ŞİDDETE KARŞI MÜCADELEMİZDE BÜYÜK KAZANIM!

BU YASA ÇIKACAK DEDİK ÇIKTI!

Sağlıkta şiddeti önleme amacıyla TBMM'ne sunulan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi" Siyasi partilerin ortak önergesi ile TBMM genel kurulunda kanunlaştırıldı.

SF04

İSTANBUL TABİP ODASI

Hekim Sözü

İSTANBUL TABİP ODASI YAYIN ORGANI • SAYI: 8 • MART-NİSAN 2020

08
Korona Günlerinde İstanbul'da Sağlık Raporları
Kamu Hastaneleri, Özel Hastaneler, Birinci Basamak ve İşçi Sağlığı İşyeri Hekimliği alanlarına ilişkin raporlar

36
Gebe ve emziren sağlık çalışanlarının hakları ihlal ediliyor
İş Kanunu ve bu Kanun gereğince hazırlanan Yönetmelik hükümleriyle gebe ve emziren kadınların, gece vardiyalarında çalışması yasak. Peki sağlık çalaşanları..?

40
Pandemi günlerinde tıp etiği
Salgınlar sırasındaki olağandışı koşullarda, zor kararlar vermek gerekebiliyor ve bu kararların gerekçelerinin tartışma alanı olan tıp etiği bu alanda uğraş verenlerebir yol haritası sunma deneyimine sahip.

DOSYA: KADIN SF17

COVID-19
HEKİM İLETİŞİM HATTI

Değerli meslektaşımız,

Bu hat İstanbul Tabip Odası tarafından sizlerle doğrudan iletişimi sağlamak, soru ve sorunlarınızla ilgili katkılarımızı sunabilmek ve sizlerden gelecek önerileri öğrenebilmek amacıyla oluşturulmuştur.

Çalıştığınız kurumda Covid-19 pandemisi sürecindeki gelişmeleri ve yaşadığınız, karşılaştığınız sorunları web sitemizdeki formu doldurarak bize ulaştırabilirsiniz.

(Kişisel bilgileriniz sadece sizinle iletişim kurabilmek için istenmekte olup herhangi bir şekilde paylaşılmayacaktır.)

HEKİM İLETİŞİM HATTI

İSTANBUL TABİP ODASI

Korona günlerinde hekimlik

Koronavirüs pandemisi bütün hızıyla devam ediyor. Hekimlerimiz bu mücadelenin en ön saflarında yer alıyor, kendi sağlıklarını, **hayatlarını tehlikeye atarak** insanlarımızın hayatlarını kurtarmaya çalışıyor, hastanelerde süreç hekim ve sağlık çalışanlarının organizasyon gücü ve özverileriyle yürütülüyor.

Pandemi **göz göre göre gelmesine rağmen** maske, önlük, eldiven gibi gerekli kişisel koruyucu malzemelerin bile yerinde ve yeterli miktarda temin edilmemesi, triyaj uygulamasının birçok sağlık kurumunda düzgün yapılmaması, sağlık çalışanlarının sağlığını koruyucu tedbirlerin yeterince alınmaması; kısacası İstanbul'daki sağlık kurumlarında hazırlıksızlığın bedelini ne yazık ki hekimler, sağlık çalışanları ödüyor.

Dr. Cemil Taşçıoğlu, Dr. Feriha Öz, Dr. Nurettin Mutluergil, Dr. Fevzi Aksoy, Dr. Ali İhsan Bulut, Dr. Mehmet Ulusoy, Dr. Mohammed Şamaa, Dr. Sedat Tellaloğlu, Dr. Yavuz Kalaycı.

Ulaşabildiğimiz bilgilere göre sadece İstanbul'dan dokuz meslektaşımız Koronavirüs nedeniyle hayatını kaybetti. Enfekte olan hekim, sağlık çalışanı sayısı ise **2 bine** yaklaşıyor.

Yitirdiğimiz meslektaşlarımızı saygıyla, sevgiyle anıyoruz. COVİD-19 tanısıyla takip edilen, tedavi gören bütün meslektaşlarımızın bir an önce sağlıklarına kavuşmalarını diliyoruz.

* * *

İstanbul Tabip Odası (İTO) olarak bu süreçte bütün gücümüzle meslektaşlarımızın yanında olmak için çalışıyoruz.

İTO bünyesinde **Korona İzleme Heyeti** oluşturuldu; İl Sağlık Müdürü Dr. Kemal Memişoğlu ziyaret edilerek sahada yaşanan sorunlar iletildi, İstanbul Büyükşehir Belediye (İBB) Başkanı Ekrem İmamoğlu ile görüşüldü, **İBB'nin** oluşturduğu **Bilim Kurulu**'nda yer alındı, başhekimliklere ve üyelerimize mektuplar yazıldı.

Meslektaşlarımızın Koronavirüsle ilgili güncel bilgileri takip edebilmesi için web sayfamızda özel bir bölüm oluşturduk, (https://www.istabip.org.tr/koronavirus/), meslektaşlarımızla doğrudan iletişimi sağlamak amacıyla **"COVID-19 Hekim İletişim Hattı"** kurduk, mevcut iletişim kanallarımıza İTO Covid-19 **Telegram grubu**nu ekledik.

Bir yandan hastaneleri ziyaret edip meslektaşlarımızla yüz yüze görüşüyor, bir yandan da basın açıklamalarımızla sorunlarımızı kamuoyuyla paylaşıyoruz.

Bunlar, süreç boyunca yaptıklarımızdan sadece bazı başlıklar. Daha fazlasını web sitemizde bulabilirsiniz. **"Korona Günlerinde İstanbul'da Sağlık"** başlığıyla dört bölüm halinde Dergimizde de yer alan raporlarımızı okumanızı özellikle tavsiye ediyoruz.

* * *

Koronavirüs pandemisinin dünyaya yayılması ve ölümlerle birlikte ülkelerin Koronavirüs "başarısı"/"başarısızlığı" da tartışılmaya başlandı.

Genel olarak Çin Halk Cumhuriyeti, Güney Kore, Yeni Zelanda, Almanya gibi pandemiye karşı başından itibaren aklın, bilimin yolunda gerekli tedbirleri alan ülkeler süreci daha az can kaybıyla götürüyor. ABD, Brezilya, İran, İtalya, İspanya gibi gerekli tedbirleri gerektiği zamanda almayan ülkelerde ise ölüm sayıları hızla artıyor.

Günün sonunda Türkiye'nin hangi kategoride yer alacağını söylemek için henüz erken. Ancak AKP Başkanı Tayyip Erdoğan'ın daha pandemi ilanından bir hafta sonra **erkenden "başarı hikayesi"** çıkarma çabasına, Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın Türkiye'deki ölüm sayısı İran'ı geçerken **"bir hafta, on gün içinde" pik noktasına** erişilebileceğini açıklamasına bakınca ne yazık ki umutlu olamıyoruz.

Bütün bunlara rağmen hekimler olarak bu süreci birlik ve dayanışmayla aşacağımıza inanıyoruz.

Her zaman, hep birlikte!

Hekim Sözü

İki ayda bir yayınlanır.
Yıl:2 • Sayı: 8 • Mart-Nisan 2020

İstanbul Tabip Odası'nın
bilimsel, kültürel, aktüel yayın organıdır.

İstanbul Tabip Odası
Yönetim Kurulu Adına Sahibi ve
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü:
Dr. Osman Öztürk

Sayı Editörü:
Dr. Yasemin Demirci

Yayın Kurulu
Dr. Süheyla Ağkoç
Dr. Yasemin Demirci
Dr. Süheyla Ekemen
Dr. İsmail Gönen
Dr. Ekim Nehir
Dr. Osman Öztürk

Sayfa Tasarımı:
Alaattin Timur

İletişim Adresi:
Türkocağı Cd. No:9, 34440
Cağaloğlu, İstanbul

Tel: 0212 514 02 92

Faks: 0212 513 37 36

E-posta:
hekimsozu@istabip.org.tr

Web:
www.istabip.org.tr

Basım Yeri:
Alper Basım San. ve Tic. Ltd. Şti.
Maltepe Mah. Gümüşsuyu Caddesi
Litros Yolu 2. Matbaacılar Sitesi
4NA24 Topkapı-İstanbul
0 212 613 34 83
www.alperbasim.com

İmzalı yazıların düşünsel sorumluluğu yazarına aittir.

Bu dergideki ilan ve reklamlardaki sözü edilen ürün ve hizmetlerin etkinliği veya niteliği İstanbul Tabip Odası'nın garantisi altında değildir.

Hekim Sözü dergisi talep halinde okurlarımızın posta adresine karşı ödemeli kargo ile gönderilmektedir.
Talepleriniz için:
0212 514 02 92
numaralı telefondan iletişim kurabilirsiniz.

Yayın Kurulundan...

Yeni sayımızı planladığımız günlerde önümüzde 8 Mart Dünya Kadınlar günü ve 15 Mart Hekime yönelik şiddete karşı miting gündemi vardı. Ancak koronavirüs pandemisi ister istemez Kadın dosyası dışındaki dergi akışımızı değiştirdi. Odamızdan sayfamızda İTO'nın pandemide yapılması gerekenleri anlatan raporlarlarına yer verdik.

Hekime ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ne yazık ki pandemi günlerinde bile devam etti. TTB nin yıllardır bu konudaki mücadelesi sonunda yasalaştı. Tam istenilen şekliyle olmasa da büyük bir kazanım olan şiddet yasasının içeriğini de sayfalarımıza taşıdık.

Suzan Saner, toplumsal cinsiyet eşitliğini oluşturabilmenin önündeki en büyük engellerden biri olan kadın emeği ve ekonomik şiddeti kaleme aldı. Sevgili Özlem Yılmaz ve Deniz Mardin, MÖ 1750 yılında Hammurabi Kanunları'nda bile yer alan kürtaj uygulamasını, cinsiyetçi devlet politikaları yüzünden ülkemizde geldiği noktayı, uzman ve asistan doktorlarla yaptıkları anket çalışması üzerinden değerlendirdi. Aytül Gürbüz Tükel kadın cinselliğinin belirleyicileri üzerine ayrıntılı bir değerlendirme yaptı.Varlık değerini ataerkil sistemin kadın bedeni ve cinselliğinin denetim altında tutma çabasından alan ve kadın bedeninde hiçbir fizyolojik görevi olmayan himen üzerine Irmak Saraç'ın kaleme aldığı güzel bir yazıyı da dosyamıza ekledik. "Alt tarafı şaka yaptım ne olacak ki?" söylemiyle günlük hayatımızın içine sızmış olan cinsiyetçi dili sevgili Rengin Güvenç kaleme aldı.

Dosyamızın içinde travma ve şiddet uzmanı, feminist, insan hakları savunucusu ve aktivist, biricik hocamız Prof. Dr. Şahika Yüksel ile yaptığımız röportajı da bulabilirsiniz...

Hukuk bölümünde, büromuz avukatlarından Av. Hazal Pekşen Demirhan'ın anlatımı ile gebe ve emziren sağlık çalışanlarının, çalışma usullerine dair ayrıntılı bir bilgilendirme yazısını bulacaksınız.

Dr. Eriş Bilaloğlu, 2020'nin ilk dört ayını pandemi gölgesinde geçirdiğimiz düşünülürse, dünyanın yeni önceliğinin sağlık ve sağlık politikaları olacağını söylüyor.

Bilim sayfamızda COVİD-19 tanısında belirgin bir biçimde ön plana geçmiş olan radyolojik görüntüleme konusunda Prof. Dr. Çetin Atasoy'un derlemesini bulabilirsiniz.

Salgın gibi olağandışı koşullardaki etik konusunu Nuray Özgülnar ve Muhtar Çokar değerlendirdi.

Son olarak kültür-sanat bölümümüzde bu yıl Cannes Film Festivali'nde en iyi senaryo ödülünü alan; Céline Sciamma'nın "Alev Almış Bir Genç Kızın Portresi" filmi var. Bu filmi Deniz Türkyılmaz Mut bizler için tanıttı.

Bu dönemde kaybettiğimiz tüm meslektaşlarımızı ve sağlık çalışanı arkadaşlarımızı saygıyla ve minnetle anıyor, adlarını, emeklerini, anılarını, yaşatmaya söz veriyoruz. Pandeminin ve yıkıcı etkilerinin en kısa zamanda son bulması dileğimizle.

04 ODAMIZDAN
SAĞLIKTA ŞİDDET YASASI TTB'NİN KAZANIMIDIR

06 ODAMIZDAN
DR. CEMİL TAŞÇIOĞLU'NU KAYBETTİK

07 ODAMIZDAN
DR. FERİHA ÖZ'Ü KAYBETTİK

08 ODAMIZDAN
KORONA GÜNLERİNDE İSTANBUL'DA SAĞLIK RAPORLARI
- KAMU HASTANELERİ
- ÖZEL HASTANELER
- BİRİNCİ BASAMAK
- İŞÇİ SAĞLIĞI İŞYERİ HEKİMLİĞİ

16 ODAMIZDAN
İHTİYACIMIZ OLAN "ALGI YÖNETİMİ" DEĞİL "SALGIN YÖNETİMİ"

36 HUKUK
GEBE VE EMZİREN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HAKLARI İHLAL EDİLİYOR

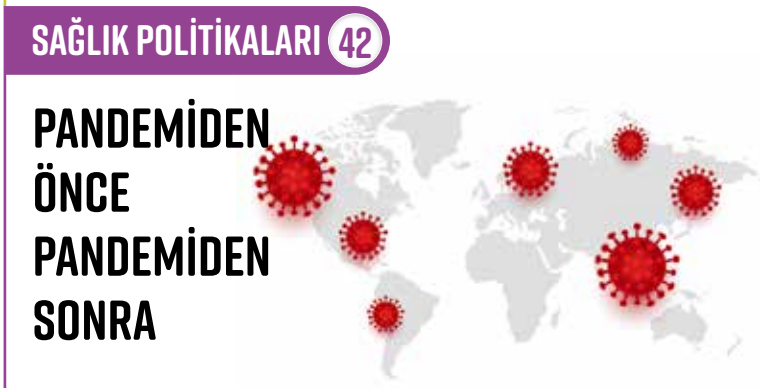
40 ETİK
PANDEMİ GÜNLERİNDE TIP ETİĞİ

46 ODAMIZDAN HABERLER

48 İNGİLİZCE BULMACA

17

SAĞLIK POLİTİKALARI 42



KÜLTÜR SANAT 44

"Sağlıkta Şiddet Yasası" TTB'nin kazanımıdır!

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi

> Sağlıkta şiddeti önleme amacıyla TBMM'ne sunulan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi" Siyasi partilerin ortak önergesi ile TBMM genel kurulunda kanunlaştırıldı.

Sağlıkta şiddet uygulayanlara ceza artırımı öngören yasa TBMM'de oy birliği ile kabul edildi.

Sağlıkta şiddeti önleme amacıyla 8.4.2020 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisine sunulan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi" 15.04.2020 tarihinde TBMM'de kabul edildi. Teklif, siyasi partilerin ortak önergesi ile TBMM genel kurulunda görüşülmekte olan 212 sıra sayılı Kanun teklifine eklenerek kanunlaştırıldı.*

TTB'nin yıllardır dillendirdiği ve 2014 yılında somut yasa maddeleri halinde kamuoyu ile paylaşıp milletvekilleri aracılığıyla TBMM'ye taşıdığı "sağlıkta şiddeti önleme yasa teklifi" ile kısmi farklılıklar ve eksiklikler içerse de TBMM'de onaylanan yasa, sağlık çalışanlarına yönelik cezaları arttırıcı ve caydırıcı içeriği ile önemli bir adım olarak görülmelidir.

Ülkemiz sağlık ortamında şiddet uzun yıllardır toplumsal bir sorun halini almış durumda. COVID-19 salgını ile mücadele ederken bile birçok sağlık kurumundan hekim ve sağlık çalışanlarına yönelen şiddet haberlerini almaya devam ediyoruz. Bu nedenle sorunun yapısal olduğu, sadece ceza artırımı ile ortadan kalkmayacağı bilinmelidir.

Yıllardır şiddete uğrayan ve mağdur edilen binlerce hekim ve sağlık çalışanı adına bu düzenlemenin yasalaşmasında emeği geçen, TTB hukuk bürosu ve TBMM'de gündem yapan hekim milletvekilleri başta olmak üzere olumlu oy kullanan bütün parti temsilcilerine teşekkür ederiz.

Türk Tabipleri Birliği ve Tabip Odaları 2007 yılından bu yana sağlıkta şiddetin önlenmesi, sağlık kuruluşlarının çalışma koşullarının güvenli ve sağlıklı hale getirilmesi için yoğun çaba göstermektedir. Bu konuda geliştirdiğimiz kapsamlı önerilerimiz ve taleplerimiz

bulunmaktadır. Sağlıkta şiddete ilişkin caydırıcılığın arttırılması için suç ve cezalara ilişkin düzenleme yapılması da on yılı aşkın bir süredir temel taleplerimizdendir.

Ne yazık ki çok sayıda meslektaşımızı, sağlık personelini şiddet nedeniyle kaybettikten; sayılamayacak kadar çok sağlık personeli fiziki ve ruhsal olarak yaralandıktan sonra; dahası COVİD-19 nedeniyle sağlık personelinin yaşam riski altında ağır çalışma koşulları altında çalışmasına duyulan ihtiyacın görünür olduğu günlerde, bu yönde bir adım atıldı.

Teklif, başta Türk Tabipleri Birliği olmak üzere sağlık emek ve meslek örgütleri ile paylaşılmadan, sürece katkı vermemize olanak verilmeden, bir önerge ile genel kurula doğrudan indirilerek yasalaştırıldı. Teklif arzu edilen düzeyde olmasa da olumlu bir adım olarak tarafımızdan değerlendirilirken; teklifteki iki olumlu düzenleme kanunlaştırılırken değişikliğe uğratılmıştır.

KABUL EDİLEN MADDELER YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRMEMİZ:

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri temel kanununun ek 12. maddesinde yapılan ilave düzenleme ile kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle işlenen; kasten yaralama, tehdit, hakaret, görevi yaptırmamak için direnme suçlarına karşı verilecek cezaların;

- yarı oranında arttırılması,
- hapis cezalarının ertelenmemesi
- şiddet faili hastaya ya da yakınına sağlık hizmetinin bu suçun mağduru olan sağlık personeli dışındaki bir başka sağlık personeli tarafından verilmesine yönelik düzenleme kabul edilmiştir.

Kabul edilen maddelerin söz konusu suçların cezalarına etkisi:

1 Türk Ceza Kanunu'nun kasten yaralama suçunun düzenlendiği 86. Maddesi yönünden:

Suçun yalın halinin cezası bir yıldan üç yıla kadar hapis, yaralamanın basit bir tıbbî müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması hâlinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adlî para cezasıdır. Aynı maddenin (3) üncü fıkrasının (c) bendi uyarınca eğer suç, kamu görevi nedeniyle işlenmiş ise şikayet aranmadan suçun kovuşturulacağı ve verilecek cezanın yarı oranında arttırılacağı düzenlenmiştir.

Kabul edilen maddeler sonucu, Türk Ceza Kanununun 61. Maddesi uyarınca, önce hakim tarafından temel ceza belirlenecek, sonra arttırım maddeleri ayrı ayrı uygulanacak, sonra da varsa indirim uygulanacaktır.

Sonuçta belirlenen ceza ertelenemeyecek olmakla birlikte hükmün açıklanması geri bırakılabilecektir.

2 Türk Ceza Kanunu'nun hakaret suçunun düzenlendiği 125. maddesi yönünden:

Bu maddede düzenlenen suçun yalın halinde, failin üç aydan iki yıla kadar hapis veya adlî para cezalandırılması; kamu görevlisine karşı görevinden dolayı işlenmesi halinde, cezanın alt sınırının bir yıldan az olamayacağı düzenlenmiştir.

Kabul edilen Kanun ile sağlık personeline karşı işlenmiş olması halinde bir yıllık alt sınırdan ya da üzerinde verilecek ceza, yarı oranında ayrıca arttırılacaktır.

3 Türk Ceza Kanunu'nun tehdit suçunun düzenlendiği 106. maddesinde yönünden:

Maddede düzenlenen suçun yalın halinde, failin altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı düzenlenmiştir. Silahla, imzasız mektupla veya özel işaretlerle, birden fazla kişi tarafından birlikte İşlenmesi halinde, fail hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası verilecektir.

Kabul edilen Kanun ile sağlık personeline karşı işlenmiş olması halinde verilecek ceza yarı oranında arttırılacaktır.

4 Türk Ceza Kanunu'nun görevi yaptırmamak için direnme suçunun düzenlendiği 265. maddesi yönünden:

Maddede düzenlenen suçun yalın halinde failin altı aydan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı düzenlenmiştir.

Kanun ile bu suçun sağlık personeline karşı işlenmesi halinde, suçun yalın halinden verilecek ceza, yarı oranında arttırılacaktır.

5 Suçun mağduru olan Sağlık Personelinin Hizmetten Çekilmesine İlişkin Düzenleme Yönünden:

Teklifte yer alan "Şiddetin vuku bulduğu sağlık kuruluşunda, faile veya yakınına, mağdurun verdiği hizmeti verebilecek başka sağlık personeli bulunması halinde, hizmet diğer personel tarafından verilir" düzenlemesi aynı biçimde kanunlaşmıştır. .

TEKLİFİN KANUN İLE DEĞİŞTİRİLEN HÜKÜMLERİ;

1 TBMM'ye sunulan ilk teklifte sağlık kuruluşlarının hizmetlerinin yürütülmesinde görev alan bütün personel kapsama alınmıştır. Kabul edilen Kanunda ise sadece sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli kapsam içindedir. Örneğin güvenlik görevlileri, temizlik görevlileri vb. kapsam dışında bırakılmıştır. Sağlık hizmeti veren işyerlerinin şiddetten arındırılması temel amaç olmalıdır. Bu nedenle bu işyerlerinde çalışan bütün görevliler Kanun kapsamında yer almalıdır.

2 Hükmün açıklanmasının geri bırakılamayacağı yönündeki düzenleme tekliften çıkarılmıştır. Bu da uygulamadaki cezasızlık sonucunun devamına neden olacak olumsuz bir tutum olmuştur.

Bu düzenlemeler, elbette sağlıkta şiddetin önlenmesi için gerekli, ancak yeterli değildir. Pek çoğu, TBMM Araştırma Komisyonu Raporunun önerileri arasında da yer alan, başta sağlıkta dönüşüm adı ile sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi politikalarına son verilerek; sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmetlerini temel alan, basamaklandırılmış, kamucu bir sağlık sistemine ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetlerini ücretli hale getiren, ekip hizmetini ve sağlık personelinin içsel motivasyonunu bozan, performansa dayalı ödeme sisteminin acilen değiştirilmesine, çalışma ilişkilerinin demokratikleştirilmesine, güvenceli çalışma koşulları sağlanmasına ihtiyacımız devam etmektedir.

Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu'na sevgiyle, saygıyla...

İstanbul Tabip Odası

Prof. Dr. Cemil TAŞÇIOĞLU, 1952 yılında Rize'de doğdu. Ailesi ile birlikte 1954 yılında İstanbul'a taşınarak Çengelköy'e yerleşti. 1977 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İç Hastalıkları uzmanlık eğitimini aynı kurumda tamamlayarak 1982 yılında İç Hastalıkları Uzmanı oldu. Takiben Sarıkamış'ta askerlik görevini tamamladı. Daha sonra zorunlu hizmetini yerine getirmek üzere Şanlıurfa'da göreve başladı. "Zorunlu" olarak başlayan bu görev "gönüllü" olarak 1989 yılına kadar devam etti.

1989 yılında İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalında Başasistan olarak çalışmaya başladı. 1993 yılında Doçent, 1998 yılında Profesör oldu. 2019 yılında yaş haddinden emekli oldu,

ama kurumunda sözleşmeli öğretim üyesi olarak çalışmaya devam etti.

Kişiliğinin en önemli özellikleri olan sevgi, özgürlük ve özgüven boğaz kenarında geçen çocukluk ve gençlik döneminde oluştu. Canlı veya cansız, her şeye sevgi ile bakan ve bu sevgisini ifade eden bir kişi idi. Hekimlik aşkı insan sevgisinin bir yansıması olarak tüm hayatını kapsıyordu. İnsanları ve hastalarını bedensel, ruhsal ve sosyal bir bütün olarak görürdü. Çok iyi bir eğitici ve "Hoca" idi. Öğrencilerine ve asistanlarına kardeşi ve evladı gibi davranan, onları teşvik ve onore eden davranışları herkeste iz bırakmıştır.

Tanısı zor olan hastalar en önemli uğraşı alanıydı. Vizitleri tanıda kullandığı bilgi ve yöntemleri açık olarak anlattığı, herkesin fikrini özgürce paylaştığı bilim şölenleri olmuştur. Belirti ve bulgulardan tanıya giden, klasik bilgilerin yeniliklerle harmanlandığı bu yöntem bir klinik ekol olarak "Cemil Hoca" ile olgunlaşmıştır.

COVID-19 pandemisinin Türkiye'yi etkilemeye başladığı ilk günlerde bu hastalığa yakalanan Prof. Dr. Cemil TAŞÇIOĞLU'nu 1 Nisan 2020 tarihinde kaybettik. Hastalarının ve öğrencilerinin anılarında daima yaşayacaktır.

Patolojinin çınarlarından Feriha Öz'ü kaybettik.

Kürşat Yıldız*

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde uzun yıllar Patoloji Anabilim Dalı Başkanlığı yapan değerli hocamız Prof. Dr. Feriha Öz Kovid-19 salgını nedeniyle 2 Nisan 2020 günü yaşama veda etti.

İstanbul Tabip Odası'nın çağrısıyla 3 Nisan 2020'de Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yapılan veda törenine Üniversite Rektörü, Tıp Fakültesi Dekanı, Türk Patoloji Derneği ve Patoloji Dernekleri Federasyonu temsilcileri, mesai arkadaşları, patoloji topluluğu ve öğrencileri katıldı.

1933'te Kadıköy'de doğan Feriha Hoca 1951'de Çamlıca Kız Lisesi'nden mezun oldu. İstanbul Tıp Fakültesi'nde eğitimini 1957'de tamamladı. Mezun olduktan sonra Yozgat'ın Akdağmadeni ilçesinde hekim olarak çalıştı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Kürsüsünde uzmanlık eğitimin 1962'de tamamladı. 1963 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde akademik hayatına başladı. 1968'de Doçent, 1976'da Profesör unvanını aldı. Prof. Dr. Talia Balı Aykan'ın ardından uzun yıllar Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Başkanlığı görevinde bulundu. Öğretim Üyeliği görevinden 2000 yılında yaş sınırı nedeniyle emekli oldu.

Prof. Dr. Feriha Öz, çalışkan, üretken ve sevecen kişiliğiyle patoloji ailesinde özel bir yere sahipti. İkisi de doktor olan çocukları Prof. Dr. Ferhan Öz ve Prof. Dr. Fulya Puyan Öz'ün ve kendisi için "annemden farksızdı, hatta daha öteydi" diyen Prof. Büge Öz'ün yanı sıra genç meslektaşlarına anne şefkatini göstermesi ve onları destekleme herkesçe bilinen bir karakter özelliğiydi.

Özellikle patolojisinde Türkiye'deki en yetkin isimlerden biriydi. Yetkinliğini bilimsel gelişmeleri yakından izlemesi yanında klinikle patolojinin işbirliğine dayalı yoğun çalışmaları ile elde etmişti. Türkiye'de cerrahi patolojinin 60'lı yıllarda hızlanan gelişiminde önemli bir yeri oldu. Bir ayağı klinikte olan patologlardan biri olarak önemli deneyim kazanmıştı.

Emekli olduktan sonra da patoloji uygulamasından kopmadı. İlerleyen yaşına rağmen araştırma merakı son yıllarda da devam ediyor, bilimsel yayınları takip ediyordu. Türk Patoloji Derneği'nin 24 Mayıs 2019'da düzenlediği "40 yılın hatırı var" temalı toplantıda 86 yaşına karşın aktif ve doyurucu bir olgu tartışması yaparken mesleğe ilk başladığı yıllardaki heyecanını yitirmemiş görünüyordu.

Feriha Hoca, aynı zamanda Atatürk ilke ve devrimlerine gönülden bağlı bir Cumhuriyet aydını idi. Binlerce öğrenci, onlarca uzman yetiştirdi. Aynı zamanda onlara kişiliğiyle örnek oldu. Son toplantımızdaki son cümleleri, gençlere ülke sorunlarına sahip çıkmak için seçimlerde görevlerini yapmalarını öğütlemek oldu.

