahipliğinde.

K6rtaj Haktır-Karar Kadınındır Platformunun i6inde yer alıyoruz. Kadın Emeği ve İstihdamı GiriŐiminin 6nc6l6đ6nde y6r6t6lm6Ő olan kampanyalarda yer aldık. KreŐ Haktır Platformunda yer alıyoruz. Cinayetlere Karşı Acil 6nlem Platformunda yer alıyoruz.

6ok sayıda basın a6ıklaması yaptık ve bilgi notu hazırladık. Bunların hepsinin uzman g6r6Őleriyle birlikte hazırlandığının altını 6izmek istiyorum.

B6t6n kadınlar i6in ulaşılabilir, 6cretsiz sağlık ve yaşam koşulları talep ediyoruz dedik hep.

Kadına y6nelik Şiddete ve kadın cinayetlerine karşı her zaman tavrımızı g6steren basın a6ıklamaları yaptık.

Tecav6z su6unun 6nlenmesi i6in 66z6m6n, erkek egemenliğinin ortadan kaldırılması olduğunun altını 6izdik.

6ocukları olan anne-babalara seslendik; cinsiyet6ilikten kadın cinayetlerine giden yol 6zerine birtakım a6ıklamalarda bulunduk.

Fethiye'deki toplu tecav6z davasına hep katıldık, basın a6ıklamalarında kadın 6rg6tleriyle beraberdik.

Kadınların devlete değil, kendilerine ait olduğunun; k6rtaj hakkının kadınların yaşam hakkı olduğunun altını 6izdik.

Şiddete uğrayan hekimlere destek olduk. 66nk6 kadın hekimler de Şiddete uğruyorlar. İstatistikler g6steriyor ki, en 6ok Şiddete uğrayanlar, pratisyen olsun, uzman olsun, asistan olsun, her grupta en 6ok kadınlar.

Şimdi ne yapıyoruz?

Cinsel şiddet üzerine bir kaynak çeviriyoruz, Dünya Sağlık Örgütü'nün en son kaynağını çeviriyoruz. 16 Mayıs'ta bir Üreme Sağlığı Kongresi düzenleyeceğiz Ankara'da. Ayrıca, cinsel şiddetle ilgili bir araştırma yönetiyoruz.

Süremi aştığımı biliyorum, ama son bir şey: Farklılıkları yok eden ikili cinsiyet, kadın-erkek sistemine de hayır diyoruz.

Ankara Tabip Odası Kadın Komisyonu ve İnsan Hakları Komisyonu ortak olarak LGBTİ Çalışma Grubu kurduk. Çünkü hekimlerin çoğu, homoseksüel bireylerle, lezbiyenlerle, gay'lerle karşılaşmadıklarını söylüyor. Ama popülasyondaki oran yüzde 10. Bayağı yüksek bir oran. Tıp eğitiminde yer alması gerekiyor. Bu konuda, ben 3 yıldır Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliğinde çalışan bir öğretim görevlisi olarak ders anlatıyorum, toplumsal cinsiyet dersinin alt başlığı olarak LGBTİ sağlığı dersi anlatıyorum. Bunun tüm tıp eğitiminde yer alması gerekiyor.

Biz, TTB olarak, hekimlerde farkındalık oluşturacak bir broşür hazırlıyoruz. Aynı zamanda birtakım sivil toplum örgütlerinin toplantılarına gidiyoruz, işbirliği içindeyiz.

Pembe Hayat'ın bir toplantısına katılmıştık, oradaki notlarımdan özetlemek istiyorum:

Trans kadınların hastanede sağlık hizmetlerine, acil servislere erişimi yönünde sorunlar var, ayrımcılığa maruz kalıyorlar.

İnsan hakları ihlalleriyle ilgili raporlarda LGBT'ler yer almıyorlar.

Çeşitli travmalara maruz kalıyorlar.

Bizler, TTB ve ATO olarak, alternatif rapor düzenleme süreçlerine destek olabiliriz dedik. Ayrıca, hekimleri farkındalıkla bu konuda bilinçlendirerek, sağlık eğitimi verebiliriz dedik. Ayrıca, LGBT'lerin sağlığa erişim konusunda her zaman yardım alacakları bir toplumsal örgütüz, bunun altını çizmek istiyorum.

Teşekkür ederim. (Alkışlar)

Moderatör- Çok teşekkür ederiz.

Türk Tabipleri Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolunun yaklaşımını dinlediniz. Dr. Filiz hanıma sorusu olan var mı? Yok.

Çok teşekkür ederiz.

Ankara Tabip Odası

Prof. Dr. Serap ŞAHİNOĞLU

serapsahinoglu@yahoo.co.uk

Tabiplerle devam edelim.

Ankara Tabip Odasını temsilen Dr. Serap Şahinoğlu burada.

Serap hanım; buyurun.

Prof. Dr. Serap Şahinoğlu (Ankara Tabip Odası)- Herkese iyi öğleden sonralar diliyorum.

Öncelikle, savunmasız ve örselenebilir gruplarla ilgili olarak Hacettepe Üniversitesi Biyoetik Merkezinin böyle bir toplantıyı düzenlemesi; özellikle etik, gündelik hayatta karşılaştığımız birçok sorunun burada tartışılması, buraya toplanan bunca insanın bir araya getirilmesi son derece önemli. Bir kitapçık oluşturulacak sanırım daha sonrasında, çok yararlı olacağını düşünüyorum ben. Hepinize çok teşekkür ederim öncelikle.

Ben, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında öğretim üyesiyim. Ancak, buraya Ankara Tabip Odasının Denetleme Kurulu üyesi olarak katılıyorum.

Bu çalışmayı size Dr. Onur Karahan'la birlikte hazırladık. Ancak, tabii, o çok nazik birisi olduğu için, "Hocam, siz sunun" dedi, o nedenle ben sunuyorum. Onun da çok önemli katkıları var tabii ki.

Biz kimi seçtik Ankara Tabip Odası olarak; tutuklu hastaları seçtik. Neden tutuklu hastalar? Bu soruyu özellikle Aslı bana söyledi, "Mutlaka söylememiz gerekir" diye.

Neden seçtik? Şu nedenle: Cezaevinde sağlık hakkından mahrum bırakılmak, hem cezayı katmerleştirmekte, hem de hastalığa bağlı gelişen ağrı ve benzeri yakınmalar, tedavi süreci engellendiğinde, kişinin kendisine karşı ceza aracına dönüştürülmüş olmakta. Bu nedenle, işkence ve kötü muamele başlığı altında mutlaka ele alınmalıdırlar.

Bir başka neden de şu: Tedavi bağlamından sonra, ölüme kadar giden geciktirmeler, hastalığın bir biyolojik silah olarak kılınmasına neden olmakta. Bu nedenle de, bu grupların, savunmasız ve örselenebilir gruplar olarak daha çok üzerinde durulması gerektiğini düşündük.

Bunun ötesinde, birçok farklı insan, farklı örselenebilir grupları tercih ettiği için, biz de bu grubu ele almayı uygun bulduk.

Peki, neden cezaevlerinde sağlık sorunları ortaya çıkmakta? Süreme de çok dikkat ederek, bundan çok kısaca söz etmek istiyorum.

Bir, cezaevinin yaşam koşulları.

İki, işkence ve insan hakları ihlallerine maruz kalma.

Üç, hekime ve sağlık hizmetine erişimdeki güçlük.

Dört, tutuklu olarak kadın olmak.

Beş, tutuklu olarak çocuk olmak.

Altı, tutuklu olarak ağır hasta olmak.

İşte bütün bunlar sağlık sorunlarının arttırılmasında çok önemli etkenler oluyor.

Peki, cezaevlerindeki sağlık sorunlarının nedenleri neler? Çok kısaca özetliyorum.

Cezaevlerine özgü bir disiplin olarak, sağlıkla ilgili konuların ele alınmamış olması.

Mevcut zihniyetin sonucunda cezaevlerinde fiziksel koşulların çok kötü olması, aşırı kalabalığın olması.

Cezaevlerinde sağlık bakımına yönelik organizasyonların kurulmaması; nitelikli insan gücü, nitelikli sağlık ekibinin oluşturulmamış olması.

Mesleki bağımsızlığımıza hürmet edilmemesi.

Sürekli mesleki gelişim dahil, sağlık personelinin eğitim sorunları ve bizim bütün bunlara hekimler olarak etkin bir izleme ve denetleme yapmamamız gibi nedenlerden dolayı bu örselenebilirlik durumu giderek artmaktadır.

Mesela, tutukluların tedavi mekanlarına bakalım.

Ranza, zincir, yastık, hücre, tecrit odası, süngerli oda, revir, mahkum koğuşu, ceza infaz hastaneleri; bütün bunların bir tanesi bile zaten sizin örselenmeniz için en başta gelen nedenler arasında.

Peki, ne gibi baskılarla karşılaşılıyor?

Kelepçeli muayene, rektal dahil bütün vücut taramaları, sevk zinciri yetersizlikleri, sağlıkçıların kimi zaman hiç de hazır olmadıkları tanı ve tedavi pratikleri. Artı, anadilinde sağlık hakkından mahrum bırakılma. Çünkü herkes Türkçe konuşamayabilir.

Peki, cezaevinde sağlık hakkı ve sağlık hizmetlerinde temel ilkeler neler olmalı?

Bir, hasta haklarının tümü mahkum hakları için de geçerli olmalı. Yani burada hasta hakları mahkumların haklarından ayrı tutulamaz.

İki, sağlıkçıların mahkumlarla ilişkilerinin sağlıkçı-hasta ilişkisi olduğu unutulmamalı. Yani bizim karşıımızdaki bir mahkum değil, bir hastadır. Bunun altı mutlaka çizilmeli.

Üç, ücretsiz sağlık hakkı ve anadilde sağlık hakkı mutlaka savunulmalı.

Devam ediyorum.

Hekime erişilebilir olmalı.

Bakım için topluma verilen hizmete ek bir hizmet, direkt bir hizmet mutlaka tutuklulara da verilmeli.

Hastanın, yani tutuklu hastanın aydınlatılmış onamına ve gizliliğine özen gösterilmeli.

Mesleki bağımsızlık sağlanmalı ve mesleki yeterlilik de sorgulanmalı.

Peki, neler yapabiliriz?

Sağlık personelinin standartlarını yükseltebiliriz. Çünkü siz hapisanelerde ayrı bir sağlık hizmeti veriyorsunuz. Bunun için özel bir eğitim vermeniz gerekir.

Hekim ve sağlık personeli yeterli sayıda olmalı buralarda.

Cezaevi hekimleri idari olarak cezaevi otoritelerinden bağımsız olmalı. Ki, bu çok önemli ve altını tekrar çiziyorum bunun.

Sağlık birimleri meslek örgütlerince denetlenmeli.

Sağlık çalışanları, bakım verenlerin bakımı çerçevesinde onarıcı bakım ve süpervizör görevlerini üstlenmelidir.

Hekimler, cezalandırılmalı süreçler içerisinde kesinlikle ve kesinlikle yer almamalıdır. Bu da bizim birçok ilkemizle desteklenen bir durum olarak karşıımıza geliyor.

Bunlar, tabii, genel bilgiler olarak hepinizin, etikçilerin üzerinde durduğu, vurguladığı noktalar.

Peki, bize, özellikle Türk Tabipleri Birliğine, Ankara Tabip Odasına, Türkiye İnsan Hakları Vakfına tutuklu hastalar ne gibi durumlarda başvurmuşlar? Onları da çıkarttık biz.

Mesela, hekimin tedavide gereken özeni göstermemesi ve ayrımcılık yapması.

Biz bazı şeyleri düzeltemeyiz, ama bunu düzeltebiliriz. Mesela, 10 tane vakia var bununla ilgili.

Hastaneye sevkini sağlanmaması, hastanın revire çıkmasının engellenmesi, ilacının kesilmesi-kısıtlanması. Bunlar düşünülmemeyecek şeyler.

Kelepçeli muayene, ortopedik yatak temininin sağlanmaması, muayene etmeden önce hücre cezası vermek...

Bütün bunları okuduğum zaman, kendimi Nazi kampında hissettim.

Peki, biz neler yaptık ATO olarak?

Bir kere, adli raporu ücretsiz olarak veriyoruz. Hukuk danışmanlığı veriyoruz.

İnsan Hakları Kolumuz var, Onur Kurulumuz var; buraya başvurduğunuz zaman, burada gerekli soruşturmalar yapılıyor, 6 aydan 2 yıla kadar bu hekimlerin meslekten uzaklaştırılması sağlanıyor.

Kamuoyu Oluşturuyoruz. Belki dikkatinizi çekmiştir, özellikle açlık grevleri sırasında önemli bir sağlık desteği verdik.

Cezaevlerindeki revirleri kontrol etmek istiyoruz. Bu revirleri kontrol etmek için adliyeye başvurduk, buradan uzun erimli şeyler sonucunda izin alındı ve buradaki revirlerin kontrollerine başlandı. Ama her an için izinler kesilebilir.

Bunlar da bizim yaptıklarımız. Beni çok dikkatle dinlediğiniz için hepinize teşekkür ederim. (Alkışlar)

Moderatör - Serap hanıma çok teşekkür ediyoruz.

Tabip Odasına sorularınız var mı?

Buyurun.

Deniz Eren Mutlu (Trans Danışma Merkezi Derneği)- LGBTİ olarak çalışmalarınız oldu mu, özellikle cezaevleri içerisinde?

Dr. SERAP ŞAHİNOĞLU- Ben anımsamıyorum; ama bir de Onur'a sormak isterim. Cezaevlerinde olmadı; ama Filiz hanım da söz etti, LGBTİ Kolumuz var. Ama bunu cezaevlerinde çalışmadığımızı biliyorum.

Onur; sen ne dersin?

DENİZ EREN MUTLU- Çünkü cezaevlerinde LGBTİ'lerin ciddi anlamda sıkıntıları var, o anlamda söyledim.

Dr. SERAP ŞAHİNOĞLU- Belki bunu da eklemem gerekirdi; kadın, çocuk ve LGBTİ diye. Uyardığınız için teşekkür ederim.

Dr. ONUR KARAHAN (Ankara Tabip Odası)- Merhabalar.

Ben, Onur Karahan; Ankara Tabip Odasından.

Bununla ilgili genel olarak, tüm demokratik kitle örgütleriyle beraber yaptığımız, senin de bildiğin bazı çalışmalar var. Bunların hepsinde imzacı olarak, hem TTB, hem ATO olarak bulunuyoruz. Bunların istekleri yapılıyor. Ayrıştırma ve bu insanlara ayrımcılık uygulanamayacağına dair de yapılan basın açıklamalarına destek verdik. Bu yolla müdahale ediyoruz. Bu bileşenlerin hepsiyle bunun tepkisini veriyoruz.

MODERATÖR- Evet, çok teşekkür ederiz.

Başka soru var mı? Yok.

Serap hanım; verdiğiniz bilgiler için çok teşekkür ederiz.

HÜ Çocuk Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi

Arş. Gör. Engin Fırat

enginfirat2@gmail.com

Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezinden Dr. Engin Fırat; buyurun.

Arş. Gör. ENGİN FIRAT (H.Ü. Çocuk Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi)- Doktor olmayı çok isterdim, ama daha değilim hocam.

Öncelikle, kendimi savunmasız hissediyorum, 7 dakikada sunum yapmak zorunda olacağım için.

Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezini temsilen buradayım. Araştırma görevlisiyim.

Ben önce biraz teorik başlamak istiyorum. Çünkü savunmasızlık kavramının içinin biraz doldurulması gerektiğini düşünüyorum.

Feminist araştırmacılar güzel bir kavram kullanıyorlar; toplumdaki baskı ve güç ilişkilerini anlamak için kesişimsellik kavramını kullanıyorlar. Mesela, bir kadın bireyin savunmasızlığı yoksul olmasıyla daha da artıyor, eşinden boşanmış olmasıyla daha da artıyor; bir sürü baskı ve güç ilişkilerine maruz kaldığında, yaşadığı örselenme durumu üst üste, üst üste biniyor. Özellikle savunmasızlık konusunda bunu göz önünde bulundurmak gerektiğini düşünüyorum.

Çocuklar boyutunda ise önce şunu söyleyeyim: Çocukları ele alırken, bence bütün çocukları savunmasız olarak nitelendirmemek gerekiyor. Bu kavramın biraz ihmal ve istismarı çağrıştırdığını düşünüyorum. Özellikle çocuk hakları ve çocukların katılımı noktasında bir yanlış anlaşılmaya sebebiyet verebileceğini düşünüyorum. Açarsak, şöyle olabilir: Bütün çocuklar savunmasız mıdır? Bilmiyorum. Aslında savunmasız değildir. Bu savunmasızlığı ortaya çıkaracak bağlamları üst üste koyarsak, savunmasız konumda olabilirler. Ama çocukları salt savunmasız kategorisinde değerlendirmenin yanlış olduğunu düşünüyorum. Bu benim fikrim.

Gelelim Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezine.

2001 yılında kurulmuş. Merkezin amaçları, özellikle çocuk haklarını ülke gündemine getirmek, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesinin ülke genelinde uygulanmasını teşvik etmek, sözleşmenin öngördüğü ilkeler gereğince çocuğun yüksek yararını sağlamaya çabalamak, çocuğa yönelik haksızlıkları ve ortaya çıkan sorunları araştırmak, çözüm önerileri geliştirmek.

Bu çerçevede birçok etkinlik düzenledik. Bunlardan birkaçını söylemek isterim.

“Türkiye’de Çocuk; Adalet Sisteminde Sosyal Hizmetlerin Rolü” adı altında bir konferans düzenledik. “Çocuk ve Sosyal Güvenlik”, bir başka etkinliğin adı. “Çocuk Hakları ve Sivil Toplum”, “Türkiye’de Çocuk Hizmetlerinin Yeniden Örgütlenmesi”, “Çocuk Hakları Bağlamında Türkiye’de Çocuk Katılımı”. Çocuk Hakları Uygulama Merkezi olarak, buna özellikle çok önem veriyoruz. Aynı zamanda “Çocuk Hakları Söyleşileri” adı altında etkinlikler düzenliyoruz. Şu ana kadar 4 tane yaptık, sanırım 12’ye kadar yapmayı planladığımız çeşitli etkinlikler var.

Ayrıca bir etkinlik daha yapmayı planlıyoruz, biraz bu çalıştayın amaçlarına da uygun olacak belki de. Sağlık boyutunda, diyabetli çocukların yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan bir çalışma yapmayı planlıyoruz. Bunlardan bir tanesi, Ankara’da hiç yapılmadı şu ana kadar, Diyabetli Çocuk Kampı. Çocuklara ...öğretmek, aynı zamanda çocukları psikososyal açıdan değerlendirmek, onlara yardımcı olmak ve bir noktada da medikal anlamda destek vermek için böyle bir çalışma yapmayı planlıyoruz.

Çalıştayın amacına uygun olarak şu önerilerde bulunabiliriz, Merkezimizin önerileri şunlar olabilir. Aslında önerilerden önce bir ihtiyaçtan bahsetmek lazım. O ihtiyaç da şu: Türkiye'de çocukların sağlık hizmetlerine erişimlerinin değerlendirilmesi ve bu çerçevede, savunmasız/örselenebilir grupların belirlenmesi için çok geniş kapsamlı bir çalışmaya ihtiyaç var. Böyle bir çalışma yok.

Bütün çocukları savunmasız olarak nitelendirmek yerine, böyle bir çalışma yaparak, bunların içerisinde bir öncelik sıralaması da yapılabilir. Çünkü böyle bir şeye gereksinim olduğunu düşünüyoruz.

Onun dışında, çalıştay için başka öneriler şunlar olabilir:

Çocukluğun yetişkinlikten farklı bir toplumsal kategori olduğunun altını çizmek gerekiyor. Çünkü çocuk, aslında toplumsal olarak üretilen bir kategori, yetişkinlikten farklı bir kategori ve kendine ilişkin hassas biricikliği var. Bu bağlamı göz önünde bulundurmak da aslında çocuğun örselenmesine sebebiyet veriyor.

Çocuğun biricikliğini tehlike altına alan, medya yoluyla çocuğu farklı konumlara iten çeşitli şeyler var, yayınlar var; bunlara dikkat çekilmesi gerekiyor. Ne bileyim, 7-8 yaşındaki çocuğun, takım elbise giyip, herkesin karşısında türkü söylemesi, şarkı söylemesi gibi, diziler yoluyla çocuğun ötekileştirilmesi gibi.

Aynı şekilde, çocuk ile sağlık hizmeti sunan birey ya da araştırmacı kişi arasındaki hiyerarşik ilişkinin tartışılması gerekiyor. Buna da sanırım, doktorlarımız biraz kızacak, ama tıbbın toplumdaki en önemli kontrol mekanizması işlevi görmesiyle alakalı bir şey. Bir sosyal bilimci olarak bu noktada bir eleştiri yapmak istiyorum; bunu biraz göz önünde bulundurmamız gerekiyor. O hiyerarşik ilişkinin kırılması için bu boyutun önemli olduğunu düşünüyorum.

Aynı zamanda, sağlık araştırmalarının yürütülmesi sırasında savunmasız çocukların örselenmesini engellemek için oluşturulacak etik ilkelerin belirlenmesinde kesinlikle çocuk katılımının önemli olduğunu düşünüyoruz. Çocuğun katılmadığı bir yerde, çocuklar için yetişkinlerin etik kararları belirlemesi, çocuklar için kararlar vermesinin çocuk hakları bağlamında sakıncalı olduğunu düşünüyoruz. Kesinlikle çocuk katılımını önemsiyoruz.

Sağlık araştırmalarında bilgilendirilmiş onamın alınması noktasında, özellikle çocuk haklarının yetişkinlerinki kadar değerli kılınmasını yine önemsiyoruz. Sadece yetişkinlerden bir bilgilendirilmiş onam almak değil, aynı zamanda çocukların da onamını değerlendirmek gerekiyor.

Çocuğun yüksek yararını sağlama noktasında, az önce söylediğim gibi, sağlığın sosyal boyutunun da çok önde tutulması gerekiyor. Çünkü biyo-psikososyal bir varlık olan insanın sadece medikal açıdan, biyolojik açıdan değerlendirilmesi, tıbbi kriterlere, tanı ve teşhislere göre değerlendirilmesinin sakıncalı olduğunu düşünüyoruz. Sosyal boyutunu özellikle çok önemsiyoruz. Bunun için de, dediğim gibi, tıbbın da biraz "sosyal bilim" olduğu gerçeğini göz önünde bulundurmak gerekiyor. Bunu çoğu doktor kabul etmiyor; ama gerçekten biraz bu açıdan bakmak gerektiğini düşünüyorum.

Aynı zamanda, Sağlık Bakanlığı ve diğer bakanlıklarla işbirliğinin, özellikle işbirliğinin, örselenebilir grupları kapsar nitelikte yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Bir diğer nokta...

Süremiz var mı, bilmiyorum; ama...

MODERATÖR- Yok.

Arş. Gör. ENGİN FIRAT- Yok mu hocam?

MODERATÖR- Yok.

Arş. Gör. ENGİN FIRAT- Peki.

Teşekkürler. (Alkışlar)

MODERATÖR- Engin beye çok teşekkür ediyoruz.

Acaba Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezine katılımcılarımızdan soru var mı?

Engin çok önemli şeylerin altını çizdi.

Buyurun.

Dr. EYÜP RUŞEN- Merhabalar.

Çocuklar size nasıl başvuruyor, yani size başvuru nasıl oluyor?

Arş. Gör. ENGİN FIRAT- Çocuklar bize başvurmuyorlar, biz çocukları arıyoruz, buluyoruz.

MODERATÖR- Araştırma ve uygulama merkezi çünkü onlar.

Arş. Gör. ENGİN FIRAT- Evet, araştırma ve uygulama merkeziyiz.

Birebir çocuklarla bağlantılı aslında, güzel bir soru. Belki de benim söylemek istediğim şeyi söylememe izin verecek bir soru.

Biz, çocuklara direkt ulaşmıyoruz; ama yaptığımız eğitimler çerçevesinde... Mesela, Hacettepe Üniversitesinde bir ilkokul var, bu ilkokulla bağlantılı bir proje yürütüyoruz şu an. Çocukları eğiten eğitimcilerin eğitilmesiyle bağlantılı, çocuk hakları bağlamında. Çocuklara bu çerçevede ulaşabiliyoruz. Yoksa, üniversite olarak, çocuklara ulaşma noktasına daha erişemedik.

Hocam; son bir eklenti için 1 dakika daha alabilir miyim lütfen?

MODERATÖR- Peki.

Arş. Gör. ENGİN FIRAT- Tıpta, kanıta dayalı uygulama çerçevesinde genellenebilirlik çok kullanılan bir şey aslında. Bunun da sakıncalı olduğunu düşünüyoruz. Nedeni de şu: Biz, her çocuğun, her bireyin biricik olduğunu, kendi bağlamında çok önemli olduğunu düşünüyoruz. Belki bazı tıbbi kriterler genellenebilir; ama bu işin sosyal boyutu göz önünde bulundurulduğunda, bu genelleme ihtimalinin çok sakıncalı olduğunu düşünerek, hepinize çok teşekkür ediyorum. (Alkışlar)

MODERATÖR- Evet, tartışılması gereken bir konu. Son dönemde tıp alanında en popüler tartışılan paradigmalardan bir tanesi, kanıta dayalı tıp. Kanıta dayalı tıp, acaba "hasta yok, hastalık var" bağlamına geri dönüş mü içeriyor, böyle bir tehdit mi içeriyor? Gerçekten bunu tartışmak gerekiyor.

İsterseniz bir 10 dakika ara verelim. Aslıhan hanım buradan teknik ekip olarak uyarıyor. Süremizi çok aştık, ama foruma taşacağız. Hepinizin söz hakkını burada korumak üzere. 10 dakika sonra burada olalım.

HÜ Çocuk Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi

Arş. Gör. Engin Fırat

enginfirat2@gmail.com

UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesi'nin İnsanın Savunmasızlığı ve Kişisel Bütünlüğüne Saygı İlkesi Raporu'na göre savunmasızlık insan olma durumu ile bağlantılı olup varoluşsal bir gerçekliktir. Bazı gruplar çeşitli nedenlerden ötürü savunmasız/örselenebilir konuma gelebilmektedir. Ancak ne var ki bazı özel gereksinim grupları savunmasızlığı diğer gruplardan daha farklı hissetmektedir. Bu savunmasızlık durumunun etkileri bağlama ve ortama göre çeşitlilik arz etmektedir. Her ne kadar savunmasızlık durumu insanın varoluşu ile bağlantılı olsa da, savunmasızlık durumunu salt bir gruba indirgemek büyük resmin görülmesini engellemektedir. Savunmasızlık durumunun daha iyi anlaşılması için toplumdaki baskı ve güç ilişkilerinin karmaşık yapısının daha detaylı analiz edilmesi gerekmektedir. Savunmasızlık durumunun, çeşitli dezavantajlı durumların bir araya gelmesi ile daha da şiddetlendiği dile getirilebilir. Örneğin çocuklara ilişkin savunmasızlık durumu, salt çocuk oldukları için değil, yoksul olma, etnik ve dini azınlıklara mensup olma, fiziksel ya da kronik bir engele sahip olma gibi çeşitli baskı ve güç ilişkileri çıktıklarıyla ele alınmalıdır.

Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi, çeşitli özel gereksinim gruplarından çocuk haklarını ülke gündemine getirmek, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin ülke genelinde bütünüyle uygulanmasını teşvik etmek, sözleşmenin öngördüğü çocuğun yüksek yararı ilkesini çocukla ilgili taraflara benimsetmek, çocuğa yönelik haksızlıkları ve ortaya çıkan sorunları araştırmak, çözüm önerileri geliştirmek gibi çeşitli amaçlarla faaliyetler yürütmektedir. Bu çerçevede Merkezin faaliyet alanları aşağıdaki gibidir:

- Çocuk haklarını gündeme getirmek ve Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesinin bütünüyle uygulanmasını teşvik etmek amacıyla çeşitli bilimsel etkinlikler düzenlemek,
- Sözleşmenin ilke ve standartları doğrultusunda Türkiye'de çocukların yaşaması, korunması, bakılması, yetişmesi, gelişmesi ve toplumsal yaşama her yönden katılması için gerekli önlemlerin alınmasına yardımcı olmak,
- Çocuk hakları politikaları ve uygulamaları konusunda eğitsel ve bilimsel çalışmalar düzenlemek,
- Çocuklara yönelik olarak yapılan haksızlıkları izleme çalışmaları yapmak,
- Çocukla ilgili tüm taraflarda çocuk hakları bilgisi ve bilincinin geliştirilmesine ilişkin çalışmalar yapmak ve tutum ve davranış geliştirici çalışmalara önderlik etmek.

Savunmasız/Örselenebilir bir grup olarak nitelendirilen çocukların sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık araştırmalarında çocuk haklarının korunması noktasında Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin önerileri aşağıdaki gibidir:

- Çocukluğun yetişkinlikten farklı bir toplumsal kategori olduğu ve çocukların korunması, bakılması, yetişmesi, gelişmesi ve toplumsal yaşama her yönden katılmasına ilişkin etik ilkeler belirlemek,
- Çocuk ile sağlık hizmeti sunan/araştırmacı birey arasındaki hiyerarşik ilişkide çocuğun yüksek yararını gözetmek,

- Özel bir gereksinim grubu olan çocuklar içinde en çok örselenebilir çocukların niteliklerinin belirlenmesi için ülke genelinde geniş kapsamlı çalışmalar yürütmek,
- Türkiye’de çocukların sağlık hizmetlerine erişimlerinin değerlendirilmesi ve bu çerçevede savunmasız/örselenebilir grupların belirlenmesi için geniş kapsamlı çalışmalar yürütmek,
- Sağlık araştırmalarının yürütülmesi sırasında savunmasız çocukların örselenmesini engellemek için oluşturulacak etik ilkelerin belirlenmesinde çocuk katılımını önemli görmek,
- Sağlık araştırmalarında bilgilendirilmiş onamın alınması noktasında çocuk haklarının yetişkinler kadar değerli kılınması için etik ilkeler belirlemek,
- Çocuğun yüksek yararını sağlama noktasında sağlığın sosyal boyutunun en az tıbbi gerekler kadar önemli görülmesi için etik ilkeler geliştirmek,
- Çocukların savunmasızlıklarını artıracak sosyal, kültürel, politik etkenlere ilişkin farkındalık çalışması yapmak,
- Sağlık Bakanlığı ile diğer bakanlıklar arasındaki işbirliğinin “örselenebilir grupları” kapsar nitelikte yeniden düzenlenmesi için öncülük etmek.

HÜ İnsan Hakları ve Felsefesi Uygulama ve Araştırma Merkezi

Elif Çelik

elifcemcelik@yahoo.com

Şimdi de Hacettepe Üniversitesi İnsan Hakları ve Felsefesi Uygulama ve Araştırma Merkezinin savunmasız gruplara dair araştırmalar ve hizmetler boyutundaki deneyimlerini ve önerilerini dinlemek istiyoruz.

Buyurun Elif hanım.

ELİF ÇELİK (Hacettepe Üniversitesi İnsan Hakları ve Felsefesi Uygulama Araştırma Merkezi)- Önceki konuşmalara nazaran, sadece insan hakları merkezinden ibaret değil, bir de yanında felsefesi var. Dolayısıyla biz, daha ziyade kavramlarla ilgileniyoruz. Bu bakımdan, belki çok somut normatif şeyler sunamayacağız size. Ama aslında evvela sorulması gereken bir konuya dönmemiz gerekiyor. Tam da aslında sunumum, kırılmanın ne anlama gelebileceği, insan haklarıyla ilişkisinde ne ifade edebileceği üzerine olacak.

Kırılmanın, başta etik olmak üzere, hukuk ve politika alanını ilgilendiren insan hakları adına ne anlam ifade edeceği, ne gibi görünüşlerinin olacağı ve insan haklarını ele alırken nasıl bir rol oynayacağı bu sunumun konusu. O halde, insan hakları ve kırılma, örselenebilirlik konusu her şeyden önce insan haklarının öznesi olan insan sorununa dönmeyi gerekli kılıyor ve bu konudaki kabullerimizi tekrar gözden geçirmeyi gerekli kılıyor. Bu yönüyle ele alındığında, evrensel ve herkesçe sahip olan ontolojik bir özellik olması itibarıyla... Az evvel bir arkadaşımız, “Çocukların daha kırılma bir grup olarak ele alınmasını çok da sağlıklı bulmuyorum” diye dile getirdi. Bizim savunmamız da burada şu: Her şeyden evvel, biz bütün insanları kırılma olarak ele alıyoruz bir başlangıç noktası olarak. Neden? Çünkü bizim için bu, insan haklarını temellendirirken önemli bir ölçüt. Dolayısıyla aslında insan haklarında sözü edilen insanın nasıl bir insan olduğu sorusuna gelmemiz gerekiyor. Bu bakımdan, kırılma ve insan hakları ilişkisinde öne çıkan en önemli nokta, kırılmanın, söz konusu haklara sahip olan insana ilişkin ontolojik bir özellik olması.

En genel olan insan hakları tanımına döndüğümüzde şöyle bir şeyle karşılaşırız: İnsan hakları, bütün insanların sırf insan olmaları sebebiyle doğuştan evrensel olarak sahip oldukları, vazgeçilmez, devredilemez haklardır. Ama bu tanımda yer alan bu “Sırf insan olmak” noktası çok üzerinde durulan bir noktadır. Oysaki biz bunu açığa kavuşturmadığımız sürece bundan türeteceğimiz hakların neler olacağını, bunların uzantılarının neler olacağını da aslında hiçbir zaman bilemeyeceğiz. Bu bakımdan, kırılma, insanın nasıl bir insan olduğu üzerinden bize ışık tutacak olan bir kavram olacak.

Diğer yandan, insan haklarına yönelik hem eleştiriler, hem de insan hakları tarihine bakacak olduğumuzda, insan haklarının öznesi olan insanın nasıl tasvir edildiğini görürüz burada. Bu insan otonom bir insandır, rasyonel bir insandır, kendi başına tercihler yapar vesaire.

(... ...)

Bu anlamda insan, gerek bedenselliği, gerek duygusallığı nedeniyle hayata geldiği andan itibaren potansiyel tehlikelerin de odağında olan bir varlık. Doğumla başlayan diğerlerine olan bedensel bağımlılığımız yaşlılıkta da yine devam ediyor ve her şeyden önce bir ölüm riskiyle karşı karşıyayız. Hem ölümün farkındayız, hem de gündelik hayatı her gün ölümden sakınarak yaşamaya devam ediyoruz. Bunun haklar bakımından neler doğuracağı, insan hakları politikalarını belirlerken neye yön vereceği bizim açımızdan önemli bir kavram.

İnsanı sadece bedensel bir varlık olarak tanımladığımızda da yine birtakım eleştirilerle karşı karşıya kalabiliriz. Aynı zamanda insanı sosyal bir varlık olarak ele alıyoruz ve bu kırılabilirliğin sosyal görünüşleri olduğundan da bahsediyoruz. Örneğin, toplumsal ilişkilerde veya hukuk karşısında tanınıp kabul görmemek ya da devlet eliyle veya devlet kayıtsızlığıyla bir şiddetin odağında bulunmak, bu kırılabilirliğin toplumsal görünüşlerinden olacaktır.

Kısaca insan, gerek fiziksel dünya şartları, gerekse bu dünyayı birlikte paylaştığı toplumsal yapı ve birliktelik karşısında, başta bedensel yana dayalı olmak üzere kırılabilir ve örselenebilir diyoruz.

Bu, insan hakları bakımından bize ne ifade ediyor? Her şeyden önce insan, hakların öznesi olan insana döndüğümüzde, bir kere, bu savunmasızlıkla bir barışmamız gerekiyor, bunu bir çıkış noktası yapmamız gerekiyor. Hak sahibi olmak adına bu gerçeği bir başlangıç noktası olarak aldığımızda, hem bu hakları gerçek kılabiliriz, hem de sahiplerinin daha gerçek bir kullanımına sunabiliriz. Kırılabilir gruplara çok sayıda sunumda değinildiği için, o grupları atlamak ve kırılabilirlik ve haklar konusunda önemli olduğunu düşündüğüm bir başka noktaya gelmek istiyorum. Bu da, kırılabilirliğin salt bir mağduriyet ya da bir zafiyet olarak algılanmasının yol açacağı risklere ilişkin bir nokta. Mesela, bu konuda akla ilk gelen, bir kırılabilirlik adlandırmasını aldıktan sonra, kişilerin otonomilerinin ya da insan onurlarının tehlikeye girmesi konusu. Bu anlamda, haklar bakımından kırılabilirliğin rolünün hakları kaybetmek adına değil; tam tersine, bu hakları inşa etmek ve bu hakları koruyabilmek adına bir rol oynayacağını unutmamak gerekiyor.

En basit görünümüyle kadınları kırılabilir gruplar olarak adlandırıp, aslında toplumsal düzenlemelerde onları geri planda bırakacak bir algılama tam da bu yanlış anlamının bir uzantısı şeklinde olacaktır.

Tekrar etmek gerekirse, kırılabilirliğin eşitlik karşıtı değil, eşitlik sağlayıcı bir argüman olarak ele alınması ve yapılacak her türlü pozitif ayrımcılığın dayanaklı bir kırılabilirlik tanımından yola çıkması bizim için önemli. Bu konuda güzel bir örnek, 2007 yılında devreye giren Birleşmiş Milletler engelli kişilerin haklarına ilişkin sözleşme. Bu sözleşme, tam da bu değindiğimiz tehlikelerin farkında olarak, söz konusu kırılabilirliğin engelli kişilerin onuru, otonomisi, eşitliği ve özgürlüğüne bir tehdit olmaması üzerine inşa edilmiş bir sözleşme. Detaylara girmeyeceğim vakitten dolayı.

Diğer önemli bir nokta, insan hakları bakımından kırılabilirlik konusunda, insanın kırılabilir bir varlık olarak ele alınmasının, gerek sivil özgürlükler, gerek sosyoekonomik haklar, gerekse gelecek kuşaklar ve çevre hakları bakımından devletlere yükleyeceği ödevlere ilişkin. Bu anlamda, bu kırılabilirlik bakımından doğacak haklar karşısındaki ödevleri salt sağlık ve bakım destek hizmetleriyle sınırlı görmemek gerekiyor.

Son olarak şunu söyleyeyim: Kırılabilirlik, aslında son derece ucu açık bir kavram ve insan hayatı hakkında olan bilgilerimiz sınırlı. Dolayısıyla aslında bir dinamik de sağlıyor insan haklarını üretmek adına. Çünkü insana dair öğreneceğimiz daha çok fazla şey var ve kırılabilirlik bu noktada bir yol gösterici olabilir.

Teşekkürler. (Alkışlar)

MODERATÖR- Hacettepe Üniversitesi İnsan Hakları ve Felsefesi Uygulama Araştırma Merkezinden Elif Çelik'e teşekkür ediyoruz.

Bu konuda, kırılabilirlik ve savunmasızlığa felsefi bakış anlamında soru ya da katkınız var mı acaba?

Çok teşekkür ediyoruz Elif hanım.