Ardından yazılan bazı cümleleri paylaşmak istiyorum:

"Patoloji camiasında emeği büyük. Bizi biz yapan hocamızdı. Annem kadar sevdiğim canım hocam. Çiçekleri çok severdi, doğayı çok severdi. Melek gibi bir insandı ve hep vazgeçmeden eğitmekten yanaydı."

"Aydın bir bilim insanı, sıcacık zarif bir hanımefendiydi".

"Türkiye Patolojisi'nin en önde gelen duayenlerinden birisi. Feriha Hoca bizim için Hoca'dan ileriydi. Acımız çok."

"Onun sayesinde öğrenciyken patolojiyi sevmiştim. Öğrencilerine ve asistanlarına kendi çocukları gibi yaklaşırdı."

"Aydın bilim insanı. Güçlü ve sevecen, iyi hekim, can hocamız."

"Odasının kapısını ne zaman çalsak bizimle ilgilenir, sorduğumuz her soruya sabırla cevap verirdi. Gerekirse tekrar anlatırdı."

Prof. Dr. Feriha Öz, eserleri ve üstün kişisel nitelikleriyle yaşayacak. Unutmayacağız.

* *Prof. Dr., Türk Patoloji Derneği ve Patoloji Dernekleri Federasyonu Yönetim Kurulu üyesi.*

Kamu Hastaneleri Raporu

İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu

İlk olarak Aralık ayının sonunda Çin'in Wuhan şehrinde saptanan Covid-19 hızla bütün dünyaya yayıldı.

Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca 11 Mart günü Türkiye'de PCR testi pozitif saptanan ilk Covid-19 vakasının görüldüğünü açıkladı. Sonraki günlerde de sayıları açıklamaya devam etti. Son olarak 29 Mart 2020 itibarı ile Sağlık Bakanlığı web sitesinde Yapılan Test Sayısı: 65.446,Toplam Vaka Sayısı: 9.217, Toplam Vefat Sayısı: 131, Toplam Yoğun Bakım Hasta Sayısı: 568, Toplam Entübe Hasta Sayısı: 394, Toplam İyileşen Hasta Sayısı: 105 olarak açıklandı.

Öncelikle; yapılan açıklamalarda PCR testi pozitif çıkan "vaka"ların esas alındığı; hastanelerde yatan ya da ayaktan takip edilen "şüpheli/olası vaka" sayıları yer almadığı için gerçek tabloyu göstermekte çok eksik kaldığını ve bütün ısrarlarımıza rağmen Sağlık Bakanlığı toplam vakaların bölgelere, illere göre dağılımını açıklamadığı için diğer illerde olduğu gibi İstanbul'daki sayıları da bilemediğimizi ifade etmek isteriz.

İstanbul Tabip Odası (İTO) olarak meslektaşlarımızdan topladığımız bilgilerle tabloyu görmeye çalışıyoruz.

Bu açıklamamızda bu bilgiler doğrultusunda İstanbul'daki kamu hastaneleri (kamu üniversiteleri tıp fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı hastaneleri) ele alınmış olup İstanbul'daki özel hastaneler ve birinci basamak sağlık kurumlarına dair edindiğimiz bilgilere takip eden açıklamalarımızda yer verilecektir.

Bu çerçevede İstanbul'daki kamu hastaneleriyle ilgili son iki haftalık süreçte derlediğimiz bilgiler ve gözlemlerimize dair öne çıkan tespitler:

1 30 Mart 2020 günü itibarı ile İstanbul'daki kamu hastanelerinde kesin ya da şüpheli/olası Covid-19 tanısıyla yatırılarak izlenen/tedavi edilen hasta sayısı 2 binin üzerindedir.

2 30 Mart 2020 günü itibarı ile İstanbul'daki kamu hastanelerinde kesin ya da şüpheli/olası Covid-19 tanısıyla yoğun bakım ünitelerine yatırılan vaka sayısı 2 yüzün üzerindedir.

3 Pandemi bu hızla devam ederse önümüzdeki günlerde/haftalarda İstanbul'daki kamu hastanelerinde ciddi yatak sıkıntısı yaşanabileceği görülmektedir.

4 Covid-19 hastalığının ilk ortaya çıkışından hastaların görülmeye başlamasına kadar geçen iki buçuk aylık süreçte İstanbul'daki kamu hastanelerinde ciddi bir hazırlık çalışması yapılmadığı anlaşılmaktadır. Bu nedenle hastaneler Covid-19 pandemisi sürecine büyük ölçüde hazırlıksız yakalanmıştır.

5 Hastanelerde görülen ve halen devam etmekte olan maske, önlük, eldiven, gözlük, vb kişisel koruyucu malzeme eksikliği bu hazırlıksızlık durumunu açık olarak göstermektedir.

6 Ancak "malzeme eksikliği" durumu tablonun sadece görünen yüzüdür; asıl problem organizasyon eksikliğidir.

7 Bu hazırlıksızlık ve Türkiye'de Covid-19 vakalarının tespitindeki gecikme, bu salgında en öncelikli risk grubunda yer alan hekimler, sağlık çalışanlarının enfekte olmasına yol açmış, bazı hastanelerde Covid-19'lu hastalarla temaslı hekimlerin bu süreçte de 24 saatlik nöbetler şeklinde çalıştırılması karşılaştıkları virüs yükünün artmasına yol açmış, neticede İstanbul'daki kamu hastanelerinde bugüne kadar enfekte olan hekim, sağlık çalışanı sayısı yüzü geçmiştir.

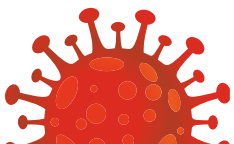
8 Durum böyle olmasına karşın Covid-19 hastasıyla korunmasız olarak temas eden, semptom gösteren hekimlere, sağlık çalışanlarına yapılması gereken testlerde ciddi eksiklikler yaşanmaktadır.

9 İstanbul'daki kamu hastanelerinin çoğunda pandemi planları tam olarak uygulan(a)mamakta, başta klinik dışı branşlardan görevlendirilenler olmak üzere hekimlere, sağlık çalışanlarına pandemi önlemleri çerçevesinde yeterli eğitim verilmemiştir.

10 Gerek hastalar gerekse Covid-19 hastalarıyla korunmasız olarak temas eden yüksek riskli sağlık çalışanları için önerilen hidroksiklorokinin temininde hastanelerde ciddi zorluklar yaşanmaktadır.

11 Covid-19 hastalarının karşılanması/muayenesi/yatışı/tedavisi için gerekli algoritma hala İstanbul'daki kamu hastanelerinin tümünde uygulan(a)mamaktadır.

12 Hastanelerin birçoğunda Covid-19 şüpheli hastalarla



diğer hastaların temasını önleyecek triyaj sistemi ve kesin ya da şüpheli/olası Covid-19 tanılı hastaların diğer hastalardan ayrı servislerde yatırılması hala hastanelerin tümünde uygulan(a)mamaktadır.

13 MHRS sistemi eskisi gibi çalışmakta, yapılan çağrılara ve hasta sayılarında düşüşe rağmen birçok hastaneye ertelenebilir sağlık hizmeti talebiyle müracaatlar devam etmektedir.

14 Öte yandan, bu süreçte hastanelerde tıbbi hizmet gereksinimi devam eden hastalarla ilgili gerekli düzenlemelerin yapılmaması da ciddi problemler yaratmaktadır.

15 Hastalardan istenen PCR test sonuçları hastayı takip eden hekime çok geç ulaşmakta, çoğu kez hekimler yazılı olarak bildirilmeyen sonuçlara ancak telefonla ulaşabilmekte, bu durum tedavilerde ciddi aksaklıklara yol açmaktadır.

16 PCR testlerinin gecikmesi ve yalancı negatifliğinin yüksek olması nedeniyle birçok hasta için özellikle akciğer BT sonucuna göre Covid-19 tedavisi başlanmakta, ancak bu hastalar resmi açıklamada yer almamaktadır.

17 "Hızlı Koronavirüs testi" konusunda toplumda yaratılan yanlış beklenti özellikle bazı hastanelere gereksiz başvurulara neden olmuştur.

30 Mart 2020 günü itibarı ile İstanbul'daki kamu hastanelerinde Covid-19 pandemisiyle mücadelede büyük bir kaos yaşanmaktadır ve bu kaostan hızla çıkılabilmesi için aşağıdaki önlemlerin hızla hayata geçirilmesi gerekmektedir:

1 Pandemiye karşı mücadele için öncelikle hekimlerin, sağlık çalışanlarının sağlığı korunmalıdır.

2 İstanbul'daki kamu hastanelerinde hekimlerin, sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu ekipman ihtiyacı hızla giderilmeli, ihtiyaç duyulan her türlü ekipman bütün kamu hastanelerinde düzenli ve yeterli miktarda sağlanmalıdır.

3 Covid-19 hastasıyla korunmasız olarak temas eden, semptom gösteren bütün hekimlere, sağlık çalışanlarına gerekli testler yapılmalı, testleri pozitif çıkanların karantina süresi boyunca çalışmamaları sağlanmalıdır.

4 Sağlık kurumlarında yaygın olarak Koronavirüsle karşılaşan hekimlerin, sağlık çalışanlarının bu enfeksiyonu evlerine, ailelerine taşımaması için, başta İstanbul Büyükşehir Belediyesi olmak üzere yerel yönetimler ve diğer kamu kurumlarıyla yakın işbirliği yapılarak sağlık kurumlarına yakın yerlerde konaklama imkanı sağlanmalıdır. Bu konaklama yerleri mümkün olduğunca hastaneye yürüme mesafesinde olmalı, değilse de çalışanların özel araçlarla taşınması sağlanmalıdır.

5 Bu dönemde İstanbul'daki kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin, sağlık çalışanlarının ve hastaların sağlıklı ve yeterli beslenmesi başta olmak üzere her türlü ihtiyaçlarının giderilmesi için gerekli önlemler hızla alınmalıdır.

6 İstanbul'daki kamu hastanelerinde önümüzdeki günlerde, haftalarda daha da artacak olan yatak ihtiyacı göz önünde bulundurulmalı, bir an önce yatak sayısını arttırmak için gerekli çalışmalara başlanmalıdır. (Başakşehir'deki yapımı tamamlanmakta olan "Şehir Hastanesi", Kamu-Özel Ortaklığı Modelinden vazgeçilerek bu amaçla bir an önce hizmete açılmalıdır.)

7 İstanbul'daki bütün kamu hastaneleri hızla pandemi planlarını eksiksiz olarak uygulamalı ve bütün çalışanlara gerekli eğitim verilmeli, ilgili branşlar dışından görevlendirilen hekimlerin eğitimine özellikle önem gösterilmeli, bu eğitimler düzenli aralıklarla tekrarlanmalıdır.

8 Bütün hastanelerde hızla etkin triyaj sistemi kurulmalı, Covid-19 şüpheli hastaların diğer hastalarla aynı ortamda bulunmaları ve temasları önlenmelidir.

9 Bu süreçte diğer hastaların akut, kronik hastalıkları için sağlık hizmeti talebi göz ardı edilmemeli, bu amaçla pandemi dışın hastaneler belirlenmeli, kalp damar cerrahisi, kadın doğum, psikiyatri gibi özel dal hastaneleri bu çerçevede değerlendirilmelidir.

10 Hastaların ve hekimlerin, sağlık çalışanlarının gerekli mesafeyi koruyabilmesini de sağlamak için hasta randevuları 20 dakikada bir hasta olacak şekilde düzenlenmelidir.

11 Covid-19'lu hastalarla çalışan hekimlerin, sağlık çalışanlarının nöbetler de dahil olmak üzere günlük çalışma süreleri 12 saati geçmemelidir.

12 İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul'daki kamu hastanelerinin her türlü ihtiyacını hızla karşılayabilmek için başta İstanbul Büyükşehir Belediyesi olmak üzere yerel yönetimler ve diğer kamu kurumlarıyla sıkı işbirliği içinde olmalıdır.

13 İçinde tabip odaları, sağlık meslek örgütleri ve sendikaların olmadığı "İl Pandemi Kurulu" bilimsel olarak anlamsız, pratik olarak hükümsüzdür. Covid-19 pandemisiyle boğuştuğumuz bugünlerde bütün siyasi yöneticiler ideolojik-politik ön yargılarını bir kenara bırakmalı; "görüntüyü kurtaran" değil, gerçekten durumu ve ihtiyaçları saptayıp süreci yönetebilecek bir "İl Pandemi Kurulu" oluşturulmalıdır.

Sonuç olarak; Sağlık Bakanlığı'nın Covid-19'un Çin'de ortaya çıkmasından itibaren her türlü tedbirin hızla alındığını açıklamasına rağmen yoğun olarak iki haftadır Covid-19 hastalığıyla mücadele eden İstanbul'daki kamu hastanelerinin durumu bu açıklamalarla örtüşmemektedir.

Gerek hastalarımızın gerekse hekimlerimizin, sağlık çalışanlarının sağlığı için pandemiyle mücadele süreci "her halükarda siyasi başarı hikayesi yazmak" perspektifinden uzak olarak ele alınmalı; yukarıda saydığımız öneriler konunun önemine yakışır ciddiyet ve samimiyetle değerlendirilerek hayata geçirilmelidir.

Özel Hastaneler Raporu

İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu

İstanbul Tabip Odası (İTO) olarak Covid-19 pandemisi sürecinde İstanbul'daki sağlık hizmetlerinin durumuyla ilgili raporlarımızı açıklamaya devam ediyoruz. 30 Mart 2020 tarihli 1 no'lu raporumuzda (https://www.istabip.org.tr/koronavirus/Haberler/5620/korona-gunlerinde-istanbul-da-saglik-1-kamu-hastaneleri-raporu) İstanbul'daki kamu hastaneleriyle ilgili tespit ve önerilerimizi paylaşmıştık.

Bu raporumuzda İstanbul'daki özel hastanelerin durumunu ele alacağız. (Aile Sağlığı Merkezleri, İlçe Sağlık Müdürlükleri ve işyeri hekimlikleriyle ilgili raporlarımız ayrıca günlerde yayınlanacaktır.)

Öncelikle, bir önceki açıklamada da altını çizmeye çalıştığımız gibi, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan açıklamalarda PCR testi pozitif çıkan "vaka"-ların esas alındığı; hastanelerde yatan ya da ayaktan takip edilen "şüpheli/olası vaka" sayıları yer almadığı için gerçek tabloyu göstermekte çok eksik kaldığını ifade etmek isteriz.

İstanbul Tabip Odası (İTO) olarak meslektaşlarımızdan topladığımız bilgilerle tabloyu görmeye çalışıyoruz.

Bu çerçevede İstanbul'daki özel hastanelerle ilgili bu süreçte derlediğimiz bilgiler ve gözlemlerimize dair öne çıkan tespitler:

1 02 Nisan 2020 günü itibarı ile İstanbul'daki özel hastanelerde kesin ya da şüpheli/olası Covid-19 tanısıyla yatırılarak izlenen/tedavi edilen hasta sayısı binin üzerindedir.

2 02 Nisan 2020 günü itibarı ile İstanbul'daki özel hastanelerde kesin ya da şüpheli/olası Covid-19 tanısıyla yoğun bakım ünitelerine yatırılan vaka sayısı yüz civarındadır.

3 İstanbul'daki özel hastanelerde bugüne kadar enfekte olan hekim sayısı yüzü, toplam sağlık çalışanı sayısı ise iki yüzü geçmiştir.

4 Covid-19 pandemisi sürecinde kadrosunda göğüs hastalıkları, iç hastalıkları ve enfeksiyon hastalıkları uzmanlarından ikisini bulunduran hastaneler pandemi hastanesi ilan edilmiştir. Ancak kamu hastanelerine benzer şekilde İstanbul'daki özel hastaneler de çoğunlukla pandemiye hazırlıksız yakalanmıştır.

5 Tıpkı kamu hastanelerinde olduğu gibi özel hastanelerde de görülen ve halen devam etmekte olan maske, önlük, eldiven, gözlük, vb. kişisel koruyucu malzeme eksikliği bu hazırlıksızlık durumunu ve organizasyon eksikliğini, bozukluğunu açık olarak göstermektedir.

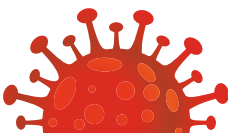
6 İstanbul'daki pandemi hastanesi olarak ilan edilen özel hastanelerde COVİD-19 hastaları için ayrı katlar/servisler ayrılmıştır. Covid-19 hastalarıyla ilgili testler, normalde, Bakanlığın belirlediği merkezlere gönderilmektedir. Ancak test sonuçları geç gelmekte; hastalar daha çok klinik ve radyolojik olarak tanı almaktadır. Tanı konulan hastalar için ilaçlar Sağlık Müdürlüğü aracılığı ile temin edilmektedir.

7 Özel hastanelerde sadece Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği merkezlere gönderilen testlerden ve yoğun bakım yatışlarından ücret alınmamaktadır. Bunun dışındaki tüm işlemlerden pandemi öncesindeki gibi ücret alınmaya devam edilmektedir. (Bazı özel sigortalar kesin tanı almayan vakaların ücretini karşılamaktadır.)

8 Bazı hastanelerde kaynağı bilinmeyen testler parası olan hastalara uygulanmaktadır

9 Yurtdışı hasta işlemlerinin durdurulması, müracaat eden hasta sayıları ve elektif işlemlerin büyük ölçüde azalması özel hastane gelirlerinin önemli ölçüde düşmesine yol açmıştır.

10 Yıllardır bütün itirazlarımıza karşın özel hastanelerde uzunca bir süredir doktorlara şirket kurdurularak hizmet satın alma şeklinde iş gördürülmekte, doktorlar bu şekilde 4857 sayılı İş Kanununa tabi olmadan çalışmaya zorlanmaktadır. Bu nedenle sabit bir maaş alamayan, ancak baktığı hasta, yaptığı işlem sayısına göre özel hastaneye fatura veya serbest meslek makbuzu keserek "hak ediş" üzerinden gelir elde eden hekimlerin gelirleri bugünlerde hızla azalmakta, neredeyse ücretsiz olarak çalışmaya zorlanmaktadırlar.



11 Bu şekilde çalıştırılan hekimler hastalanmaları durumunda ise bütün gelirlerini kaybetmektedir.

12 4857 sayılı İş Kanununa bağlı çalışan statüsü dışında şirket kurdurularak hizmet sözleşmesi ile çalışan hekimlerin bu durumda uğradığı hak kayıplarından birisi de COVİD-19 hastası olmaları durumunda iş kazası/meslek hastalığı olarak tanımlanmasının zorluğudur.

13 Sabit ücretle çalışan hekimlerin (ve diğer sağlık çalışanlarının) ise ücretsiz izne çıkarılması veya yarı zamanlı çalıştırılması söz konusudur.

14 Yıllardır hekimlerin, sağlık çalışanlarının emekleri üzerinden servetlerine servet, kârlarına kâr katan özel hastane patronları bu süreçte elini taşın altına sokmaktan kaçınmakta, "kriz"in bedelini gene emekçilere ödetmeye çalışmaktadır. Özel hastane patronlarından gelen "Devlet üç, beş ay özel hastanelere el koysun, sonra gene bize devretsin." sözleri esasında "Bu sürecin mali yükü özel hastane bütçelerinden, öz sermayelerinden değil, büyük oranda emekçilerin ödediği vergilerden oluşan devlet bütçesinden karşılansın." anlamına gelmektedir.

15 Bazı özel hastaneler ise salgını fırsata dönüştürmeye çalışmakta, COVİD-19'lu hasta bakmayıp, temiz hastane olduklarını belirten reklamlar yaparak diğer hastanelerin "müşteri"lerini kapmaya çalışmaktadır.

16 Covid-19 pandemisinin daha başlangıcında özel hastanelerin içine düştüğü bu yetmezlik ve acizlik durumu yıllardır kamu kaynaklarıyla beslenerek büyütülen özel hastanecilik sisteminin Türkiye'nin ihtiyaçlarına cevap vermekten ne kadar uzak olduğunu; bütün itirazlarımıza rağmen uygulanan sağlıkta özelleştirme politikalarının toplum sağlığı için ne kadar zararlı olduğunu açık olarak göstermektedir.

Özetle; 02 Nisan 2020 günü itibarı ile İstanbul'daki özel hastanelerde Covid-19 pandemisiyle mücadelede büyük bir kaos ve yetmezlik yaşanmaktadır ve bu durumdan çıkılabilmesi için aşağıdaki önlemlerin hızla hayata geçirilmesi gerekmektedir:

1 Dünyada ve Türkiye'de Covid-2019 pandemisine karşı yürütülen mücadelenin insanlık için ne kadar hayati olduğu, ister kamu ister özel hastane olsun her bir sağlık kurumuna ne kadar çok ihtiyaç duyulduğu açıktır. Bu süreçte özel hastanecilik sisteminden kaynaklanan zaaflar ve yetmezliklere tahammül edilemez.

2 Covid-19 pandemisiyle mücadele için bütün özel sağlık kuruluşları hızla kamu kontrolüne geçirilmeli, yurttaşların sağlık hizmetlerine erişimi istisnasız ve ön koşulsuz bütünüyle parasız olmalıdır.

3 Pandemi hastanesi olarak ilan edilen özel hastaneler pandemi süresince gerekli standartlara sahip olup olmadıkları ve organizasyon yönünden Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenmelidir.

4 Özel hastanelerin yoğun bakım odaları, yatakları ve yoğun bakım ekipmanları gözden geçirilerek gerçek bir envanter çıkarılmalı, eksiklikler Sağlık Bakanlığı tarafından hızla giderilmelidir.

5 Özel hastanelerdeki hekimlerin, sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu ekipman eksiklikleri Sağlık Bakanlığı tarafından hızla giderilmelidir.

6 Test yapılması ve sonuçlarının takibi için kaynakların doğru ve yerinde kullanılacağı gerçekçi ve bilimsel bir akış şeması hazırlanmalı, sonuçlar şeffaf olarak ve hızlı bir şekilde hastanın doktoruna iletilmelidir.

7 Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Uygulama Tebliğinde yapacağı bir ekleme ile bedeli gerçekçi biçimde belirlenecek COVİD-19 paketi oluşturmalı; 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda yapılacak değişiklikle olası/şüpheli vakalar da dahil olmak üzere COVİD-19'lu hastalardan özel hastaneler tarafından ilave ücret alınması engellenmelidir.

8 Hekimlerin özel hastanelerde muvazaalı şekilde, şirket üzerinden veya serbest meslek makbuz keserek çalışmaya zorlanması uygulamasından vazgeçilmeli, özel hastanelerde çalışan bütün hekimler 4857 sayılı İş Kanuna tabii 4-a çalışan olarak kadroya geçirilmelidir.

9 Bu süreçte özel hastane hekimlerinden isteyenlerin kamu sağlık kurumlarına geçişine izin verilmelidir.

10 Özel hastanelerde çalışan hekimlerin gelirleri kamuda çalışan hekimlere sağlandığına benzer şekilde ve düzeyde garanti altına alınmalıdır.

11 COVİD-19 dışı hastalıklar için hastaneye başvuruların azalması ve böylece elektif işlemlerin ertelenmesi nedeniyle yaşanan ciro kayıpları bahane edilerek hekimlerin, sağlık çalışanlarının ücretsiz izne çıkarılması, işten çıkarılması yasaklanmalıdır.

12 Ülkemizin bu süreçte ister kamu ister özel olsun her bir sağlık kurumuna, her bir hastane yatağına ne kadar çok ihtiyacı olduğu açıktır. Hiçbir özel hastanenin "batmasına" seyirci kalınmamalı, her ne sebeple olursa olsun kapanma durumuna gelecek özel hastaneler derhal Sağlık Bakanlığı tarafından devralınmalı, bütün çalışanları Bakanlık kadrosuna geçirilmelidir.

Sonuç olarak; dünyada ve Türkiye'de Covid-19 pandemisine karşı yürütülen mücadele sağlığın kamusal bir hizmet olmasının ne kadar hayati olduğu ve piyasanın vahşi koşullarına terk edilemeyeceğini bir kez daha bütün çıplaklığıyla göstermiştir.

Bu süreçte ülkemizin gerçekleriyle hiçbir şekilde bağdaşmadığı halde Dünya Bankası, IMF tarafından dayatılan ve tamamen ideolojik, politik saiklerle uygulanan özelleştirmeci "Sağlık Reformu" politikalardan vazgeçilerek kamucu sağlık politikalarına dönülmeli; Türkiye ve İstanbul'daki özel hastaneler de bu perspektifle değerlendirilip faydalanılmalıdır.

Birinci Basamak Raporu

İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu

İstanbul Tabip Odası (İTO) olarak Covid-19 pandemisi sürecinde İstanbul'daki sağlık hizmetlerinin durumuyla ilgili raporlarımızı açıklamaya devam ediyoruz. İlk olarak, 30 Mart 2020 tarihinde "Korona Günlerinde İstanbul'da Sağlık-1/Kamu Hastaneleri Raporu"nu (https://www.istabip.org.tr/koronavirus/Haberler/5620/korona-gunlerinde-istanbul-da-saglik-1-kamu-hastaneleri-raporu), sonra, 02 Nisan 2020'de "Korona Gunlerinde İstanbul'da Saglik-2/Ozel Hastaneler Raporu"nu yayınlamıştık. https://www.istabip.org.tr/koronavirus/Haberler/5643/korona-gunlerinde-istanbul-da-saglik-2-ozel-hastaneler-raporu

Bu raporumuzda İstanbul'daki Aile Sağlığı Merkezleri (ASM'ler), İlçe Sağlık Müdürlükleri (İSM'ler); Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin (BBSH) durumunu ele alacağız. (İşyeri hekimlikleriyle ilgili raporumuz önümüzdeki günlerde yayınlanacaktır.)

Öncelikle, Türkiye'de 1960 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunuyla bölge tabanlı (bulunduğu bölgedeki bütün nüfusa bütüncül hizmet veren), ekip çalışmasına dayalı Sağlık Ocakları sisteminin ne yazık ki AKP Hükümetlerinin uyguladığı Sağlık "Reformu" ile tasfiye edilmiş ve yerine listeye dayalı (isteyenin istediği bölgedeki aile hekimi listesine kayıt yaptırabildiği), kişisel koruyucu ve tedavi edici hizmetler ile koruyucu sağlık hizmetlerinin birbirinden ayrıldığı, ekip hizmeti anlayışının yok edildiği, taşeronlaştırılmış Aile Hekimliği sistemine geçildiğini hatırlatmak isteriz.

Bu arka zeminde, İstanbul'daki BBSH ile ilgili bu süreçte derlediğimiz bilgiler ve gözlemlerimize dair öne çıkan tespitler:

1 İstanbul'daki kamu ve özel hastanelerde olduğu gibi BBSH de pandemi sürecine hazırlıksız yakalanmıştır. BBSH birimlerinde görülen maske, önlük, eldiven, vb kişisel koruyucu donanım eksikliği bu hazırlıksızlığın görünen yüzüdür. Asıl olan ise organizasyonel hazırlıksızlık durumudur.

2 Aile hekimliği sistemine geçilmesiyle birlikte ekip hizmeti anlayışının yok edilmesi, sevk sisteminin kurulmaması, bölgesel taban yerine listeye dayalı olması, BBSH'nin ASM-İSM olarak ikiye ayrılması, mevcut sistemin COVİD-19 pandemisinde tıkanmasına ve yetersiz kalmasına yol açmıştır.

3 İstanbul'da 4.500'ü aile hekimi, 4.200'ü aile sağlığı çalışanı olmak üzere toplam yaklaşık 11.000 sağlık çalışanı yaklaşık 1.200 ASM'de çalışmakta olup birçok ASM eski binalarda, apartman dairelerinde, bodrum katlarında, boş dükkanlarda, prefabriklerde hizmet vermektedir.

4 İstanbul'daki ASM'lerde bugüne kadar yaklaşık olarak otuzu aile hekimi olmak üzere altmış sağlık çalışanında COVİD-19 pozitifliği saptanmıştır. COVİD-19 tanısıyla tedavi gören, rapor verilen, karantinaya alınan aile hekimlerinin ücretleri Sağlık Bakanlığı tarafından kesilmektedir.

5 ASM'ler pandemi sürecinde bir yandan poliklinik, aşılama, gebe ve çocuk takibi, sürücü, sporcu, evlilik, vb. raporları gibi rutin işlerine devam etmekte, bir yandan da COVİD-19 hastalarının başvurularını kabul etmektedirler.