İnsan Hakları Bakımından Kırılğanlık

Elif Çelik

elifcemcelik@yahoo.com

HÜ İnsan Hakları ve Felsefesi Uygulama ve Araştırma Merkezi

Kırılğanlık/örselenebilirlik kavramının biyoetik başta olmak üzere pozitif ve sosyal bilimler alanında giderek ön plana çıkan bir kavram halini aldığı söylemek yanlış olmaz. Kavram hem akademik hem de gündelik dilde yerini almakla kalmamış aynı zamanda insan hakları belge ve sözleşmelerinde de kendisine atıfta bulunulan bir öge haline gelmiştir. Feminist teorisyenler başta olmak üzere bugün insani tartışmalarda kendisine başvurulmuş kavramın teorik içeriğinin ne denli doldurulabildiği ya da doldurulabileceği ise başkaca etraflı bir tartışma konusudur. Bu kısa sunumun konusuysa kırılğanlığın, çıkış noktası insan olan ve insanın toplumsal bir varlık olmasından hareketle başta etik olmak üzere hukuk ve politik olanı ilgilendiren insan hakları adına ne anlam ifade edeceği, ne gibi görünümüleri olacağı ve insan haklarını ele alırken kavramın nasıl bir rol oynayacağıdır. Bu anlamda ele aldığımız kırılğanlık, insansal olanla sınırlı olacaktır. O halde insan hakları ve kırılğanlık/örselenebilirlik konusu, her şeyden önce insan haklarının öznesi olan insan sorusuna dönmeyi gerekli kılmakta ve insani olanla ilgili mevcut kabullerimizi gözden geçirmeyi gerektirmektedir. Bu yönüyle ele alındığında evrensel ve herkesçe sahip olunan içkin bir özellik olması bakımından bizi, insan haklarında söz edilen insanın “nasıl bir insan” olduğu sorusuna götürmektedir. Bu bakımdan kırılğanlık ve insan hakları ilişkisinde öne çıkan ilk ve en önemli nokta kırılğanlığın söz konusu hakların sahibi olan insana ilişkin ontolojik bir özellik olmasıdır.⁷ En genel ve yaygın olan insan hakları tanımına döndüğümüzde şununla karşılaşırız: insan hakları insanların sadece insan olmaları sebebiyle sahip oldukları, doğuştan getirdikleri evrensel haklardır.⁸ Bu ve benzer tanımlarda yer alan “insan olmak” konusuysa üzerinde oldukça az durulan bir nokta olmaktadır. Oysa insan haklarının niteliğini ve kapsamını belirleyecek olan tam da sözü edilen insanın nasıl bir varlık olduğu konusudur. Diğer yandan insan haklarına yönelik eleştiriler ve insan hakları tarihinin ortaya koyduğu bir nokta hakların tanımında sözü edilen bu insanın çoğu kez akıl sahibi, eşit, muktedir, özgür tercihler yapabilen bir portreyle tasvir edilmiş olmasıdır. Bu yönüyle ele alınan insanın sahip olacağı haklarsa çoğu kez hali hazırda sahip olduğu varsayılan bu özellikleri ortaya koyarken engellenmemesinden ibaret olan bir haklar kategorisi olacaktır. Oysa insan; akıl sahibi, otonom, özgür ve eşit bir liberal birey olmanın yanı sıra ve ötesinde aynı zamanda bedensel, duygusal, kadın-erkek ya da bu tanımların dışında, sakat-sağlam olmak gibi pek çok başka özelliklere de sahip olan bir varlıktır. İşte söz konusu kırılğanlık insansal alanı ilgilendiren bir kavram olarak ele alındığında akla ilk gelecek olan sosyo-politik alanda çoğu kez göz ardı edilen bedenselliği ve bu bedenselliğe bağlı ihtiyaç ve yoksunlukları olacaktır. Bu anlamda insan gerek bedenselliği gerekse duygusallığı nedeniyle hayata geldiği andan itibaren potansiyel tehlike ve saldırıların odağındadır. Doğumla başlayan, diğerlerine olan bedensel bağımlılığımız yaşlılıkta da yine kendini gösterir.

⁷ Judith Butler, *Frames of War: When is Life Grievable*, s.2 , 2009

⁸ Donnelly Jack, *The Relative Universality of Human Rights*, s.283, 2007

Diğer yandan ihtiyaç duyduğu şartlar yerine gelmediğinde ve bu şartlardan bağımsız olarak insan hastalanır, sakatlanır, doğal felaketlerle karşılaşır.⁹ Bedensel bir varlık olan bu insan aynı zamanda sosyal de bir varlıktır.

O halde karşılaşılabileceği fiziksel ve duygusal şiddetin de sosyal ve politik boyutları olacaktır. Örnekte toplumsal ilişkilerde veya hukuk karşısında tanınıp kabul görmemek, devlet eliyle ya da kayıtsızlığıyla gerçekleşen fiziksel ve manevi şiddetlerin odağında olmak bu kırılganlığın toplumsal görünümüdür. Kısaca insan gerek fiziksel dünya şartları gerekse bu dünyayı birlikte paylaştığı toplumsal yapı ve birliktelik karşısında başta bedenselliğine dayalı olmak üzere kırılgan ve örselenebilirdir. İnsan hakları bakımından bu noktaya geri dönmek, bu savunmasızlıkla barışmak ve hak sahibi olmak adına bu gerçeği başlangıç noktası olarak almak hem bu hakları gerçek kılabilmek hem de sahiplerinin kullanımına sunmak adına önemlidir.¹⁰

İnsan hakları ve kırılganlık ilişkisinde bir diğer nokta kırılgan gruplar bakımındandır. Kırılganlığın her insana ait olan evrensel ve içkin bir özellik olduğunu kabul etmenin yanı sıra özel ve kişiye özgü görünümüleri olduğunu da inkar etmek mümkün değildir.¹¹ Sadece insan olmak bakımında kırılgan olan bir X kişisiyle, aynı zamanda mülteci, yaşlı ve engelli bir kişinin kırılganlık bakımından aynı noktada olduğunu söylemek elbette mümkün olmayacaktır. Kırılgan grupları belirleyici sabit bir tanım olmamakla birlikte, bu grupları ortak bir dezavantajlılık altında birleşen ve toplumdaki diğer insanlarla karşılaştırdığında fiziksel ya da psikolojik bir risk karşısında daha riskli olmaları beklenen kişilerin oluşturduğu topluluk olarak ele almak mümkün olabilir. Nitekim Birleşmiş Milletler dahilinde kırılgan popülasyonlar olarak ele alınan gruplar; çocuklar, kadınlar, yaşlılar, engelliler, mülteciler, HIV ve AIDS hastaları gibi grupları kapsamaktadır ancak bu tanımın her geçen gün yeni kategorileri kapsadığı da görülmektedir.

Kırılganlık ve haklar konusunda ortaya çıkan son derece önemli bir nokta kırılganlığın salt bir mağduriyet ya da zafiyet olarak algılanması durumunda beraberinde getireceği risklerdir. Bu konuda ilk akla gelen bir kırılganlık adlandırmasını aldıktan sonra kişilerin otonomilerinin ve kişilik değerlerinin ya da onurunun tehlikeye girmesi konusudur. Bu anlamda haklar bakımından kırılganlığın rolünün hakları kaybetmek değil bu haklara sahip olabilmek adına olduğunu unutmamak gerekir. En basit görünümüyle kadınların kırılgan bir grup olmaları nedeniyle korunup kollanmaları gerektiği biçiminde algılanarak toplumsal ve ekonomik hayatta kadınları geri plana atacak yaklaşımlar böylesi yanlış bir ele alışın uzantısı olacaktır. Bu konuda bir başka örnekte zihinsel olarak yetersiz yahut psikososyal bir engeli olan kişilerin sosyal ya da politik konularda ya da kendilerini ilgilendiren tercihlerde söz sahibi olamayacağı olabilir. Bu az sayıdaki örnek dahi kırılganlık argümanının haklar açısından nasıl aynı zamanda öznesine yönelen bir tehdit olabileceğinin göstergesi olabilir. Bu anlamda kırılganlığın eşitlik karşıtı değil eşitlik sağlayıcı bir argüman olarak ele alınması ve yapılacak her türlü pozitif ayrımcılığın dayanaklı bir kırılganlık tanımından yola çıkması önemlidir. Örnekte 2007 yılında yürürlüğe giren kırılgan bir grup olan Engelli Bireylerin İnsan Hakları Birleşmiş Milletler Sözleşmesi tam da bu tehlikelerin farkında olarak söz konusu kırılganlığın engelli kişilerin onuru, otonomisi, eşitliği ve özgürlüğüne bir tehdit olmaması üzerine inşa edilmiştir.

Çalıştay'ın başlığına uygun olması açısından Sözleşme'nin Sağlık Hakkını düzenleyen 25. Maddesinin d fıkrasını ele alacak olursak "Sağlık profesyonellerinin engellilere sunduğu tıbbi bakımın diğer bireylere sundukları bakımla aynı kalitede olmasını ve bu bakımın hastaların bağımsız ve aydınlatılmış

⁹ Turner Brian, Vulnerability and Human Rights, s.29, 2006

¹⁰ Fineman Martha, The Vulnerable Subject, s.2-3, 2008-2009

¹¹ Fineman Martha, The Vulnerable Subject And The Responsive State , s. 269,2010

onamlarına dayanmasını sağlamak amacıyla diğer tedbirlerin yanısıra eğitim vererek, kamu kurumları ile özel kurumlar tarafından sunulan sağlık bakımının etik standartlarını yayımlayarak, engellilerin insan hakları, onuru, özerkliği ve ihtiyaçları hakkında bilinç yaratır”¹² denildiği görünmektedir.

Son olarak insan hakları bakımından kırılganlık konusunda söylenebilecek en önemli nokta insanın kırılgan bir varlık olarak ele alınmasının sosyoekonomik ve çevre hakları bakımından devletlere yükleyeceği ödevlerdir.

Bu anlamda bu ödevleri salt sağlık ve bakım destek hizmetleriyle sınırlı görmemek, insanın çevresel koşullar karşısındaki bedensel kırılganlığını hem özgürlüklerle hem de gelecek kuşakları da ilgilendiren çevresel haklarla ele almak kırılganlık ve insan hakları ilişkisini anlamlı kılacaktır. İnsanla ilgili bilgimiz arttıkça yeni kırılganlık alanlarının doğabilecek olduğu gerçeği de yine bu bakımdan kaçınılmazdır.

¹² BM Engelli Kişilerin İnsan Hakları Sözleşmesi Madde 25

HÜ Engelliler Araştırma ve Uygulama Merkezi

Doç. Dr. Ayşe Sanem ŞAHLI

ssahli@hacettepe.edu.tr

Hacettepe Üniversitesi Engelliler Araştırma ve Uygulama Merkezinden Ayşe Senem Şahlı; buyurun.

AYŞE SENEM ŞAHLI (Hacettepe Üniversitesi Engelliler Araştırma ve Uygulama Merkezi)- Çok teşekkür ederim.

Ben de bugün sizlere, Hacettepe Üniversitesi Engelliler Araştırma ve Uygulama Merkezi olarak çalışma alanlarımız nelerdir, neler yapıyoruz ve özellikle engellilik konusunda neler yapmalıyız, bunlar hakkında sürem dâhilinde öneriler vermeye çalışacağım.

Merkezimiz, hem Üniversitemiz ve hem de ülkemizde yaşayan engelli bireylerin mevcut bilgi ve becerilerini en etkin şekilde kullanarak, eğitime, öğretime, sosyal yaşama ve kültürel alanlara eşit şekilde katılımlarına destek olacak bilimsel araştırmaları ve etkinlikleri gerçekleştirmek; konuyla ilgili geliştirilecek planlamalara, stratejilere ve politikalara katkı sağlamak ve toplumun tüm alanlarında engellilikle ilgili farkındalığı arttırmak amacıyla çalışmalar yapmayı amaçlıyor.

Engellilik konusunda ülkemizdeki mevcut duruma bakacak olursak, en son kapsamlı araştırma aslında TÜİK tarafından yapılan, 2002 yılında yapılan Türkiye özürülüler araştırması. Ülkemiz nüfusunun yüzde 12.3'ü engelli bireylerden meydana geliyor. Ortopedik, görme, işitme, dil, konuşma ve zihinsel engellilerin oranı ise yüzde 2.58. Süreğen hastalığı olanların oranı ise bu grup içerisinde yüzde 9.70. Nüfusumuzu düşünecek olursak, ülkemizde yaklaşık 9-9.5 milyon engelli birey olduğunu görüyoruz.

Yine yapılan bir araştırmada, engellilerin yüzde 44.3'ü sağlık hizmetlerinden yararlanamadığını ifade ediyor. Zihinsel engellilerde ise bu oran yüzde 51.8'e kadar çıkıyor. Bu oldukça yüksek bir oran.

Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişim oranlarına baktığımızda, özellikle sağlık hizmetlerinden yüzde 59'da en çok görme engellilerin yararlandığını, daha sonra bedensel engelliler, işitme engelliler, dil ve konuşma engelliler ve zihinsel engelliler olarak sıralandığını görüyoruz.

Ülkemizde yapılan araştırma sonuçlarına bakacak olursak, yine güncel bir çalışma 2010 yılında yapılmış "Özürülülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması" başlıklı bir çalışma. Burada da yine temel alınacak, engellilerin yüzde 77'si sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi beklentisi içerisinde. Bu da yine bizim için önemli sonuçlardan bir tanesi. Yine 2010 yılında yapılan başka bir çalışmada, özürülülüğe dayalı ayrımcılığın ölçülmesi araştırmasında, engelli bireylerin yüzde 72.6'sı, sağlık alanında değişen sıklıklarda ayrımcılığa uğradığını ifade ediyor. Bu da nadiren ve çok sık olarak kendi aralarında gruplandırılmış, ama yüzde 72.6'sı diğer normal bireylere göre daha sıklıkla ayrımcılığa uğradığını söylüyor.

Bu araştırma sonuçlarından ve deneyimlerimizden çıkardığımız, özellikle engelli bireylerde temel sorun, sağlıklı bireylere göre sağlık hizmetlerine ve sağlık kurumlarına erişimlerindeki sınırlılık, nitelikli ve eşit bir sağlık hizmetinden yararlanamama olarak karşımıza çıkıyor. Ülkemizde yine kapsamlı rehabilitasyon hizmeti sunan kurumların sınırlı sayıda olması, mevcut kurumlarda nitelikli hizmet verme konusunda yaşanan problemler. Bunlar, özellikle kurumlardaki uzman veya personel eksiklikleri veya mevcut personel varsa bunların niteliği ve yine altyapı eksiklikleriyle ilgili sıkıntılar özellikle engelli bireylerde çok sık karşılaşılan sorunlar olarak karşımıza çıkıyor.

Yine bazı meslek gruplarında, özellikle engelli bireylere hizmet veren profesyonellere baktığımızda, Sağlık Bakanlığı, YÖK ve DPT'nin 2010 yılında bir çalışma sonucu var; bence çok anlamlı.

Türkiye'de 100 bin kişiye düşen fizyoterapist sayısı 2.8 olarak bulunmuş çalışmada. Avrupa ülkelerinde ise bunun yüzde 40.3 olduğu görülmüş. Arada çok büyük bir uçurum var.

Yine aynı şekilde, Sağlık Bakanlığının 2011 yılındaki bir çalışmasında, psikologlar, özel eğitim merkezlerinde engelli bireylere en çok hizmet veren meslek grubu içerisinde yer alıyorlar. Yine 100 bin kişiye düşen psikolog sayısı ülkemizde 1.85 olarak bulunmuş. Finlandiya'da 47.2, Hollanda'da 30, Yunanistan'da ise 14 olarak bulunmuş. Bu da yine bizim özellikle profesyonel eleman sayısı anlamında ülke olarak büyük sıkıntı içinde olduğumuzu gösteriyor.

Aynı şekilde, engelli bireyleri hizmet veren odyolog, odyoloji uzmanı, dil ve konuşma terapisti, iş ve uğraş terapisti sayısının ise yine ülkemizde çok sınırlı olması, bence bu gruba verilecek hizmet açısından da önemli bir sorun olarak karşımıza çıkıyor. Ülkemizde, engelliler ve sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları ve ihtiyaçları konusunda yakın tarihli ve kapsamlı bir çalışma hâlâ yok. En son çalışma, biraz önce söylediğim gibi, 2002 yılında yapılan çalışma ve bunun üzerinden 13 yıl geçtiğini görüyoruz. 13 yılda da bu rakamlarda çok büyük değişiklikler olduğunu düşünüyoruz. En önemli eksiklik de herhalde böyle bir çalışmaya ülke genelinde ihtiyaç olması. Bu açıdan da oldukça önemli.

Peki, neler yapabiliriz? Süre dâhilinde, çok hızlı bir şekilde Merkezim adına konuşmak istiyorum.

Toplum bilinclendirmeye yönelik farkındalık çalışmaları bence çok önemli. Merkez olarak çeşitli illere giderek, özellikle Doğu ve Güneydoğu illerine giderek bunu yapmayı amaçlıyoruz, bilgiye ve hizmete erişmenin sınırlı olduğu illerde. Engellilik konusunda, ülke genelini kapsayan bilimsel araştırmalar da yapılmalı ve sonuçları mutlaka ilgili kurum ve kuruluşlarla paylaşılmalı diye düşünüyoruz. Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi mutlaka geliştirilmeli. Bu konuda özellikle toplumu ve kurumları bilgilendirmeye yarayan kitaplar, kitapçıklar veya rehberler hazırlanması da oldukça faydalı.

Bunun dışında, hizmet veren kurumlar veya merkezler, özellikle özel eğitim kurumları veya üniversite veya devlet hastaneleri hem nitelik, hem de nicelik bakımından araştırılmalı. Yine burada çalışacak olan personellerin sayılarının arttırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalı. Personelin eğitimi, sayısı ve istihdamı konusunda da gerekli düzenlemelerin mutlaka yapılması gerektiğine inanıyoruz.

Teşekkür ederim. (Alkışlar)

MODERATÖR- Çok teşekkür ederiz.

Üniversitemizin Engelliler Araştırma ve Uygulama Merkezine sorularınız var mı acaba?

Çok teşekkür ediyoruz.

HÜTF İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı

Uzm. Dr. Mehmet Emin Kuyumcu

mekuyumcu@gmail.com

İç Hastalıkları Anabilim Dalımızın Geriatri Bilim Dalıyla devam edelim.

Mehmet Emin Kuyumcu, geriatrik bağlamda hizmet sunucu olarak, savunmasızlıkla ilgili neler yapıyorlar, önerileri nelerdir, bizimle paylaşır mı?

MEHMET EMİN KUYUMCU (Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı)- Teşekkürler hocam.

Sayın başkanlar, değerli katılımcılar; geriatriyle ilgili sunumlar hep aynı şekilde başlıyor. Yeşim hocanın da sabah bahsettiği gibi, Türkiye yaşlanıyor. 2015 projeksiyonlarında yüzde 8.2 olarak görülüyor. Bu oran, Amerika'da yüzde 15, İspanya'da yüzde 17 civarında. Önemli. Aslında oran düşük olsa da, sağlık harcamalarının önemli bir kısmı 65 yaş ve üzerine gidiyor. Bizim ülkemizde tam net bir verimiz yok; ama mesela, İngiltere'de yüzde 36'sının yaşlılara gittiği gösterilmiş.

Yaşlı hasta zor. Doktor açısından tarif edeceğim size. Çünkü bazı değişiklikler fizyolojik, bazıları patolojik. Bunlar birbirine karışabiliyor. Yaşlı hasta atipik semptomlarla gelebiliyor.

Şurada, bir anne, baba ve üç tane çocuğu var.

Geriatrinin temel felsefesi şu aslında: Hastanın fonksiyonelliği iyiyse, genç bir hastadan çok bir farkı yoktur. Yani "Yaş 70, iş bitmiş" kavramı artık çok değişti, ama biz bunu geriatri halindeki diğer bilim dallarıyla netleştirmekte biraz zorluk çekiyoruz. "Hasta şu yaşa gelmiş. Bundan sonra daha ne yapalım?" yaklaşımı çok fazla oluyor, yani yaş ayrımcılığı fazla olabiliyor bölümlerde.