6 İSM'ler ise bu süreçte olağan görevlerinin yanı sıra COVİD-19 testi pozitif çıkanlar için filyasyon (saha incelemesi) çalışması, ev ziyaretleri yaparak vaka temaslıları izlemek, test için örnekler almak, şüpheli vakaların evlerinde izole olup olmadıklarını kontrol etmek, karantina altına alınanların sağlık izlemlerini yapmak, ayaktan tedavi gören COVİD-19 hastalarına ilaçlarını ulaştırmak, vb. işlerle görevlendirilmişlerdir.

7 Sağlık Bakanlığı COVİD-19 vakalarının hangi ilçelerde ve semtlerde yoğunlaştığı, karantina, temaslı kişiler, test yapılan, yatan ve ayaktan tedavi gören hastalar konusunda şeffaf olmadığı için aile hekimleri hizmet verdikleri nüfusa dair yeterince bilgi sahibi olamamaktadır.

8 ASM'lerin cari harcamaları Sağlık Bakanlığı tarafından değil aile

hekimleri tarafından yapılmakta, Bakanlık bunun karşılığında aile hekimlerine "cari gider" adı altında ödeme yapmaktadır. ASM'lerin kişisel koruyucu donanım ihtiyacı bu gerekçeyle İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından üstlenilmemiş, pandemi sürecinde aile hekimleri bu malzemeleri piyasadan kendileri temin etmek durumunda kalmışlardır.

9 ASM'lere gelen hastalara triyaj uygulanması, el dezenfeksiyonu kullandırılması ve maske takılması önerilirken, ekipman ve malzeme eksikliğinden tam olarak yerine getirilememektedir.

10 ASM'lerde poliklinik hizmetleri, bebeklerin aşı ve izlemleri ile gebelerin takip ve tetkikleri hala randevusuz olarak yapılmakta, bu durum da ASM'lere gelenlerin COVİD-19'lu hastalarla temasına ve enfekte olmalarına yol açma riski taşımaktadır.

11 Şüpheli vakaların yönlendirilmesi ve 112'lerin ASM'lere gelişlerinde sorunlar yaşanmakta, hastalar saatlerce burada bekletilmek zorunda bırakılmaktadır. ASM'lerin dezenfeksiyonları düzenli olarak yapılmamaktadır.

12 İSM'ler tarafından yürütülen filyasyon ve evde bakım hizmetleriyle aile hekimlerine kayıtlı kişileri ve hastaları hakkında bilgi verilmemekte, bir koordinasyon eksikliği göze çarpmaktadır.

13 İstanbul'daki BBSH'nde çalışan hekimlerin, sağlık çalışanlarının COVİD-19 testleri yeterli ve düzenli olarak yapılmamaktadır.

Özetle; 06 Nisan 2020 günü itibarı ile İstanbul'daki BBSH'nde COVİD-19 pandemisiyle mücadelede büyük bir kaos ve yetmezlik yaşanmaktadır ve bu durumdan çıkılabilmesi için aşağıdaki önlemlerin hızla hayata geçirilmesi gerekmektedir:

1 BBSH'nin pandemide etkin olarak yer alabilmesi için ASM-İSM ayrımına son verilmeli; aile hekimliği sisteminden bir an önce vazgeçilerek hızla bölge tabanlı, bölgesindeki hiçbir yurttaşı kapsamı dışında bırakmayan, hizmetin bütüncül olarak sunulduğu, ekip hizmetine dayanan sisteme geçilmelidir.

2 BBSH çalışanları için ihtiyaç duyulan kişisel koruyucu ekipman talepleri zamanında, eksiksiz ve kesintisiz karşılanmalıdır.

3 BBSH çalışanlarının COVİD-19'dan korunması için her türlü tedbir alınmalı, çalışanlara belli aralıklarla COVİD-19 tanı testi uygulanmalı, hastalanan sağlık çalışanları hiçbir özlük kaybına uğratılmamalıdır.

4 ASM'lerde triyaj titizlikle uygulanmalı; ateşli ve öksüren hastalar giriş kapısına yakın bir odada muayene edilerek, ASM'de dolaşmalarına izin verilmemelidir. Bekleme salonlarında hastaların sosyal mesafeyi koruyarak oturmaları için önlem alınmalıdır.

5 Aile hekimliğinde cari gider uygulaması kaldırılmalı, ASM'lerin tüm binaları ile başta kişisel koruyucu donanımlar olmak üzere bütün ekipmanları ve ihtiyaçları Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmalıdır.

6 Sağlık Bakanlığı COVİD-19 vakalarının hangi ilçelerde ve semtlerde yoğunlaştığı, karantina, temaslı kişiler, test yapılan, yatan ve ayaktan tedavi gören hastalar konusunda şeffaf olmalı, hastaların kayıtlı oldukları aile hekimlerine konu ile ilgili bilgi verilmelidir.

7 İSM'lerde filyasyon çalışmaları için yeterli sayıda ekip oluşturulmalı ve sahada çalışan ekiplerin her türlü kişisel koruyucu ekipmanları karşılanmalıdır.

8 ASM'lerde sürücü, spor, evlilik vb. raporların verilmesi, özel durumlar dışında laboratuvar ve enjeksiyon yapılması, kronik hastalıklar ve kullanımı zorunlu ilaçlar dışında RPT için ASM'lere gelişin durdurulması gereklidir.

9 Bebekler aşı ve izlemleri, gebeler tetkik ve takipleri için randevu verilerek çağrılmalı, öncelik tanınmalı, işlemleri bittikten sonra hızla ASM'yi terketmeleri sağlanmalıdır.

10 İlçe Sağlık Müdürlükleri ve 112 arasında koordinasyon sağlanmalı, şüpheli/ olası covid 19 vakaları bekletilmeden hastanelere sevki yapılmalıdır.

11 ASM ve İSM'lerin dezenfeksiyonları düzenli ve periyodik olarak mümkün olduğunca sık yapılmalıdır.

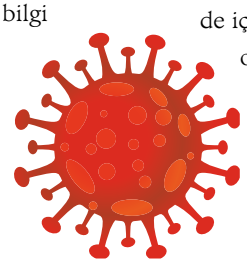
12 ASM'lerde esnek mesai kaldırılmalı, Cumhurbaşkanlığı (2020/4) genelgesindeki dönüşümlü çalışma biçimi uygulanmaya başlanmalıdır.

13 ASM ve İSM'lerde afiş ve broşürler, videolar ile COVİD-19'la ilgili halka yönelik bilgilendirme yapılmalıdır.

14 Sağlık Bakanlığı'nın açıkladığı ücret artışından aile hekimleri ve çalışanları da yararlandırılmalıdır.

15 Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulunda ve illerdeki Pandemi Kurullarında BBSH ve meslek örgütü temsilcileri yer almalıdır.

Sonuç olarak; COVİD-19 pandemisi on yıldır uygulanan aile hekimliği sisteminin salgın hastalıklarla mücadelede için uygun olmadığını açık olarak göstermiştir.



Oysa dünya deneyimlerinden bölge tabanlı ekip çalışmasına dayanan iyi işleyen bir BBSH sunumu ve organizasyonunun varlığının salgın hastalıkların kontrolünde fevkalade yararlı işlev gördüğünün altını çizmek isteriz.

COVİD-19 pandemisi ile mücadele edebilmek için Türkiye'nin vakit kaybetmeksizin BBSH'ni gözden geçirmesi gerekmektedir.

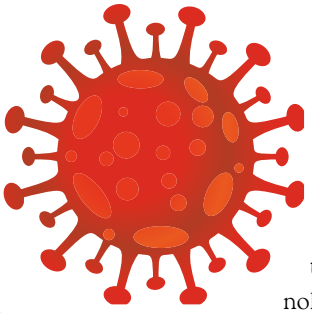
İşçi Sağlığı İşyeri Hekimliği Raporu

İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu

İstanbul Tabip Odası (İTO) olarak Covid-19 pandemisi sürecinde İstanbul'daki sağlık hizmetlerinin durumuyla ilgili raporlarımızı açıklamaya devam ediyoruz. 30 Mart 2020 tarihinde "Korona Günlerinde İstanbul'da Sağlık-1/Kamu Hastaneleri Raporu"muzu, (https://www.istabip.org.tr/koronavirus/Haberler/5620/korona-gunlerinde-istanbul-da-saglik-1-kamu-hastaneleri-raporu), 02 Nisan 2020'de "Korona Günlerinde İstanbul'da Sağlık-2/Özel Hastaneler Raporu"muzu (https://www.istabip.org.tr/koronavirus/Haberler/5643/korona-gunlerinde-istanbul-da-saglik-2-ozel-hastaneler-raporu), 06 Nisan 2020'de "Korona Günlerinde İstanbul'da Sağlık-3 Birinci Basamak Raporu"muzu (https://www.istabip.org.tr/koronavirus/Haberler/5665/korona-gunlerinde-istanbul-da-saglik-3-birinci-basamak-raporu) yayınlamıştık.

Bu raporumuzda İstanbul'daki İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği (İSYH) alanındaki durumu ele alacağız.

Öncelikle İzmir'de Covid-19 nedeniyle hayatını kaybeden işyeri hekimi meslektaşımız Dr. Muharrem İdiz'i saygıyla, sevgiyle anıyoruz.



Bilindiği gibi, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu aradan sekiz yıl geçmesine rağmen defalarca ötelenmiş ve hala tüm işyerlerini kapsayacak noktaya gelmemiştir. Buna bağlı olarak işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı olmayan çok sayıda işyeri bulunmaktadır. Öte yandan aynı yasayla işyeri hekimliği alanı piyasaya açılmış ve "Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri (OSGB)" aracılığıyla taşeronlaştırılmış, işyeri hekimlerinin büyük çoğunluğu OSGB'lerde çalışmaya zorlanmıştır.

Bu çerçevede İstanbul'daki İSİYH alanından bu süreçte derlediğimiz bilgiler ve gözlemlerimize dair öne çıkan tespitler:

1 İstanbul 'da bulunan binlerce işyerinde üretim ve çalışma hayatı devam etmektedir. Her gün yüz binlerce işçi işyerlerine gitmekte, çalışmaya devam etmekte ve yollarda olmaktadır.

2 İstanbul'da salgının dördüncü haftası biterken toplumsal hareketliliğin kısıtlanmaması, "üretmeye mecburuz" anlayışıyla işyerlerinde çalışmanın durdurulmaması özellikle büyük işyerlerinde çok sayıda işçinin hastalanmasına, salgının yayılmasına sebep olmaktadır. Her gün fabrikalardan hastalanan, temaslı olan, işi bırakmak isteyen, buna rağmen zorla çalıştırılan işçilerin haberlerini almaktayız.

3 Herkese "Evde kal" çağrısı yapılır, çeşitli gruplara sıkı kurallar ve yasaklar getirilirken emekçiler montaj hatlarında, üretim bantlarında dip dibe çalışmaya zorlanmakta, ekonomiyi yönetenlerse ne patronlara yaptıkları gibi mali destek sağlamakta ne de emekçilerin hastalık riskini azaltacak önlemleri almaktadır.

4 İşçiler işyerlerine servis, minibüs, metrobüs, metro, otobüs ya da diğer toplu ulaşım araçlarıyla gidip gelmekte, yakın temas engellenmesi zorlaşmakta ve fiziksel mesafe korunamamaktadır. Servisler ve toplu taşıma araçları bulaş yolu olarak büyük risk teşkil etmektedir.

5 İSİYH alanında çalışan işyeri hekimleri, iş güvenliği uzmanları ve diğer sağlık personeli açısından da durum son derece zordur.

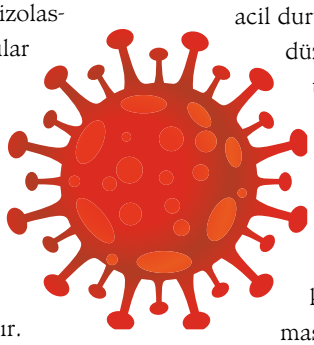
6 Pandemi gibi acil ve hızlı karar alınması gereken durumda işyeri hekimlerinin hem işveren hem OSGB patronlarıyla muhatap olması, kimden neyi, ne kadar talep edeceği konusunda karmaşa oluşturmaktadır.

7 İşyeri hekimlerinin OSGB üzerinden hizmet verdikleri, çoğunlukla uygun revir, muayene ortamı bulunmayan; maske, önlük, eldiven gibi kişisel koruyucu ekipman, dezenfektan bulmanın bile zor olduğu çok sayıda küçük işyerinde genel durum tam gün işyeri hekimi çalışan büyük ve kurumsal şirketlerden daha da kötüdür.

8 Gerek üretime ara veren işyerleri gerekse OSGB'ler işyeri hekimlerini ücretsiz izne çıkararak mağduriyetlerine neden olmaktadır, çalışmaya devam eden işyerlerinde pandemiyle ilgili gerekli tedbirlerin alınmaması özellikle ileri yaşta ve kronik hastalıkları olan çok sayıda meslektaşımız için büyük risk oluşturmaktadır.

9 Birinci basamak sağlık hizmet sunumu parçalandığından aile sağlığı merkezleri, İlçe Sağlık Müdürlükleri ve işyeri hekimleri arasında koordinasyon ve işbirliği yapılamamakta, işyerlerinde COVİD-19'lu işçilerin ve birlikte çalıştıkları temaslıların izolasyonu konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır.

10 İşyeri hekimlerinin sadece iki gün istirahat verme yetkisi bu süreçte uygulamada ciddi problem oluşturmaktadır.



Özetle; 09 Nisan 2020 günü itibarı COVİD-19 pandemisiyle mücadele sürecinde İstanbul'da İSİYH alanında ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır ve bu durumdan çıkılabilmesi için aşağıdaki önlemlerin hızla hayata geçirilmesi gerekmektedir:

1 Öncelikle temel, zorunlu ve acil mal ve hizmet üreten işler dışında bütün işlerde salgın süresince çalışma acilen durdurulmalı, işten çıkarmalar yasaklanmalı, çalışanlara ücretli izin verilmeli ve işsizler için ise koşulsuz işsizlik maaşı ödenmelidir.

2 Faaliyetine devam eden işyerlerinde çalışma saatleri ve vardiya sıklıkları azaltılmalı, fiziksel mesafeyi sağlamak için uygun çalışma modelleri geliştirilmeli, yürütülen faaliyetler ve çalışma organizasyonu rehberler doğrultusunda çalışanların maruziyetini engelleyecek şekilde düzenlenmelidir.

3 İşyerinde bağışıklık sistemi hastalığı, diyabet, kalp ve damar hastalıkları, akciğer hastalığı gibi riskli çalışanlar, hamileler, yasal süt izni kullananlar, engelliler, 60 yaş ve üzerinde olanlar salgın süresince idari izinli sayılmalıdır.

4 Her türlü iş seyahati durdurulmalı, toplantılar kısıtlanmalı, eğitimler mümkünse ertelenmeli veya digital ortamlarda verilmeli, yurtdışından gelenlerin 14 gün boyunca işyerine gelmemesi, gerekiyorsa evden çalışması sağlanmalıdır.

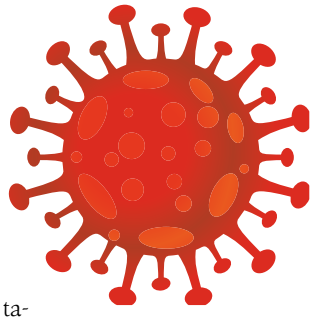
5 Pandemi süresince İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları aktif çalışmalı, işyerlerinde risk değerlendirmesi ve acil durum planları yapılmalı ve düzenli olarak yenilenmeli, tüm çalışanlara COVİD-19 pandemisi bilgilendirmesi ve eğitimi yapılmalıdır.

6 Servis araçlarının sayıları arttırılarak kişilerin aralıklı oturması, maske takması sağlanmalı ve sık temas edilen yüzeyler başta olmak üzere hijyenle ilgili önlemler alınmalıdır.

7 İşyerlerinde dezenfeksiyon işlemleri titizlikle yapılmalı, bütün işçilere uygun kişisel koruyucular sağlanmalıdır.

8 İşyeri yemekhanelerinde azami hijyen ve uygun termal konfor şartları ve yemek saatlerinde yapılacak düzenlemelerle aralıklı oturma sağlanmalıdır.

9 İşyerlerinde COVİD-19 pozitif çıkan çalışanların ve birlikte çalıştığı kişilerin eve gönderilmesi, evde izolasyonu gibi konularda çıkan sorunları aşmak için pandemi nedeniyle aile hekimlerine tanınan 14 gün rapor verme yetkisi işyeri hekimlerine de tanınmalı, bunun yanında İlçe Sağlık Müdürlükleri tarafından birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarının işyeri hekimleriyle koordineli çalışması sağlanmalıdır.



10 İşyeri hekimlerinin çalışma mekanlarında da salgından korunma tedbirleri mutlaka alınmalı, dezenfeksiyon uygulaması ve kişisel koruyucular sağlanmalı, diğer tüm sağlık çalışanlarına olduğu gibi işyeri hekimlerine de olası şüpheli durumlarda test yapılmalıdır.

11 Bizatihi işyeri hekimleri de dahil olmak üzere işyerlerinde saptanan COVİD-19 vakalarının iş kazası ve/veya meslek hastalığı olduğu göz önüne alınarak gerekli bildirimler aksatılmaksızın yapılmalıdır.

Sonuç olarak; İstanbul'da salgının dördüncü haftası biterken özellikle büyük işyerlerinde birden fazla çalışanın hastalanmasına, salgının yayılmasına yol açtığı halde hala işyerlerinde çalışmanın durdurulmaması Türkiye işçi sınıfının sağlığını göz göre göre tehlikeye atmakta; "Hepimiz aynı gemideyiz" söyleminin tersine pandemi sürecinin sınıfsal boyutunu açık olarak ortaya koymaktadır.

Oysa, neoliberal dogmaların aksine temel, zorunlu ve acil mal ve hizmet üretilenler dışındaki bütün işler durdurulabilir, işten çıkarmalar yasaklanabilir ve herkesin geçimi güvence altına alınabilir. Bunun önündeki tek engel kapitalistlerin kâr hırsıdır.

Oysa hiçbir şey insan sağlığından daha değerli değildir.

Bu süreçte İşçi Sağlığı ve İşyeri Hekimliği alanı bu perspektifle değerlendirilip gerekenler hızla hayata geçirilmelidir.

İhtiyacımız olan "ALGI Yönetimi" Değil "SALGIN Yönetimi"

Türkiye'nin gerçek bir pandemi mücadele programı var mı?

İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu

Türkiye'de ilk COVİD-19 vakasının tespit edildiğinin 11 Mart 2020'de açıklanmasının üzerinden bir ay geçti.

En son 11 Nisan 2020 tarihi itibarıyla Türkiye'de tespit edilen vaka sayısı 52.167, toplam vefat sayısı 1.101, Toplam Yoğun Bakım Hasta Sayısı 1.626, Toplam Entübe Hasta Sayısı 1.021 olarak açıklandı.

Peki, gerçekte neler oluyor, Türkiye'nin gerçek bir pandemi mücadele programı var mı?

Süreci ana hatlarıyla gözden geçirelim.

Koronavirüs ilk ortaya çıktığında Çin'deki vatandaşlar uçakla getirilip muayene ve tetkiklerinde hastalık tespit edilmediği halde, yapılması gerektiği gibi 14 gün karantina uygulanmışken, daha sonra Umreden gelen vatandaşlar önce hiçbir tedbir alınmadan evlerine gönderildi, sonra olay kamuoyuna yansıyınca alelacele karantinaya alındılar.

Sağlık Bakanlığı sürecin başından beri şeffaf bir yönetim tarzı sergilemedi, kamuoyu eski bir kuvvet komutanının COVİD-19 nedeniyle hayatını kaybettiğini bile ancak bir gazeteciden öğrenebildi.

Meslek örgütümüz ve toplumun bütün ısrarlarına rağmen PCR testlerinin yaygınlaştırılmasından kaçınıldı, test sayıları kamuoyundan gelen talepler karşısında arttırılsa da hala da yeterli sayıda yapılmıyor.

Keza, Sağlık Bakanı bütün ısrarlı çağrılara rağmen, sadece birkaç kez bazı rakamlar, tablolar açıklamak dışında, COVİD-19 vakalarının bölgesel dağılımını hekimlerle, sağlıkçılarla, toplumla paylaşmıyor.

PCR testlerinin yalancı negatifliğinin yüksek olduğunun açık olarak ortaya çıkmasına, hastanelerde Koronavirüs tedavisi gören hastaların büyük çoğunluğunda PCR testi pozitif olmamasına rağmen bu hastalar ve vefatlar resmi açıklamalarda yok sayılıyor.

Vakaların yaklaşık yüzde altmışının İstanbul'da geçtiği ilk vakaların görülmesinden itibaren bilinmesine rağmen İstanbul için hiçbir özel önlem alınmadı, İstanbul'a giriş çıkış bile yasaklanmadı.

Önce 65 yaş üstü, daha sonra da 20 yaş altına sokağa çıkma yasağı getirilmesine rağmen toplumsal muhalefetin bütün ısrarlarına karşın "temel, zorunlu ve acil mal ve hizmet üretenler dışındaki" işler hala durdurulmadı.

Pandemiyle mücadele için bütün kamu kurumlarının koordinasyon içinde çalışması zorunluyken özellikle muhalefetin elinde olan belediyelerle işbirliğinden kaçınılıyor, bu belediyelerin yapmaya çalıştığı faaliyetler engelleniyor.

İstanbul'daki hastanelerde son dört haftadır yaşanan tablo Çin'de ilk vakaların görülmesinden sonraki iki buçuk ay süresince gerekli hazırlığın yapılmadığını; özellikle ilk günlerde yaşanan maske, önlük, eldiven gibi kişisel koruyucu malzeme eksikliği asıl meselenin organizasyon eksikliği olduğunu açık olarak gösterdi.

Toplu yerlerde maske takma zorunluluğu getirilmesine, maskelerin parayla satışı yasaklanmasına rağmen vatandaşlara maske dağıtımının nasıl olacağı hala belli olmadı.

Koronavirüsün kuluçka süresinin 14 güne kadar uzayabildiği bilindiği halde 10 Nisan 2020 günü saat 22.00'de 31 ilde saat 24.00'ten başlayarak 2 gün sokağa çıkma yasağı ilan edileceği duyuruldu; insanlar panik halinde sokaklara çıkarak fiziksel mesafeyi korumadan uzun kuyruklar oluşturdu.

Netice olarak; Türkiye'deki Koronavirüs pandemisine karşı aklın, bilimin, modern tıbbın rehberliğinde bir mücadele yürütüldüğünü söylemek ne yazık ki mümkün değildir.

Süreci yöneten iktidar partisinin öncelikli hedefinin "her halükarda bir başarı hikayesi" yazmak olduğu anlaşılmaktadır.

Bu nedenle gereken önlemler gerektiği zamanda alınmamakta, ancak kamuoyu beklentisi yükselince, günlerce/haftalarca sonra plansız, programsız, aceleyle zoraki adımlar atılmaktadır. Ne var ki, aradan geçen sürede pandemi bir başka evreye tırmanmış olmakta ve bu durumda alınan önlemler etkili olamamaktadır.

Bunun adı "SALGIN Yönetimi"değil "ALGI Yönetimi"dir.

Türkiye'de COVİD-19 pandemisiyle etkili şekilde mücadele etmek için öncelikle bu zihniyetin aşılması gerekmektedir.

Meslektaşlarımıza, sağlık çalışanlarına ve kamuoyuna saygılarımızla duyuruz.

DOSYA

EDİTÖR: YASEMİN DEMİRCİ

KADIN

DOSYA İÇERİĞİ

18 KADIN EMEĞİ VE EKONOMİK ŞİDDET

20 KANAMAK YA DA KANAMAMAK İŞTE BÜTÜN MESELE BU!

22 KADIN CİNSELLİĞİNİ NE BELİRLER?

28 KÜRTAJ YASAK TANIMAZ

30 CİNSİYETÇİ DİL

33 RÖPORTAJ: KADIN HAREKETİNDE İÇİMİZDEN BİRİ PROF. DR. ŞAHİKA YÜKSEL

Kadın emeği ve ekonomik şiddet*

Suzan Saner**

> "Kadınlara yarı-zamanlı çalışsalar bile tam-zamanlı ücret ödenmelidir."
> (Ela Bhatt, SEWA)

Ekonomik haklar beslenme, barınma, sağlık, eğitim gibi temel gereksinimlerin karşılanabildiği insani bir yaşam düzeyine sahip olmakla ilgilidir. Kendi emek gücünü ilgilendiren kararlar alabilmeyi, insana yakışır bir işte sosyal güvenceye sahip olarak çalışırken ayrımcılığa uğramamayı, eşdeğerde işe eşit ücret almayı içerir. Ekonomik şiddet "insan"ın ekonomik haklarından mahrum bırakılmasıdır. Buradaki soyut "insan" genellikle heteroseksüel beyaz erkek olduğundan kadınların deneyimlerini insan hakları bakış açısına katmak önemlidir.

Kadınlara karşı şiddeti bir insan hakları ihlali olarak ele alan çalışmaların çoğu şiddetin fiziksel, cinsel, psikolojik belirtilerle açığa çıkma biçimlerine odaklanır. Ekonomik şiddet, kadınları bağımlı ve yoksul hale getiren yaygın bir şiddet türü olmasına, diğer şiddet türlerinin temelinde yer almasına rağmen tarihsel olarak az çalışılmış, ihmal edilmiştir.

İstanbul Sözleşmesi (2011) ekonomik şiddeti fiziksel, cinsel, psikolojik şiddet gibi "ev içi şiddet" türlerinden biri ve suç olarak tanımlar: Kadınlara ekonomik haklarıyla ilgili olarak zarar veren ya da verebilecek olan; tehdit, zorlama, ekonomik özgürlüğünden mahrum bırakma gibi her türlü davranıştır. Ekonomik durumun iyi olması kadının refah içinde yaşamasına neden olur ve şiddet görme oranı azalır diye düşünülebilir. Oysa feminist ters tepki hipotezi özgürlüğü ve statüsü artan kadınların şiddete uğrama oranının yükseldiğine dikkat çeker (Riger ve Krieglstein 2000).

Ruh sağlığı alanındaki çalışmalarda ekonomik şiddet, psikolojik şiddet kapsamında partner şiddetinin bir biçimi olarak ele alınır. DSÖ tarafından partner şiddeti pandemik boyutta; düşük, orta, yüksek gelir düzeyindeki tüm ülkelerde, kadınların yüzde 30-45'inin yaşadığı bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanıyor. COVİD-19 pandemisiyle birlikte kadınlara yönelik şiddetin arttığı ve büyüyen bir "gölge pandemi" olmaya devam ettiği bildiriliyor.

EKONOMİK ŞİDDET BİÇİMLERİ

Gerçekleştiği yere göre ekonomik şiddet; evde/aile ve akrabalık ilişkileri içinde ya da işyerinde/iş dünyasında görülebilir.

Evde ailenin gelirinden ve mirasından daha az yararlanma, sağlık hizmetlerine ve eğitime aynı hanedeki erkeklerden daha az ulaşma, aynı hane içinde daha kötü beslenme, çalışmanın engellenmesi ya da çalışmaya zorlanma, ziynet eşyası, para, banka kartının elinden alınması, para biriktirip mal sahibi olmanın engellenmesi, başlık parası veya mehir ile evlenmeye zorlanma, vb.

İşyerinde aşırı çalışıp az para ödenmesi, iş sözleşmesinin dışında karşılıksız çalıştırılma, terfi kanallarının kapalı tutulması, sigortasız ve her an işsiz kalma riskiyle çalışmak zorunda bırakılma, işyeri cinsel tacizi, kayıt dışı sektöre ve esnek, yarı zamanlı, ev eksenli çalışmaya itilme, sözleşmeyle ha-

* *21-23 Şubat 2020 tarihinde İzmir'de düzenlenen VI. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi'nde yapılan sunumdan kısaltılmıştır.*

** *Dr., İç Hastalıkları ve Psikiyatri Uzmanı*

milelikten men edilme, hamilelikte işten çıkarılma, vb. Kadınların deneyimlerine göre cinsiyetçi ayrımcı gelenek ve yasalar da ekonomik şiddet biçimleri arasındadır. Ekonomik şiddetin özgün niteliği, boşanma sonrasında da devam edebilmesi, bu nedenle durdurmanın daha zor olmasıdır. Türkiye'de boşanmış kadınlarda şiddet öyküsü yüzde 80, ortalama nafaka miktarı asgari ücretin 1/7'si kadar olup yükümlülerin yarısı tarafından hiç ödenmezken, kadınların ekonomik haklarına göz diken yasa tasarısı ekonomik şiddetin ta kendisi olarak nitelendirilmeli.