Tabii, yaşlı hasta, sağlık hizmetlerinin her aşamasında problem yaşayabiliyor. Ne yaşadığımızı sosyal hizmet uzmanımızla görüştüğümüzden sonra buraya aktardım. Randevu almayla ilgili zorluklar olabiliyor. Hacettepe'nin, 444 4 444 diye bir telefon numarası var ya da internetten randevu almakta zorluk çekebiliyor hasta. Belki aile hekimliği sistemi burada biraz daha efektif kullanılabilirse daha ideal olabilir. Tabii, aile hekimleri de var, "Ona da mı biz bakalım?" diyeceklerini tahmin edebiliyorum. Birçok zorlamalar oldu üstlerinde. Mesela, bebek takibi gibi yaşlı hasta takibi de olabilir mi acaba? Yani kost-efektif olabilir gerçekten. Bu sayede randevuların alınması daha kolay olabilir. Ulaşım zor, yaşlı hasta gelmekte zorlanabiliyor. Mesela, hasta yakını geliyor, "Annem son evre Alzheimer hastası. İlaçlarımız bitti. Rapor çıkarması lazım" diyor. Bildiğimiz hastalara yardımcı oluyoruz; ama hiç görmediğimiz hastalara ilişkin, "Acaba hasta yaşıyor mu?" diye bir tereddüdümüz olabiliyor.

Evde bakım hizmetleri, ambulans hizmetleri iyi; ama hâlâ yetersiz kalabiliyor. Mesela, hastayı sabah ambulans bırakıyor, 10.00'da işimiz bitiyor, ambulans randevusu akşam 20.00'de veriyorlar. Yani hastanın 20.00'ye kadar beklemesi biraz problem olabiliyor. Sonra özel ambulanslar devreye giriyor tabii.

Muayene ortamı önemli. Hacettepe geriatri polikliniği ona göre dizayn edilmediği için sedye girmiyor, sandalyeyi sokamıyoruz, hastayı taşımaya kalkıyoruz. Mesela, hastane dizaynları buna göre yapılabilir, yaşlı dostu hastane kavramı olabilir. Mesela, Akademik Geriatri Derneği olarak, Sivas'ın Numune Hastanesi var; bilenler vardır. Oranın hastane sekreteri ya da başkanı, "Orayı yaşlı dostu hastaneye çevirebilir miyiz?" diye bir konsept oluşturmaya çalışıyorlar. İdeal olabilir gerçekten.

Tabii, sağlık çalışanlarının tutumu, yaşlıya verilen hizmeti önemli düzeyde etkileyebiliyor. Bir rnek vereyim. Hekim boyutunda düşünürsek, bilgi kısmı bize düşüyor. Mesela, albüminin yaşlıda düştüğünü düşünebiliyor hekimler ya da hemogram düzeyi yaşlıda düşebilir diye düşünüyor.

Aslında bunlar patolojik ya da tam tersi, her hasta idrar kaçırabilir diye düşünüyor; ama aslında patolojik olabiliyor. Mesela sorulduğu zaman, Hacettepe polikliniğe gelen hastaların yüzde 36’sı idrar kaçırıyor. Sağlık rgt buna “Medikal tabu” diyor; nk doktor sormak istemiyor, hastalar da söylemek istemiyorlar bunu, ama basit önlemlerle gerçekten faydamız olabiliyor hastalara.

Benim burada özellikle belirtmek istediğim, kapsamlı bir geriatrik değerlendirme. Biz dâhiliye üzerine geiratri yan dal yaparken, belki diğer branşlara da bunu anlatmak lazım. Kapsamlı geriatrik değerlendirme dediğimiz bazı testler var. Bu, hastaların mobilitelerini azaltıyor, mortalitelerini azaltıyor. Gerçekten maliyet etkin olduğu gösterilmiş. “Günlük yaşam aktiviteleri, enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri, nutritional değerlendirmesi, beslenme durumu, unutkanlığı var mı, morali nasıl, dengesi nasıl, idrar kaçırıyor mu, kullandığı ilaçlar” diye uzatabiliyoruz. Mesela, günlük yaşam aktiviteleri, “Kendisi banyo yapabiliyor mu, giyinebiliyor mu, tuvalet ihtiyacını kendisi halledebiliyor mu, transferi nasıl, kontinansı nasıl, beslenme durumu nasıl?” şeklinde. Enstrümantal de, mesela, telefonunu kendisi kullanabiliyor mu, kendisi alışveriş yapabiliyor mu, ilaçlarını düzenli kullanabiliyor mu diye bunları sorguluyoruz. “İdrar kaçırma var mı?” diye mutlaka soruyoruz. Soruğumuz zaman hastalar bunu söylüyorlar.

İdrar kaçırma, Avrupa’da bakım evlerine yerleştirilmesi ve sosyal izolasyonun en büyük nedeni. Hatta Amerika’da bir yılda, idrar kaçırma ve buna bağlı nedenlerle harcanan para, para, diyalize giren, bypass geçiren hastalara harcanan paradan çok daha fazla. Tabii, bakımevleri daha iyi çalıştığı için böyle, ama bizde sorulmuyor bile. Mesela, yaşlı bir hasta çok fazla parfüm kullanıyorsa, acaba idrar kaçırma problemi var mı diye sormak gerekebiliyor pratik manada. Mesela, mini nutritional değerlendirmede, “Hastanın beslenmeyle ilgili problemi var mı, kilo kaybı var mı, bununla ilgili bir sıkıntı yaşıyor mu?” diye sorguluyoruz. Eğer beslenmeyle ilgili problemi varsa, bunun için önlemler alıyoruz. “Unutkanlığı var mı?” diye soruyoruz her hastaya. Mutlaka sorulması lazım. Unutkanlık ne durumda diye, buna göre ekstra testler yapıyoruz, mini mental test. Bazı şekiller çizdiriyoruz. Uyku süresi nasıl, morali nasıl, bunu değerlendiriyoruz. Depresyon skalası nasıl, morali yerinde mi? Belki lek koymak çok uygun olmayabiliyor, nk yaşlılar bazen bunu biraz farklı yansıtabiliyorlar; ama böyle değerlendirdiğimiz zaman, en azından yaşlı hastalar hipertansiyon için geldiği zaman bile bunlar değerlendirildiği zaman, aslında şikayeti olmasa da altında bir problem olduğunu tespit edebiliyoruz. Böylece, yaşlı hastaların savunmasızlığı da aslında azaltılabilmif oluyor.

Hacettepe geriatriye gelen yaşlı hastaların ortalama ilaçları 3.6, bizden giderken 6.2 ilaç kullanıyorlar. Tabii, biz geriatri olarak, uygunsuz ilaç kullanımı var mı diye bunu değerlendiriyoruz. “İlaçlar birbiriyle etkileşiyor mu? 10 tane ilacı azaltıp, bunu 3 ilaç şeklinde yapabilir miyiz?” diye bunu değerlendirebiliyoruz. Ama normal sahada performans sistemi diye bir şey var mesela. Doktorların buna vakit ayırmasının imknı yok. Onun için, yaşlı hastalar bu konudan da sıkıntılı. Mesela, hastaya ... inhibitörü veriliyor, öksürüğü oluyor; sonra öksürüğü olduğu için, “Acaba enfeksiyonu var mı?” diye antibiyotik veriliyor, antibiyotik sonrası ishal oluyor, ishalden sonra böbrek bozukluğu oluyor filan, böyle bir kısırdöngü şeklinde gidebiliyor. Mesela, kabızlığı olan bir hasta kullandığı ilaca bağlı olabiliyor. Bu anlayışı değeriftirebilirsek eğer, zaten sizden iyi hekim yok.

Tabii, geriatri olarak bunların hepsine biz bakmıyoruz. Hemşiremiz var, sosyal hizmet uzmanımız var, fizyoterapistimiz var, diyetisyenimiz var ve psikoloğumuz var. Hasta bu konulardan değerlendiriliyor.

Belki geriatri bilim dalları arttırılabilir. şu an Türkiye’de yaklaşık 20 niversite ve eğitim araştırma hastanesinde geriatri var. En azından şöyle düşünün: Anneanneniz var, idrar kaçırıyor, unutkanlığı var, diyabeti var; diyabeti için endokrine, idrar kaçırma için kadın doğum ya da rolojiye, unutkanlığı için nörolojiye gideceğine, geriatride halledilmeye çalışılıyor. “Her şeyi biz zyoruz” demiyorum; ama en azından bir merkezde toplanıp, gerekirse konsültasyon istenebiliyor hastalardan.

Koruyucu hekimlik önemli. Bunlara dikkat etmezsek, yine yaşlı hastalar sıkıntı olabiliyor. Önerilen bazı kanser taramaları var; bunları yapmaya çalışıyoruz.

Bazı erişkin aşılama lar var; grip aşısı, zatürre aşısı, bunlar önerilebiliyor. Yatış probleml i. Üniversite hastanesinde yatış yapamıyoruz, çünkü bazı hastaların tetkik için bile yatmaları gerekebiliyor. Refakatçi problemleri olabiliyor yaşlı hastaların. Sarkopeni diye bir geriatrik sendrom var; yaşlılıkla beraber kas kitlesi ve fonksiyonelliği azalabiliyor.

Şunu söyleyeceğim, en azından hekimlerin dikkatini çekmesi adına: Yaşlı hasta, özellikle birkaç hastalığı da varsa, 3 gün yatak istirahatıyla bile kas kitlesinin yüzde 10'unu kaybediyor. Aynen şöyle: "Hocam; babam çok iyiydi, zatürre için 10 gün yattı, ondan sonra yürüyemedi" diye gelebiliyor. Hekimlerin de bu konuda biraz daha bilinçli olması gerekiyor. Enfeksiyon ve sarkopeni riski için, mümkün olduğu kadar az yatsın hastalar. Tabii, taburcu sonrasında bakım problemleri söz konusu. Burada sosyal hizmet uzmanı devreye giriyor, bakım problemleri varsa onu çözmeye çalışıyor. Evde sağlık hizmetleri probleml i. Aslında yaşlı hastayla ilgili hemen hemen her basamak probleml i olabiliyor. Bu sistemle ilgili problemler de olabiliyor, hastanın kendi fonksiyonelliğiyle ilgili de olabilir.

Onayı kimden alacağız; hastadan mı alsak, hasta yakınından mı alsak? Bununla ilgili tartışmalar yapılabilir.

Teşekkürler. (Alkışlar)

MODERATÖR- Çok teşekkür ediyoruz.

İç Hastalıkları Anabilim Dalının Geriatri Bölümü için sorularınız var mı?

Buyurun doktor bey.

... - Dediğiniz şey doğru, aile hekimleriyle ilgili söylediğiniz konu. Hatta geçen sene, 2014 yılının sonuna doğru Kanada Geriatri Derneği tarafından yapılan bir guideline oluşturulmuş. Orada, geriatrist eksikliğinden dolayı, yaşlanan nüfusa mutlaka geriatri uzmanlarının bakması gerekiyor. Bu yükün aile hekimleri tarafından karşılanması gerektiği ve çekirdek eğitim programında nelerin yer alması gerektiğiyle ilgili 85 maddelik bir program oluşturmuşlar. Tabii, çok reel değil, ihtisas süresince 85 tane maddeyi tek tek öğrenmek uygun değil; ama en azından uygulanabilecek olan bazı maddeleri, mesela, ayakkabı seçimi, evdeki düşmeyi engelleyecek önerilerde bulunulması gibi şeyler belki hastalık insidansını azaltabilir. O açıdan, en azından bizim bu işe dâhil olacağımız kesin.

MEHMET EMİN KUYUMCU- Aynen öyle. Sahadaki hastaların birçoğunu siz gördüğünüz için, en azından kapsamlı geriatrik değerlendirme kısmı. Hasta başka bir şikayet için gelse bile bunlar sorulsa, aslında o savunmasızlık kısmı, gerçekten birçok şeyin önüne geçebiliriz; ama engelleyen çok şey var, performans filan.

MODERATÖR- Çok teşekkür ediyoruz Mehmet Emin beye.

Yaşlı Hastalar ve Sağlık Hizmetlerinde Karşılaşabilecekleri Zorluklar

Uzm. Dr. Mehmet Emin Kuyumcu

mekuyumcu@gmail.com

HÜTF İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus oranı artmaktadır. 2014 yılında Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfusun %8 olduğu belirtilmiştir. Bu oran Amerika Birleşik Devletlerinde %15 iken, İspanya'da %17 civarındadır. Oranlar böyle olmasına rağmen bu ülkelerde yaşlı hastalara ayrılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %30-40'ını oluşturduğu belirtilmektedir. Savunmasız/örselenebilir gruplardan biri olan yaşlılara verilen sağlık hizmetleri ile ilgili politikaların geliştirilmesi ve iyileştirilmesi önem arz etmektedir.

Yaşlılar ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerinin her basamağında zorluklar çekebilmektedir. Bunları şöyle sıralayabiliriz.

Randevu alma ile ilgili zorluklar; yalnız yaşama, telefon edememe, internet kullanamama, bekleme süresinin uzunluğu. Aile hekimliği sisteminin daha efektif kullanılması bu problemi çözebilir. Nasıl ki aile hekimleri bebekleri yakın takip ediyor, yaşlı grup için de bu takip yapılabilir. Bu sayede ek değerlendirmeye ihtiyacı olan hastanın randevusu ve hatta ulaşımı sağlanabilir.

Ulaşım; yaşlı ve engeli olan hastalar hastaneye ulaşımında ambulans, nakil aracı veya özel araçla gelmek zorunda kalabilmekte veya bu yüzden sağlık hizmetinden mahrum kalabilmektedir. Evde bakım veya ambulans hizmetleri yetersiz kalabilmektedir.

Muayene; ortamın uygun olmaması, dar odalara sedye ve tekerlekli sandalye sığmayabilmekte ve hasta ve yakınları sıkıntı yaşayabilmektedir. Hastane dizaynları bu önemsenererek yapılabilir. Örneğin 'yaşlı dostu hastane' kavramı geliştirilebilir.

Sağlık çalışanlarının tutumu; yaşlılara hizmet verme güçlüğü hastaya olumsuz yansiyabilmektedir.

Yaşlı hastanın değerlendirilmesinde hekime düşen ekstra görevler vardır. Yaşlılarda yaşın ilerlemesi ile bazı fizyolojik değişiklikler oluşmaktadır. Bu fizyolojik değişiklikler patolojik olarak algılanabilmektedir. Bunun aksine aslında patolojik olan bir bulgunun yaşlı için normal olduğu düşünülmektedir. Bu yorum bazen hastanın kendisinden, bazen yakınından hatta bazen maalesef hekimden kaynaklanabilmektedir. Örneğin albumin seviyesi yaşlanma ile normal değerlerin altına düşmez, düştü ise kliniğe göre ek tetkikler yapmak gerekebilmekte, bunu yaşlılığa bağlamak uygun değildir. Diğer bir örnek ise üriner inkontinans (idrar kaçırma) tır. Üriner inkontinans her yaşta patolojiktir. Mutlaka sorulmalı ve sorgulanmalıdır. Sosyal izolasyona ve depresyona neden olabilmektedir. Birçok yaşlı hasta, hasta yakını ve hekim bunu yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak algılamaktadır. Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı polikliniğine başvuran hastalarda üriner inkontinans sıklığının %35.9 olduğu saptanmıştır. Bazen basit öneriler ve medikal tedavi ile hasta şikayetleri azaltılabilmektedir. Özellikle yaşlı hastalarla muhatap olan hekimlerin yaşlılarda hangi değişikliklerin fizyolojik hangi değişikliklerin patolojik olduğunu iyi bilmesi gerekmektedir. Yine bazı hastalık durumlarında yaşlı hastalar gençlerden farklı şikayetler ile başvurabilmektedir. Örneğin infeksiyon durumlarında yaşlı hastanın ateşi çıkmamakta hafif bir genel durum bozukluğu olabilmekte iken, bilinç bulanıklığı veya bilinçte dalgalanma (deliryum) tablosunda gelen yaşlı bir hastada akut miyokard infarktüsü çıkabilmektedir. Bu yüzden hekimlerin bu konuda da bilgili olması gerekmektedir. Hekimlerin bu konudaki farkındalığı ve bilgi düzeyi artırılmalıdır.

Polikliniklere gelen veya hastaneye yatışı yapılan her yaşlı hastaya Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme (KGD) testleri uygulanmalıdır. Yapılan bilimsel çalışmalarla KGD ile yaşlılarda morbiditelerin, mortalitenin azaltıldığı ve maliyet-etkin olduğu gösterilmiştir. KGD kapsamında yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinde, enstrümental yaşam aktivitelerinde bağımlı veya bağımsızlığı yani işlerinde kendine yetip yetemediği, yardıma ihtiyacının olup olmadığı, beslenme durumu (malnütrisyon), idrar kaçırmasının olup olmadığı, kognitif fonksiyonlarının durumu (demans, Alzheimer hastalığı vb), depresif veya anksiyete semptomlarının olup olmadığı, düşme ve denge problemlerinin olup olmadığını, kullandığı ilaçların fazlalığı ve uygunluğu (polifarmasi) açısından sorgulanmaktadır. Bu sayede yaşlı hasta kapsamlı bir şekilde değerlendirilmekte aslında farkında olmadığı bazı geriatrik sendromlar erken dönemde ortaya çıkarılabilmekte ve mümkünse önlemler alınabilmektedir. Yine bu konuda hekimlerin bilgilendirilmesi ve eğitilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirmeler vakit almakta ve uygulayan kişiyi uğraştırmaktadır. Ülkemizde performans sistemi uygulamasında bunu yapmak birçok hekim veya kurum için gereksiz bir çaba olarak görülebilmektedir. Çünkü performans sistemi sadece bakılan hasta sayısına odaklanmakta, yapılan değerlendirmenin kalitesini önemsememektedir. Ayrıca KGD kapsamında yapılan testlerinin SUT kapsamında birçok bölüme geri ödemesinin olmaması bu değerlendirmeyi hekimler ve kurumlarca göz ardı ettirmektedir.

Yaşlı hastaların KGD yanında interdisipliner ekip tarafından da değerlendirilmesi gerekmektedir. İnterdisipliner ekip, başında bir hekimin olduğu, yanında hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen ve fizyoterapistten oluşan bir ekiptir. Hekim tarafından değerlendirilen hasta, hastanın mevcut durumuna göre ekibin üyeleri tarafından da değerlendirilir ve verilen hizmetin kalitesi üst seviyeye çıkarılmış olur. Bu ekibin tamamı veya birkaçı ülkemizde geriatri bilim dalı olan hastanelerde beraber çalışmaktadır. Bunun ülkemiz genelinde zamanla yaygın hale getirilmesi bir amaç olmalıdır.

Tetkik yaptırma gücüğü; hastane içinde dolaşma zorluğu, bekleme süreleri, tetkik yerlerinin birbirinden uzak olması gibi problemler yaşlı hastalar için sıkıntı oluşturabilmektedir. Böyle hastalar için uygun hastane personeli görevlendirilebilir.

Farklı bölümlere gitmek zorunda kalma; konsültasyonlar, her hastalığın farklı bölümce takip edilmesi hastaların tekrar tekrar gidip gelmelerine neden olmaktadır. Geriatri bilim dallarının yaygınlaştırılması bu problemin azaltılmasında faydalı olacaktır. Yine konsültasyon ihtiyacı olursa yaşlı hastalara pozitif ayrımcılık yapılması sağlanmalıdır.

Yatış; özellikle üniversite hastanelerinde yaşlı hastaların yatış için randevu alması ve uzun süre beklemesi gerekebilmektedir. Yaşlıların bazen belirli tetkikler için bile yatışı gerekebilmektedir. Burada pozitif bir ayrımcılık yapılabilir. Yaşlıların çoğunun hastaneye yatışta refakatçi ihtiyacı olmaktadır. Odaların buna uygun olmaması hasta yakınlarının tükenmişliğine ekstra katkı sağlayabilmektedir.