EKONOMİK ŞİDDETİN YAYGINLIĞI, GÖRÜNMEZLİĞİ VE NORMALLEŞTİRİLMESİ

Türkiye'de ekonomik şiddetin yaygınlığı yüzde 30-40 olup, kadınların tek başına ya da birisiyle ortak ev sahibi olma oranı yüzde 18; toprak ya da arsa sahibi olma oranı yüzde 9 (TNSA 2018). Cinsiyete dayalı ücret eşitsizliği oranı yüzde 20, lise altı eğitimlilerde bu oran yüzde 40'a kadar çıkar. Yönetici pozisyonunda kadın oranı yüzde 16, emekli maaş farkı yüzde 30 (TÜİK 2019).

Ekonomik hak ihlallerini cinsiyete göre ayrıştıran en önemli konu ise ev içi ücretsiz, "görünmeyen" bakım emeğidir. Kapitalist patriyarka kadınların önüne "Çocuk da yaparım kariyer de" diyen bir "süper" kadın idolü koyar. Ekonomik şiddet, kadınların zaman yoksulu, bitmeyen mesaili "yaşam tarzı" içinde gizlenir. Ev içi şiddetle ilgili danışmanlık hizmeti alan 485 kadından oluşan bir örneklemde, partnerinin kendisinden para çaldığını bildirenlerin oranı yüzde 38'dir. Partner şiddetini normal kabul eden toplumsal cinsiyet normları, damgalanma ve utancı hayatta kalan kadınlara empoze eder. Partner şiddetinin "normal" olduğunu reddeden kadınların bile güçlü sosyal normlar nedeniyle eyleme geçmesi zor olur, bu kısıtlılıklar bildirim oranlarının düşüklüğünü ve güvenilmez prevalans tahminlerini devam ettirir.

EKONOMİK ŞİDDETİN SONUÇLARI

Kadınların yoksulluğu; günde 18 saatin üzerinde çalışıp kendini ve çocuğunu beslemeye yetecek kadar kazanmamaktır. Bazen de evliliğinde yıllarca arkadaşlarına çay ısmarlayacak parasının olmamasıdır. Kadınların geçim kaynaklarına bağımsız erişimi azaldıkça yoksulluk derinleşir. Yoksulluğun ekonomik bağımlılık yaratması istismarcı ilişkiden çıkmayı zorlaştırır; yoksulluk ekonomik şiddetin hem nedeni hem de sonucudur.

Partner şiddetiyle ilişkili ruhsal hastalıklar en sık depresyon, kaygı, TSSB ve madde kullanım bozukluklarıdır. Ekonomik şiddet evde gerginlik ve çatışma dolu bir atmosfere neden olarak fiziksel şiddete sıçrayabilir. İş azlığı, küçük çocuklara ya da geniş aileye bakmanın ekonomik baskısı ve yetersiz eş desteği, kadınları cinsel baskılara karşı kırılgan hale getirir.

ÖNERİLER: KADINLARIN GÜÇLENMESİ VE PSİKOSOSYAL MÜDAHALE

Ekonomik İstismar Ölçeği'ni (Adams 2008) yanıtlayan kadınların "uyanma" tepkileri; üzüntü, öfke, kendini suçlama, rahatlama, hayal kırıklığı yelpazesinde değişse de adalet talebi ve psikososyal müdahale gereksinimi ortaktır.

"Kadın şiddet görüyorsa o ilişkiyi bitirebilir" düşüncesi toplumda yaygın bir mittir. Kadınların istismarcı ilişkide kalmalarının bir değil birçok farklı nedeni vardır: İstismarcılar ölümle tehdit eder (şiddet gören kadınların yarısı, ilişkiyi terk ettikten sonraki iki ay içinde öldürülüyor), tekrar tekrar pişman olduklarını ifade edip değişme sözü verirler. Ayrıca ekonomik bağımlılık; ailenin bir arada kalması gerektiğine dair kuvvetli inanç; toplumsal, dini, ailevi baskılar; çocuklarını kaybetme korkusu; göçmenlik ve sınır dışı edilmekle ilgili kaygılar sayılabilir.

Sağlık çalışanlarının kadınlara yönelik şiddete müdahale ederken sıklıkla tereddütler yaşar; bu konunun bir sağlık sorunu değil kişisel/ sosyal/ yasal sorun olduğu düşünülür. Her sağlık çalışanı, DSÖ ve Dünya Psikiyatri Birliği'nin kadınlara yönelik şiddete müdahale kılavuzunun temel ilkelerini (LIVES şeması) bilmeli ve uygulamaya hazır olmalıdır.

Sonuçta, ekonomik şiddetin normalleştirilip sorgulanmaması istismarcıları güçlendirir. Toplumsal cinsiyet eşitliğine kulak tıkayan, cinsiyetçi işbölümünü doğallaştıran politikalar, kadınların patriyarkayı içselleştirmesine zemin hazırlar. Ancak toplumsal cinsiyet eşitliği teşvik edilirse ekonomik şiddet norm olmaktan çıkabilir.

KAYNAKLAR

Adams AE, Sullivan CM, Bybee D, Greeson MR (2008) Development of the Scale of Economic Abuse. Violence Against Women, Vol. 14: 5; 563-588.

Chandan JS, Thomas T, Bradbury-Jones C, Russell R (2019) Female survivors of intimate partner violence and risk of depression, anxiety and serious mental illness. The British Journal of Psychiatry. doi: 10.1192/bjp.2019.124

Fawole OI (2008) Economic Violence To Women and Girls. Is It Receiving the Necessary Attention? Trauma, Violence, & Abuse, Vol. XX, No. X. Sage Publications. DOI: 10.1177/1524838008319255.

Riger S, Krieglstein M (2000) The impact of welfare reform on men's violence against Women. Am J Community Psychol. Oct; 28(5):631-47.

Stylianou AM (2018) Economic Abuse Within Intimate Partner Violence: A Review of the Literature. Violence and Victims, Vol 33; Issue 1, DOI: 10.1891/0886-6708.33.1.3

UN Women (2020) Violence against women and girls: the shadow pandemic. Erişim tarihi: 8.4.2020 https://www.unwomen.org/en/news/stories/2020/4/statement-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic

Kanamak ya da kanamamak İşte bütün mesele bu!

Irmak Saraç*

> Yeni başlayan bir dizide, evlendiği kadın ilk gecelerinde "kanamadığı" için olay çıkaran erkekle, başından geçen tecavüzü kocasından saklamak zorunda kalan kadını görünce neler hissediyoruz? "Modern" Türkiye'de yaşanan bu dramları, üçüncü sayfa haberlerinde değil, televizyon ekranlarında izliyoruz.

Yeni başlayan bir dizide, evlendiği kadın ilk gecelerinde "kanamadığı" için olay çıkaran erkekle, başından geçen tecavüzü kocasından saklamak zorunda kalan kadını görünce neler hissediyoruz? "Modern" Türkiye'de yaşanan bu dramları, üçüncü sayfa haberlerinde değil, televizyon ekranlarında izliyoruz. Üstelik, kadınların ilk birliktelik-lerinde kanama zorunluluğu pek öyle sınıfsal bir ayrım da göstermiyor. Sadece evlilik kurumu yoluyla bekaretin "bozulması" gerekliliğini dayatan ataerkil ahlakımıza dayanarak, erkek arkadaşlar bile evlenmeden önce birlikte oldukları kız arkadaşlarının "bakire" olmasını bekleyebiliyor.

Nedir bu bekaret, bakire olmak? İlk adım olarak ilkokul alışkanlığımızla sözlüğe bakarsak, TDK Güncel Sözlük'te bekaretin dört tanımından ikisinin kızlık ve saflık, doğallık, tazelik olduğunu görürüz. Bir anlamda da yaşanan cinsellik ile saflık ve bekaret aynı anda kayboluyor. Peki, kızlık ne anlama geliyor? Aynı sözlükte kızlığın tanımını, cinsel ilişkide bulunmamış bayanın durumu ve bir kadının evlenmeden önceki yaşantısıyla ilgili, o döneme ait, olarak okuyabiliriz. Bekaret yalnızca cinsel ilişkiyle değil evlilikle de alakalı. Aynı sözlükte bakirenin anlamı, cinsel ilişkide bulunmamış (dişi) olarak tanımlanır. Dikkat edilirse bu tanımların hiçbirinde himenden bahsedilmiyor. Başka bir deyişle, TDK Güncel Sözlüğü, bekareti cinsel ilişki ve onu evlilikle ilişkilendirse de himen ile ilişkilendirmiyor.

Peki bekaret sadece cinsel ilişkiyle ilgiliyse, himen ya da ona atfedilen ilk birleşmedeki kanama neden başrolü kapıyor? Her ne kadar dilimizdeki karşılığı kızlık zarı olsa da daha önce kullandığım ve sonrasında da kullanmaya devam edeceğim sözcük himen olacak. Bunun nedeni, zar sözcüğünün bir bariyeri ve dolayısıyla da cinsel birleşme sırasında "yırtılması" ya da "kanaması" gerek bir yapıyı çağrıştırıyor olması. Diğer bir nedeni de bu "yırtılmanın" penis tarafından yapıl-

* *Dr., Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı*

ması gerekliliği. Yani ortada bir zar var ve bunun penis tarafından evlendikten sonra "bozulması" gerekli. Ataerkil olduğu kadar heteroseksist de olan bu görüş, bir erkekle beraber olmamış bir lezbiyeni bakire kabul eder, ne de olsa ortada canlı bir penis yoktur. Bunun en güzel örneği herhalde 2004 yılında üniversite parasını karşılamak için Rosie Reid'in bekaretini satışa çıkarmasıdır. Aslında lezbiyen olan Rosie'nin daha önce yaşadığı cinsel deneyimler, vajenine bir penis girmemiş olduğu için yok sayılır. Rosie'nin sattığı ve açık arttırmada kazananın satın aldığı "bekaret" aslında bir kadının penis olmadan "kadın" olamayacağını savunan bu görüşün doğrulanmasından başka bir şey değildir.

Oysa, bekaretle bu kadar ilişkilendirilen himen denilen yapı 16. Yüzyıla kadar bilinmiyordu bile. Himen embriyolojik dönemde vajenin kanallaşması sonucunda oluşan ve vajenin dışarıya açılan kesiminde kalan küçük, esnek bir mukoza parçasıdır. Bilinen hiçbir işlevi yoktur. Nadiren ortaya çıkan ve soruna yol açan bozuklukları dışında varlığı ya da yokluğu hissedilemez. Himenin ortasında adet kanının da akmasını sağlayan açıklık, ergenliğe kadar yaş ilerledikçe büyür ve bu açıklığın boyutu kadınlar arasında değişkenlik gösterir. Himenin şekli de değişkendir. Yarım ay, halka şeklinde, saçaklı ya da delikli olabilir. Bazı himenler esnek olabileceği gibi bazıları dayanıklıdır. Himenle ilgili tedavi gerektirecek tek durum adet görmeyi de engelleyen tamamen kapalı olması koşuludur. Peki himen cinsel ilişkiye girilip girilmediğinin bir göstergesi olabilir mi? Bu sorunun yanıtının hayır olduğunu söyleyebilmek için doktor olmak gerekmez. Kadınların yarıya yakınında ilk cinsel birleşmede himende bir değişiklik ve dolayısıyla da kanama olmaz; çünkü himen zedelenmeyecek kadar esnek ya da ortadaki açıklık bir penisin geçişine izin verecek kadar geniş olabilir.

Tıbbi hiçbir önemi olmayan, cinselliğin ispatı için de hiçbir veri oluşturmayan himene atfedilen değer o kadar büyük ki, bu küçücük mukoza parçası kadının "namusunun" göstergesi olabiliyor. Bu nedenle babalar, abiler, amcalar, kocalar, erkek arkadaşlar, okul müdürleri, savcılar, hakimler, kadınlardan bekaretlerini ispat etmelerini talep edebiliyor. Her ne kadar 2004 yılında kabul edilen TCK'nın bu durum genital muayene olarak geçiyor ve yetkili savcı ve hakim kararı olmadan bu muayeneyi talep eden ve yapanlar hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezası istenebileceği belirtiliyor olsa da, günümüzde halen özel hastane ve muayenehanelerde yazılı rapor verilmeden himen muayenesi yapılmaya devam ediliyor. Bu korkuyla kadınlar himenlerini evlilik öncesinde "tamir ettirmeye" koşuyorlar. Piyasa ekonomisinin kurallarına göre talebin olduğu yerde arz oluşuyor ve himen tamiri pek çok kadın doğum uzmanının internet sayfalarında detaylı olarak anlatılıyor. Yetmiyor evlilik öncesi cinsel ilişkiyle beraber himen tamirinin de yasak olduğu çoğu Ortadoğu ve Afrika ülkelerinden gelen kadınlara hizmet veren bir tür sağlık turizmine dönüşüyor. Sinirsel bir uyarıya sahip olmadığı için kadının cinsel ilişki sırasında aldığı zevkle hiçbir ilişkisi olmayan himen erkekler için bir fantezi nesnesi olarak da pazarlanıyor, erkeklere eşlerine özel günlerde "kızlık zarı" hediye etmeleri öneriliyor.

Varlık değerini ataerkil sistemin kadın bedeni ve cinselliğinin denetim altında tutma çabasından alan ve kadın bedeninde hiçbir fizyolojik görevi olmayan bu yapı hakkında yazmak ve konuşmak ona atfedilen önemi arttırmaya ya da "namus" görevini öne çıkarmaya neden olur mu? Bu durumda hiç bahsetmemek mi daha doğru? Elbette, kadınlar konuşmaya ve yazmaya devam edecekler. Çünkü sadece Türkiye'de değil dünyanın başka yerlerinde de kadınlar bu sebeple öldürülüyor. Çünkü sadece Türkiye'de değil dünyanın başka yerlerinde de kadınlar suçlanmamak, damgalanmamak, öldürülmemek için bazen kendi sağlıklarını bile tehlikeye atarak bunu "tamir ettirmeye" uğraşıyorlar. Çünkü sadece Türkiye'de değil dünyanın başka yerlerinde de kadınlar bekaret muayenesi korkusundan intihar ediyor. Çünkü bu küçücük parça bir fantezi nesnesi olarak pazarlanıp önemine önem katılıyor. Kadınlar himen konusunda yazmaya, konuşmaya ve mücadele etmeye kendi bedenleri üzerindeki denetimi ele geçirinceye kadar devam edecekler...

“Bekaretle bu kadar ilişkilendirilen himen denilen yapı 16. Yüzyıla kadar bilinmiyordu bile. Himen embriyolojik dönemde vajenin kanallaşması sonucunda oluşan ve vajenin dışarıya açılan kesiminde kalan küçük, esnek bir mukoza parçasıdır. Bilinen hiçbir işlevi yoktur.”

Kadın cinselliğini ne belirler?

Aytül Tükel*

> Kadın cinselliğini kültür, politika, yetiştiriliş biçimi, yaşam dönemleri, biyoloji, hastalıklardan salgınlara kadar birçok şey belirler. Cinselliğin baskılandığı, cinsellikle ilgili eğitimin verilmediği, cinselliğin ayıp ve günah olarak tanımlandığı muhafazakar toplumlarda kadın cinselliği olumsuz etkilenmektedir.

Kadın cinselliğini ne belirlemez ki? Kadın cinselliğini kültür, politika, yetiştiriliş biçimi, yaşam dönemleri, biyoloji, hastalıklardan salgınlara kadar birçok şey belirler.

Özellikle cinselliğin baskılandığı, cinsellikle ilgili eğitimin verilmediği, cinselliğin ayıp ve günah olarak tanımlandığı muhafazakar toplumlarda kadın cinselliği olumsuz etkilenmektedir. Muhafazakar, cinselliğin üreme amaçlı olmasını dayatan politikalar kadında cinselliğin keyifli, iyi bir şey olarak yaşanmasını engeller. Cinsel bilgilendirmenin yapılmadığı, cinsellikle ilgili her şeyin hayatın dışında tutulduğu, cinselliğin çok büyük ayıp ve günah kabul edildiği ortamlarda yetiştirilme; kadının cinsel kimliğini kabul etmeyen toplumlar, cinsel sorunların ortaya çıkışında oldukça etkilidir. Sosyal nedenler içinde sayılabilecek en önemli sorunlardan biri genel olarak toplumda cinsel eğitimin yetersizliğidir. Kadınların pek çoğu kendi cinselliklerinin farkında değillerdir. Cinselliğin nasıl olduğu, nasıl yaşandığı bazen çok ileri yaşlara kadar bilinmemekte, bunun sonucunda kadın kendi cinselliğini ve bedenini tanımamaktadır.

Bedensel hastalıklar, sürekli ilaç kullanımı, kadında hormonal değişikliklere neden olan doğal evreler (gebelik, menopoz vb.), depresyon ve kanser gibi sadece kişinin kendi sağlığı ile ilgili biyolojik nedenler de kadın cinselliğinin belirleyicileri arasında sayılabilir.

Bu yazıda, DSM-5'e göre kadınlarda görülen cinsel işlev bozukluklarından ve nedenlerinden bahsedip daha sonra da kadınların yaşam dönemleri ve cinselliğe yansımaları, ardından da kanser gibi hastalıklar ve günümüzün sorunu olan Covid-19 üzerinden salgınların cinselliğe yansımalarından bahsedeceğim.

DSM-5'e göre kadınlarda görülen cinsel işlev bozuklukları; cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, cinsel organlarda-pelviste ağrı/içe girme bozukluğu (vajinismus) olarak tanımlanır

CİNSEL ORGANLARDA-PELVİSTE AĞRI/İÇE GİRME BOZUKLUĞU (VAJİNİSMUS)

Vajinismus vajinaya giriş denendiğinde vajinanın dışa yakın kısmını çevreleyen kaslarda yineleyici ve sürekli bir biçimde istemsiz kasılmaların olması ve buna korku duygusunun, bedenin çeşitli bölgelerinde hatta tüm bedende kasılmaların olması, bacakların kapanması, titreme, çarpıntı, terleme, bulantı, kusma, fenalık hissi ve ağlamanın eşlik etmesidir.

DSM-5'e göre vajinismus ölçütleri şunlardır:

Aşağıdakilerin birinde (ya da daha çoğunda), sürekli ya da yineleyici güçlük çekme.

1. Birleşme sırasında vajinaya girme,
2. Vajinaya girme ya da girme girişimleri sırasında vulvovajinada ya da pelviste belirgin ağrı duyma,
3. Vajinaya girme eyleminin gerçekleşeceği beklenirken ya da vajinaya girme sırasında ya da girilmesinden ötürü, vulvavajinada ya da pelviste ağrı duymayla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma
4. Vajinaya girme girişimi sırasında pelvis tabanı kaslarını çok germe ya da sıkma.

Vajinismus halen ülkemizde oldukça sık görülmektedir. Türkiye'de cinsel sorunları saptamak amacıyla Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) tarafından yapılan toplumsal bir taramada, %54 kadının ilk birleşme denemesinde korku, acı hissi ve kaçınma davranışı tanımladıkları ve cinsel birleşmenin gerçekleşmediği saptanmıştır. Bu kadınların %17'sinin halen birleşemediği ya da birleşmede sorunlar tanımladığı tespit edilmiştir. Bu da çalışmaya katılan kadınların %7-8'inda vajinismus, ya da ağrılı cinsel birleşme olduğu sonucunu doğurur ki bu hiç de azımsanmayacak bir orandır.

Vajinismus, görülme sıklığı açısından kadın cinsel işlev bozuklukları arasında istek bozuklukları ve orgazm bozukluğundan sonra gelmesine rağmen, tedavi başvurusu açısından ilk sırada yer almaktadır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada, tamamlanamayan evlilikler sebebiyle cinsel işlev bozukluğu polikliniğine başvuran 449 vakada vajinismus %81 ile birinci, sertleşme bozukluğu %10.5 ile ikinci sırada yer

* *Dr., Psikiyatri Uzmanı, CETAD Başkan Yardımcısı*
Türk Tabipleri Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kollu Yürütme Kurulu Üyesi

almaktadır. Cinsel birleşmenin mümkün olmaması, çiftin çocuk sahibi olma isteği gibi nedenler tedaviye başvuru sıklığını artırmaktadır. (Özdemir ve ark. 2008)

Nedenleri: Cinsellikle ilgili yanlış inanışlar ve tabular vajinismus gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Ülkemizde çocukluktan kalma korkuların, bekâret kavramına verilen önemin, 'kızlık zarı' ve 'ilk gece' konusundaki yaygın yanlış inanışlarla pekişen kaygıların, geleneksel toplumlarda flörtöz ilişkilerin yaşanmasındaki zorluklar nedeniyle cinsel deneyimin aşamalı gelişmeyip doğrudan cinsel birleşme ile başlamasının vajinismus gelişmesinde etken olduğu söylenebilir. İlk gecenin 'korkunç' olduğu söylemleri, 'çok kan akacağı' hikâyeleri ile büyüyoruz. Nedense vajinal açıklık hep kara, çirkin deliğe benzetiliyor, kızlık zarı ise kalın duvara ya da örümcek ağına. Ülkemizde çocukluktan kalma korkular (bisiklete binmenin kızlık zarının bozulmasına neden olacağı söylemi gibi) etkili olmaktadır.

Toplumun cinselliğe bakışı temel etken gibi görünse de bazen vajinismuslu kadınlarda altta yatan farklı nedenler tabloyu ağırlaştırabilir. Geçmişteki cinsel tacizlerin etkilerine, çocukluktaki aile içi etkileşimler nedeniyle kadın rolünü benimsemekle ilgili zorluklara, gebe kalmakla ilgili kaygılara da rastlanabilir vajinismuslu kadınlarda. Heteroseksüel evliliğe zorlanan, eşcinsel kadınlar da da cinsel sorun vajinismus gibi karşımıza çıkabilmektedir. Cinsel eğitim yetersizliği vajinismusun nedenleri arasında en önemlilerindendir.

Vajinismuslu kadınların çoğu, kendi cinsel organlarının çok küçük ve anormal olduğunu, vajinanın ya da kızlık zarının bir duvar oluşturduğunu, erkek cinsel organının çok büyük olduğunu, çok acıtacağını, çok zarar vereceğini düşünürler.

Vajinismus, evrensel bir cinsel sorun mu yoksa kültüre bağlı bir sendrom mu sorusunu bize sorduruyor.

Bazı toplumlarda özellikle katı dinsel, ahlaki, geleneksel değerlerle yetişen bireylerin olduğu toplumlarda vajinismus daha sık görülüyor. Ama bir yandan da aynı toplumda yetiştiği halde vajinismus kadınların hepsinde değil bir kısmında görülüyor. 41 vajinismuslu kadınla yapılan çalışmada eğitim düzeyinin genel toplumun eğitim düzeyinden düşük değil, hatta aralarında lise ve üniversite mezunu oranının yüksek olduğu görülmüştür. (Gürbüz Tükel 2000) . Bu da toplumun genel eğitim düzeyinden bağımsız olarak cinsel eğitim düzeyinin yetersiz olduğunu bize göstermektedir.

Vajinismuslu çiftlerde özellikle din, mezhep veya etnik grup farklılıklarına bağlı olarak aileler tarafından onaylanmayan evliliklerin ve görücü usulü evliliklerin daha sık görüldüğünü söyleyebiliriz. Bazı vakalarda da birleşmeyi evliliğe bırakan uzun yıllar süren flört, aşk sonrası evlilikler yapılması rol oynamaktadır. Gindin'in, vajinismus yerine 'oluşamayan-kurulamayan bağ' tanımı bu çiftleri çok iyi tanımlar (Gindin 2002)

Vajinismuslu kadınlarda tekrarlayan cinsel birleşme başarısızlıkları kadında yetersizlik duygularına neden olur, eşinin terk edeceği duygularını harekete geçirir, bu da ikincil olarak depresyon gibi psikiyatrik hastalıkların görülmesine yol açabilir.

Cinsel eğitimin uygun verildiği, cinselliğin konuşulabildiği, çocukluk yaşlarından itibaren cinselliğin bir haz alma davranışı olarak kurgulanabildiği, kadının cinselliğine de değer verildiği toplumlarda vajinismusa daha az rastlanır. Cinselliğin pis, kötü, ahlaksız ve günah olarak görüldüğü toplumlarda vajinismus daha sık görülüyor

KADINDA CİNSEL İLGİ/UYARILMA BOZUKLUĞU

Öncelikle cinsel isteği tanımlayacak olursak nörofizyolojik ve psikolojik süreçler ile endokrin sistem tarafından oluşturulan bir motivasyon kaynağı ya da içgüdüsel bir durumdur. Erkek ve kadınları arayışa, başlangıçlara ve cinsel uyarıya karşı yanıt vermeye sevk eder. Cinsel istek spontan olabilir, güdüsel olarak ortaya çıkabilir ya da cinsel ilgiye karşılık verme olarak ortaya çıkabilir. DSM-4'de cinsel istek bozukluğu olarak tanımlanırken kadınlarda yapılan fizyolojik araştırmaların sonuçları, kadınlarda cinsel istek ve uyarının iç içe olması tanının DSM-5'de kadında cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu şeklinde değişmesine yol açmıştır.

DSM-5'te Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu şu ölçütlerle tanımlanır:

Aşağıdakilerden en az üçü ile kendini gösteren , cinsel ilgi/uyarılma yokluğu ya da belirgin olarak az olması,

“Vajinismus, evrensel bir cinsel sorun mu yoksa kültüre bağlı bir sendrom mu sorusunu bize sorduruyor. Bazı toplumlarda özellikle katı dinsel, ahlaki, geleneksel değerlerle yetişen bireylerin olduğu toplumlarda vajinismus daha sık görülüyor.”

1. Cinsel etkinliğe karşı ilgisizlik ya da çok az ilgi gösterme,

2. Cinsel içerikli düşüncelerin ya da düşlemlerin olmaması ya da çok az olması,

3. Cinsel etkinliği başlatmama ya da çok az başlatma, eşinin başlatma girişimlerine karşılık vermeme,

4. Her cinsel karşılaşmada ya da neredeyse çoğunda cinsel etkinlik sırasında, cinsel coşku/hoşlanma olmaması ya da çok az olması,

5. İçten ya da dıştan gelen hiçbir cinsel simgeye karşı cinsel ilgi/uyarılmanın olmaması ya da çok az olması,

6. Her cinsel karşılaşmada ya da çoğunda cinsel etkinlik sırasında, cinsel organlarda ya da cinsel organların dışında bir duyum olmaması ya da çok az olması.

BASSON MODELİ

Yakın zamana kadar kadın ve erkeğin cinsel isteğinin ortaya çıkışının aynı olduğu düşünülüyordu. Kaplan'ın tanımladığı şekliyle kadın cinselliği istek, uyarılma ve orgazm sırasına göre lineer bir modele göre tanımlanmıştır; oysa ki kadınlarda yapılan fizyolojik araştırmalar kadınların daha çok işitsel olarak uyarıldığını, kadınların görsel uyarana belirgin bir cevap vermediği ve kadınların genital ve öznel uyarılma bulguları arasında korelasyon olmadığını göstermiştir. Bu araştırmaların sonucunda Basson modeli oluşmuştur.

KADINLARDA CİNSEL İSTEĞİN BİLİŞSEL BELİRLEYİCİLERİ

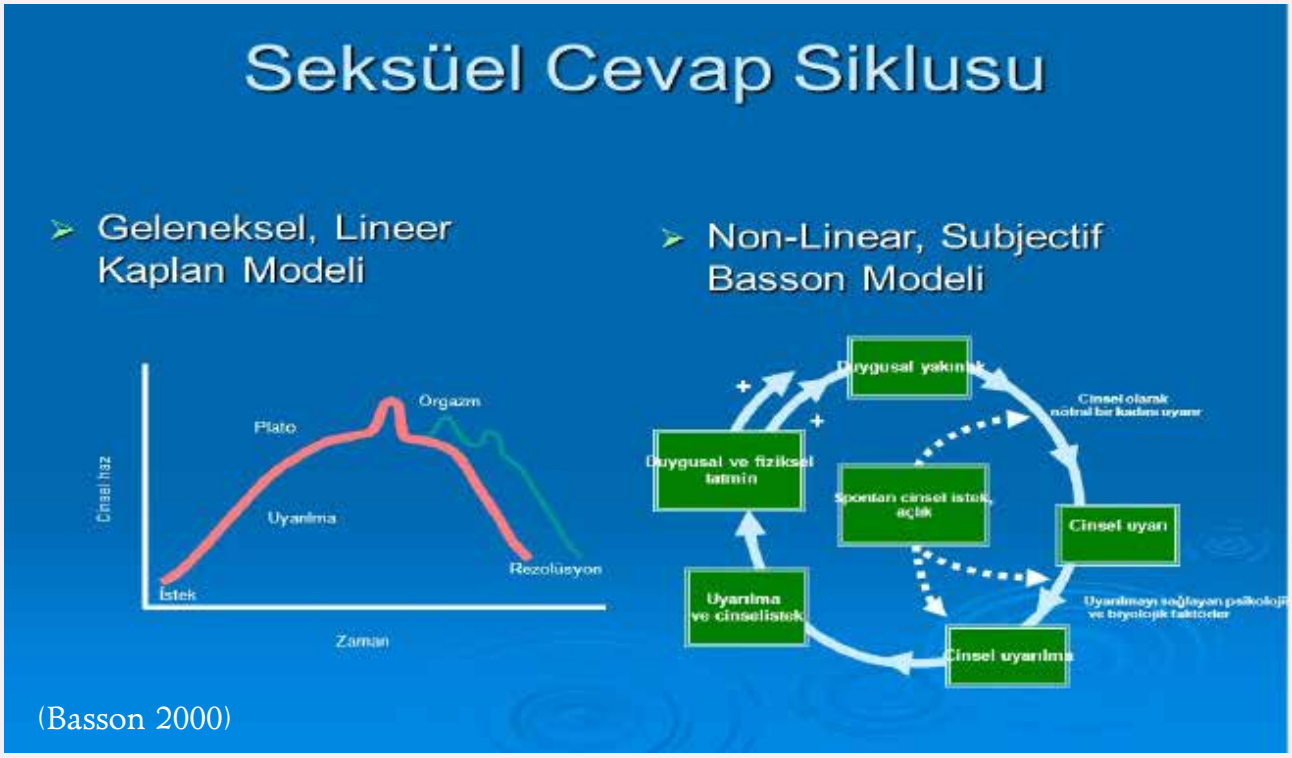
Çoğu erişkin kadın cinsel davranışlar içinde olmayı ister. Bu isteklerinin genç erişkinlikten itibaren oluşmuş nedenleri arasında fiziksel olarak iyi hissetmek, hayata bağlı ya da enerjik olmak, kadın gibi hissetmek, birisine bağlı olma (bağımlı değil) ve daha az yalnız hissetmek, partnerlerini hoş/sevimli hissetmek, sevilen, değerli, önemli hissetmeyi sayabiliriz. Bu koşulların oluşmadığı durumlarda yani kadının kendinden ve yaşadığı hayattan memnuniyeti olmadığında, eşi tarafından beğenildiği, değer gördüğü, takdir edildiği duygusunu yaşamadığında eşine güven duymadığında, eşinin kendisine olan sevgi ve saygısının olmadığını düşündüğünde, kadının cinsel ilgi ve isteği de azalmaktadır. Basson modelinde de gördüğümüz gibi kadının cinsel isteğinin ortaya çıkmasında duygusal yakınlık ve çift ilişkisinin dinamiklerinin rolü vardır. Yine bize Basson modeli göstermektedir ki kadında cinsel istek 4. aşamada ortaya çıkmakta, duygusal yakınlık başlatıcı rol oynamaktadır.

Görülme sıklığı: Kadınlarda görülen cinsel işlev bozukluklarından en sık görülendir. Yaşları 18-59 arasında olan kadınlar arasında yapılan araştırmada %32 olarak saptanmıştır (Dennerstein L ve ark 2006), bu çalışma da gösteriyor ki cinsel isteksizlik neredeyse kadınların 1/3'ünde görülen bir cinsel sorundur. Yaşları 60-70 arası olan kadınlarda yapılan bir araştırmada cinsel isteksizlik %53 olarak saptanmıştır. Bu çalışma da göstermektedir ki kadınlarda görülen cinsel isteksizlik yaşla birlikte artmaktadır *(Leiblum ve ark. 2006)*

Kadınlar neden sevişir sorusuna cevap bulmak için yapılan araştırma sonucunda, kadınları cinsel ilişkiye yönlendiren 235 neden saptanmış, en sık nedenleri; Aşk ve yakınlık için, fiziksel memnuniyet ve gerilimi azaltmak için, hedefe ulaşmak için, ilişkiyi korumak için olarak saptanmış.(Meston C ve ark. 2007).

Kadınlar bazen de eşi kızmasın ,tavır almasın, küsmesin diye, eşinin genç olduğunu, ihtiyacı olduğunu düşündüğü için ve eşini memnun etmek için istemediği halde sevişir. Kadın istemediği halde sadece eşinin isteğini karşılamak için seviştikçe kadınlarda cinsel isteksizlik daha fazla ortaya çıkmaktadır.

Ayrıca koroner (kalp) yetmezlik,



(Basson 2000)

enfarktüs (kalp krizi), böbrek üstü bezlerinin fazla ya da az çalışması, cinsel hormonların azlığı, tiroid hormonlarının azlığı ya da artışı gibi fiziksel nedenler, depresyon, kullanılan bazı ilaçlar da *(örn. antidepresanlar)* cinsel isteksizliğe yol açabilir.

KADINDA ORGAZM BOZUKLUĞU

Birçok kadın orgazmın ne olduğunu ve kendilerinin orgazm olup olmadığını bilememektedir. Öncelikle orgazmın tanımını yapacak olursak: kasılmaların şiddeti ve sayısı kişiden kişiye oldukça değişken olmakla birlikte vajinanın dış 1/3 lük kısmında, uterus kaslarında 3-25 saniye arası süren, 3-5 kez bazen de 10-15 arası sayıda olan ritmik kasılmalar olması ve bu kasılmalara yüzde gülümseme ve karpopedial spazm ve bu sırada kan basıncının artmasının eşlik etmesi olarak tanımlanabilir.

Görülme sıklığı: Kadınlarda orgazm bozukluğu, özellikle cinsel birleşme ile orgazm olamama, oldukça sık görülmektedir. Toplumda görülme sıklığı üzerinde yapılan araştırmalar farklı rakamlar vermektedir. Ortalamanın % 20'nin üzerinde olduğunu söyleyebiliriz. Kadınlarda orgazm yetisi yaşla arttığı için, bozukluk genç kadınlarda daha yaygın olarak görülmektedir. Menopoz sonrası orgazm bozukluğu artar.

Orgazm ile ilgili bir sorun da klitoral ve vajinal olarak farklı orgazmların olduğunu düşünme, klitoral orgazmın değersizleştirilmesi ve bütün kadınların vajinal orgazm olması gerektiğinin düşünülmesidir. Kadın orgazmı daima klitoristen kaynaklanır. Her kadın klitorisi doğrudan uygun şekilde ve yeterli süre uyarıldığında orgazm olur. Bu uyarı kadının eliyle, cinsel eşinin eli, dili ya da beden parçaları ile, çarşaf, yastık vs bir cisimle, tazyikli suyla, vibratörle yapılabilir. Klitoris için uygun olan, mutlaka kesintisiz, yaygın, yumuşak, yavaş, genellikle yatay ve ıslak bir uyarıdır. Yeterli süre ise kadından kadına değişiklik gösterir, birkaç dakika veya saat olabilir. Cinsel birleşme sırasında vajinanın giriş kısmındaki uyarılar aradaki kas ve sinir bağlantıları ile klitorise iletilir. Ancak sadece bu dolaylı uyarı ile çok az sayıda kadın orgazm olabilir. Birçok kadın ön sevişme sırasında klitorisi doğrudan uyarılır ve ardından cinsel birleşme ile dolaylı uyarı gelirse orgazm olabilir. Bazı kadınların ise cinsel birleşme sırasında da senkron/eş zamanlı klitoris uyarısına ihtiyacı olur.

Cinsel birleşmede klitorisin üzerine uygulanan en yoğun baskı, kadının üstte olduğu pozisyonda gerçekleşir, birçok kadın da en çok kendilerinin üstte olduğu pozisyonda orgazm olduğunu bildirmektedir.

Nedenleri: Orgazm bozukluğunun nedenleri, fiziksel ve psikolojik olarak gruplanabilir.

Fiziksel nedenler; İlerleyen yaşlarda menopoz, diğer tıbbi rahatsızlıklar ve buna bağlı ilaç kullanımıyla birlikte orgazm sıklığı ve şiddeti değişebilir ve orgazm olmakta gecikme ya da orgazm olamama görülebilir.

Psikolojik nedenlere bakıldığında; kadının yetiştirilme biçimi, karakteri ve cinsel eşine yönelik duyguları orgazm olmayı etkileyen faktörler arasında sayılabilir. Bedenini beğenmeyen, geleneksel kadın rolünün dışına çıkamayan, toplumsal kadın rolü olarak öğretilmiş pasifliği, çekingenliği benimsemiş, cinsel duygularını bastıran, tüm duygularını kontrol altında tutmak isteyen kadınlarda orgazm bozukluğuna daha sık rastlanır. Diğer yandan, kadının partneriyle olan ilişkisindeki sorunlar veya partnere yönelik duygularındaki olumsuzluklar da yine, kadınlarda ortaya çıkan orgazm bozukluğunun sebepleri arasındadır.

Geleneksel toplumda kadın rolü cinsellik hakkında konuşmaktan hoşlanmamayı, cinselliğe ilişkin düşünceleri reddetmeyi ve cinsel deneyimin olmayışını gerektirir.

CİNSELLİK SADECE EŞE YANIT VERMEK OLARAK TANIMLANIR.

Geleneksel roller kadının bedeninin farkına varmasını, dokunmasını, mastürbasyon yapmasını onaylamaz, erkeğin bunlara ihtiyaç duyduğunu, kadının cinselliğinin eşine cevap vermekle sınırlanması gerektiğini kabul eder. Cinsel mitlerimiz de bunu destekler. "Cinsel isteğini bildiren kadın ahlaksızdır.", "Zaten kadınlar cinsel arzu duymazlar.", "Cinselliği başlatan, yöneten erkek olmalıdır." gibi.

Bazı erkekler eşleri cinsel olarak ilgili, yanıt verici olduğunda oldukça rahatsız olurlar. Oysaki erkeğin başlatıcı ve ilişkiyi yönetici bir rolde olması kendi uyarılma düzeyine göre ilişkiyi yönlendirmesine ve eşinin uyarılmasına dikkat etmemesine neden olmaktadır. Yeterli ön sevişme ve cinsel uyarılma olmadan yaşanan cinsel ilişkiler de, kadının cinsel istek ve hazzı olumsuz etkiler.

MENOPOZDA CİNSELLİK

Menopoza girmek birçok kadının kendisini yaşlı olarak tanımlamasına neden olmaktadır. Kadının yaşlanmaya tepkisi cinsel yaşamının nasıl olacağının ana belirleyicilerinden biridir. Belli yaş dönemlerinde cinsel yaşamlarının biteceğine ilişkin yanlış düşünceleri olan ya da yaşın getirdiği değişikliklerden utanan bir kadın, cinsel isteğini göz ardı etmeye çalışabilir. Ayrıca, kilo alımı ve yaşla birlikte gelen diğer bedensel değişiklikler, ilgi çekiciliğin kaybı veya bireyin cazibesini yitirdiği ile ilgili düşüncelere neden olarak cinselliğe ilgiyi azaltabilir.

Oysa ki menopoz bir yandan da gebelik korkusu olmadan cinsel ilişki kurmayı sağlayan bir dönemdir. Eğer çiftin yakın ve güven veren bir ilişkisi varsa, kadın eşi tarafından çekici bulunduğunu düşünüyorsa kadının cinselliğe karşı ilgi ve isteği azalmayabilir. Kadın menopoza girince hormonlarda hemen bir azalma söz konusu değildir; cinsel isteği belirleyen hormon kadında da erkekte olduğu gibi testesteron, menopozda testesteron düzeyinde bir azalma olmamaktadır. Menopozda östrojen düzeyinde azalma olmakta, bu da vajinada incelmeye yol açmaktadır. Eğer yeterli bir ön sevişme yapılırsa kadın cinsel olarak partneri tarafından yeterli uyarıyı alırsa, bu da sorun olmaktan çıkmaktadır. Buna rağmen eğer kadın cinsel birleşmede ağrı veya acı hissediyorsa, kayganlaştırıcı kullanarak bu sorunu ortadan kaldırabilir.

GEBELİKTE CİNSELLİK

Gebelik fizyolojik açıdan cinsel yaşamı olumsuz olarak etkileyen bir süreç değildir dolayısıyla cinselliğin sürdürülmesi de gebelik üzerine olumsuz etki yapmaz. Aksine çiftin yakınlık hissi, kendilerini iyi hissetmesi ve ilişkilerinin güçlenmesi açısından önemlidir. Kuşkusuz sağlıklı bir çift ilişkisi ise

> COVID-19 sperm veya vajinal sıvıda gösterilememiştir. Eğer partneriniz ve siz koronavirüsle ilgili gerekli önlemleri alıyorsanız ve koronavirüs bulaşma riski altında değilseniz cinsel ilişki kurmakta sakınca yoktur.

çocuğun ruhsal sağlığını olumlu etkiler. Bu tıbbi gerçekliklere rağmen birçok çift gebelik döneminde cinsel ilişkilerinin çok azaldığını ya da hiç olmadığını ifade ederler.

Aslında gebelik öncesi dönemde kadının cinselliğe bakışı tutumu neyse gebelikte de benzer durum yaşanacaktır. Öncesi dönemde cinsel isteği ve hazzı kısıtlı olan kadınlar için gebelik cinsellikten kaçınmayı meşru kılan bir dönem olacaktır. Eş tarafından da bu dönemdeki kaçınmalar daha hoş görülebilir haldedir. Kuşkusuz ki sadece kadınlarda değil erkeklerde de yanlış inanışlar nedeniyle gebelikte cinsellikten uzak durma eğilimi gelişebilir.

Bazı özel durumlarda jinekologlar cinsel birleşmeyi kısıtlayabilir ya da yasaklayabilirler. Unutulmaması gereken, tıbbı gerekçelerin varlığında bile yasaklananın "cinsel birleşme" olduğudur. Birleşme dışı cinsel davranışlara yönelerek cinsel yakınlık her zaman sürdürülmelidir.

Gebe bir kadının ve eşinin en büyük tereddütlerinden biri cinsel ilişkinin anne karnındaki bebeğe zarar verip vermediğidir. Normal bir gebelikte cinsellik bebeğe hiçbir şekilde zarar vermez. Bebeğe zarar gelebileceği inancı çiftlerin yetersiz bilgi ve yanlış inanışlarından kaynaklanmaktadır. En yaygın sorun çiftlerin vajina ile uterusun birbirinden farklı organlar olduğunu bilmemesidir. Bebek rahmin ve amnion sıvısının içinde rahat ve korunmalı bir ortamda gelişimini sürdürürken, cinsel birleşme vajinada gerçekleşmektedir.

GEBELİKTE CİNSELLİKLE İLGİLİ SIK SORULAN SORULAR;

Gebe kadın uyarılıp orgazm olabilir mi? orgazm olmak bebeğe zarar verir mi?

Gebe kadınlar da uyarılıp orgazm olabilir. Gebelik öncesinde uyarılma bozukluğu olmayan, orgazm olabilen kadınlar gebelikte de bunu sürdürebilirler. Özellikle gebeliğin 2. trimesterinde cinsel organlara kan akımının artması, rahimin büyüyüp genişlemesi nedeniyle kadınlarda orgazm daha güçlü hissedilebilir. Daha nadir olarak bazı kadınlar ise gebelikte ilk kez orgazm olduklarını bildirirler.

Orgazmla birlikte rahimde de kasılmaların olabileceği bildirilmektedir. Sağlıklı gebeliklerde orgazm sırasında görülen kasılmaların anne ve bebeğe zararı yoktur, düşük ve erken doğuma neden olmaz. Riskli gebelik durumlarında kadın doğum uzmanının görüşleri alınmalıdır.

GEBELİKTE CİNSEL İLİŞKİ SIRASINDA HANGİ POZİSYONLAR UYGUNDUR?

"Cinsel ilişkinin" pozisyonu yoktur. "Cinsel birleşme" pozisyonları için her zaman çiftin tercihleri dikkate alınmalıdır. Gebeliğin son birkaç ayında büyüyen karına baskıyı azaltmak amacıyla kadının üstte olduğu ya da yan pozisyonlar önerilebilir.

LOHUSALIK VE CİNSELLİK

Lohusalık bedenin doğumun ardından fiziksel ve ruhsal toparlanma sürecidir. İki kişilik bir aile hastaneden en az 3 kişi olarak dönmüştür. Psikolojik olarak kadın bebek için anne rolüne uyum sürecindedir. Çift ilişkisinin dinamikleri bu süreçte değişim göstermektedir.

Bebeğe bakım vermek yeni ebeveynler için mutluluk kaynağıdır, ama alışılmadık zorluklar da içermektedir ve yorucudur. Ev, bebeğe ve anneye bakım verilmesi amacıyla kalabalıklaşmıştır. Kuşkusuz ki bu süreçte cinselliği keyifli yaşayabilmek hatta "yaşayabilmek" zorlaşmıştır

Kadının lohusalık hüznü yaşaması, doğum sonrası depresyon geliştirmesi riskleri de vardır.

Doğum sonrası cinsel ilişkiye ne zaman başlanmalı da sık sorulan sorulardandır. Genel görüş doğum yapmış kadının ruhsal ve fiziksel toparlanmasının 6 hafta süreceği, yine bu dönemde oluşan yoğun akıntının zorluk oluşturabileceği ve cinselliğin doğum sonrası 40. günden sonra başlayabileceği yönündedir. 40 gün rahim ve vajinanın toparlanması, eski haline dönmesi ve fiziksel yorgunluğun azalması için verilen süredir.

Aslında burada "cinsel ilişki" kavramından ne anladığımız önemli. Dokunmalar, kucaklaşmalar, öpüşmelerin de cinsel yakınlık kurmanın en önemli yollarından biri olduğunun altını çizersek, hemen doğum sonrası cinselliğe başlamanın uygun olduğunu belirtebiliriz.

Aslında önemli olan çiftlerin kendilerini cinsellik için hazır hissetmeleridir ki bu süre değişkenlik gösterebilir. Cinsel birleşme ertelenmiş bile olsa doğumun hemen sonrası dönemde cinsel yakınlaşmaların başlaması kadına, erkeğe ve çift ilişkisine iyi gelecektir. Kuşkusuz ki bu yakınlık hissi ve çift ilişkisinin pozitif olarak etkilenmesi bebeğin gelişiminde de

olumlu katkılar sağlayacaktır.

Doğum sonrası dönemde kadının süt verme süreci cinselliği hem olumlu hem olumsuz olarak etkileyebilir. Tabi ki anne sütüyle beslenmenin çocuk için sayısız avantajı olduğu bilinmektedir. Kadının kadınlık algısını güçlendirir, kendini daha "kadın" hissediyor olmak cinsel isteği artırabilir. Yine süt veren kadınlarda fiziksel toparlanma sürecinin kısalacağı bildirilmektedir. Bazı araştırmalar emziren annelerin daha erken dönemde gebelik öncesi cinsel istek ve aktiviteye döndüklerini bildirirken, bazı araştırmacılar emzirmenin cinsel aktiviteyi olumsuz etkilediğini öne sürmektedirler.

Süt verilmeye devam edildiği sürece "prolaktin" isimli hormon yüksek kalır ve bu hormonun cinsel isteği azaltabileceği, vajinal ıslanmayı geciktirebileceği bilinmektedir. Kayganlaştırıcı krem kullanımıyla birleşmede ağrı yaşanması giderilebilir.

Öte yandan cinsel yakınlaşmalarda göğüslerden süt gelebilir, bunun sıkıntıya yol açmaması için göğüslerin fazla uyarılmasından kaçınılmalıdır.

Estetik kaygılar cinsellikten uzaklaştırabilir. Kilo alımı, değişen bedeni nedeniyle estetik kaygıları olan, kendini beğenmeyen kadının eşi tarafından arzulanmayacağı endişesiyle cinsel yakınlıktan kaçınmasına sık rastlanır. Kaldı ki cinsellik sırasında da bedeniyle aşırı zihinsel meşguliyeti olan kadınlar kendi hazlarını da engellerler. Biz "Siz yeni doğum yaptınız, kilolu olmak için daha geçerli bir nedeniniz olamaz." deriz genelde. Kadının bu haliyle de çekici görünebileceğini, kadın olarak yine arzulanalabilir olduğunu bilmeye ihtiyacı vardır ve bu konuda eşinden geri bildirim alma ihtiyacı içindedir

Erkeğin de yeni rolüyle ilgili zorlukları olabileceği, anne bebek ilişkisinde dışlanmışlık hissedebileceği, yeni doğum yapmış birinden cinsellik talep etmenin uygun olmadığı gibi kaygıları olabileceği, onun da anlaşılmayı ve desteklenmeyi bekleyebileceği gerçeği akılda tutulmalıdır. Kaygıları paylaşmak sorunun çözümünü de getirecektir.

KANSER VE CİNSELLİK

Kadınlarda cinsel hayatı en çok etkileyen kanserler; meme kanseri, over kanseri, endometrial kanser, serviks kanseri ve kolon kanseridir.

Kanser tanısı ve tedavisi, cinsel işlevi, cinsel kimliği ve cinsel ilişkiyi etkiler *(Nappi ve ark. 2011)*.

Kanser hem kadında hem erkekte , depresyon ve anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasına, ilişki sorunları yaşanmasına, bağımsızlık kaybına, çalışma hayatının bozulmasına yol açar (Mitchell AJ ve ark. 2011).

Kanser tedavisi ise, yorgunluk, ağrı ve bulantı yaparak cinsel hayatı çok şiddetli bir şekilde etkiler.

Kadınlarda en sık görülen meme kanserinin cinselliğe etkisinden ayrıca bahsetmekte yarar vardır. Meme kanseri hem yapılan tedavilerin yan etkileri açısından hem de yapılan cerrahi bir tedavi olan mastektomiye bağlı olarak kadının cinsel yaşamını etkilemektedir.

Kanser tedavisi gören kadında tedavilerin yan etkilerine bağlı olarak, vajinal atrofi, vajinal lubrikasyonda azalma, cinsel isteğin azalması, vajinada kısalma veya daralmaya bağlı cinsel birleşmede ağrı veya birleşmenin mümkün olmaması ve infertilite görülebilir.

Mastektomiden sonra, kadın, eşinin kendisini artık çekici bulmadığı, kendisiyle cinsel ilişki kurmak istemeyeceğinden korkar. Erkek ise eşinin henüz cinsel ilişkiye hazır olmadığını düşünüp uzak durabilir. Burada çiftin ilişkisi, yakınlığı, sorunları konuşabilmeleri, duygularını birbirlerine açabilmeleri bu sorunun üstesinden gelmelerinde büyük yardımcı olur.

COVİD-19 VE CİNSELLİK

En son olarak da şu anda bütün dünyayı etkisi altına alan Covid-19'un cinselliğe yansımasından ve sosyal mesafelenmenin bu hastalıktan korunmak için önerildiği bir dönemde cinsel ilişki kurmanın mümkün olup olmadığından bahsedelim. COVID-19 sperm veya vajinal sıvıda gösterilememiştir. Eğer partneriniz ve siz koronavirüsle ilgili gerekli önlemleri alıyorsanız ve koronavirüs bulaşma riski altında değilseniz cinsel ilişki kurmakta sakınca yoktur. Öpüşme yoluyla koronavirüs bulaşabilir, yine eğer siz ve partneriniz koronavirüs bulaşma riski altında değilseniz öpüşmede bir sakınca yoktur. Cinsel ilişki öncesi ve sonrası temizlik her zamankinden daha önemlidir. Ellerin en az 20 saniye boyunca sabun ve suyla yıkanması uygundur. *(The NYC Health Department)*

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-5. Aelington, VA:American Psychiatric Publishing:2013

2. Özdemir ve ark. The unconsummated marriage: its frequency and clinical characteristics in a sexual dysfunction clinic, J. of Sex and Marital Therapy-2008;34(3):268-79

3. Gindin ve ark. Unconsummated marriages: a separate and different clinical entity, J. of Sex and Marital Therapy-2002:28 Suppl 1:85-99

4. Basson R. The female sexual responce:a different model. J. of Sex and Marital Therapy-2000;26:51-65

5. Dennerstein L ve ark. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women; a survey of Western European women. Journal of Sexual Medicine-2006 Mar;3(2):212-22.

6. Leiblum S ve ark.Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women:US results from the Women's International Study of Health and Sexuality. Menopouse-2006;13(1):46-56

7. Meston CM ve ark. Why humans have sex. Archieves of sexual behavior-2007;36:477-507

8. Nappi RE ve ark. Impact of chemotherapy and hormone therapy on female sexual health. Cancer and Sexual Health. New York: Humana Press; 2011.p.525-34

9. Mitchell AJ ve ark. Prevalence of depression, anxiety and adjusment disorder in oncological, hemotological and palliative-care settings:ameta-analysis of 94 interview-based studies.Lancet Oncology-2011:12:160-74

Kürtaj yasak tanımaz

Özge Yılmaz*, Deniz Mardin**

> Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kürtaj (daha doğru kullanımıyla isteğe bağlı düşük) gebeliğin, implantasyondan sonra ve konseptusun bağımsız olarak yaşayabilir hale gelmesinden önce ilaç kullanılarak veya cerrahi girişimle sonlandırılması işlemi olarak tanımlanır.

Gebeliği sonlandırma istemi, gebe kalma istemi kadar eskidir ve üremenin bir parçasıdır. İsteğe bağlı düşükle ilgili ilk yasal düzenleme Hammurabi Kanunları'nda (MÖ 1750) karşımıza çıkar. Tarihsel süreç, bir kadının gebeliğini sonlandırmak istediğinde ne yasaları, ne erkin ahlak derslerini ne de etik ve politik tartışmaları dinlediğini göstermektedir. Kürtaj, yasak tanımaz. Bu nedenle kürtajın güvenli olması ve işleme ait oluşabilecek komplikasyonların en aza indirilebilmesi için uygun şartların sağlanması çok önemlidir. Kürtaj, DSÖ tarafından önerilen bir yöntem ile ve bir sağlık profesyoneli tarafından yapılıyorsa güvenli olarak kabul edilir. Kürtaj yasağı olan ülkelerde güvenli kürtaj oranı %25 iken kürtaj yasağı olmayan ülkelerde bu oran %90'dır. Eylül 2018 verilerine göre, her yıl yaklaşık 25 milyon güvensiz kürtaj uygulaması sonucunda, ortalama 47000 kadın ölümü gerçekleşmekte ve 5 milyon kadın için hospitalizasyon ihtiyacı doğmaktadır. Güvensiz koşullarda yapılan kürtajın kanama, uterus perforasyonu, serviks hasarı, inkomplet prosedür – rest materyal, infeksiyonlar (parametrit, salpenjit, endometrit, sepsis, bakteriyel sakroileit, gluteal abse), organ hasarı (barsak, mesane perforasyonları), Asherman Sendromu – sekonder infertilite gibi durumlarla komplike olma olasılığı oldukça yüksektir. Bu nedenle kadının güvenli kürtaja erişimi, kamu sağlığı kapsamında ve devletin sorumluluğunda olmak zorundadır...

Evlilik, aile ve çocuk devletin her dönem ilgi alanları olmuş; nüfus bilim, ekonomi, cinsellik, din ve ahlak gibi farklı prensipler de kürtaj tartışmalarına daima dahil olmuştur.

Türkiye'de 1983 yılında yürürlüğe giren 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile bu yasaya dayanarak çıkartılan Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük ve Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği ile 10 haftayı geçmeyen gebeliğin sonlandırılması yasal hale gelmiştir. İlgili yasa, kürtaj için eş onayını da gerekli kılmıştır ancak Türkiye'nin 2003'te imzalamış olduğu Biyotıp Sözleşmesi'nin 5. Maddesi'ne göre, bireylerin kendi bedenleri üzerinde yapılacak tıbbi işlemler ile ilgili karar, kendilerine aittir. 1994 Kahire, Nüfus ve Kalkınma Konferansı-I-CPD ve 1995 Pekin IV. Dünya Kadın Konferansı'nda imzalanan uluslararası belgeler, kadının kendi doğurganlığını düzenleme hakkını vurgulamaktadır.