Yine yatan yaşlı hastalarda da KGD uygulanmalıdır. Yatan hastalar için malnütrisyon ve sarkopeni önemli, ciddi sonuçları olan fakat dikkat edilmeyen geriatrik sendromlardır. Örneğin aslında çok fazla kronik problemi olmayan yaşlı bir hasta hastaneye pnömoni için yatırılıp 10-14 gün intravenöz antibiyotik tedavisi alıp sonrasında bağımlı hale gelebilmektedir. Çünkü bu yatış süresinde hasta damardan antibiyotik aldığı için devamlı yatağa bağımlı kalmakta ve bu süreçte yoğun kas kaybı olup sarkopenik olmaktadır. Bu durum iatrojenik olabilmektedir. Bu yüzden yine yaşlı hastalar yatışlarında mutlaka malnütrisyon açısından değerlendirilmeli, kalori ve protein alımlarına bakılmalı, gerekiyorsa takviye edilmeli, hasta hareketsiz bırakılmamalı ve sarkopeniye terk edilmemelidir. Bu konuda da başta hekimler olmak üzere sağlık personeli bilgilendirilmelidir. Yatış esnasında hemşire değerlendirmesi yapılırken düşme, bası yarası riski sorulması gibi beslenme durumu, sarkopeni riski de değerlendirilebilir.

Aslında yaşlı hastaların yatış süreleri mümkün olduğunca kısa tutulmalıdır. Yatış süresi uzadıkça yaşlılar daha komplike olmaktadır. Mümkün olduğu kadar çabuk tedavi planlanmalı, uygulanmalı ve yaşlı hasta en kısa sürede taburcu edilmelidir. Örneğin farklı bir problem için yatan yaşlı hasta hastane kökenli infeksiyonlar için savunmasızdır. Böyle bir durumda uzun süre yatarak antibiyotik alması gerekebilecek ve bu kısır döngüyü kırmak zor bir hal olacaktır.

Taburculuk sonrası bakım problemleri tekrarlayan yatışlara sebep olmaktadır. Taburculuk öncesi yaşlı hastaların sosyal hizmet uzmanı ile görüşmesi sağlanıp, taburculuk sonrası bakım hakkında detaylı bilgi sahibi olunabilir ve gerekli önlemler alınabilir.

Evde sağlık hizmetleri eskiye kıyasla daha iyi olsa da hala yetersizdir. Bunun gelişimi için gerekli eğitim programları ve stratejiler planlanabilir. Örneğin evdeki yaşlının beslenme durumu, fonksiyonelliği, bası yarası bakımı ..vb gibi durumlarda sağlık personelinin farkındalığı ve bilgi düzeyi arttırılabilir.

Hastanın ve/veya hasta yakınlarının ekonomik yetersizlikleri de yaşlı hastalarda örselenmeyi tüm süreçlerde arttırabilmektedir.

HÜTF Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD

Doç. Dr. Melih Elçin

melcin@hacettepe.edu.tr

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Başkanı Dr. Melih Elçin'i davet edelim.

Acaba tıp eğitimi anlamında baktığımızda, savunmasızlık ve örselenebilirlik nasıl görünüyor? Öğrencilerinize sizin mesajlarınız nelerdir, bize önerileriniz nelerdir?

Dr. MELİH ELÇİN (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Başkanı)-Hepinize merhaba.

Bugünkü kısa sunumumda bir-iki noktaya dikkat çekmek istiyorum.

Bu toplantıya gelmeyi çok istedim. Gün boyu da bir ya da iki konuşma dışındaki hepsini dinledim. Dinlerken de hep, "Ben niye buradayım? İyi ki buradayım" arasında gittim geldim. Gerçekten çok özel bir grupla ilgili, çalışmayı gerektiren şeyler konuşuldu. Konuşulan konuların topluma kazandırılması gereken noktalarını da öngördüğümüzde, gerçekten herkesin çalışması çok önemli. Burada söylenen her sözcüğün aslında bir karşılığı var ve toplumda bir yerlere ulaşması gerekiyor. Bu yüzden de yapılan her çaba çok önemli. Benim buraya gelmek istememin nedeni de oydu, gün içinde de hep bu soruyu kendime sormamın nedeni de oydu.

Birçok iyileştirme yapmayı hedefliyoruz da, kiminle yapacağız bunu, elimizdeki malzeme ne? Sonuçta, sağlık çalışanlarıyla yapmak durumundayız bunu. Peki biz, sağlık çalışanlarını nasıl eğitiyoruz? Bu eğitimler sonunda, gerçekten beklediğimiz, bugün üzerine konuştuğumuz, bu kadar uzmanın konuştuğu konuyu sıradan bir sağlık bilimleri eğitimi almış birinin önüne getirip koyduğumuzda, bunun ne kadarını ulaştırabileceğiz? Onun için, bence bugün üzerinde özellikle konuşmamız gereken şey, "Bu işleri yaparken, eğitim bu işlerin neresinde durmalı, yani bu alanda çalışacak kişileri eğitmek için ne kadar çaba sarf etmeliyiz?" konusu. Bu bir.

İkincisi de, konuştuğumuz konular bizim yaptığımız eğitimlerin neresinde duruyor, neresinde varlar? Eğitim yaşamlarının başında öğrenci andıyla başlatıyoruz öğrencileri. İlk beyaz önlük töreni 2000'li yıllarda Hacettepe'de başlamıştı. O yüzden Hacettepe'nin öğrenci andını koyarak başladım sunuma. Şu anda hemen hemen bütün tıp fakültelerinde, eczacılık fakültelerinde, diş hekimliklerinde artık beyaz önlük törenleri yapılıyor. Beyaz önlük törenlerinde öğrencileri toplayıp beyaz önlüklerini giydirdiğimizde, "Hastalarımınla ilgili din, dil, ırk ayırımı yapmayacağıma" diyerek 1. sınıfa başlatıyoruz. Altı yıl içerisinde birçok eğitimler veriyoruz her alanda, sonra mezun olurken de hekimlik andını okutuyoruz. "Din, milliyet, ırk, siyasal eğilim ya da toplumsal sınıf ayırımlarının görevimle hastam arasına girmesine izin vermeyeceğime" diyerek de mezun ediyoruz.

Peki, bu eğitimleri süresince biz ne veriyoruz sağlık çalışanlarına? Bugünkü bağlamda neredeyse hiçbir şey yapmıyoruz. Onlara çok ciddi miktarda kuramsal bilgiler veriyoruz. Ne yaratıyor kuramsal bilgi; farkındalık yaratıyor, bir alanda biraz daha fazla bilgi sahibi olmasını sağlıyor. Peki, bizim onlardan beklentimiz ne? Mezun olduğu gün itibarıyla, gittiği yerde örselenmiş birisiyle karşılaştığında ona yardım etmesi. Nasıl? Sadece öğrettiğimiz bilgilerle mi? Mümkün değil. Hangi eğitimler, hangi kuramsal bilgiler bir davranış geliştirir, sınıfta anlattığımız hangi eğitim bir tutum değişikliği gerektirir? Mümkün değil.

Öyle olunca, belki o alandaki bilgisi çok fazla, evet, çoktan seçmeli bir sınava soksak tıkr tıkr her şeyi bilir bir sürü öğrenciyle karşılaşıyoruz; ama “Bunu o an, o durumda uygula” dediğimizde, bunu uygulayabilecek bir tek kişiyle karşılaşmamız mümkün değil.

Sayın Murat Erdoğan sabah, Antep’ten, gelenlerden, sığınmacılardan bahsetti. Ben de geçen hafta Antep’teydim. 112 ekiplerine yönelik Sağlık Bakanlığının bir simülasyon eğitimi vardı, orada görevliydim. O arada da hem 112’de görev yapanlarla konuşma fırsatım oldu, hem de onlarla ilişkili olarak acil servislerdeki hekimlerle konuştum. Rakamlarla gördüğümüz ve gerçekten dramatik bulduğumuz şeyin gündelik hayatta çok daha dramatik olduğunu gördüm. Acil servislerde neredeyse Suriyeliler için ayrılmış alanlar yaratılmaya başlanmış. Çünkü “Halkımız, onlara hizmet üretilirken kendi hizmetlerinin geciktiği duygusuna kapılıyor” ya da “Onlarla aynı mekânda hizmet almaktan çekinceleri varmış” gibi noktalara kadar taşıyor iş. Bu, işin bir yönü.

Oradaki hekimin tıbbi bilgisi var; ola ki, kendi şanslıydı, kendi okuduğu yerde mülteci kavramıyla ilgili ve onlara verilecek sağlık hizmetleriyle ilgili bir farkındalık da kazanmıştı. Haydi, buyursun, o acil ortamında, acil servis koşullarında, gelen hastalar arasında o kişiye o özel durumunu gözeterek bir hizmet sunmasını o an beklemeye başlayalım. O ana kadar böyle bir durumla karşılaşmamış, eğitiminin hiçbir yerinde bir sığınmacı görmemiş, o zamana kadar hiçbir sığınmacıyla konuşmamış, o gün, “Haydi, sen bunu yap, başar” diyoruz.

Bugün bu salonda herkes alanında uzman kişiler ve bu noktada eğer bu uzman kişilere bu örselenmiş grupları ulaştırabiliyorsak, zaten hayatları kurtuluyor; ama buraya gelinceye kadar kimlerden geçiyor? Acil bir durum olursa 112 ekibinden geçiyor, ATT ve paramedikler. Acil servislere geliyor, orada tıp fakültesi mezunları bakıyor. Hukuk fakültesinden mezun olanlar için de durumun pek farklı olmadığını düşünüyorum. Konuşma yapan avukat hanım gibi bu konuda deneyim kazanmış biri yerine, o gün hukuk fakültesinden mezun olmuş, belli bir süre sonunda avukatlığa başlamış; ama hayatında hiç böyle bir durumla karşılaşmamış, sadece kuramsal bilgisini almış birine, “Haydi, sen bu olayda onların savunucusu ol” diye gönderiyorsunuz ya da bir polis, bir sürü kuramsal eğitimler almış, bir anda böyle bir durumla karşılaştığında başarmasını bekliyoruz.

Söylenecek çok şey var ama verdiğimiz eğitimler yazık ki bir davranış geliştirme, bir tutum geliştirme eğitimleri değil. Bunu kabul etmemiz gerekiyor. O yüzden de biz okuldan mezun ettiğimizde gerçekten bir karanlığa, sonu belli olmayan bir yola doğru gönderiyoruz mezunlarımızı. Bu, sağlık bilimlerinin her alanı için geçerli.

Tıp özelinde bir kıpırdanma var. 2016’dan başlamak üzere, yeni bir ulusal çekirdek eğitim programı önerildi tıp fakülteleri için. Bu programda ilk defa, daha öncekinde olmayan bazı başlıklar, bazı gruplar eklendi. Bunlardan bir tanesi, “Adli veya psikososyal durumlar” başlığı altında. Sekizinci olarak “İhmal ve istismar” diye bir başlık var, aile içi şiddet var. Aşağıda da, “Sağlıklılık durumlarında öncelikli ve riskli, incinebilir gruplara yönelik sağlık hizmetleri” gibi başlıklar var. Bunlar, şu ana kadar tıp fakülteleri için bir çekirdek eğitim programında başlık olarak önerilmesi ilk defa olan şeyler. Bunlar aslında bizim için kırılma noktaları. Buradan bir şeyleri toparlama ve düzeltme şansı yakalayabiliriz. Nasıl? “Çekirdek eğitim programında bu var, tıp fakültelerine onar saat daha bu konuları da anlatan kuramsal dersler ekleriz”, dersek bu tarihi fırsatı kaçırmış oluruz. O zaman, bu başlıkların altını alana yönelik uygun eğitimlerle doldurarak programlarımızı geliştirmeliyiz.

Ne yapabiliriz? Dünyada, özellikle Amerika Birleşik Devletlerinde kültürel farklılıklar, sığınmacılık, mültecilik işleri çok daha fazla olduğu için, orada bu eğitimlere çok daha önce başlamışlar.

Bu, 2004’te hazırlanmış programdan bir görüntü. Üstteki çok çarpıcıdır. Bir Afgan, yaşlı bir Afgan, Amerika’ya iltica ediyor ailesiyle beraber. Hiç İngilizce bilmiyor. Kolon kanseri ve kolostomi açma önerisi geliyor. Dini nedenlerle kolostomiyle gündelik hayatını sürdüremeyeceğini söyleyerek kabul etmiyor. Böyle giden bir senaryo. Bunları tıp fakültesi öğrencilerinin eğitimlerinde kullanıyorlar. Dahası, bunları video olarak hazırlamışlar, seyrettiriyorlar, daha sonra standart hasta görüşmeleri haline getiriyorlar. Böylece, her öğrenci böyle bir durumla standart hastayla da olsa karşılaşmış oluyor ve denemiş oluyor. “Ben böyle bir durumla karşılaşırsam ne yaparım?” sorununu kendi başına kalarak çözmüş oluyor.

Biz bir şey yapıyor muyuz? Evet, uygulanabilir olduğunu göstermek için anlatayım. İyi Hekimlik Uygulamaları programımız içerisinde, son 3-4 yıldır Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalıyla çalışarak, bu program içerisinde etik başlıkları hasta görüşmesi haline getirdik ve Dönem 3 öğrencilerimiz etik oturumlarında hasta görüşmeleri yapıyorlar. Bunun için 4 tane senaryomuz var. Bu senaryolardan bir tanesi aile içi şiddet. “Başımı dün akşam dolaba çarptım” diye giren bir kadınla karşılaşıyorlar. Öğrenciler hangi senaryoyla karşılaşacaklarını bilmedikleri için, gelen hastanın ilk yakınmalarından durumu ortaya koyup, bunun sıradan bir başını çarpma meselesi olmadığını fark edip altta yatan bir aile içi şiddet olasılığını araştırabilmelerini bekliyoruz. Bu eğitim oldukça etkin olarak devam ediyor. Türkiye koşullarında kullanılabilir ve sonuç veren bir yöntem olduğunu gördüğümüz, gösterdiğimiz bir çalışma.

Bu sene üzerine bir adım daha ekledik. Eğitim Fakültesinden Yrd.Doç.Dr. Olcay Sert’le birlikte görüşmelerin çözümlenmesi üzerinde çalışıyoruz. Konuşma çözümlenmesi yönteminden yararlanarak öğrencilerin etkileşim içindeki sözlü ve sözsüz katkıları mikro analitik ve dizisel açılardan inceleniyor. Görüşme sırasında aradaki durmaları, sessizlikleri, konuşmaları, “ııı...” demeleri, öne eğilmeleri, arkaya yaslanmaları, her birini kayıt altına alabiliyorsunuz. Filmi izlerken, ekranınızın sol tarafından görüşmeler transkript olarak akıyor ve siz buradan davranış paternlerini yakalayabiliyorsunuz. Yani 100 tane öğrenci filmini Olcay Bey’e veriyoruz, ek hiçbir bilgi vermiyoruz. O, 100 tanesini izleyip transkripsiyonunu yaptıktan sonra bize diyor ki, “Bu görüşmelerde şöyle şöyle paternler var. Doğru mudur; doğrudur.” İngiltere’de çok kullanılan bir yöntem, biz de bir yıldır üzerinde çalışıyoruz. Gerçekten, yaptığınız değerlendirmeler üzerinden öğrencilerinizin ortak davranış paternlerini ortaya koyup düzeltici müdahaleleri yapma şansı elde ediyorsunuz. İngiltere’de çalışmakta olan hekimler üzerinde de bunlar yapılıyor gerçek hastadan izin alınarak, ama bizde, şu anda sadece standart hastalarla.

Bir örneğim daha var.

“Standart hasta, standart hasta” diyorum. Bunlar, eğitim verdiğimiz hasta rolü yapan kişiler. Bunların çok özel bir grubu var: Kendi üzerlerinde jinekolojik muayene öğretiyorlar. Amerika’da, İngiltere’de çok yaygın kullanılan bir yöntem. Tek başlarına eğitime giriyorlar, yanlarında başka hiçbir eğitici yok. Birebir öğrenciye kendi üzerlerinde jinekolojik muayene öğretiyorlar. GTA (Gynecological Teaching Associate) kadın hastalar için, MUTA (Male Urological Teaching Associate) erkek için kullanılıyor. Türkçede onlar için “rehber hasta” ifadesini kullanmaya başladık. İlk denemelerini Hacettepe’de yaptık bir gruba. Hem bunları kullanarak, hem de bu işi üstlenecek hasta yetiştirdik. Prof.Dr. Leyla Dinç’in sorumlusu olduğu Hemşirelik Esaslarındaki bir derste, yüksek lisans öğrencilerine meme muayenesinin öğretilmesinde rehber hastaları kullandık. Bu da kullanılabilir bir yöntem.

Amerika’dakiler ne yapıyorlar? Orada çok özel bir grup var; “sexual assault responders” diye. Cinsel saldırıya uğramış kişilere ilk müdahale eden ekipler. Bu ekiplerin eğitimlerinde bu grubu kullanıyorlar. Gerçek senaryolara göre hastaları yetiştirmiş oluyorsunuz. Sadece öykü üzerinden değil; eşzamanlı olarak muayene, muayene sırasında örnek alma, örnek değerini kaybettirmeme gibi bütün ayrıntıları bir olgu üzerinden görebiliyorsunuz. Bunun değerinin eşi benzeri, karşılığı yok. Yani cinsel saldırıya uğramış bir kimsede, yanınıza 3 tane de asistanınızı ya da öğrencinizi alıp, “Haydi, gidelim beraber, bu kişinin muayenesini yapalım” deme şansınız yok. Çok büyük haksızlık etmiş olursunuz o kişiye. O zaman, nasıl yetiştireceğiz arkamızdakileri? Anlata anlata yetiştiriyoruz, sonra günü geldiğinde, “Haydi, sen git, bunun muayenesini yap, onu incitmeden öyküsünü al, ona zarar verme” diyoruz. O yüzden, bu da kullanılabilir bir yöntem.

Bu yöntemlerin herhangi birini çalışmak isteyen herkese bölüm olarak kapımız sonuna kadar açık. Bize ulaştığınız zaman, sonuna kadar sizin yanınızdayız. Bu konuda her türden eğitimlere yardımcı olmaya hazırız.

Teşekkür ederim. (Alkışlar)

MODERATÖR- Dr. Melih Elçin’e teşekkür ediyoruz.

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanları Derneği

Dr. Zehra Dağlı

tahud@tahud.org.tr

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanları Derneğiyle devam edelim.

Zehra Dağlı ve Ali Ümit Geçkil kendi aralarında işbölümü yapmışlar, küçük birer sunumla ikisi birlikte konuşacaklar.

Dr. ZEHRA DAĞLI (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanları Derneği)- Herkese iyi akşamlar demek lazım; akşam oldu. Ama yine hâlâ burada olduğunuz için teşekkür ediyorum.

Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneğinin Ankara Şubesi Yönetim Kurulu Üyesiyim.

Ben, öncelikle aile hekimliğinin tanımını yapıp, bu arada da hocamıza bu vesileyle cevap vermek istiyorum.

2002 yılında Dünya Aile Hekimleri Birliği WONCA'nın Avrupa kolu, aile hekimliğine gelen pratisyenlik disiplinini şu şekilde tanımlamış: 2005 yılında bir revizyondan geçmiş, tekrar bir gözden geçirmeden geçmiş ve "Aile hekimliği genel pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli, klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır" demişler. Bu işi yapan aile hekimliği genel pratisyenlik uzmanlığının disiplin özelliklerini de şu şekilde tanımlamışlar: "Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur. Hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar. Yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın, tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir." Arada başka konular var; bizim konumuzla ilgili olmadığı için çıkardım. "Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir. Gelişimlerinin erken evresinde, henüz ayrılmamış bir şekilde sunulan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir. Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu iyileştirir. Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve var oluş boyutlarıyla ele alır." Uzmanı ise, "Disiplinin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekim" olarak tanımlanmakta.