Son yıllardaki kadının cinselliğini ve doğurganlığını ayrılmaz bir bütün olarak algılayan cinsiyetçi devlet politikaları kürtajın kamu hastanelerindeki uygulanım alanını sessiz sedasız terk etmesine neden olmuştur. Üstelik yasaları dahi değiştirmeye gerek kalmadan. 2003'te Sağlık Bakanlığı ücretsiz kürtaj uygulamasına son vermiş, Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezleri ve kamu hastanelerinde Aile Planlaması Merkezleri kapatılmış, gebeliği önleyici yöntemlere erişim kısıtlanmıştır. "Cinayet" benzetmesini kullanan politikacılar görünür ve gizli baskılarıyla damgalanma kaygısı yaşayan hekimlerin kürtaj yapmaktan kaçınır hale gelmesine neden olmuştur. Performans sisteminde kürtaj puanlamasının düşük olması kazanç- risk hesaplarının yapılmasına; kamu dışında daha fazla kazanç elde edilmesi kürtajın özel hastahanelere yönlenmesine-yönlendirilmesine neden olmuştur.

Kadının cinsel hayatı, çocuk sayısı, doğum şekli ile fazlasıyla ilgilenen devlet, erkek cinselliğine, erkek üreme organlarına neden aynı ilgiyi göstermemektedir? Erkin ürettiği bilim kontrasepsiyon yöntemleri konusunda da erkekleri kayırmakta mıdır? Neden gebeliği önleme yükü kadının üzerindedir? Üroloji uzmanlarına vazektomi istemiyle kaç erkek başvurmaktadır ya da kaç ürolog erkeklere vazektomiyi önermektedir?

Kürtaja erişim hakkı, kadının kendi bedeni üzerindeki söz hakkıdır. Bu hak tartışmasını bir çeşit haklar hiyerarşisi gibi algılayıp kadın ve cenini hakları ve çıkarları çatışan taraflar olarak konumlandırmak, kadının da iktidar sahibi olduğunda cenin üzerindeki güç kullanımını meşrulaştırmak kürtaj tartışmasının odak noktası olmamalıdır çünkü kadın kürtaj konusundaki hak mücadelesini cenine karşı değil, erke karşı vermektedir. Üreme ihtiyaçları bireysel ve değişken olsa da üreme özgürlüğü kadınların istedikleri

* *Dr., Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı*
** *Dr., Halk Sağlığı Uzmanı*

zaman ve istedikleri kadar çocuk sahibi olmalarını ya da hiç çocuk sahibi olmama tercihlerini içerir. Yanı sıra kürtaja erişim hakkına sahip olmak, kürtaj yaptırmak için gerekli masrafları karşılayabilecek maddi olanaklara sahip olmadıkça anlamsızdır...

İstanbul Tabip Odası Kadın Komisyonu olarak isteğe bağlı düşük hizmetine erişim konusunda güncel bir değerlendirme yapmak amacıyla kadın hastalıkları ve doğum asistanları ile uzmanlarına yönelik bir anket çalışması başlattık. Halen devam etmekte olan bu ankete kamuda çalışan 56 hekimin 5-20 Mart tarihleri arasında verdiği yanıtları paylaşmak istedik. Bu kişilerin 25'i (%44,6) erkek, 31'i (%55,4) kadın; ankete katılanların 12'si (%21,4) asistan, 44'ü (%78,6) uzman.

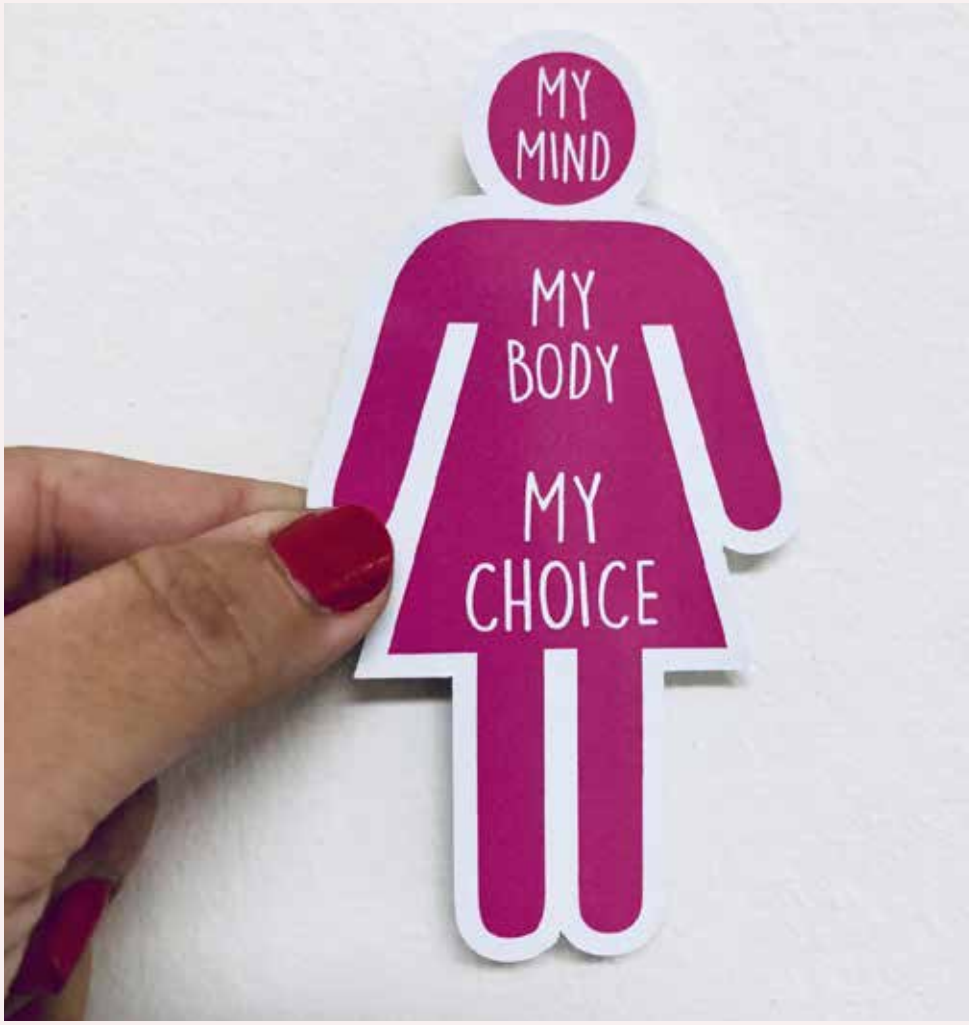
"Çalıştığınız sağlık merkezinde/hastanede isteğe bağlı düşük yapılıyor mu?" sorusunu 48 kişi (%85,7) "Yapılmıyor.", 1 kişi (%1,8) "8 haftaya kadar yapılıyor." ve 7 kişi (%12,5) de "10 haftaya kadar yapılıyor." şeklinde yanıtladı.

"İsteğe bağlı düşük işlemini yapıyor musunuz?" sorusuna çalıştığı hastanede yapılmadığı yanıtını veren 5 hekim işlemi kendisinin yaptığını, 1 hekim hastanesinde yapıldığını ancak kendisinin yapmadığını belirtti. 1 kişi ise bu soruyu şu şekilde yanıtladı: "Yapmakla sorumlu olduğumu biliyorum; vicdanen de bir rahatsızlık duymuyorum ancak yapmaya başlarsam çalıştığım kurumun kısa bir sürede aile planlaması merkezi haline dönüşmesinden ve yönetimin beni bu konuda fişlemesinden kaygılıyım."

Hekimler tarafından işlemin yapılmamasının en sık nedenleri: Dini inançlar %38,1'i (n=24), hastane yönetiminin işleminin yapılmasını istememesi %27 (n=17), hastanede çalışan diğer doktorların istememesi sonucu ortak karar %14,3 (n=9) . 1 kişi bu işlemi yapması durumunda meslektaşlarının onu katil olarak yaftalayacağını düşündüğünü belirtti. 1 kişi de yapmama nedenini, korunmayı beceremeyen insanların hatasının bedelini ceninin ödememesi gerektiği olarak açıkladı.

Kadın doğum hekimlerinin %62,5 'i bu işleme herkesin ücretsiz şekilde erişmesi, %12,5 'i işlemin ücretsiz olmaması, %25'i ise belirli şartlarda ücretsiz olması gerektiğini belirtti.

Hekimlerin 24'ü, birden fazla partneri olan bekar bir kadının çocuk sahibi olmamayı tercih etmesi durumunda işlemin ücretli olması gerektiğini savundu.



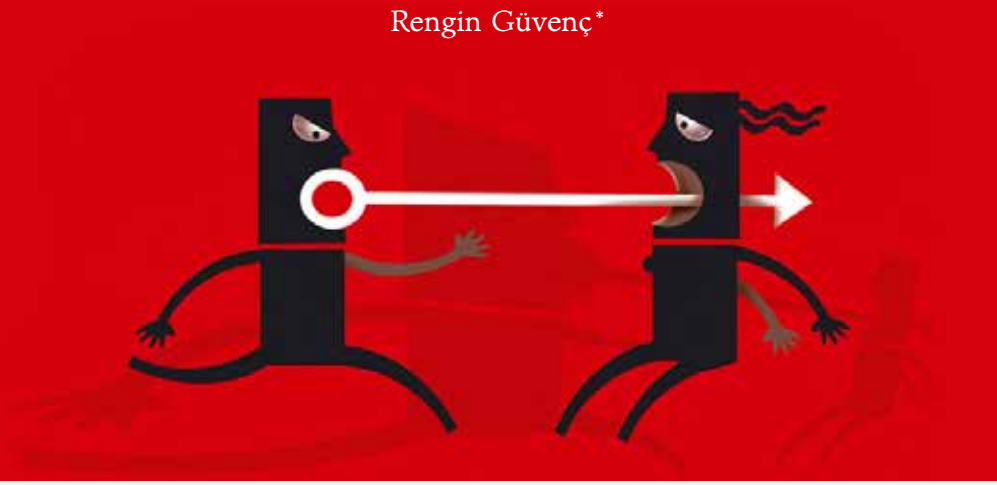
Kadın doğumcuların %10'u, kadın cinsel ilişki sırasında korunmadıysa sonuçlarına katlanmalıdır şeklinde düşünürken %91,1'i cinsel ilişkide korunmanın hem kadının hem erkeğin sorumluluğu olduğunu savundu. Kadın doğumcuların %23,2'si (n=13) isteğe bağlı düşüğün tecavüz dışında ücretli yapılması gerektiğini savundu.

Çalışmanın bu kısa aralıktaki sonuçları bile politik baskıların, hekimleri ve yöneticileri etkilediğini ve bir sağlık hizmetinin uygulanamaz hale geldiğini göstermektedir. Yasalarla ve uluslararası protokollerle garanti altına alınmış kürtaja erişim hakkı engellenemez. Hiçbir kadın kürtaj işlemini yaptırmak zorunda kalmak istemez ve her kürtaj, devletin yanlış üreme politikalarının ve karşılanmamış sağlık hizmetlerinin bir sonucudur. İster devlet ister birey düzeyinde olsun, kürtaja erişim hakkına engel olmak bir sağlık hakkı ihlalidir!

> "Kürtaja erişim hakkı, kadının kendi bedeni üzerindeki söz hakkıdır. Bu hak tartışmasını bir çeşit haklar hiyerarşisi gibi algılayıp kadın ve cenini hakları ve çıkarları çatışan taraflar olarak konumlandırmak, kadının da iktidar sahibi olduğunda cenin üzerindeki güç kullanımını meşrulaştırmak kürtaj tartışmasının odak noktası olmamalıdır"

Cinsiyetçi dil

Rengin Güvenç*



> ‘Cinsiyetçi dil’ ile kadının ikinci cins olarak deneyimlediği, varoluşunun çok daha öncesinde özsel olarak belirlendiği düşünülen eksiklik hali, erkeğin tamamlayıcısı rolü yani Simone de Beauvoir’ın tanımıyla “mutlak ötekilik” artmaktadır.

Kadınlar, binlerce yıldır toplumsal olarak ikincil konumda tutulmaktadır. Mevcut siyasal, sosyal ve ekonomik düzen; bu ikincil konumunun muhafaza edilmesi için yasalar, sanat ve basın gibi pek çok aracı kullanmaktadır. Günlük hayattaki en etkili ama en göze batmayan araç ise “dil”dir. Dil, düşünce ile iç içedir, gerçekliği hem yansıtır hem de etkiler ve çok köklüdür. Bu nedenledir ki dil, en önemli iletişim aracıdır ve kültürün aktarılması, insanların dünyayı algılaması gibi süreçlerde başrol oynar. Dil ve kültür birbiriyle sürekli etkileşim içindedir. Bir toplumun kültürünü incelemek istediğimizde o toplumun diline bakarız ve toplumdaki güç ilişkileri, cinsiyete bakış açısı ve toplumsal düzen konusunda oldukça fazla bilgi edinebiliriz. Egemen ideolojiler, dilin bu gücünü fark ederek varlıklarını korumak ve gerçekliği biçimlendirmek için bu aracı sık sık kullanmışlardır (Singh,1999,s.33).

Patriyarka da dili kontrol etmeyi, ideolojik bir araç olarak, ustalıkla ve vazgeçmeden kullanmaktadır. Erkeğin özne konumunda yükseltildiği, kadının ise edilgen nesne olarak tanımlandığı toplumsal cinsiyetçilik, kadınları ikincil bir cins konumuna itmektedir. ‘Cinsiyetçi dil’ ile kadının ikinci cins olarak deneyimlediği, varoluşunun çok daha öncesinde özsel olarak belirlendiği düşünülen eksiklik hali, erkeğin tamamlayıcısı rolü yani Simone de Beauvoir’ın tanımıyla “mutlak ötekilik” artmaktadır. İçine doğduğumuz toplumda kullanılan dil, bizi aynı zamanda sınırlayan bir şey haline de gelmekte, ilk deneyimlerimizi ve algılarımızı onunla adlandırmaya çalışmaktayız. Mevcut dil içerisinde kadın kendine dayatılan normlarla büyümekte, kendini ifade edecek alan bulamamakta, gerçekliğini ortaya çıkaramamaktadır. Patriyarka kendi toplumsal cinsiyet normlarındaki ‘kadın’ı yaratmaktadır. Aslında toplumsal cinsiyet “toplumsal olarak kurgulanmış kadınlık ve erkeklik kalıbıdır.” (Ramazanoglu,1998,s.90). Dil nasıl ki kültürü etkiliyorsa, kültür de dili etkilemekte; zamanla bazı kelimeler kullanılmamakta ya da yeni kelimeler ortaya çıkabilmektedir. Sapir ve Whorf’un “dilsel determinizm” (linguistic determinism) kuramına göre, dil konuşanın düşüncesini de etkileyen ve sadece gerçekliği anlatmakla sınırlı kalmayan bir araçtır. Dil çizdiği sınırla, başka türlü düşünmemizi engellemektedir. (Akt.Singh,1999,s.25) . İdeolojilerin dili araç olarak kullanması, dili ya da dildeki bazı kelimelerin kullanımını yasaklayıp, bazı kelimeleri kullanıma sürmesi de bundandır (Guden, 2006).

Tarihsel olarak patriyarkanın ortaya çıkışı ve dilin ortaya çıkışı çakışmaktadır. Avcı toplayıcı düzende dışarı çıkarak yeni nesneleri isimlendiren, kamusal alanın içinde yer alabilen, düzen oluşturan ve düzeni korumak için kurallar koyarken dili kullanan hep erkek olmuştur. Kendini “norm”, kadını ise “öteki” olarak tanımlamış ve

* *Dr., Psikiyatri Uzmanı, Iğdır Devlet Hastanesi*

dilin içerisinde kadın görünmez olmuştur. O yüzden tarihin, erkeğin tarihi "hiStory" olmasına şaşırmamak gerek. Dale Spender "Erkeğin Ürettiği Dil (Man Made Language)" adlı yapıtıyla dil ve kadının toplumdaki konumu arasındaki bağlantının feminizm hakkındaki çalışmaların odak noktası olması gerektiğini vurgulamıştır (Akt.Humm,1994,s.31). Dilin, erkeği "norm" olarak tanımlayan, kadını aşağılayan yapısının değiştirilmesi gerektiğini söylemiştir.

Kadın mücadelesinin önceliklerinden biri de cinsiyetçi dil ile mücadele olmalıdır. Cinsiyetçi dil, cinsiyet temelli şiddetin ve kadın cinayetlerinin beslendiği topraktır. Bu toprağı ortadan kaldırmadan, orda yetişen otlarla ve dikenlerle mücadele etmek de mümkün görünmemektedir.

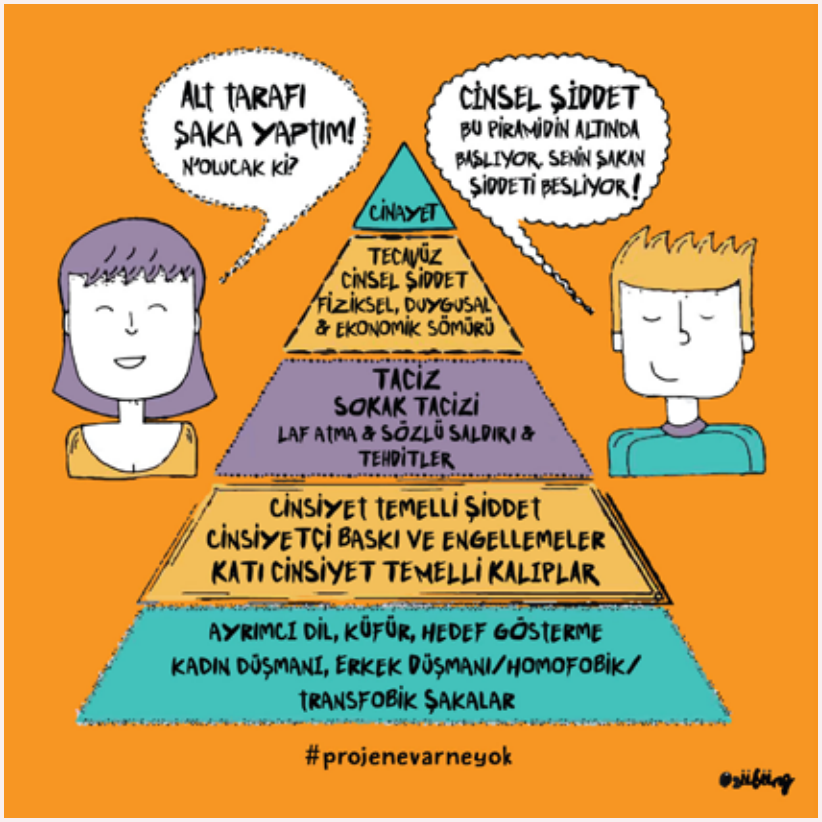
Bu yazının amacı; cinsiyetçi dil kavramını, ortaya atılan kuramlardan destek alınarak örneklerle açıklamak ve farkındalık yaratarak konu ile ilgili mücadele hattı oluşturulmasıdır.

Dünya dillerinde, cinsiyetçilik bazen dilbilgisi kurallarında, bazen sözlüklerde bazen dedeyim ve atasözlerinde olmak üzere çeşitli biçimlerde görülmektedir. Hint-Avrupa ailesindeki dillerin, birkaç istisna dışında dilbilgisel açıdan cinsiyetçi, Türkçe'nin de içerisinde olduğu Ural-Altay dil ailesinin ise dilbilgisi açısından değil de, sözcükler, deyimler ve atasözleri gibi yönleriyle cinsiyetçi oldukları görülmektedir.

"Cinsiyetçi dil" kadın ve erkeğe eşit yaklaşmayan, cinsiyetlerden birini (genellikle kadını) dışlayan ve önemsiz gösteren ifadelerin tümü olarak tanımlanabilir. Türkçe'de "Kadının sırtından sopayı, karnından sıpayı eksik etmeyeceksin", "Elinin hamuruyla erkek işine karışma.", "Evi, ev eden avrattır.", "Er olan ekmeğini taştan çıkarır." atasözlerindeki, kadını sadece doğurganlığa ve mutfak işlerine hapseden, erkeği ise ekonomik özgürlüğü elinde tutan olarak tanımlayan bakış açısını görmek hiç de zor değildir. Kadınlar kapitalist süreçle birlikte kamusal iş sahasına çıkmış olmalarına rağmen meslekler arasındaki cinsiyetçi tanımlama da hala değişmemiştir. Hemşirelik, sekreterlik, ana sınıfı öğretmenliği, temizlik personeli gibi kadına toplumsal norm olarak atfedilen hayata 'yardımcı' , 'anne' rollerine oturtulabilecek meslekler 'kadın mesleği'; doktorluk, savcılık, hakimlik, siyasetçilik, yazarlık gibi 'söz sahibi', 'bilen kişi' gibi rollere oturtulabilen meslekler ise 'erkek mesleği' olarak düşünülmektedir. Gündelik dildeki; kadın siyasetçi, kadın yazar, kadın savcı gibi söylemlerin hepsi, aslında bu durumun norm dışı olduğunu bir kez daha bize hatırlatmanın ötesine geçmemektedir. Çünkü erkeklerden bahsederken bu 'özel' vurguların hiçbirine ihtiyaç duyulmamakta ve bu özel ifade meslekten çok kadının cinsiyetini ön plana çıkaran ifadeler olmaktadır. Aynı şekilde dildeki, bilim adamı, insanoğlu, işadamı gibi sözcükler insanlığın tümünü kapsadığı düşünülerek söylenen ancak yine 'kadın'ı dışarıda tutan ifadelerdir. Bunlar aynı zamanda, kadının varlığını tamamen yok sayan ve kadının kendini anlatmasını güçleştiren ifadelerdir. İngilizcedeki "manmade (insan yapımı)", "mankind (insanlık)" gibi ifadeler de yine kadını, tanımlanan 'insanlığa' kendini ait hissettirmemektedir.

Altı çizilecek bir diğer nokta da dilde kadınların davranışlarının ve yaptığı işlerin küçümseyici ve negatif bir şekilde ifade edilmesidir. Bu şekilde kadınların erkeklerin gözündeki "ikincilliği" yerleştirilmeye çalışılmaktadır. Kişinin toplumda bu kavramları duyarak büyümesi, gerçeğe en iyi ihtimalle, önyargılı yaklaşırken kendisini bulmasına neden olmaktadır. Kadınlar küçümsenmeye başlandıkça onların sözleri de hafife alınmış, erkek eksiksiz insan olarak görülünce "kadın ve kadınlığa özgü sayılan her şey, çoğunlukla dilde olumsuz yönde değerlendirilir ya da romantikleştirilir" (Segal,1987,s.49) olmuştur. Feministler özellikle bu vurguyu yaparak dilin erkek lehine olduğuna dikkat çekmiştir. "Karı gibi gülmek, kız gibi utanmak, karı gibi yürümek, 'bayan' sürücü" gibi tanımlar; kadına atfedilmiş negatif rolleri gösterirken, bir kadının becerikli olduğunu göstermek için ise "erkek gibi kadın" ifadesi kullanılmaktadır. Erkeğe atfedilen roller ise toplumda övgü niteliğinde kullanılmaktadır; "adam olmak, adam gibi, adamakıllı, adam yerine koymak, adam etmek, sözünün eri, işin eri" gibi örnekleri çoğaltabiliriz. TDK'da

"Kadın mücadelesinin önceliklerinden biri de cinsiyetçi dil ile mücadele olmalıdır. Cinsiyetçi dil, cinsiyet temelli şiddetin ve kadın cinayetlerinin beslendiği topraktır. Bu toprağı ortadan kaldırmadan, orda yetişen otlarla ve dikenlerle mücadele etmek de mümkün görünmemektedir."



adam sözcüğünün ilk karşılığı insan iken, ikinci karşılığı ise erkek kişidir. Burada da bir çelişki söz konusudur eğer "adam" tüm insanları ifade ediyorsa ikinci açıklaması "erkek" olmamalıdır.

Kadın sözcüğü ise TDK'da "dişi cinsten erişkin insan, erkek veya adam karşıtı" olarak tanımlanmıştır.(TDK,2002, s.515) Erkek sözcüğüne paralel bir sözcük olmasına rağmen erkek sözcüğü rahatlıkla kullanılırken, kadın sözcüğü ayıp ve kaba olarak değerlendirilmiş ve rahatlıkla kullanılmamıştır. "Kadın" kelimesi nötr bir kelimeyken, ona çağrışımlar yüklenmiş ve kullanılmasından kaçınılır olmuştur. Bu çağrışımlardan kurtulmak için de 'ben sana cinsel gözle bakmak istemiyorum' un altını çizmek için "bacı, yenge" hitap etmek için kullanılmaya başlamıştır. Elif Şafak bunu çok güzel tanımlamaktadır: " Kadın kelimesinde acaba bilmediğimiz bir nahoşluk, sakıncalı bir durum mu var? Aksi takdirde bu kelimeyi telaffuz ederken niçin böyle zorlansın ki insanlar? Salt bu kelimeyi kullanmamak için hele hele yüz yüze insan ilişkilerinde telaffuz etmek durumunda kalmamak için sürüsüne bereket alternatifler üretilmiş bile. Bahsi geçen kadın görece genç ise sorun yok, "kız" kelimesi imdada yetişir. Keza yaşlı ise gene mesele değil. , "teyze, hanımnine" ya da duruma/sınıfa göre "hanfendi", o da olmadı ağzı yaya yaya "ha-nım- e-fen-di" ne güne duruyor? Ama ya bu iki kategorinin ortaya yerine denk düşüveren o geniş sayıda kadına nasıl hitap edilecek? Bir sıkıntı, bir rahatsızlık, bir iğretilik... Sanki "kadın" kelimesinde bilmediğimiz bir kusur, üzeri derhal örtülmesi icap eden bir ayıp varmışçasına. Sırf kadın dememek için kimi zaman "bacı", kimi zaman "bayan" ve en çok da " siz hanımlar!". Bir kadına doğrudan hitap etmek durumunda kalınca sıkılıp gereksiz bir nezaket içine giriliyor, hani sanki "siz kadınlar..." dese, beriki alınacak , "estağfurullah" demek gerekecek..." (Safak,2005,s. xvı). Türkçe'deki "kız almak/vermek" gibi tanımlar yine kadının bedeni üzerindeki tahakkümlerdendir. "Kız kurusu" gibi evlenmemiş kadınlar için tabirler üretilirken, evlenmemiş erkekleri tanımlayan negatif kelimeler üretilme gereği duyulmamıştır.

Bir diğer dikkat edilmesi gereken nokta da cinsiyetçi küfür meselesidir. Maalesef Türkçe'deki küfürlerin büyük kısmı cinsel şiddet içeren, kadının cinsel ilişkideki rolünü kötü, olumsuz bir şey gibi sunan küfürlerdir. Bu küfürler aynı zamanda cinsel ilişkiyi kötü bir şey olarak tanımlamakta, cinselliğin bir şiddet aracı olarak kullanılmasının önünü açmakta, seks işçiliğini negatif bir kavram olarak değerlendirmektedir.

İçine doğduğumuz bu toplumu ve dili değiştirmek, nötr bir dile ulaşmak için çok çaba harcamamız gerektiği aşikardır. Dil ve kültürün birbirinin içerisine nasıl girdiği ve birbirini nasıl etkilediğini hepimiz biliyoruz. Cinsiyetçi bir dil kullanımının; 'O sırada sinirliydim.', 'Aslında öyle düşünmüyorum karşı taraftaki kişi o dilden anlıyor diye böyle konuştum.', 'Kibarlık olarak öyle dedim.' gibi açıklamaları olmamalıdır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden rahatsızsak ve değiştirmek istiyorsak 'ama'sız bir şekilde nötr bir dil kullanmaya özen göstermeliyiz. Biri bizi uyardığında "siz feministler amma da abartıyorsunuz" gibi tepkiler vermeyelim. Birbirimizi uyararak, değiştirerek toplumu dönüştürmeyi hedeflemeliyiz. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğini sona erdirmek için hep birlikte harekete geçmeliyiz.