Bizler aile hekimleri olarak, yaşı, cinsiyeti ayırmadığımız gibi, kişileri ömrümüz elverdiğince doğumundan ölümüne kadar takip ediyoruz. Dolayısıyla geriatrik hastadır diye hastayı ötelemiyoruz. Ayrıca, aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin, gerek uzman olsun, gerek pratisyen kökenli olsun, bunların görev tanımlarında da zaten var ve haftada bir kez, yarım gün en azından, aile sağlığı merkezine gelemeyen hastaları evlerine gidip ziyaret etme görevleri var. Ne yazık ki, daha önceden elimizde olan, ama artık pratisyen aile hekimleriyle aynı kategoride sayıldığımız için elimizden alınan birtakım reçete yazma yetkilerimiz ortadan kalktığından, hastaların hipertansiyonu, hipertroidi veya anti diyabetik ilaçlar için raporlar çıkartabiliyoruz; fakat bizim hastalarımız ne yazık ki geriatri polikliniklerinde sabahtan akşama kadar sürünüyorlar.

Benim annem-babam da 80 ve 75 yaşında. Yine onlarla birlikte Hacettepe'de de, Ankara Tıp'ta da, başka geriatri polikliniklerinde de bekledim. Yazık, bütün günlerini orada geçiriyor zavallı hastalar; ama ne yazık ki yapacak bir şey yok. Yani bu, Sosyal Güvenlik Kurumuyla ilişkili bir şey. Aile hekimleri hiçbir zaman "Bu benim görevim değil" demez; ancak der ki, "Ne zaman yapayım?" Çünkü aile hekimi aynı zamanda adli tabiptir, aynı zamanda defin ruhsatı ödevi vardır, aynı zamanda -şimdi yeni geldi- acil nöbetleri de tutmak zorundadır. Haftada 40 saat mesai saatini tamamladıktan sonra, bir de haftada 30 saati aşmamak koşuluyla acil nöbeti tutmak durumunda kaldı şimdi. Dolayısıyla hiçbir zaman "Bizim görevimiz değil" demiyoruz; hastaların her dakikası bizim görevimiz.

Şu ağaçtan biraz bahsedeyim. Ne kadar kapsayıcı bir yaklaşım içinde olduğunu ve bir aile hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterlilikleri görebilmeniz için bu ağacı koydum. Bu, bizim olmazsa olmazımız.

Derneğimizin amacı da yine, WONCA'nın belirttiği özellikler üzerinde araştırmalar yapmak, uzmanlık dalını geliştirmek ve bu konuda çözüm yollarını araştırmak.

Bunun dışında, son zamanlarda yaptığımız kongrelerde, kadın sağlığı, yaşlı sağlığı, çocuk istismarı, LGBT bireylerin sağlığa erişimi, seks işçilerinin sağlığa erişimi gibi özel konulara da daha fazla yer vermeye başladık; yani 5 yılı aşkın bir süredir mutlaka her kongrede bu konular yer alıyor. Ayrıca, bazı çalışma gruplarımız var. Gördüğünüz gibi, bunların bir kısmını örnek olarak verdim.

Son olarak da yine savunmasız, örselenebilir grupların sağlığıyla ilgili bir çalışma grubu kurmaya karar verdik birkaç hafta önce. Örselenebilir, kırılabilir olacak bütün bireylerin hepsini birden ele almayı amaçladık.

Benim söyleyeceklerim bu kadar. Ümit arkadaşım araştırma kısmını size aktaracak.

Teşekkür ediyorum. (Alkışlar).

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanları Derneği

Dr. Ali Ümit Geçkil

tahud@tahud.org.tr

Saygıdeğer hocalarım, sevgili meslektaşlarım ve katılımcılar; çok fazla vaktinizi almayacağım akşamın bu saati olduğu için. Zaten trafik de sıkıştıktır. Yavaş yavaş çıkış saatine gelmeye başladık.

Ben, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlığı Derneği adına buradayım. Başkent Üniversitesi Aile Hekimliğinde araştırma görevlisiyim.

Çok kısa olarak, zaten bildiğimiz şeyleri hemen tekrarlayıp esas konuma geçeceğim.

İnsanların zaten savunmasız olduğunu; fakat bazı grupların diğerlerine göre daha örselenebilir olduğunu, daha savunmasız olduğunu biliyoruz. Bu gruplara yönelik özel koruma önlemleri almamız gerektiğini; bu grupları belirleyerek, bu grupları nasıl koruyabileceğimizi, özellikle tıbbi çalışmalarda nasıl savunabileceğimizle ilgili bazı etik standartlar belirlenmesi gerektiğini biliyoruz. Ki, bu bahsettiğim tanım, Dünya Tıp Birliğinin Helsinki bildirisinde yer alan bir tanım ve bize gelen UNESCO kitapçığında da yer alıyor zaten.

Biliyoruz ki, savunmasız olan gruplar, burada saydığım, kadın, çocuk, yaşlı, engelli, göçmen, bunların hepsi aslında bizim uzmanlık alanımıza giriyor; yani hiçbirisi bizim uzmanlık alanımızın dışında değil. Ama sabah da bahsedildiği gibi, özellikle kadınlar, çocuklar ve göçmenler bu konuda ciddi olarak risk altında. Yaşlılar geriatri olarak demin bahsedildi zaten. Engelli vatandaşlarımız yine örselenebilir grup içerisinde yer alıyor. Terminal dönem hastalar önemli ve bu illa onkoloji olmak zorunda değil; ileri dönem bir Alzheimer hastası olabilir, bir demans hastası olabilir. Bu hastaların onam verme yetisi kalmadığı için örselenebilir durumdadır. Bunlara dikkat etmemiz gerekiyor.

Peki, biz ne öneriyoruz, yani ne yapmamız gerekiyor aslında? Birinci, UNESCO'nun yayınladığı Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi var. Aslında 2005 yılında yayınlanmış bir bildirme. Bunun 8. maddesini bugün ele alacağımızdan bahsetmiştik zaten, savunmasızlık/örselenebilirlik konusuyla ilgili. Öncelikle, bu konuda hepimizin fikir sahibi olması lazım ve her şeyi bu temelde değerlendirip incelememiz gerekiyor.

Etik kurullar konusunda kısa bir şey söyleyeceğim. Biliyoruz ki, 3. basamak ve 2. basamaklarda çoğunlukla etik kurula gitmeden, klinikte çalışmalar yapılıyor. Ki, bu yanlış bir tutum. Mutlaka etik kurul onayının alınması gerekiyor. Yalnız, şunu bilmemiz gerekiyor: Şu anda henüz daha uygulanabilir durumda değil, ama adım adım sevk zinciri sistemine doğru gidiliyor; yani önce 1. basamak, ardından 2. ve 3. basamağa gidecek hastalar. Dolayısıyla üniversite hastanelerinde, eğitim araştırmada araştırma yapan kişilerin popülasyonu artık 1. basamağa kayacak. Daha verimli olması için, 1. basamaktaki hekimlerle beraber koordineli olarak çalışmalarını yürütmek gerekecek. Dolayısıyla hem 3. basamaktaki, hem 1. basamaktaki etik kurulların ayrı ayrı olması yerine, bu etik kurulların ortak çalışması ve tek bir etik kurulun olması; yani 1. basamakta çalışma yapılacaksa, 3. basamak ya da 2. basamaktaki bir araştırma görevlisi hem kendi kurumundan, daha sonra Sağlık Bakanlığının Etik Kurulundan ayrı ayrı -ki, bunlar bazen birbirine ters de düşebiliyor- onay almak yerine, bunun her ikisinin birleştiği ve kendi ihtisas konularında uzmanlaşmış olan bireylerin meydana getirdiği etik kurulların oluşması gerektiğine inanıyorum.

Mutlaka bu etik kurulların onayından geçirecek belli bir standart oluşturulması gerekir. Bölümlerin ayrı ayrı oluşturduğu matbu formlar var, banka kredi sözleşmeleri gibi. Bunların hiçbir geçerliliği yok aslında.

Dolayısıyla hem hukuki olarak, hem tıbbi olarak, etik kurullar tarafından belirlenmiş olanlar olması gerekiyor. Tabii, savunmasız gruplar için çok daha net, çok daha kesin bir çerçeve belirlenmesi gerekiyor; hem hekim hakları için, hem hasta hakları için.

Teşekkür ediyorum. (Alkışlar)

MODERATÖR- Teşekkür ediyoruz.

Aile Hekimleri Derneğine soru var mı acaba?

Çok teşekkür ederiz.

Altınokta Körler Derneği

Yücel Yılıkıran

zeyka_2002@hotmail.com

Altı Nokta Körler Derneğinden Yücel Yılıkıran'la devam edelim. Altı Nokta Körler Derneğinin, kırılganlıklar/örselenebilirlikler konusundaki tutumları nedir, bize ne tür önerilerde bulunurlar acaba?

YÜCEL YILKIRAN (Altı Nokta Körler Derneği)- İyİ akşamlar diliyorum öncelikle.

Bu tür çalıştayları ve sempozyumları, bu tür çalışmaları biz de yapıyoruz ve maalesef, biz de bir güne sıkıştırmak durumunda kalıyoruz. Neticede, süreyi çok geçmiş durumda olduğumuz için, yeterince tartışmadan bitirmek durumunda kalacağız. Keşke bir güne sıkıştırılmasaydı diyorum.

Yücel Yılıkıran benim ismim. Ben sunumumu yazılı yapmayacağım için, sıramı beklerken defalarca kafamda kurdum, bozdum, her yeni bilgiye göre kafama yeniden şekillendirdim; ama son tahlilde, elimden geldiği kadar bilgi vermeye çalışacağım.

Aslında bizim diğer kuruluşlardan çok büyük bir farkımız var. Diğer kuruluşlar, savunmasız, kırılğan ya da örselenebilir diye tanımlanan gruplar için bir şeyler yapan kuruluşlar; ama biz bu grubun ta kendisiyiz ve kendimiz için bir şeyler yapmaya çalışıyoruz. 1950'de kuruldu Derneğimiz, 1958'den bu yana da çalışmalarını sürdürüyor.

Türkiye'de körlerle ilgili -şimdi görme engelliler diyoruz, ama biz körlükten herhangi bir beis duymuyoruz- yapılan hemen hemen her çalışmanın ilki bizim Derneğimiz, Altı Nokta Körler Derneği tarafından yapılmış. Türkiye'de hizmet veren körler okullarının çoğu, Türkiye'de hizmet veren ve sayısı sadece 2 tane olan yetişkin körler için rehabilitasyon merkezleri -biri İstanbul'da, biri Ankara'da- yine körlere hizmet veren vakıflar -ki, birisi İstanbul'da Altı Nokta Körler Vakfı, birisi Türkiye Körler Vakfı- son olarak bizim 97 yılında kurduğumuz Altı Nokta Körlere Hizmet Vakfı, 2005 yılında Mecliste sabahlayarak çıkarılmasına katkı sunduğumuz -ki, bu uzun bir mücadelenin ürünüdür- Engelliler Yasası, yine imzalanması için yüksek çaba sarf ettiğimiz Birleşmiş Milletler Engelli Kişilerin Hakları Sözleşmesi gibi daha bir sürü çalışmanın altında bizim imzamız, Altı Nokta Körler Derneğinin imzası var.

32 ilde şubemiz ve 8 bin üyemiz var. İki-üç sunum önceydi zannediyorum, TÜİK'in rakamlarından uzun uzun bahsetti hocam. Ben, sadece bunun görme engellilerle ilgili olan kısmından bahsedeceğim. Tabii, 2002 yılı rakamlarına göre yine bunlar. Yaklaşık 800 bin görme engelli var. Tabii, şimdi sayı artmıştır, ama son rakamlarda böyle. Bunların yüzde 1'i ancak okuma-yazma biliyor ve yüzde 1'i ya da 1.5'i gibi bir oranı istihdam ediliyor, çalışıyor. Bu insanların çoğu yoksuldur. Okuma-yazma bilmedikleri için, istihdam edilemedikleri için, bu anlamda savunmasızdırlar bizim için. Biz her ne kadar onların aralarından çıkmış olsak da, evlerinden çıkamayan arkadaşlarımız var. Yani biz de kendi aramızda "Kendini savunabilen savunmasız körler ve kendini hiç savunamayan savunmasız körler" diye ikiye bölünmüş durumdayız. Onların haklarını da biz savunuyoruz.

Derneğimiz herhangi bir maddi kaynak desteği almamaktadır. Tüm çabalarımızı tamamen gönüllülük esasına dayandırarak yapıyoruz. Örneğin, ben devlet memuruyum; ama işimden arta kalan bütün vaktimi Derneğimde harcamaktayım ve diğer arkadaşlarım da aynı şekilde, öyledir.

Kısaca bir çalışmamızdan bahsedeceğim. Duruma da uygun olduğunu düşündüğüm ve yeni sonuçlanan bir çalışma. Bu çalışmayı Altı Nokta Körlere Hizmet Vakfının sponsorluğunda yaptık, yani devletten herhangi bir kaynak desteği almadığımız için.

Şimdi Hacettepe Göz Bölümünde doktor olan Sayın Güngör Sobacı hocamız -o zaman GATA'daydı- ve ekibiyle birlikte gerçekleştirdik bu çalışmayı. Tabii, biz körlerin hak temelli mücadelelerine destek olmaya çalışırken, onlara iş, eğitim, sosyal güvenlik gibi olanakları sağlamaya çalışırken, aynı zamanda sakatlığın nedenlerine karşı da büyük bir mücadele sürdürüyoruz. Örneğin, savaş karşıtlığıyla ilgili bir sürü platformun içindeyiz, akraba evliliği karşıtlığı ve tabii, körlüğün önlenmesi çalışmaları.

Bu kapsamda, kök hücrenin, halk arasında tavukkarası adıyla bilinen hastalıkta kullanılmasını bir fikir olarak tartışmaya başladık önce. Tabii, Sağlık Bakanlığından da gerekli izinleri alarak, yoğun bir çabayla paramızı bulduktan sonra -çünkü kök hücreleri satın almak durumundayız- o zaman ilk deney olduğu için zor süreçlerden geçerek, 10 hastamızda bunu başlattık. Güngör hocam, ekibi ve 10 hastamızla birlikte 1 yıl sürdü bu çalışma. 1 yılın sonunda, 7 hastamızdan olumlu cevap alındı bu tedavide. En önemlisi, zannediyorum, tıp dilinde bu yöntem faz 1 deneyi grubuna girdi ve zararsız bir deney olarak tescil edildi. Geçtiğimiz kasım ayında bitti bu çalışma. Tabii, biz hemen yeni hasta grupları almak için çalışmaya başladık. İzinler için başvurduk; ama herhangi bir destek de almadığımız için, bizim için zor bir süreç oluyor bu. Ama biz yine de yılmadan, pes etmeden, hem körlüğün önlenmesi ve hem kör arkadaşların, kaç yaşında olurlarsa olsunlar, bütün insanlar gibi eşit yaşayabilmeleri için hak temelli mücadeleyi sonuna kadar sürdüreceğiz.

Beni dinlediğiniz için teşekkür ediyorum. Kök hücre tedavisinde bir hastamızla söyleşmiştik. En çok yararları gören hastamızdı Murat arkadaşımız. Onunla küçücük, bir dakikalık bir söyleşim var.

Teşekkür ederim. (Alkışlar)

YÜCEL YILKIRAN- Hoş geldin.

MURAT ...- Hoş bulduk.

YÜCEL YILKIRAN- Nasıl başladı, ne hissediyorsun, durumlar nasıl? İyi görüyorum seni.

MURAT ...- Çok teşekkür ederim. Gayet iyiyim. Önceden bu kadar rahat değildim. Karanlıkta kötüydü, loş ortamda kötüydü, merdivenlerde bile önceden çok zorlanırdım, ama şu anda gayet iyi.

YÜCEL YILKIRAN- Kaç operasyon geçirdin?

MURAT ...- İki operasyon geçirdim. İlki 25 Ekim 2013 tarihinde oldu, ikincisi 7 Şubat 2014 tarihinde oldu. İkisi de aynı göze kök hücre nakli yoluyla oldu. Şu an, çok şükür, 3 kat, 4 katlık bir iyileşme var.

YÜCEL YILKIRAN- Acılı bir operasyon muydu?

MURAT ...- Hayır. Özellikle ikinci operasyon bittikten 2 saat sonra gözde hiçbir kanlanma dahi kalmadı. Yani o gece beni gören bir insan, ameliyat olduğuma bile inanmadı. Tabii, hemen etki gelmiyor, öncelikle biraz sis oluyor. Çünkü kök hücre retinanın üzerine konulduğu için ve üzerine konulan hücreler henüz görme işlevini kazanmadığı için, öncelikle sisli gibi bir ortam oluyor, bir hafta 10 gün içinde oturuyor yavaş yavaş.

YÜCEL YILKIRAN- Teşekkür ederim. (Alkışlar)

MODERATÖR- Teşekkür ederiz.

Altı Nokta Körlük Derneğine sorularınız var mı acaba? Kendilerini bugünkü toplantının öznelilerinden biri olarak tarif ediyorlar.

Çok teşekkür ederiz. Çok sağ olun.

Altınokta Körler Derneği

Yücel Yılıkıran

zeyka_2002@hotmail.com

1950 yılında kurulmuş olan ve 32 ilde şubesi bulunan, Altı Nokta Körler Derneği bugüne kadar başta eğitim ve istihdam olmak üzere görme engellilere yönelik birçok sosyal ve kültürel projeyi hayata geçirmiş bir dernektir.

Bunlar arasında; 1950'li yıllarda görme engellilerin eğitimi alanında okullaşmaya yönelik hizmetlerini, 1960'lı yıllarda Ankara'da başlatılan ve görme engellilerin istihdamını amaçlayan korumalı işyeri uygulamalarını, 1970'li ve 1980'li yıllarda İstanbul ve Ankara'da açılan görme engelliler için iki rehabilitasyon merkezini, 1996'da Ankara'da inşa edilen eğitim ve kültür merkezini, 1997 yılında kurulan ve ulusal düzeyde hizmet veren Altı Nokta Körler Kütüphanesini sayabiliriz. Diğer taraftan derneğimiz engelli haklarına ilişkin yasal düzenlemelerin hazırlanmasında, bu düzenlemelerin parlamento ve siyasi partiler düzeyinde kabul ettirilmesi yönündeki kulislerinde de görüş ve önerileriyle, eylem ve etkinlikleriyle aktif katkılarda bulunan bir sivil toplum kuruluşudur.

Görme engelli vatandaşlarımızın kendine yeterli ve üretken birey olarak toplumda başarılı olmalarını sağlamak amacıyla şubesi bulunan tüm illerde halk eğitim merkezleri ve İş Kur İl Müdürlükleriyle işbirliği halinde mesleki eğitim kursları, günlük yaşam becerileri kazandırma çalışmaları, üniversite sınavlarına hazırlık kursları, seminer, panel gibi faaliyetler de düzenlemektedir.

Tüm bu çalışmaların yanısıra derneğimiz körlüğün önlenmesi konusunda büyük çaba sarfetmektedir. 2013 yılı başında Altınokta Körlere Hizmet Vakfının sponsorluğu ve Prof. Dr. Güngör Sobacı ve ekibinin desteği ile kök hücrenin retinis pigmentosa hastalığının (tavukkarası) tedavisinde kullanılmasına yönelik deneysel bir çalışma başlatmış 10 hasta üzerinde uygulanan bu deneyde 7 hastamızda olumlu ilerleme kaydedildiği gözlenmiştir. Söz konusu 7 hastamızdan 3'ünün görme düzeyinde kayda değer bir yükseliş, 4 'ünün görme düzeyinde az bir yükselik gözlenirken son 3 hastamızın durumunda herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir.

Derneğimiz gerekli desteğin bulunması halinde bu çalışmayı sürdürmeyi arzu etmektedir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı

Ural Nadir

uralnadir@gmail.com

Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfından Ural Nadir'le devam edelim.

Acaba Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfının savunmasızlığa karşı tutumu nedir, hizmetler ve araştırmalar söz konusu olduğunda deneyimleri ve bize önerileri nelerdir?

Hoş geldiniz Ural bey.