KAYNAKLAR

KAYNAKÇA

GUDEN, Pınar Menekşe. Dilde Cinsiyet Ayrımcılığı: Türkçe'nin İçerdiği Eril ve Dişil İfadeler Bakımından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,2006

HUMM, Maggie. Feminist Edebiyat Eleştirisi, Yay. Haz. Gönül Bakay, Say, İstanbul, 1994

RAMAZANOĞLU, Caroline. Feminizm Ve Ezilmenin Çelişkileri, Çev. Mefkure Bayatlı, Pencere, İstanbul, 1998 Redbouse Sözlüğü, Sev Yayınları, İstanbul, 1997

SEGAL, Lynne. Gelecek Kadın Mı?, Çev. Suğra Öncü, Afa, İstanbul, 1987. Ağır Çekim, Çev. Volkan Ersoy, Ayrıntı, İstanbul, 1990

SINGH, Ishtla; Jean Stillwell Peccei.Language, Society And Power, Routledge, New York,

ŞAFAK, Elif. Med-Cezir, Metis, İstanbul, 2005

ŞİMŞEK, Şenel. Türkiye Türkçesi'nde Toplumsal Cinsiyet, İstanbul, 1996

KADIN HAREKETİNDE İÇİMİZDEN BİRİ:

Prof. Dr. Şahika Yüksel

Röportaj: Yasemin Demirci

> MorÇatı Kadın Sığınma Vakfı'nın kurucularından ve Türkiye Psikiyatri Derneği'nin ilk kadın başkanı Prof. Dr. Şahika Yüksel ile geçmişten günümüze Türkiye'de kadın hareketini konuştuk.

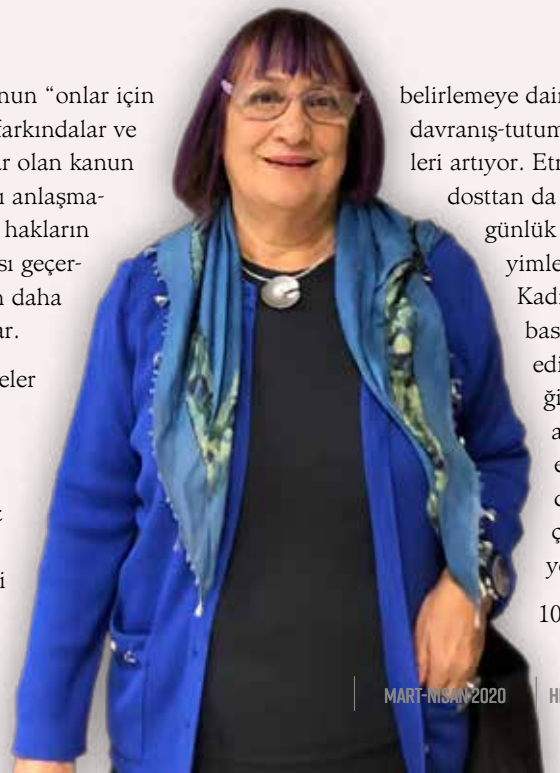
Psikiyatri ve travma uzmanı, akademisyen, insan hakları savunucusu ve feminist bir kadın olarak, Türkiye'deki kadın hareketini geçmişten günümüze değerlendirecek olursak, gelinen noktayı nasıl buluyorsunuz?

1980'den itibaren kadın hareketinde büyük adımlar atılmıştır. Çözümler çok sınırlı, ufak adımlarla gidiyor işler.

Bir sorunun hallolması için önce onun sorun olduğunun adının konulması gerekir. Cinsiyetçilik çok daha geniş gruplar tarafından biliniyor. Cinsiyetçi konumlarını muhafaza etmek isteyen gruplar da bunun "onlar için tehlikesinin" farkındalar ve bu nedenle var olan kanun ve uluslararası anlaşmalarda yer alan hakların kullanılmaması geçersiz olması için daha çok çalışıyorlar.

Akın akın kitleler geliyor demiyorum, yanlış anlaşılmasın. Özellikle genç kadınların itirazları kendi yaşamlarını belirlemeye dair talepleri ve davranış-tutum değişiklikleri artıyor. Etrafımdan eş dosttan da biliyorum günlük klinik deneyimlerimden de... Kadınlar aile içi baskılara itiraz ediyor ve değiştirmek için aile içinde (ki en zor alan) daha ısrarla çaba gösteriyorlar.

10-20-30 yıllık



* *Dr., Hekim Sözü Yayın Kurulu Üyesi*

geçmişimize bakacak olursak; cinsel saldırılar ardından şikayetçi olan kadınların, sadece sayısı artmadı. Artık utancı, faile bırakıp kendilerini gizlemeden talepte bulunabiliyorlar.

90'lı yıllarda MorÇatı'nın katkıları ile yapılan kadına yönelik şiddet taraması ve 10 yıl sonra Ayşegül Altınay ve Yeşim Arat'ın yaptığı taramaya göre kadınların ev içinde yaşadığı şiddet oranları değişmiyor; %30 civarı. Ancak 10 yıl içinde önemli fark şu ki; kadınlar daha önce kader ve değişmez durum diye çaresiz kabul ederken, 10 yıl sonra kocanın karısını dövmesinin haksızlık olduğunu ifade edip sığınak talep ediyorlar.

Feminist avukatlar gibi halen kadınların kendi meslek ortamlarında kadın olmasından kaynaklanan sorunlarını sorgulayan gruplar var. Cinsel saldırılar, sarkıntılıklardan erkekler vazgeçmiyor ama üniversitelerde öğrenciler ve öğretmenler o kurum içinde cinsel saldırı yapanların ipliğini pazara çıkarmak üzere yönetmelikler çıkarıyor ve bazı okullarda özel birimler kurabiliyorlar.

Kadın işsizliği ve ücretlerinde maalesef büyük farklar var. Ama bu alanda da eşitlik çabaları sürüyor. Flormar gibi grevleri görüyoruz.

Psikoloji ve psikiyatri bilimi henüz çok mütevazi iken bu kadar ısrarla, psikiyatr olma isteğiniz ve ardından sırf bu sebeble tıp fakültesi okumanızı nasıl değerlendirmeliyiz?

Bu soruya farklı devrelerde farklı yanıtlar verebiliyorum. Bana solcu bir genç olarak açılım keşfedici dönüştürücü bir alan gibi geldi. Sosyolog olmayı da isteyebilirdim. Ama insanlarla doğrudan bir ilişki olsun ve bu aynı zamanda hayatımı/geçimimi sağlayacak bir meslek olsun istedim. O sırada halk sağlığı diye bir alan olduğunu bilmiyordum. Bilsem düşünebilirdim.

1985 yılında MorÇatı'yı kurma gücünü nerden aldınız? O dönem bu çaba için kimler bir araya geldi?

Bunu nasıl öğrendim bilmiyorum ama insan ilişkilerinde seçme belki de eleme demek daha uygun konusunda bir becerim var. 1974 yılında yeni asistanım Gencay Gürsoy "gel bir

toplantıya gideceğiz" dedi. Tüm Asistanlar Derneği (TÜMAS) toplantısıydı. Orada farklı disiplinlerden çok kişi bir araya geldik. Pankart yapmayı da, üzerine yazılan sloganı bulmayı da orada öğrendim. Toplu yemek düzenlemeyi de orada öğrendim. Şimdi yakın arkadaşlarımdan pek çoğu o zamanlardan birikmiştir. TÜMAS; asistan eğitim sorunları ile ilgiliydi. Ama benimle akran kadınlarla feminist çalışmalara ve okumalara orada başladık. Tabii grup sadece TÜMAS'lı kadınlardan oluşmuyordu giderek genişliyordu. Kadına yönelik şiddeti önleme ve sığınak taleplerimiz vardı. Sevgili Şirin Tekeli dahil 12 kadın MorÇatı kurucusu oluverdik.

Aslında, sorunuza kısa cevap vermeliyim. MorÇatı'yı kurma gücünü veren; birbirine güvenen bir grup oluşturmuş olmamızdır. Benim yaşamımdaki en büyük zenginlik ve güç kaynağı kolektif çalışan, düşünen ve üreten kişilerle birlikte olmamdır. Bu tür bir anlayış tabii ki az sayıda erkekte var ve ağırlıklı olarak kadınlarda var.

> Bugün 40 yıl sonra yaşamımın farklı bir yerindeyim. Politik düşüncelerim ve duruşum temelde aynı. Ama nedensel olarak, "travma uzmanı" olarak farklıyım. Hayal kurmak, umut etmek, hayal ettiklerimi görmek için beklentilerim ve somut gerçekler farklı.

Daha çok travma, cinsellik, LGBTİ ve kadın alanlarında çalışıyor olduğunuzu biliyoruz. Neden bu alanları tercih ettiniz?

1960 yılında ortaokulda idim, 1970'de ise üniversite öğrencisi. Hayatı bir öğrenci olarak yaşıyordum. 1980 yılında artık doktor olmuştum. Psikiyatri uzmanı olabilmek için formasyon aşa-

masından eylem aşamasına geçmem gerekiyordu. Aslında, benim meslek yaşamında uzmanlık alanlarımı 12 eylül daha çok açığa çıkardı diyebilirim. 12 eylül darbesinin ezmeğe çalıştığı ve açtığı yaraları onarma için doktor, ruh-sağlığı çalışanı olarak ne yapabilirdik diye can havli ile kendimi görevlendirdim.. Organize-devletin de desteklediği şiddet ve eviçi, cinsiyetçilikten kaynaklanan kadına, çocuğa, aile içi/dışı şiddet, cinsiyetçi cinsel yönelim ve kimliklere göre ayrımcılık

Bugün 40 yıl sonra yaşamımın farklı bir yerindeyim. Politik düşüncelerim ve duruşum temelde aynı. Ama "travma uzmanı" olarak farklıyım. Hayal kurmak, umut etmek, hayal ettiklerimi görmek için beklentilerim ve somut gerçekler farklı.

Ben bir klinisyen ve öğretmenim. Mesleki çalışma ve araştırmalarımı insan hakları ile ilgili konulara odaklandırdım. Sanırım resmi ders programına "Cinsel Yönelim Farkları" dersini ilk kez ben koydum. Hatta dekanlık dersin adı hatalı yazılmış diye "Cinsel Yönelim Bozuklukları" olarak program kitabında değişiklik yapabiliyordu.

Türkiye Psikiyatri Derneği'nin (TPD) ilk kadın başkanı olduğunuzu biliyoruz. Türkiye Psikiyatri Derneği'nin sizin başkanlığınız dönemine denk düşen "Kadın Ruh Sağlığı" kitabı nasıl ortaya çıktı?

Kitap, benim hayalimdi. Ben çok hayal kurarım, ama hayallerim hilelidir. Birden çok hayali paralel olarak kurarım. Sıklıkla bir bölümü gerçekleşebilir. Tavsiye ederim; ruh sağlığımız ve mücadele gücümüzü arttırmak için teşvik edici oluyor. Kitabın adı gibi içeriği de salt hastalık odaklı değildi. Adı üstünde "Kadın Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı". Ayşe Devrim Başterzi, Leyla Gülseren ve ben üç arkadaş birlikte çok keyifli çalıştık. Katkıda bulunanlar da keyifle ürettiler, dinamik bir süreç oldu. Ah bir de yine Ayşe ile olan "Kitlesel Şiddet ve Afetlerle ilgili kılavuz" kitabımızı bitirsek, tam bitmek üzere iken pandemi bastırdı onunla uğraşıyoruz.

Barış imzacısı akademisyenlerdensiniz? 1 yıl 3 ay da ceza aldınız. Konu ile ilgili özetle söylemek istediğiniz birkaç cümle var mı?

Bu konuda son yıllarda çok şey yaşandı ve yaşanmakta. Kişisel olarak duygularımı söylecek olursam; o metni imzalamamış olsa idim kendimi suçlu hissederdim. Memuriyetten emekli olduğum için imza attığımda pek çok arkadaşımız gibi kişisel bir hak kaybı yaşamadım. Yani imzanın bedelini hepimiz aynı ağırlıkta taşımadık.

Travmalar ve haksızlıklarla ilgili çalışamak sizi olumsuz yönde etkilemiyor mu ?

Yıllardır şiddet, afet vb. ile uğraşıyorum. Üzülmüyor musun diye soruyorlar. Kolektif çalışıyoruz ve olayların ardından yaşanan zorlukların acıların azalmasında bir şeyler yapılabiliyor. Bu yıl kuruluşunun 30.uncu yıldönümünde MorÇatı'dan aldıkları destekle pek çok kadın güçlenerek, kendilerine yeni hayat kurabildiler. TİHV başvuruları raporları danışmanlık tedavi ve psikososyal destek çalışmalarından az veya çok rahatladı. 40 yıldır hep ne yapabiliriz diye baktım. Çaresizlikle bir kenara sinmek insanı daha da kötü yapıyor. Görmezden gelmek ve tek kalmak çok daha zor.

Evim, okulum, uğraşlarım gibi hedeflerim hep aynıydı, değişmedi. Bilimsel kanıta dayalı olanlar, uygulama ve gerçek yaşam koşullarında (grassroot) sorun alanlarında birlikte bariyerleri yıkmak... olmadı ise de aşmak".

2020 yılında dünyayı kaplayan COVİD-19 farklı bir sorun oluşturdu. Halen süregiden ağır bir travmatik stres var. Geçirilmiş, geçmiş zamana ait bir travmatik yaşantının izlerini silmek gibi değil. İçinde bulunduğumuz bir tehlike ve sağlıkçılar en önde olarak yaşamsal riskleri göze alıp mücadele ediyorlar.

Türkiye Psikiyatri Derneği, "Ruhsal Travma ve Afet Psikiyatrisi Çalışma Birimi" mart ortasından itibaren halka, sağlıkçılara ve ruhsağlığı uzmanlarına yönelik rehberler ve metinler hazırladı. TPD ya da İTO'dan onlara ulaşabilirsiniz.

Bu vesile ile duyurmak isterim, kısa bir süre içinde organize edilerek 6 Nisan 2020'de ülkenin her yerinde görev yapan tüm sağlık çalışanlarının 7/24 ulaşılabilecekleri bir ruhsal destek hattı oluşturulmuştur. 0850 532 66 76 telefon numarası ile erişilebilecek destek servisi 06 Nisan 2020 Pazartesi saat 08.00 itibari ile hizmete açılacaktır. Sağlık çalışanlarına Destek Hattı'yla derneğimiz üyesi gönüllü psikiyatristlerle canlı telefon görüşmesi sağlanabilecektir.

10 günde 235 başvuru aldık. 24 saat nöbetçi var. 206 arkadaş gönüllü olarak danışmanlık yapıyor. Akşamları 60-90 dakika günün süpervizyonu şeklinde toplantılar var. Bu toplantılara 60-70 kişi katılıyor. Çok farklı yerlerden danışanlar oluyor. Başvuruları kaydetmiyoruz, bilgiler tamamen mahrem. Çok kez 20-30 dk. süren görüşmeleri danışanlar içten teşekkürlerle bitiriyorlar.

Evet 2020'de öğrendiğimiz en önemli şeylerden biri de "sosyal mesafe içinde kollektif kalmak".

Bize zaman ayırdığınız ve bu keyifli sohbet için Hekim Sözü Dergisi olarak çok teşekkür ederiz.

Gebe ve emziren sağlık çalışanlarının hakları ihlal ediliyor

Hazal Pekşen Demirhan*

> Hem 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, hem de 4857 sayılı İş Kanunu ve bu Kanun gereğince hazırlanan Yönetmelik hükümleriyle gebe ve emziren kadınların, gece vardiyalarında çalışması yasaklanmış durumda.

24 saat hizmet verilen sağlık kuruluşlarında bu yasağa uyulmakla birlikte, birçok hastanede gece nöbeti verilemeyen kadın çalışanlar hafta sonları gündüz nöbetleri ile hafta tatili dahi yapmadan çalışmak zorunda bırakılıyor.

Gebe ve emziren personelin hafta sonu çalıştırılmasına ilişkin bir yasak olmadığından, bu personele gece nöbeti yerine haftasonu mesaisi veriliyor; çoğu sağlık kuruluşunda, bu durumda olan kadın personelden her hafta cumartesi-pazar nöbet tutması bekleniyor.

Ancak bu durumda olan kadın hekimlerin, dinlenme hakkı verilmeksizin çalıştırılmasının Anayasa'ya aykırı olduğu ve bu şekilde düzenlenen nöbet listelerine itiraz edilebileceği/dava açılabileceği unutulmamalıdır.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda,

Gebe ve Emziren Kadınların, Gece Vardiyalarında Çalışması Yasaklanmıştır.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 101. maddesi, günün 24 saatinde devamlılık gösteren hizmetlerde çalışma saat ve usulünün tespitine ilişkindir. Buna göre;

"Madde 101 – (Değişik: 13/2/2011 - 6111/105 md.)

Günün yirmidört saatinde devamlılık gösteren hizmetlerde çalışan Devlet memurlarının çalışma saat ve şekilleri kurumlarınca düzenlenir.

Ancak, kadın memurlara; tabip raporunda belirtilmesi hâlinde hamileliğin yirmidördüncü haftasından önce ve herhalde hamileliğin yirmidördüncü haftasından itibaren ve doğumdan sonraki iki yıl süreyle gece nöbeti ve gece vardiyası görevi verilemez. Engelli memurlara da isteği dışında gece nöbeti ve gece vardiyası görevi verilemez."

Görüldüğü gibi, kamu sağlık kuruluşlarında çalışan, devlet memuru statüsündeki kadın hekimlerin gebeliklerinin 24. haftasından başlayan ve doğumdan sonraki 2 yıl süreyle devam eden, gece nöbeti muafiyeti bulunmaktadır. Gebeliklerinin 24. haftasından önce gece nöbetine engel bir durumun oluşması halinde, tabip raporunda belirtilmek suretiyle bu muafiyetten yararlanmaları mümkün olacaktır.

4857 Sayılı İş Kanunu Gereği Hazırlanan Kadın Çalışanların Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik'te Gece Vardiyalarında Çalıştırılmaya İlişkin Yasak Bulunmaktadır.

4857 sayılı İş Kanunu'nun "Gece çalıştırma yasağı"nı düzenleyen 73. maddesine göre;

"Madde 73 - Sanayie ait işlerde onsekiz yaşını doldurmamış çocuk ve genç işçilerin gece çalıştırılması yasaktır.

Onsekiz yaşını doldurmuş kadın işçilerin gece postalarında çalıştırılmasına ilişkin usul ve esaslar Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca hazırlanacak bir yönetmelikte gösterilir."

Bu düzenleme gereğince hazırlanan ve 24.07.2013 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Kadın Çalışanların Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik'in 9. maddesinde "Gebelik ve analık durumunda çalıştırılma yasağı" düzenlenmiştir. Buna göre;

"Madde 9 – (1) Kadın çalışanlar, gebe olduklarının doktor raporuyla tespitinden itibaren doğuma kadar, emziren kadın çalışanlar ise doğum tarihinden başlamak üzere kendi mevzuatlarındaki hükümler saklı kalmak kaydıyla bir yıl süre ile gece postalarında çalıştırılamazlar.

(2) Ancak emziren kadın çalışanlarda bu süre, anne veya çocuğun sağlığı açısından gerekli olduğunun işyerinde

*Av., İstanbul Tabip Odası Hukuk Bürosu

görevli işyeri hekiminden alınan raporla belgelenmesi halinde altı ay daha uzatılır.

(3) Bu çalışanların anılan sürelerdeki çalışmaları, 14/7/2004 taribli ve 25522 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik hükümleri saklı kalmak üzere gündüz postalarına rastlayacak şekilde düzenlenir."

Görüldüğü gibi, özel sağlık kuruluşlarında İş Kanunu'na tabi olarak çalışan kadın hekimlerin, Devlet Memurları Kanunu'nun aksine hafta sınırlaması olmaksızın, gebeliklerini belgeledikleri andan itibaren gece nöbetlerinde çalıştırılmaları yasaklanmıştır. Ancak devlet memurları yönünden 2 yıl olan doğum sonrası gece nöbeti muafiyeti, özel sağlık kuruluşlarından çalışanlar yönünden, doğumdan sonra 1 yıl devam etmektedir.

Kamu sağlık kuruluşlarında gece nöbeti verilemeyen kadın hekimler -adeta cezalandırılmakta- tüm hafta tatillerinde nöbet tutmak zorunda bırakılmaktadır.

Özellikle kamu sağlık kuruluşlarında, gebelik ve doğum sonrası 2 yıllık dönemde olduğu için gece nöbeti verilemeyen kadın çalışanlara, hafta sonu gündüz nöbetlerinin verildiği görülmektedir. Bu durumda olan çalışanlara hafta sonu gündüz nöbeti verilmesinin önünde herhangi bir hukuki engel olmadığını belirtelim.

Nitekim Sağlık Bakanlığı'nın konuya ilişkin 06.11.2013 tarihli görüş yazısında da, *"657 sayılı Kanun'un 101. maddesinin 2. fıkrası hükmü gereğince, kadın memurlara hamileliğin 24. haftasından itibaren ve doğumdan sonraki iki yıl süreyle gece nöbeti ve gece vardiyası görevi verilemeyeceği, ancak Sağlık Bakanlığı'nın eşit, kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunumunda sorumlu ve yetkili bulunduğu, hak ve özgürlüklerin ise kamu hizmetinin yürütülmesine engel olacak şekilde kullanılmaması gerektiği dikkate alındığında, gece vardiyası/nöbeti görevi verilemeyen kadın personele, gündüz mesaisinde ve hafta sonu gündüz saatlerindeki nöbet/vardiya görevi verilerek iş dağılımının yapılabileceği"* bildirilmiştir.

Ancak bu durum, gece nöbeti verilemeyen kadın çalışanlara hem cumartesi, hem de pazar günü nöbet görevi verilebileceği, yani personelin haftada 7 gün çalıştırılabileceği anlamına gelmemektedir.

Buna rağmen Hukuk Büromuza yapılan başvurulardan, gece nöbeti yazılamayan hekimlere hem cumartesi, hem de pazar günü nöbet görevi verildiği, üstelik kimi yerlerde üst üste 2-3 haftasonu nöbet yazıldığı, hekimlerden 15-20 gün hiç dinlenmeden çalışma talep edildiği görülmektedir.

Böylelikle hamile olan, doğum yapan sağlık çalışanları adeta cezalandırılmış olmakta; yeterli sürelerle dinlenme hakları ihlal edilmektedir. Bu durum Anayasa'nın *"Çalışma Şartları ve Dinlenme Hakkı"* başlıklı 50. maddesine aykırıdır.

Nitekim Anayasa'nın 50. maddesine göre; *"Dinlenmek çalışanların hakkıdır."* Bu hak temel hak ve hürriyetlerden olması nedeniyle şahsa bağlı devredilemez sosyal bir haktır. Madde gerekçesine göre dinlenme hakkı, *"...hem çalışanın bedenen korunması için zorunlu, hem de çalışanın dinlenme sonrası çalışmasının verimi için gereklidir."* Dinlenme hakkının çalışanların olduğu kadar idarenin ve toplumun menfaatine bir hak olduğuna, hakkın çalışanların yaşam ve sağlıklarının korunması ve geliştirilmesine hizmet ettiğine, hakkın gerçekleşmesi için idare edenlerin etkin müdahalesinin gerektiğine şüphe yoktur.

Aksi halde gerekli dinlenme süresi olmaksızın yapılan kesintisiz çalışma, hekimin karar verme yetisini olumsuz etkileyecek, özel bir dikkat ve özen gerektiren sağlık hizmetinin gereği gibi yürütülmesini engelleyecektir. Böylece sadece hekimin/çalışanın dinlenme hakkı değil, hastaların da nitelikli sağlık hizmeti alma hakkı ihlal edilmiş olacaktır.

Yeterli dinlenme hakkı güvence altına alınmaksızın uzun süreli çalışmaya zorlanan sağlık personeli ile onlardan sağlık hizmeti alanların yine Anayasal bir hak olan *"yaşam hakları ile maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme haklarını"* da ihlal edilmektedir.

Tekrar belirtelim ki gebe ve emziren kadın hekimler için haftanın 7 günü kesintisiz çalışma getiren nöbet listeleri hak ihlaline yol açmaktadır ve yargı yoluna başvurulması halinde bu uygulamaların iptali mümkündür.

“Özellikle kamu sağlık kuruluşlarında, gebelik ve doğum sonrası 2 yıllık dönemde olduğu için gece nöbeti verilemeyen kadın çalışanlara, hafta sonu gündüz nöbetlerinin verildiği görülmektedir. Bu durumda olan çalışanlara hafta sonu gündüz nöbeti verilmesinin önünde herhangi bir hukuki engel yoktur.”

COVID-19 Salgınında Radyolojik Görüntüleme

Çetin Atasoy*

> Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde başlayan COVID-19 salgını kısa sürede bir çok ülkeye yayılarak Dünya Sağlık Örgütü'nün Pandemi nitelemesini hak edecek boyutlara ulaşmış, etken virüsün yüksek bulaşıcılığı, morbidite ve mortalitesi hemen bütün ülkelerde ciddi bir halk sağlığı krizi doğurmuştur.

Salgının ülkelerin sağlık sistemlerinin başa çıkabileceği hızların üzerinde seyretmesi, hastanelerin yoğun bakım kapasitelerinin süratle dolmasına ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Bu etkinin hafifletilmesinin salgın eğrisinin baskılanabilmesine bağlı olduğu anlaşılmaktadır. Bu da salgının hastanelerden önce; sahada, toplum temelinde ve birinci basamak sağlık hizmetleriyle kontrol edilmesini, mücadelenin epidemiyoloji biliminin kurallarıyla bu alanlarda yoğunlaştırılmasını gerektirmektedir. Daha açık bir ifadeyle epidemiyoloji biliminin salgın yönetimi için öngördüğü karantina, izolasyon, tecrit, filyasyon ve olabildiğince fazla sayıda test yapılması gibi süreçler etkin olarak uygulanmalıdır.

Öte yandan, hastaların çoğu semptomsuz veya hafif semptomlarla hastalığı atlatırken, yaklaşık %20'sinin hastane bakımına, %5 kadarının da yoğun bakım tedavisine ihtiyaç duyduğu bilinmektedir.

Hastalığın tanısında kullanılan temel yöntem virolojik testlerdir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de bu amaçla uygulanan en yaygın testler ters transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) ile antikor testleridir.

Hastalığın kesin tanısı için kullanılan RT-PCR ile ilgili deneyimler testin duyarlılığının yeterince yüksek olmadığını ortaya koymaktadır. Örnek toplanması ve taşınmasına ilişkin bir dizi parametre ile kullanılan kitin özellikleri testin doğruluğunu etkileyen başlıca etmenlerdir. Farklı çalışmalarda bildirilen sonuçlar görece geniş bir yelpazeye sahip olmakla beraber genel olarak ilk PCR testinin duyarlılığının %42-71 düzeyinde olduğu rapor edilmektedir.

Ülkemizde PCR testiyle ilgili başka sorunlar da gözlenmiştir. Testin ulaşılabilirliği özellikle test sayılarının birkaç bin düzeyinde kaldığı salgının ilk haftalarında önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmıştır. Ayrıca, testin önce tek merkezde, daha sonraları ise az sayıda merkezde yapılabilmesi sonuçların geç açıklanmasına yol açmıştır.

Bu sorunlar tanıda başka yöntemlere olan ilgiyi artırmıştır. Çin ve başka ülke kaynaklı yayınlardan görüntüleme yöntemlerinin tanıda önemli rol oynadığının, toraks bilgisayarlı tomografisinin (BT) sensitivitesinin çok yüksek olduğunun öğrenilmesiyle görüntüleme yöntemleri (özellikle de BT) "fiilen" tanıda kullanılır olmuştur.

Bununla birlikte, radyolojik yöntemlerin tanıdaki rolü konusunda halen tam bir uzlaşı söz konusu değildir. Amerikan Radyoloji Derneği BT'nin COVID-19 hastalığı için bir tarama veya ilk sıra yöntem olarak kullanılmaması gerektiği görüşündedir. Bunun temel gerekçesi BT'nin normal olmasının hastalığın varlığını dışlamak için yeterli olmaması, anormal olması durumunda da bulguların COVID-19 için spesifik olmamasıdır.

Radyolojik yöntemlerin yeri konusundaki görüşlerin farklı olması, olasılıkla, hem sağlık sistemlerinin hem de virolojik yöntemlerle ilgili faktörlerin (ulaşılabilirlik, sonuçların açıklanması, duyarlılık gibi) ülkeden ülkeye değişmesinden kaynaklanmaktadır. Ülkemizde bu koşulların bize özgül durumları nedeniyle görüntüleme yöntemleri yazı içerisinde değinilecek dezavantajlarına karşın yaygın olarak kullanılagelmiştir.