URAL NADİR (Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı)- Sağ olun Sayın Başkan.

Değerli katılımcılar; ben de hazırladım bir sürü şey, ama onlardan çok fazla bahsetmeyeceğim. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfının amacı da anlatılabilecek bir şey, sosyal hizmet ve benzeri şeyleri de anlatabilirim; ama bir haberle başlamak istiyorum.

Adım Ural Nadir. Klinik psikoloğum, aynı zamanda Başkent Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü öğretim görevlisiyim.

Normalde cep telefonumla çıkmam sunumlara; ama bir haber okuyacağım, çok yeni bir haber.

“Başörtüsünün içi boşaltılırken, Ankara Üniversitesindeki bir kısım türbanlı öğrencinin cinsi sapkınlarla kol kola, sapkınların hakları için etkinlik düzenlemesi, başörtüsünün içinin boşaltılmasında geline son noktayı ortaya serdi. Toplumun değerlerindeki çözülme, bu konularda hassas olması beklenen başörtülü kesimden bazılarını da etkisi altına aldı. Ankara Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü Öğrenci Topluluğu üyesi bazı başörtülü öğrenciler cinsi sapkınların hakları için panel düzenledi, stant açtı.”

Bugünkü haber arkadaşlar.

Orada olan var mıydı, bu etkinliğe katılan var mıydı, bilmiyorum; ama yarın gazetede adınızı görürseniz -isimler de var- “Sapkınların hakları için Hacettepe, üstelik adında etik geçen bir grup böyle şeyler yaptı” şeklinde bir haber görürseniz şaşırmayın, hazırlıklı olun. Onun için böyle başlamak istedim.

Lafı çok uzatmayacağım. Her “Uzatmayacağım” diyenin 10 dakika konuştuğunu da bilerek bunu söylüyorum: Gerçekten uzatmayacağım. Hazırladığım birçok şey var; ama o kadar çok bahsedildi, o kadar çok konuşuldu ki, artık bir süreden sonra tekrara düşmeye başlıyoruz. Tekrara düşmeyelim istiyorum. Tekrara düşmeden neler söyleyebilirim diye de kafamda kurdum. Mesela, örselenebilir ve savunmasız bir grup olarak aile hekimlerinin yaptığı sunum çok güzeldi. Öyle bir şey yapabilir miyim diye düşündüm ben de?

Neden bahsedebilirim? Pek konuşulmayan birkaç şeyden bahsedeyim istedim. Bunlardan biri, sağlık hizmetlerinin sunumuna ulaşım, dezavantajlı grupların yaşadığı en önemli sıkıntılardan biri, önümüzdeki sıkıntılardan biri özelleştirme. Bahsedildiyse de ben atladım. Yani şu anda sağlık ve sosyal hizmete ilişkin her şey teker teker özelleştiriliyor. Keşke Aile Bakanlığından, benim 12 yıl çalışıp istifa ettiğim Aile Bakanlığında birileri burada olsaydı, sunuma gelseydi, onlarla konuşurduk. Gelmediler. Ben yıllarca aile danışma merkezlerinde çalıştım, ücretsiz bir biçimde aile danışmanlığı hizmetlerini yürüttük ve tam olarak özelde 250-300 liraya alabileceğiniz hizmetin aynısını. Kapattılar, ben daha sonra istifa ettim. Şu anda dışarıda yine aynı işi yapıyorum, ama mecburen ücretli yapıyorum. Bakın, ücretsiz yapılan bir hizmet bitirildi.

Yemekte şunu konuşuyorduk, bizim masamızdaki diğer hocalarımız konuşuyordu: Sincan'da bir hastanede, pediatri servisinde bir hekimin günde 300 çocuk görmek zorunda kaldığını.

Eğer oraya gitmek istemiyorsanız, yine 200-250 lira gibi bir ücretle sanıyorum özele gitmek zorundasınız. Bu özelleştirme ve piyasalaştırma, şu anda belki en fazla konuşmamız gereken, belki o başlıkla çalıştay yapmamız gereken bir konu; çünkü gerçekten bütün dezavantajlı grupların bu hizmetleri almasının önündeki en büyük engellerden biri olarak görüyorum özelleştirmeyi. Bunu özel olarak vurguluyorum.

İkinci olarak bir şeyi daha vurgulamak istiyorum. Özellikle çocuk ihmal/istismarı konusunda konuşan katılımcılara sonuna kadar katılıyorum. Çok özel bir konu, çok önemli bir konu. Bunun için, bir süredir dillendirdiğimiz, bir süredir konuştuğumuz bir şey var; okul sosyal hizmeti. Duyanlar vardır, duymayanlar vardır. Şu an burada mı, bilmiyorum; bir başka hekim arkadaş soru sormuştu. Kendisi ayrılmış. Sunumunu yapan ayrılıyor. Öğretmen ÇİM'i aradı mesela. Öyle mi?" dedi. "Oradan devam edelim" dedi buradaki sunum yapan arkadaşımız da. Çok güzel bir nokta, oradan devam edelim. Öğretmen ÇİM'i aramasın. Öğretmen, okul sosyal servisine bilgiyi versin, "Böyle bir risk var" desin. Bakın, çocuğu hiç araya katmayalım. "Böyle bir risk var" desin, okuldaki sosyal hizmet uzmanı bu konuyu çalışsın, bu konunun üstüne gitsin. Okuldaki rehberlik servisleri buna yetmiyor. Yani bu örselenebilir/savunmasız çocukların tespit edilmesi ve daha sonra korunmasına okullardaki rehberlik servisleri yetmiyor. Rehberlik hocası arkadaşlarımızla bunu konuştuğumuzda itiraz ediyorlar, ama ortada olan bir gerçek bu. Onun için, mutlaka okul sosyal hizmetinin çocukları korumak için artık Milli Eğitimin gündemine gelmesi gerekiyor. Geldi, ama az geldi. Okul sosyal hizmetinin kurulması gerekiyor.

Burada tıp fakültesinden de hocalarım olduğu için, son olarak da bir özel gruptan daha bahsetmek istiyorum. Ben bir klinik psikoloğum ve birçok grupla çalışıyorum. Çalıştığım gruplardan biri de tıp fakültesi öğrencileri. Onlar kadar savunmasız ve örselenebilir çok az grup gördüm.

Hocalarım; lütfen, rica ediyorum, bunu hep konuşuyoruz, ama çok zor durumdalar. Onları da bu kategoride değerlendirirseniz, onlara da vermiş olduğum bir sözü yerine getirmiş olurum.

Hepinize çok teşekkür ediyorum. Anlatacaklarım bu kadar. (Alkışlar)

MODERATÖR- Çok teşekkür ediyoruz.

Evet, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının ciddi bir kaybı Ural'ı kaybetmek. Onunla çalışma şansını da yakalamış bir kişi olarak, bunu içtenlikle söylüyorum.

Ural beye soru sormak ya da katkıda bulunmak isteyen var mı bu bağlamda?

Evet, çok teşekkür ederiz.

URAL NADİR- Ben teşekkür ederim.

Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı

Ural Nadir

uralnadir@gmail.com

Değerli Katılımcılar;

Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı amacını “Türkiye’de yaşayan herkese eşit, dengeli ve mümkün olan en yüksek düzeyde koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri ile sosyal yardım ve sosyal hizmetleri etkili bir biçimde sunabilmek için maddi ve manevi katkıda bulunmak ve bu amaçla yeni kaynaklar sağlamak” olarak ifade etmiş bir sivil toplum kuruluşudur. Ben bugün burada Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfını temsil eden bir psikolog ve aynı zamanda sosyal hizmet akademisyeni olarak sizlere bir iki cümle ile sosyal hizmet mesleğinin tanımından bahsetmek ve buradan hareketle “Savunmasız/Örselenebilir Gruplarda Sağlık Hizmetlerinin Sunumu” konusundaki görüşlerimi sürdürülebilirlik ve sosyal sürdürülebilirlik kavramları ile birlikte kaynaştırarak paylaşmak istiyorum. Özellikle burada bulunan birçok derneğin veya kurumun kendi özel alanlarında konuşacaklarını düşünerek fikirlerimi daha geniş çerçevede ifade etmek isterim.

Öncelikle benim de akademik olarak bir parçası olduğum sosyal hizmet mesleğinin tanımına bakarak başlamak istiyorum. Sosyal hizmet mesleği bireylerin, ailelerin, grupların ve toplumun iyilik halini artırmak için sosyal değişime, insan ilişkilerinde sorun çözmeye, güçlenmeye ve özgürleşmeye katkı sağlayan bir meslek olarak tanımlanabilir. Sosyal hizmette insan hakları ilkeleri ve sosyal adalet temeldir.

Bununla birlikte bu çalıştayda özellikle son yıllarda sıklıkla gündeme gelen önemli bir kavramdan bahsetmeden geçmemek gerektiğini düşünüyorum. Bu kavram sürdürülebilirlik kavramıdır. Özellikle birazdan savunmasız ve örselenebilir gruplar açısından da düşünüldüğünde bu kavramın içerdiği sosyal sürdürülebilirlik kavramı ve tartışmaları ile ne kadar konumuzla ilgili olduğu anlaşılacaktır.

Sürdürülebilirlik kavramı en genel ifade ile günümüz kaynaklarının (ki burada her türlü kaynaktan bahsediyorum) gelecek nesilleri gözeterek kullanılması ve ekolojik ve toplumsal denge durumunun atılacak her adımda gözetilmesi olarak ifade edilebilir. Sürdürülebilirliğin üç farklı ayağından bahsetmek mümkündür, bunlar ekonomik kaynakların kullanımında gelecek kuşakların gözetilmesi anlamına gelen ekonomik sürdürülebilirlik, yine benzer olarak ekolojik kaynakların kullanımında gelecek kuşakları gözetilen bir ekolojik sürdürülebilirlik ve son olarak asıl belki de konuşmamız gereken toplumdaki tüm bireylerin eğitim, sağlık gibi temel haklarına ulaşabilmesi, insanlar arasında ayrımcılık ve dışlayıcı politika ve uygulamalarla mücadele edilmesi, toplumda kadınlar, çocuklar, yaşlılar, engelliler, yoksullar gibi dezavantajlı gruplar başta olmak üzere tüm insanların haklarının tanınması ve bu haklara saygı gösterilmesinden bahseden sosyal sürdürülebilirlik kavramıdır. Nasıl ki sürdürülebilirlik kavramının ve sürdürülebilirliğe ilişkin çalışmaların özünde her üç ayağın etkin bir biçimde işlemesi şart olarak ortaya konuyorsa bizim bugün konuştuğumuz tüm konular, özünde sosyal sürdürülebilirliğe ve en genel ifadesi ile sürdürülebilir bir gelişmeye karşılık gelmektedir.

Buradan “UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesi’nin (IBC) İnsanın Savunmasızlığı ve Kişisel Bütünlüğüne Saygı İlkesi Raporu”na gelmek istiyorum. UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesi’nin (IBC) İnsanın Savunmasızlığı ve Kişisel Bütünlüğüne Saygı İlkesi Raporu insanın savunmasızlığından bahsederken sosyal adalet ve insan hakları kavramlarına ve insanın savunmasızlığı konusunda insanların, özellikle de örselenebilir grupların karşısına çıkan en önemli engel olarak sosyal adaletsizlik kavramına raporun hemen girişinden itibaren özel bir vurgu yapmaktadır.

Raporda savunmasızlık kavramı bir yandan çocuklar gibi her koşul altında savunmasız olarak kabul edilen nüfus grupları için kullanılırken diğer yandan da yaşam koşulları nedeni ile (yoksulluk, afetler, sonradan sakat kalma gibi) her insanın başına gelebilecek diğer bir savunmasızlık türünden de bahsedilmektedir.

Tam da bu noktada konuşmamı yaptığım üç yönlü (sosyal hizmet, sürdürülebilirlik ve savunmasızlık) girişin bulunduğu yer daha iyi anlaşılacaktır. Bu da aslında sosyal adalet ve insan hakları kavramlarıdır. Sosyal hizmet mesleğinin özünü oluşturan öz de, savunmasız ve örselenebilir grupların eşit ve adaletli bir sağlık hizmetine kavuşabilmesinin altında yatan temel kavram da neticede en genel ifadesi ile sürdürülebilir bir dünya için en gerekli olan şey, sosyal adalet ve insan haklarına saygılı toplumlardır, devletlerdir.

Peki bunu sağlayacak olan yapı nedir? Bizler birey birey bunun mücadelesini elbette vereceğiz fakat açıktır ki bir sosyal devletten bahsetmeden sosyal adalet ve insan haklarından bahsetmek çok da kolay değildir. Sosyal devlet en geniş ifadesi ile “devletin sosyal barışı ve sosyal adaleti sağlamak amacıyla sosyal ve ekonomik hayata aktif müdahalesini gerekli ve meşru gören devlet anlayışıdır” şeklinde tanımlanabilir.

Günümüzde sosyal devletin, sosyal hizmetlerin ve yukarıda kısmen nasıl iç içe kavramlar olduğunu ifade ettiğimiz sosyal sürdürülebilirliğin ve hatta burada özel olarak toplanmamıza sebep olan savunmasız ve örselenebilir gruplara insani bir sağlık hizmeti sunabilmenin de karşı karşıya olduğu en önemli meydan okumalardan birisi de özellikle son 30- 40 yıldır Avrupa’da başlayan ve günümüzde ülkemiz için de doruk noktaya çıkan yeni kamu yönetimi düzenlemeleridir. Bu düzenlemeler çoğunlukla devletin küçülmesi gerektiğini savunan, yerelleştirmeci ve özelleştirmeci politikalarıdır.

Yerelleştirme ve özelleştirme politikaları belli bir süredir kuzey refah devletleri olarak bilinen İsveç, Norveç ve Danimarka gibi ülkelerde de uygulanmakta ve buralarda bile bu politikalar ciddi açmazlarla karşılaşmaktadırlar. Bu ülkelerde bile böylesi politikaların en önemli olumsuz sonuçlarından birisi olarak herkesin (özellikle dezavantajlı grupların) eğitim, sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşımındaki eşitsizlikler ortaya çıkabilmektedir. Böylesi bir yaklaşımın ülkemizde hayata geçirilmesi ise tam bir fiyasko ile sonuçlanabilecektir.

Yine alanım olan aile danışmanlığı ve okul sosyal hizmeti konularından verilecek bir iki örnek ile konuşmamı bitirmek ve yaşanan duruma dikkat çekmek istiyorum. 2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının kurulmasına kadarki süreçte başvuran herkese ücretsiz ve insan onuruna yakışır bir hizmet sunan aile danışma merkezleri 2013 şubatında çıkan bir yönetmelik ile kapatılmıştır. Aynı dönem bakanlığın denetiminde açılacak olan özel aile danışma merkezlerinin de teşvik edildiği yıllardır. Bu hamle ile ülke çapında bir çok kuruluş kapatılmış ücretsiz bir hizmet sonlandırılmıştır. Bugün gerçekten kendiniz, aileniz veya çocuğunuz için bir aile danışmanlığı hizmeti almak istediğinizde bunun tek yolu bu hizmeti özelden para ile almaktır.

Ve son olarak sosyal adalet, sosyal hizmet ve savunmasız/örselenebilir gruplar açısından en fazla öne çıkan grup olan çocukların yaşadıkları sorunların erken tanısı ve gerekli müdahalelerin yapılabilmesi açısından okul sosyal hizmetinin en etkin biçimde Milli Eğitimin tüm kademelerinde hızla ve hayata geçirilmesi gerekliliğini bir kez daha vurgulama ihtiyacı içerisinde hepimize teşekkürlerimle konuşmama son veriyorum.

Trans Danışma Merkezi Derneği

Deniz Eren Mutlu

info@t-der.org

MODERATÖR- Trans Danışma Merkezi Derneğinden Deniz Eren Mutlu'yu çağırırım.

Acaba onlar kendilerini bu meselenin neresinde tarif ediyorlar, deneyimleri ve gruba önerileri nelerdir?

DENİZ EREN MUTLU (Trans Danışma Merkezi Derneği)- Herkese merhaba.

Ben, çocukluğumdan beri Hacettepe'ye sağlık problemlerimden dolayı gelirim, her zaman da beklerim. 01.00'de gelirim, akşam 18.00'de çıkarım. Şimdi de aynı şekilde oldu. Ama burada bir sıkıntım yok. Sadece bizi örselenebilir bir grup olarak en azından birçok kişinin duymasını çok isterdim. Örselenir grupla çalışanlar değil de, örselenebilir grup olarak görülmeyi daha çok isterdim açıkçası.

Biz Trans Danışma Merkezi olarak 2013 yılında kurulduk. Türkiye'de cinsiyet geçiş süreciyle ilgileniyoruz. Hukuk ve sağlık alanında neler yapıyoruz, Trans Danışma Merkezinin amacı nedir, onu kısaca hemen anlatayım.

Trans geçiş sürecinde, hukuki, tıbbi ve sosyal sorunlarla baş etmek zorunda kalıyor birçok trans birey. Bu amaçla da trans geçiş sürecinde yaşanan çatışmaların çözümünde yardımcı olmak, hukuki ihtiyaçları danışmanlar ve avukatlar eliyle karşılamak, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak, en azından denemeye çalışmak kendi açımızdan, geçiş sürecinde yaşanan ayrımcılıkları raporlamak, geçiş sürecinde çalışan sağlık personelinin trans bireyler konusunda bilgilendirmeye çalışmak - bilgilendiremiyoruz yeteri kadar- geçiş sürecine dair doğru bilgiyi yaygınlaştırmak, yaptığımız işler arasında. Bunu sadece Türkiye'de yapmıyoruz, yurtdışında çifte vatandaşlık alanlardan birçok başvuru var. Özellikle Almanya'dan, Amerika'dan, bunu düzeltmek için çok fazla başvuruda bulunan var.

Peki, bizim amacımız ne, ne yapıyoruz, hangi doğrultuda hareket ediyoruz? Medeni Kanun Madde 40 doğrultusunda hareket ediyoruz. O da nedir? Zaten tek bir madde var Türkiye'de cinsiyet değiştirme konusunda. O maddeyi okuyayım; belki insanların kulaklarında kalır. "Cinsiyetini değiştirmek isteyen kimse şahsen başvuruda bulunarak, mahkemece cinsiyet değişikliğine izin verilmesini isteyebilir; ancak, iznin verilmesi için, istem sahibinin 18 yaşını doldurmuş olması, evli olmaması; transseksüel yapıda olup, cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunluluğunu ve üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun bulunduğunu bir eğitim ve araştırma hastanesinden alınacak resmi sağlık kurulu raporuyla belgelemesi şarttır." Verilen bu izne bağlı olarak da cinsiyet değiştirme ameliyatı olması gerekiyor.

Medeni Kanun bunu istiyor. Medeni Kanun bunu isterken, "Üremeden yoksun olması" deniliyor. Otomatikman bütün cinsiyet değiştirmek isteyenlerin kısır olması gerekiyor; ama bu da olmadığı için, zorunlu olarak devlet eliyle kısırlaştırma yapılmış oluyor. Çünkü üremeden yoksun olmayan birey, gidip mahkemeden kimliğini değiştirme hakkına sahip değil.

Bunun dışında, "Gerekli tıbbi operasyonların yapılması gerekiyor" diyor. Tamam, kişi buna karar verdi, "Ben her şeyi göze alıyorum" diyor, sosyal güvencesi de var, ama bunu yapacak doktor bulabiliyor muyuz; hayır. Bunu merdiven altı diye tabir ettiğimiz yerlerde yapan özellikle birçok trans kadın arkadaşlarımız var. Bunların ciddi anlamda sağlıkları tehlikeye giriyor, hukuki açmazlar ortaya çıkıyor; çünkü hak talep edemiyor.

Bunun dışında, sağlık kurumlarında trans bireyler sistematik bir ayrımcılığa uğruyor. Kişi cinsiyetini gösteriyor, ama böbreğinden rahatsız. Doktora gittiğinde -ki, bu, Hacettepe’de de yaşamış bir şey-dürtükleyerek birbirlerine gösterme; yemekhanede ya da bir cafe’de karşılaştıysa, yine dürtükleyerek yanına gösterme gibi şeylerle karşılaşılıyor. Bunu doktorlar yapıyor, Hacettepe’nin doktorları da. Çünkü ben buranın hastasıyım.

Özellikle trans erkek bireylerin, yani pembe kimlikten maviye geçen bireylerin jinekoloğa gidememe gibi bir durumu var. Bunu bilen doktorlarımız da var. Ali Gül Arıkan adında bir arkadaşımız vardı; maalesef vefat etti. Anma etkinlikleri de düzenliyoruz kendisi için. “Neden?” dersiniz, Ali Gül ağrı çekiyor, ama jinekoloğa gitmiyor. Neden? Görüntüsüyle kimliği uyuşmuyor. Kanseri geç fark ediyor ve maalesef vefat etti.

Derneğimiz 2013’te kuruldu demiştim. Kurucu üyelerimizden Doğa Asi Çevik vardı. Basına çok yansıdı. Kendisi de cinsiyet değiştirme ameliyatı sırasında, bundan 50 gün önce maalesef vefat etti. Cinsiyet değişikliği için ameliyat belki de zorunlu tutulmasa, bunu yapmayacaktı. Zaten çoğu aslında ameliyatını tam olarak yapmak istiyor, ama bunun zorunlu tutulması insanları bir telaşa itiyor, hızlı hareket etmeye itiyor, bu durumda da insanlar bir an önce ameliyat olup kimliğini alayım diyor. Maalesef böyle durumlarla karşı karşıya gelmiş oluyor.

Bazı hekimler kendi karar vermemesi gereken durumlarda, bilirkişi gibi karar verip hâkime gönderiyor. Hâkime göndermesi de hâkim tarafından olumsuz karar vermesine neden oluyor.

Son bir cümle söyleyeceğim, kendimin çok söylediği bir cümle. Kişilerin bedeniyle ilgili verdiği kararlar kamusal bir karar değildir. Bedenlerimiz, ruhlarımız kamuya açık bir alan değildir. Sadece bunu söyleyeceğim. Teşekkürler.

MODERATÖR- Trans Danışma Merkezi Derneğinden Deniz Eren Mutlu’ya teşekkür ediyoruz.

Yasaların çok iyi olmasının insanların hayatlarına bazen hiç de katkılarının olmadığını en iyi örneklerinden birisini gördük. Mükemmel yasalar görebilirsiniz, ama yasalarınızın hayata ne kadar değdiği çok daha önem kazanıyor burada.

Trans Danışma Merkezi Derneğine sorunuz var mı acaba?

Bu konunun da özel olarak tartışılması gereken alanlardan birisi olduğunu düşünüyorum. Hiç tartışılmıyor Türkiye’de. Haklar bağlamında, hizmetler, tutumlar bağlamında önemli bir konu olduğunu düşünüyorum.

Filiz hanım; buyurun.

Dr. FİLİZ AK- Ben 3 yıldır “Toplumsal cinsiyet” dersi başlığı altında LGBT sağlığı anlatıyorum. Bir süredir Ali’yi de derste vaka olarak anlatıyorum.

Aile hekimlerinin de burada olması gerektiğini düşündüğüm için, özellikle Aile Hekimliği Uzmanlık Derneğindeki arkadaşların katılması için NÜKET hocama yazdım ve o da kabul etti. 1. basamakta uzmanlık yapacak herkesin LGBT sağlığı konusunda eğitim alması gerekiyor. Biliyorsunuz, 1. basamakta kılavuzlar var. Yani Sağlık Bakanlığının da geçmişte hazırladığı, güncellemekte olduğu, henüz yayınlanmamış bir kılavuz var; ama orada böyle bir başlık yok. LGBT sağlığının da 1. basamak sağlık eğitimi sürecinde yer alması gerekiyor. O anlamda, Ali gerçekten çok önemli. Derslerde vaka olarak anlatıyorum. Derslerin gerçekten çok farklılık yarattığını düşünüyorum. Böyle bir farkındalığı geliştirmemiz gerekiyor.

MODERATÖR- Çok teşekkür ediyoruz.

... ...- Bir ekleme yapmak istiyorum. Aslında trans bireyler için bu süreci işleten ve komisyon raporu veren komisyonun da bir üyesiyim Hacettepe Üniversitesinde. Siz de muhtemelen o komisyona değişik aralıklarla girdiniz. Kanunun bu sözünü ettiğiniz maddesiyle ilgili açmazların aslında komisyon da farkında, komisyonun hukukçu üyesi de farkında. Bunların siz primer yaşayanlar olarak kuşkusuz sıkıntılarını yaşıyorsunuz, ama karar vericiler -kimlerse onlar- onlar da aynı sıkıntıyı yaşıyorlar aslında. Çok haklısınız.

DENİZ EREN MUTLU- Aslında son bir kararı söyleyeyim. Gerçi aralarda konuşmuştuk. AİHM'nin yeni bir kararı var. 5 yıl önce bir dava açılmıştı, üremeden yoksun olmama isteğine dair. Bu davayı AİHM yeni kabul etti, bir hafta 10 gün önce kabul edildi. Bir hafta 10 gün sonra da davayı biz açıklayacağız. Türkiye'nin cezaya da çarptırıldığı bir dava, manevî tazminat davası. Bunun dışında, Medeni Kanun Madde 40'a da atıflarda bulundu. Yakın bir zamanda bunları da paylaşacağız.

MODERATÖR- Çok teşekkür ediyoruz.

Trans Danışma Merkezi Derneği

Aras Güngör, Deniz Eren Mutlu

arasgngr@gmail.com, info@t-der.org

T-Der “cinsiyet geçiş sürecinde” trans bireylere, sosyal hukuki ve tıbbi danışmanlık, trans bireylerin geçiş süreci öncesi ve sonrası yaşadıkları çatışmaların çözümünde akran danışmanlığı vermektedir.

Cinsiyet geçiş sürecinin önemli adımlarından biri olan, sağlık kurumlarında trans bireyler sistematik bir ayrımcılığa uğramaktadır.

Bu sorun alanları geçiş sürecinde hukuki bir standart olmaması, keyfi uygulamalar kadar, sağlık personelinin konu hakkında yeterince bilgisinin olmaması, trans bireylere karşı önyargı ve ayrımcılığın önünü açmaktadır.

Trans erkeklerin “jinekoloji” bölümünde mekânsal olarak yaşadığı ayrımcılık süregelen bir sorun olarak önümüzde durmaktadır, tam da bu nedenle geçtiğimiz yıllarda kaybettiğimiz trans erkek aktivist Aligül Arıkan’ın deneyimi sağlık alanında yaşanan sorunların sonuçları açısından önemlidir.

Geçiş sürecindeki trans kadınlara yönelik önyargı, trans kadınların “seks işçiliği” üzerinden damgalanması, var olan haklarını kullanamaması “merdiven altı” ameliyatların önünü açmaktadır, bu ameliyatların sonuçları ve sorumluluğu üzerine yalnızca trans bireyler değil, sağlık hakkına erişimi engellenen ayrımcılık ve ötekileştirmeye maruz kalan herkesin birlikte çözüm yolları üzerine düşünmesi, sağlık alanındaki dönüşüm için oldukça önem taşımaktadır.

“Merdiven altı” ameliyatlar sonrası yaşanan sorunlarda hukuki açmazlar transları ayrımcılık karşısında sessiz kalmaya zorlamaktadır.

Kişinin üremeden sürekli bir biçimde zorunlu olarak yoksun bırakılması, diğer yapılması zorunlu tutulan ameliyatlar, kişinin bedensel ve ruhsal sağlığına devlet eli ile yapılmış bir saldırıdır.

Pozitif Yaşam Derneği

Dr. Pınar Öktem

pinaroktem@gmail.com

Pozitif Yaşam Derneği 2005 yılında HIV ile yaşıyanlar, yakınları ve konu ile ilgili uzmanlar ve gönüllüler tarafından kurulan bir sivil toplum kuruluşudur. Kuruluşumuz, HIV ile yaşıyan kişilerin ve yakınlarının, kaliteli ve ücretsiz önleme, erken tanı, tedavi, destek ve bakım hizmetlerinden hiçbir ayrımcılığa uğramadan yararlanmalarını ve fiziksel ve ruhsal olarak güçlenmelerini sağlamak için çalışmaktadır. Bu amaçla, 2006 yılında kurulan Pozitif Yaşam Destek Merkezimizde, bugüne dek 3 binin üzerinde kişiye psikolojik, hukuki, sosyal ve beslenme konularında danışmanlık verdik. Ayrıca medya mensupları, üniversite gençliği ve sağlık çalışanları gibi çeşitli kitlelere bilgilendirici eğitimler düzenledik. Bunun yanı sıra savunuculuk faaliyetleri de yapan derneğimiz, TBMM ve Bakanlık ziyaretleriyle HIV/AIDS'e özgü kapsayıcı bir yasa ve stratejik plan çıkarılabilmesi konusunda görüşmeler gerçekleştirmektedir. Derneğimiz uluslararası düzeyde HIV alanında çalışan önemli birliklere üyedir (European AIDS Treatment Group (EATG), European Commission Advisory Board (ECAB) gibi).

Yürüttüğümüz projeler kapsamında, HIV ile yaşıyan bireylerle ve enfeksiyon uzmanlarıyla da çeşitli araştırmalar yaptık ve raporlar hazırladık. Örneğin, yine 2010 yılında gerçekleştirdiğimiz ve uluslararası bir ölçeğin Türkiye'deki ilk uygulaması olan Damgalanma Ölçeği (Stigma Index) araştırmaları, HIV/AIDS konusunda ülkemizde yapılan en geniş kapsamlı çalışmalardan biri olmuştur. Az sonra sunacağım veriler, bu çalışmaların ışığında ve ayrıca danışanlarımızdan ve hekimlerimizden aldığımız geri bildirimlere dayanarak derlenmiştir. Buna göre ülkemizde HIV ile yaşıyan bireylerin karşılaştıkları sorunlar ve bunlara yönelik geliştirdiğimiz çözüm önerilerini iki başlıkta özetlemek mümkündür.

1) Test ve tanı sürecinde karşılaşılan sorunlar

Ülkemizde gönüllü olarak HIV testi yaptıırma alışkanlığı bulunmamaktadır. Bunun sebebi bireylerin kendilerini 'risk altında' görmemesi kadar, anonim test yapılması önündeki yasal engeldir. En fazla ameliyat öncesi testlerde ve kan bağışı sırasında HIV tanısı alınmaktadır. Bunun dışında kişiler HIV'e bağlı semptomlar sebebiyle hastaneye yattığında, geç tanı almaktadır. 2009 tarihli araştırmamızda katılımcıların %45,5'i hastaneye veya doktora başka rahatsızlıklar nedeniyle gittikleri anda tesadüfi bir şekilde HIV taşıdıklarını öğrenmişlerdir. 2011 tarihli Stigma Index Türkiye çalışmamıza göre ise çarpıcı bir oranda, kişilerin % 52'si bilgileri dışında teste tabi tutulmuşlar, % 3 oranında kişi de zorla teste tabi tutulmuştur.

Bu durumun son derece önemli bir olumsuz getirisi, test öncesinde ve sonrasında danışmanlık verilmiyor olmasıdır. Test öncesi ya da sonrasında danışmanlık almamış olan kişilerin oranı % 77'dir. (Stigma Index 2011). Alınan danışmanlığın ise tıbbi etik açısından yeterli ve uygun olmadığı görülmektedir. Katılımcıların sadece %38'i tanıyı açıklayan sağlık görevlisinin kendisine doğru bilgiler verdiğini belirtmektedir. %42 oranında katılımcı hiçbir şekilde bilgilendirilmediklerini belirtirken, %8 oranında katılımcı yanlış bilgilendirildiklerini düşünmektedir (Pozitif Yaşam Derneği Anadolu Projesi 2009). Danışmanlık almamak ya da yanlış danışmanlık almak sonucunda, bir sağlık kuruluşuna başvurmadan vazgeçmek, hatta tedaviyi tamamen reddetmek, kendisini aile ve arkadaşı ortamından izole etmek gibi önemli olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır.

Ayrıca HIV tedavisi yapan hekimlerle yaptığımız araştırmaya göre (2010), tanı açıklama sırasında doktorun psikolojik olarak zorlanması (deneyimsizlik ve bilgi eksikliğine bağlı olarak), yaşanan olumsuzlukların başında gelmektedir (% 78).

Bu yüzden biz Pozitif Yaşam Derneği olarak, hem test yaptırma ve tanı alma sürecinde yaşanan sıkıntıların giderilmesi, hem de HIV yayılımının önlenmesi için insanların çekinmeden ve deşifre olmadan HIV testi yaptırabilecekleri, test öncesinde ve sonrasında doğru ve etik bilgilendirme alabilecekleri Gönüllü Test ve Danışmanlık Merkezleri'nin ülkemizde yaygınlaştırılmasını öncelikli bir konu olarak görüyoruz.

2) Sağlık kurumlarında damgalanma/etiketlenme ve ayrımcılık

Türkiye HIV tedavisinde ileri bir noktadadır. Antiretroviral ilaçlara (HIV'i baskılayan tedaviye) erişimde orta gelir grubu ülkeler arasında yüksek sıralardadır ve anneden bebeğe HIV bulaşı büyük oranda önlenebilmektedir. Bununla birlikte tedavi sürecinde yaşanan sıkıntılar bulunmaktadır. Araştırmalarımıza göre HIV ile yaşayan bireylerin uğradıkları hak ihlallerinin en fazla oranda gerçekleştiği yerlerin başında sağlık kurumları gelmektedir.

Sağlık kurumlarında yaşanan ayrımcılık, tedavi hakkının (örneğin ameliyatın, doğumun) doğrudan reddi, gereksiz ('evrensel önlemler'in ötesinde) aşırı önlemler alınması, fiziki mesafe koyma, aşağılama gibi biçimler almaktadır. Tedavi reddinin sık karşılaşıldığı alanlardan birinin dış sağlığı olduğu görülmektedir. Ayrıca gerek sağlık çalışanlarının sağlık hakkı konusundaki bilgi eksikliğinden gerekse toplumsal önyargılardan dolayı, daha fazla risk altında olan gruplara mensup, örneğin sığınmacılar, seks işçileri ve trans bireyler bu muamelelere daha fazla maruz kalmaktadır. Doğum için başvurduğu hastanelerden reddedilen HIV-pozitif kadınlar konusunda büyük sıkıntı yaşanmaktadır.

Ayrıca, tıbbi verinin mahremiyetinin ihlali en sık karşılaşılan sorunlardan biridir. % 43.8 oranında kişinin bilgisi dışında HIV durumu başkaları ile paylaşılmıştır. % 30 oranında kişi de paylaşılıp paylaşılmadığından emin değildir. Yine % 30 oranında kişi tıbbi kayıtlarının gizli tutulmadığından emindir. % 38.8 oranında kişi ise kayıtlarının gizli tutulup tutulmadığından emin değildir (Stigma Index 2011).

HIV tedavisi veren hekimlerle gerçekleştirdiğimiz araştırmamıza göre, enfeksiyon uzmanlarına göre hastanın diğer servislerde tedavi/ ameliyat edilmek istenmemesi %69 ile tedavi sürecinde yaşanan en önemli sorun olarak nitelendirilmiştir. Ayrıca enfeksiyon uzmanlarına göre hastaların mahremiyet kaygıları %54,2 ile tedaviye uyumu en fazla zorlaştıran durumdur. Bunu bazı personelin etik dışı tavırları %50 ile takip etmektedir. Bu bakımdan tıp eğitimi müfredatında hastaya etik yaklaşım konusunun daha fazla yer almasının önemini bir kez daha vurgulamak isteriz.

Sözlerime son vermeden önce, konuyla ilgili faydalı kaynaklara değinmek istiyorum: Avrupa HIV Testi Haftası kampanyası kapsamında sağlık çalışanlarının HIV testinde uyması gereken ilkeler Türkçeleştirilmiştir. Bunun yanı sıra hemşirelere özel olarak hazırlanmış 'HIV ile yaşayan hastaya etik yaklaşım' konulu Türkçe slaytlar mevcuttur. Bunlara erişim ve her türlü eğitim/seminer talebiniz için Pozitif Yaşam Derneği'ne erişebilirsiniz.

Teşekkür ederiz.

Kapanış

Doç. Dr. Nüket Erbaydar, Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Uzun bir günün sonuna geldik. Hepinize sabırlarınızdan dolayı çok teşekkür ediyoruz.

Kapatmadan kendi derlemeleriniz vardır, ama benim aklımda kalanlar. Ki, sunumlardan çok yararlandım. Savunmasızlığın ve örselenebilirliğin tanımının herkesin kafasında çok farklı yerlerde olduğunu gördük. Bir kısmımız savunmasızlığı herkese mal ederken, bir kısmımız bazı durumlara savunmasız olduğumuzu, mekânla ve bulunduğumuz yaş grubuyla ya da haklarımızla ilgili olarak savunmasız durumuna gelebildiğimize dair saptamalarda bulundu. Savunmasızlıkları, örselenebilirlikleri yaratan iktidar ve güç ilişkilerine atıfta bulunuldu; savunmasızlık ve örselenebilirliğin bağlamsal boyutunu kaçırmamız gerektiğini, konuşulmayı konuşmamız gerektiği söylendi.

Yaşlılar özellikle önemli bir konuydu. Afet ülkesinde yaşıyoruz. 11 ayda bir deprem oluyor bu ülkede. En önce ölüme terk edilenlerin, kurtarmadan imtina edilenlerin yaşlılar olduğunu hatırlatmak istiyorum. O yüzden de savunmasızlık ve örselenebilirliğin en çıplak hallerinden birisini orada görüyoruz.

Çıkar çatışmaları var savunmasızlıklar ve örselenebilirlikler konusunda. Mesela, Suriyeliler söz konusu olduğunda -sabahleyin özellikle bu notu aldım- “Kim hizmet edecek, kim etmeyecek; kamplara kim girecek, kim girmeyecek; izin veriliyor, verilmiyor” vesaire bağlamında. Etkileri gözlemlenmeyen hizmetlerin varlığından çok söz ettik burada. Sonuçları nedir? İyi mi yapıyoruz, kötü mü yapıyoruz? Bunların tartışılması gerektiği ifade edildi. Mekân bağlamının mutlaka göz önünde bulundurulması gerekiyor örselenebilirlik bağlamında. Mekânlar da örselenebilirlikleri üretiyor.

Gerek kurumlar arası, gerek disiplinler arası işbirliğinin yokluğu dikkatimizi çekti burada. Bunları kurmamız gerektiğinin ve multidisipliner yaklaşımların, travmaların tekrarlanmaması anlamında önemi olduğunun altı çizildi.

Benim için burada götürebileceğim, cebime koyduğum noktalar bunlar. Elbette sizin de çok farklı konularda kazanımlarınız olmuştur.

Düzenleme Komitesine çok teşekkür ediyorum. Sizlere de bu saate kadar burada kaldığınız için çok teşekkür ediyorum. İyi akşamlar, sevgiler. (Alkışlar)

Prof. Dr. NÜKET ÖRNEK BÜKEN- Kurum temsilcilerine, kişilere teşekkür ediyoruz.

Kurumsal görüş ya da bireysel görüşlerinizi içeren metinlerinizi eğer göndermediyseniz, en hızlı şekilde bize gönderin; sesiniz, çıkacak olan kitapçıkta yer alsın.

Çok teşekkür ediyoruz.

Savunmasız/Örselebilir Gruplarda Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sağlık Araştırmaları Çalıştayı'ndan Fotoğraflar¹³

(24 Mart 2015)



¹³ Fotoğraflar ve sunumlara

http://www.hubam.hacettepe.edu.tr/arsiv/savunmasiz_calistay_24_03_2015.php adresinden ulaşılabilir.