COVID-19 tanısında kullanılan başlıca görüntüleme yöntemleri akciğer grafisi ve BT'dir. Teorik olarak tanıda ultrasonografi de bazen etkili olabilir ancak bu yöntemle ilgili deneyimin görece azlığı kullanımını sınırlandırmaktadır.

Akciğer grafisi COVID-19 hastalarının hem ilk değerlendirilmesinde hem de mevcut pnömoni bulgularının takibinde kullanılabilir. Radyografi, düşük radyasyon dozu ile özellikle çocuklarda ve gençlerde tercih edilebilecek bir yöntemdir. Ayrıca

*Prof.Dr., Koç Üniversitesi Hastanesi Radyoloji ABD

taşınabilir cihazlarla yatan hastaların pnömoni bulgularının takibinde de işe yarayabilir. Taşınabilir ve kolay temizlenebilir radyografi cihazlarının uygun olan indikasyonlarda kullanılması hastaların radyoloji bölümlerine taşınmasının yol açabileceği çapraz enfeksiyonların önlenmesi açısından bir avantajdır. İngiliz Toraks Görüntüleme Derneği radyografiyi tanısal algoritmada ilk triyajda BT'den daha ön sırada kullanmayı, BT'yi radyografi bulgularına göre sorun çözücü ileri görüntüleme yöntemi olarak saklamayı önermektedir.

Çeşitli avantajlarına karşılık, radyografinin COVID-19 hastalığında kullanımını kısıtlayan temel dezavantajı düşük bir sensitivite ve spesifisiteye sahip olmasıdır. Duyarlılığının %30-69 arasında olduğu bildirilmektedir. Radyografik bulguların yaygınlığının hastaların çoğunda semptomların başlangıcından 10-12 gün sonra zirve yaptığı bulunmuştur. Ayrıca COVID-19 hastalığının radyograf bulguları başka enfeksiyonlar ve enfeksiyon dışı durumlarla da sıkça örtüşmektedir; yani radyografinin spesifisitesi oldukça düşüktür.

COVID-19 hastalığında en yaygın kullanılan görüntüleme yöntemi toraks BT'dir. Sensitivitesi %60-98 arasında olup oldukça yüksektir. Ancak spesifisitesi düşüktür (%25-53). COVID-19'u diğer enfeksiyonlardan ayırmada ne kadar başarılı olduğu konusunda henüz yeterli kanıt yoktur. Az sayıda hasta ile yapılan çalışmalarda diğer viral enfeksiyonlardan ayırt etmede seçiciliği %93-100 arasında bulunmuştur ancak bu çalışmalarda COVID-19 ile en çok karışan durumlar olan inflenza A'nın ve enfeksiyon dışı nedenlerin azlığının bir sınırlama olduğu dikkate alınmalıdır.

BT'nin COVID-19 tanısındaki duyarlılığının ilk PCR testine göre daha yüksek olduğu çok sayıda çalışmanın ortak bulgusudur. BT'nin PCR'ın pozitifleşmesinden 3-5 gün önce anormal bulguları gösterdiği, ayrıca tanısı konulmuş hastalarda PCR'ın negatifleşmesinden daha önce BT bulgularının düzeldiği bulunmuştur.

Her ne kadar BT COVID-19 tanısında yüksek bir duyarlılığa sahipse de COVID-19 hastalığı için tarama testi olarak kullanılmaması gerektiği konusunda neredeyse görüş birliği vardır. Hastalığın test öncesi olasılığının yüksek olduğu (yani PCR ile gösterilmiş prevalansın %85 olduğu) bir popülasyonda BT'nin negatif öngörü değeri %42 olarak bildirilmiştir. Negatif öngörü değerinin görece düşük olması BT'nin en azından hastalığın erken aşamasında COVID-19 için tarama testi olarak değerinin olmayabileceğini düşündürmektedir. Nitekim özellikle semptomların başlangıcını izleyen ilk 3-5 günde hastaların hatırı sayılır bir bölümünde (değişik çalışmalarda %14 ila %53'ünde) BT normal olabilmektedir.

COVID-19 pnömonisinin BT'de oldukça klasik bulguları tarif edilmiştir. Bunlar genellikle iki taraflı, alt alanlarda ve periferik bölgelerde daha baskın görülen, çok-odaklı buzlu cam opasiteleri ve bunlara eşlik edebilen konsolidasyonlardır. Yine bu hastalık için tipik sayılabilecek bulgular arasında buzlu cam alanlarındaki damarların genişlemesi, yuvarlak şekilli lezyonlar, hale işareti, organize pnömoni paterninin bulguları (peribronkovasküler yerleşim, ters hale işareti ve perilobüler pattern), hava bronkogramları, artmış dansite alanları içinde kist benzeri lüsensiler sayılabilir. Plevral effüzyonlar (özellikle fazla miktarda ise), perikardiyal effüzyon, lenfadenopati nadir rastlanan veya görülmeyen bulgulardır. Bronş lümenlerinde tıkaçlar, tomurcuklanmış ağaç görünümü, kavitasyon, buzlu cam olmaksızın tek odaklı saf konsolidasyon başka enfeksiyonları daha ön plana çıkarabilir.

Klasik bulguların varlığında dahi BT'nin COVID-19 için spesifik olduğu iddia edilemez. Başta influenza pnömonisi olmak üzere diğer viral pnömoniler ile bir dizi hastalığa ikincil olabilen organize pnömoni benzer görünüme yol açabilir.

BT'nin spesifisitesinin düşük olması ve kesin tanının virolojik yöntemlere dayanması bir tarafa, günlük pratikte PCR testi negatif olan ancak BT'si klasik COVID-19 bulguları içeren çok sayıda hasta ile karşılaşılmaktadır. Bu hastalarda PCR testi sonuçlanıncaya veya kesinleşinceye kadar uygun izolasyon ve tedavi yöntemlerine başlanılmaktadır. Bu anlamda BT'nin hasta yönetiminde vazgeçilmez rolü olduğundan söz etmek gerçekçi olur. Bu hastaların kayıt sistemlerine uygun biçimde kaydedilmeleri hastalığın toplumdaki yaygınlığının tam olarak ortaya konulması için gereklidir.

BT bulgularının yaygınlığı ile klinik şiddet arasında da ilişki vardır. Kliniği ağır veya kritik olan hastalarda 5 akciğer lobunun tamamı daha sık olarak etkilenmiştir. Hastalığın BT'deki yaygınlığı skorlandığında yüksek skora sahip hastaların daha uzun süre entübe kaldığı bulunmuştur.

Hastalığın BT bulgularının zamanla değişimi incelendiğinde, hastaların çoğunda zirve yaygınlığa 6-11. günlerde ulaşıldığı, bundan sonra düzelmenin yavaş olduğu, taburculukta hastaların önemli bir kısmında bir miktar rezidüel hastalık kaldığı ortaya konmuştur.

Hastalığın BT bulguları ile mortalite arasında da ilişki olduğu, hastalığın yaygın olduğu olguların daha fazlasının kaybedildiği gösterilmiştir.

Her hastalıkta olduğu gibi COVID-19 tanısında da BT sorumlu bir anlayışla kullanılmalıdır. Gereksiz tetkiklerden kaçınılmalıdır. Radyasyon dozunun yüksek olduğu dikkate alınmalı ve incelemeler mümkün olan en düşük dozda yapılmaya çalışılmalıdır. Radyoloji bölümlerinin enfekte olmaması ve çapraz enfeksiyonun önlenmesi için gerekli enfeksiyon koruma önlemlerine dikkat edilmelidir.

Kaynaklar:

1. Kunwei Li ve ark. CT image visual quantitative evaluation and clinical classification of coronavirus disease. European Radiology; doi.org/10.1007/s00330-020-06817-6

2. Wong ve ark. Frequency and Distribution of Chest Radiographic Findings in COVID-19 Positive Patients. Radiology; doi.org/10.1148/radiol.2020201160

3. Li ve ark. CT image visual quantitative evaluation and clinical classification of coronavirus disease (COVID-19) Eur Radiol; doi.org/10.1007/s00330-020-06817-6

4. Wang ve ark. Temporal Changes of CT Findings in 90 Patients with COVID-19 Pneumonia: A Longitudinal Study. Radiology; doi.org/10.1148/radiol.2020200843

5. Salahi et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-2019): A Systematic review of Imaging Findings in 919 Patients. Am J Roentgenol 1-7. 10.2214/AJR.20.23034

Pandemi günlerinde tıp etiği

Nuray Özgülnar, Muhtar Çokar*

> Salgınlar sırasındaki olağandışı koşullarda, politika belirlemekten klinikte hizmet sunumuna, sağlık alanında zor kararlar vermek gerekebiliyor ve bu kararların gerekçelerinin tartışma alanı olan tıp etiği bu alanda uğraş verenlere bir yol haritası sunma deneyimine sahip.

Son yirmi yıldır bakteri ve virüslerin neden olduğu alt solunum yolları enfeksiyonlarından ölümlerin dünyadaki ilk dört ölüm nedeni arasında olmasına karşın, Covid-19'un başlattığı salgının neden farklı olduğunu sorgulayan bir tıp öğrencisinin sözcükleriyle ifade etmek gerekirse, yaşadıklarımız aynı zamanda bir güven krizine işaret etmekte. Kaliforniya Üniversitesi 4. Sınıf öğrencisi Alexandra Friedman güven kriziyle ilgili denemesinde, kamuoyunda uluslararası kuruluşlara ve hükümete duyulan güvenin dezenformasyon ve bilgi gizlenmesi sonucunda aşındığını savunuyor[1]. Bu listeye gerçeklikle bağdaşmayan ve bilimdışı yollarla elde edilmiş yanlış bilgileri de eklemek mümkün.

Salgınlar sırasındaki olağandışı koşullarda, politika belirlemekten klinikte hizmet sunumuna, sağlık alanında zor kararlar vermek gerekebiliyor ve bu kararların gerekçelerinin tartışma alanı olan tıp etiği bu alanda uğraş verenlere bir yol haritası sunma deneyimine sahip. Dünya daha önce de salgın tehditleri yaşadı ve bu salgınlardan edinilen deneyimle geliştirilen rehberler Covid-19 pandemisinde nasıl yol alacağımıza dair bilgiler sunmakta. Bu rehberlerin birinde[2] sağlık politikalarını oluşturmaktan sorumlu liderlerin görevleri üç başlık altında şöyle sıralanmış:

- Planlama Görevi: Belirsizlikle Baş etmek
- Koruma Görevi: Çalışanları Koruma ve Savunmasız Kesimleri Destekleme
- Rehberlik Görevi: Sınırlı Kaynakların Kullanımı ve Kriz Durumlarında Sağlık Hizmeti Standartlarını Belirleme

İlk görev olan belirsizlikle baş etmek görevi doğru, güvenilir bilgiye erişim ve yaygınlaşmasını da kapsıyor. Sağlık politikalarını oluşturan ve yönetenler kadar uygulayanlar ve bu konuda sözü olanlara da görev düşüyor. Akla uygunluk, doğruluk, gerçeklik ve nesnellik bilimin vazgeçilmez unsurları. Salgının üstesinden gelinmesinde bilimin sağladığı güvenilir ve geçerli bilgi en önemli desteğimiz olacak.

Ülkemiz ve dünya zorlu bir dönemden

* *Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi istanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
** *Dr., İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Genel Müdürü*

geçiyor. Covid-19 pandemisini bir şekilde çözeceğimizi umut ediyoruz ancak sonrasında yaşadığımız dünyanın aynı kalmayacağını pek çok kişi dile getirmekte. Bu yazının tamamlandığı gün salgın nedeniyle 168 kişinin yaşamını yitirdiği açıklanmış durumda. Kişi, yer, zaman temel kavramlarını içerecek şekilde ayrıntılı, şeffaf ve açık bir bilgilendirmeye sağlık çalışanlarının özellikle gereksinimi var. Salgın sırasında sağlık çalışanlarının her zamankinden daha özverili çalıştıkları yadsınamaz bir gerçek. Ancak salgının boyutları ile ilgili edinilen bilgilerdeki belirsizlik çalışma ortamını güvensiz hale getirmektedir.

Modern sağlık hizmetleri, özellikle salgın durumları karmaşık ve çok boyutlu etik ikilemlerinin doğmasına yol açmıştır. Hekimler bu ikilemleri yetkin biçimde çözmek için çoğunlukla hazırlıksızdır. Bu nedenle Dünya Tabipler Birliğinin hazırladığı Etik El kitabı "özellikle hekimlerin etik anlayışlarını ve uygulamalarını güçlendirmek ve bu ikilemlere ahlaki çözümler bulunmasını sağlayacak araçlar sunmak üzere yapılandırılmıştır. Bir "doğrular ve yanlışlar listesi" değil, sağlam ve ahlaki kararlar verebilmek için önkoşul olan duyarlı bir bilinç geliştirme girişimi"3 olarak bugünlerde hep gözümüzün önünde durmalı ve okumalıyız.

Mesleğimiz nedeniyle taşıdığımız sorumluluklardan biri verdiğimiz mesajların doğru olması gerektiğidir. Bu doğrultuda bilime, eğitime ve deneyime saygı duyma sorumluluğumuz olmalı. E-posta, sosyal medya aracılığıyla nerdeyse Pandemi düzeyinde COVID-19 ile ilgili doğrulanmamış, tanı, tedavi yaklaşımlarını içeren yabancı dilde ya da Türkçe doküman kolaylıkla paylaşılıp doğru bilginin görünürlüğünü ve kullanılabilir olmasını engellemektedir.

Kişisel koruyucu donanım kullanımı, test özellikleri, sosyal mesafe, zeminlerden bulaş süresi ve özellikleri gibi konularda elden ele gezen çok literatür var, bu bilgilerde zaman içinde değişiyor. Ne yazık ki sosyal medya da bu bilgileri paylaşmaya ayırdığımız zamanı bunları gerçekten okumaya ayırmıyoruz. Okumaya zaman ayırsak muhtemelen bu kadar kolay da paylaşım yapmayacağız. Yurtdışı kısıtlı sayıda, salgın ortamında yapılmış sınırlılıkları yüksek çalışmaları biz de eleştirel okuma ile bizzat okuyalım. Neden mesajlar değişebiliyor? Literatür ne kadar güvenli bunu tartışalım.

Halka açık TV programlarında uzmanlık alanı olmayan alanlardan yayına katılan meslektaşlarımızın zaman zaman çok önemli zararlara da yol açabilecek salgın yönetim bilimi ile uyuşmayan, "hatalı" yaklaşımları söz konusu. Bu yaklaşımları içeren bilgiler sosyal medya aracılığıyla hekim grupları arasında da sıklıkla paylaşılıyor. Bu kişiler ve gruplara açık/kapalı öneri ve uyarılar da bulunulduğunda ancak "biz böyle uygun gördük", "bir dahakine sizden yazılı izin alırım" gibi yanıtlarla sıklıkla karşılaşıyoruz.

Özellikle medyanın desteği ile bilimsel kanıtı olmadan, konunun ilgili alanında uzman olmadan yapılan açıklamalar çoğunlukla hatalı olmakta; hastalar, toplum üzerinde önemli ve geri dönüşü olmayan zararlara yol açmaktadır. Uzmanlık alanının sınırlarını bilmek, düşüncelerine göre değil yetkinliğine uygun bilgileri paylaşmak ve davranmak bir tercih değil, yaşamsal öneme sahip bir sorumluluktur.

Koronovirus bulguları pozitif olan hekim ya da başka hastalara ait kan, BT, fotoğraf benzeri bilgileri hiç düşünmeksizin gönder tuşuna basıp birkaç sosyal medya ortamında yüzbinlerce kişiyle paylaşılmasının sıradan hale gelmeye başladığını söylemek mümkün. Oysa hasta hakları bildirgesine göre[3]:

"Bir hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu ve tedavisi hakkındaki tüm tanımlanabilen bilgiler ile diğer tüm kişisel bilgileri, ölümünden sonra bile gizli tutulmalıdır."

"Gizli bilgilerin açıklanması, ancak hastanın onam verdiği ya da yasada açık biçimde belirtilen durumlarda olanaklı hale gelir. Hasta açık bir onam vermedikçe kendisi hakkındaki bilgiler ancak 'mutlaka bilmesi gereken' sağlık çalışanlarına açıklanabilir"

HATIRLAYALIM- HATIRLATALIM FARKINDA OLALIM- FARK ETTİRELİM

[1]*Friedman A., Coronavirus and the Crisis of Trust. The Hastings Center, MArch 12, 2020. https://www.thehastingscenter.org/coronavirus-and-the-crisis-of-trust/*

[2]*Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19 Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice, The Hastings Center, March 16, 2020.*

[3]*WMA, MEDICAL ETHICS MANUAL, Manual for physicians about the role of ethics in medicine*

https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics-manual/

http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tip_etigi_2017.pdf

PANDEMİDEN ÖNCE (PÖ); PANDEMİDEN SONRA (PS):

Sağlık politikaları değişir mi?

Eriş Bilaloğlu*

> 20. yüzyılda insanlık hala boyutları kestirilemeyen bilinen ya da yeni etkenlerle bulaşıcı hastalık salgını tehdidi altındadır. Geçmişte bir yılda 20 milyonu aşkın kişiyi öldüren influenza sürekli varlığını sürdüren yeni etkenlerle oluşacak salgınlar için iyi örnektir.
>
> *Türk Tabipleri Birliği Pandemik Influenza A H1N1v Bilimsel Danışma ve İzleme Kurulu PandemİK Çalışma Raporu*

Ocak, Şubat, Mart, Nisan... 2020'nin ilk 4 ayı geçti, gündemimiz giderek artan dozda Pandemi! Bilim insanlarının söylediklerinden anlıyoruz ki 2020'nin "farklı" her gündemi de pandemi etrafında dönecek, şekillenecek. Hal böyleyse dünyanın önceliği sağlık olacak, sağlık politikaları tartışılacak, gözden geçirilecek... diyebilir miyiz?

Yukarıda geçen "öncelik sağlık olacak" beklentisine bir soru işareti koyalım ve pandeminin mevcut sağlık politikalarına bir etkisi olacak mı? sorusu etrafında ilerleyelim.

Bütün dünya beklenmeyen bir durumla karşı karşıya kalmış ve salgına hazırlıksız yakalanmış görünüyor. Bir soru işareti de pandeminin beklenmemesine ekleyelim ve 2010 Haziran'ında yayımlanan Türk Tabipleri Birliği Pandemik Influenza A H1N1v Bilimsel Danışma ve İzleme Kurulu PandemİK Çalışma Raporu'ndan aktaralım.

"20. yüzyılda insanlık hala boyutları kestirilemeyen bilinen ya da yeni etkenlerle bulaşıcı hastalık salgını tehdidi altındadır. Geçmişte bir yılda 20 milyonu aşkın kişiyi öldüren influenza sürekli varlığını sürdüren yeni etkenlerle oluşacak salgınlar için iyi örnektir. Yüksek düzeyde virulan bir influenza suşu ile yeni pandemi beklenmekte ancak ne zaman ortaya çıkacağı öngörülememektedir. Seyahat ve göç edenlerdeki artış, surveyans sisteminin yetersizliği, sağlık hizmetlerinin erişilemezliği, koruyucu tedavi edici hizmetlerin stratejilerinin, aşı kullanımının yetersizliği insanlığın influenza ile baş etme kapasitesindeki handikaplar olarak görülmektedir."

"DSÖ 1999 yılında ülkelere yardımcı olmak, kendi ulusal planlarını yapmaları için ilk pandemi hazırlık rehberini yayınladı. Bunun ikinci revizyonunu 2005 yılında, üçüncüsünü ise 2009 yılının nisan ayında yaptı. Bu rehberler doğrultusunda ülkeler hazırlıklarını yaptı. Çünkü 40 yıldır bir pandemi olmamıştı, artık bekleniyordu. Pandemiler 10 ila 40 yılda bir oluyor. Her yüz yılda iki üç pandemi görülüyor." (1)

https://www.ttb.org.tr/kutuphane/pandemikrpr_2010.pdf

İki alıntı pandeminin beklenmeyen değil aksine beklenen bir tehdit olarak bilindiğini bize söylüyor. Bilinmesine rağmen hazırlık yapılmamış ya da yapılan hazırlıklı durum bu! Virüsün hızla yayılmasına bir engel oluşturulamaması ve sağlık sistemlerinin bu ölçüde yetersiz, çaresiz kalmalarını nasıl açıklayabiliriz? Bu tabloda 1980'lerle gündeme gelen ve 90'larda adeta sağlık reformları pandemisine dönüşerek bütün ülkelerde birbirine benzer forme

*Dr.

edilen sağlık sistemlerinin rolü olabilir mi? (2) https://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf

Hatırlatalım: 1993'te Dünya Bankası (DB), Dünya Kalkınma Raporu'nu Sağlığa Yatırım başlığıyla sunmuştu. Raporda, sağlık hizmeti sunarken, insanların ne denli sağlıklı olduklarından çok, oluşan hastalıkların çalışmayı ve üretimi ne denli engellediğini dikkate almanın daha önemli olduğu vurgusu yapılmıştı. Dolayısıyla neoliberal yaklaşım emeğin yeniden üretimi için yapılan kurumsal düzenlemeleri (sosyal güvenlik, sağlık hizmeti, eğitim vb.) emek-gücü maliyetlerini artırmak olarak değerlendirerek bunlardan olabildiğince kurtulmayı hedefledi. Kişi bazında sağlık risklerinin yönetildiği bir yapı olarak formüle edildi sistem. Sağlık sisteminin aklı bu olunca örgütlenmesini de buna göre şekillendirdi. Rekabet ve kârın hizmet sunumunun temel motivasyonu olduğu küçük işletmelerle birinci basamak piyasasını oluşturdu. O birinci basamak ki "salgın hastalıklarla mücadele hastanelerde değil sahada kazanılır" bilgisinin gizli öznesidir. Topluma yönelik sağlık hizmeti sunumu yerine başvurana hizmet verme anlayışının tesis edildiği birinci basamakta, bölge temelli olmayan Aile Hekimliği uygulamasının bizzat sahaya yayılışı kusurludur. Nihayetinde sağlık reformlarıyla sağlık hizmeti ekip özelliğini yitirmiş, bütünlükçü yaklaşım parçalanmış, piyasa koşullarına terk edilmiş, kamusal hizmet olmaktan çıkarılarak kâr elde edilen bir alan haline getirilmiştir. 1978'de neoliberal politikaların temelini oluşturan Washington Mutabakatı ile DB yönlendiriciliğinde başlayan sürecin sağlık alanında 40 yıllık öyküsü izlendiğinde (Washington Mutabakatını ilk imzalayan ülke Türkiye olup tarih 24 Ocak 1980'dir) toplumun sağlığını korumak diye bir kaygının, önceliğin olmadığı ayan beyan ortadadır. Bu akıl yani DB aklı sermayenin aklıdır ve yine bu akıl doğayı tahrip etmekten kaçınmadığı gibi çok sayıda insanı öldüren salgın vb sorunlarda bir kâr unsuru bulmadıktan sonra "heyecana kapılmaz", öncelik yapmaz ve ilgilenmez de. Dolayısıyla bilinmesine rağmen pandemiye hazırlık, sağlık hizmeti örgütlenmesinden aşı çalışmalarına, ilaca kadar ilgi alanına girmedi sermayenin.

Baştaki soruya dönelim, Dünya ve Türkiye ölçeğinde sağlık politikaları değişir mi?

İnsanlığın, canlıların, uygarlığın ihtiyacı berrak, bünye iliklerine kadar sermayenin ihtiyaçları doğrultusunda yürüyen bu sistemi ret ediyor. Tek sağlık kavramını içselleştirmiş, doğayı, ekosistemi gözeten, toplumun sağlığını koruyan, organizasyonundan kaynakların dağılımına uzanan bir yelpazede sermaye aklını dışlayan bir sisteme yönelmek gerekiyor. Tahmin edileceği gibi mevcut sistemin sahipleri yaşananlardan ders çıkardıklarını söyleyerek onarım/tahkimat yoluna gideceklerini dillendireceklerdir. Oysaki mevcut sağlık sistemi, deprem sonrası bina değerlendirmesi benzetmesiyle söylersek, onarılamaz, ağır hasarlıdır ve oturulamaz. Sağlık politikalarının toplum yararına değişimi için akademik, ideolojik, örgütsel ve propagandif bütün çabaların bu gerçeği göstermeye, belgelemeye odaklanması gerekir. Organize ve bilinçli bir çaba olmadan bir değişim beklemek hayal bile edilemez.

Bitirirken söylemezsek eksik, eksik olacağı içinde yanlış olacak bir tespiti de ekleyelim: Sağlık politikalarındaki değişimin dar anlamıyla sağlıkla sınırlı olamayacağı, sadece sağlık alanındaki değişikliklerle dikiş tutmayacağı bilinmelidir.

“Sağlık politikalarının toplum yararına değişimi için akademik, ideolojik, örgütsel ve propagandif bütün çabaların bu gerçeği göstermeye, belgelemeye odaklanması gerekir. Organize ve bilinçli bir çaba olmadan bir değişim beklemek hayal bile edilemez.”

Aşk ve hatırlamak üzerine...

Deniz Türkyılmaz*

> Céline Sciamma, filminin eşitlik üzerine inşa edilmiş bir aşk hikayesi olduğunu, ilişkiden önce var olan hiyerarşilerin ve güç ilişkilerinin üstüne kurulu olmadığını ifade ediyor. "Alev Almış Bir Genç Kızın Portresi", bir aşk hikayesini merkezine almakla beraber kadın dayanışmasının, özgürleşmenin, unutmamanın öyküsü.

Bu yıl Cannes Film Festivali'nde en iyi senaryo ödülünü kazanmış olan, Céline Sciamma'nın senaryosunu yazdığı ve yönetmenliğini yaptığı "Alev Almış Bir Genç Kızın Portresi"nin açılış sekansında 18. yüzyılda bir resim dersini izliyoruz. Dersin tüm öğrencileri genç kadınlardan oluşmaktadır ve bir öğrenci, dersin öğretmeni olan Marianne'in eski bir tablosunu ortaya çıkarır. Bu tablo ile filme adını veren alev almış bir genç kızın resmini görürüz. Geçmişe dönüp o portrenin, o genç kızın ve Marianne'in hikayesini izlemeye başlarız.

Hikaye ressam ve resim öğretmeni olan Marianne'in (Noémie Merlant) Fransa'nın kuzeybatısındaki Bretonya'ya bir kontesin kızının resmini yapmak için davet edilmesi ile başlıyor. İntihar etmiş olan kızkardeşinin nişanlısı ile evlendirilmek istenen Héloïse (Adèle Haenel), manastırdan evine geri çağrılmıştır. Kendisi de zamanında portresinin yollanması ile görücü usulü evlenmiş ve Fransa'ya gelmiş olan kontes (Valeria Golino), Héloïse'in portresini yaptırarak damat adayına göndermek istemekte ancak Héloïse buna karşı çıkmakta, poz vermeyi ve portresinin çizilmesini reddetmektedir. Eve ilk gelen ressam Héloïse'in portresini tamamlamayı başaramadan evden ayrılmıştır. Bu nedenle kontes Marianne'den Héloïse'in yürüyüş arkadaşı olmasını, onu incelemesini ve gizlice portresini yapmasını rica eder.

Marianne ve Héloïse'in arkadaşlığı ilerledikçe Marianne, kendisini Héloïse'e karşı suçlu hisseder ve kendisinin aslında ressam olduğunu ve Héloïse'in gizlice resmini yaptığını itiraf eder. Héloïse beklenmedik bir şekilde Marianne'e poz vermeyi kabul eder. Bir seyahat için evden ayrılan kontes, dönene kadar portrenin tamamlanmasını ister. Kontesin olmadığı beş günlük süre boyunca Marianne ve Héloïse'in birbiriyle yakınlaşmalarını, çekingen ve belki de güvensiz bir zeminde başlayan ilişkilerinin aşka evrilmesini ve evin hizmetçisi Sophie (Luàna Bajrami) ile olan arkadaşlıklarını izleriz. Bu süreçte Céline Sciamma, bu kadınların birbirleriyle kurdukları ilişkiler temelinde portrelerini bizlere çizer.

*Dr., Radyoloji Uzm. Şişli Hamidiye Etfal EAH.

Marianne, 18.yüzyılda erkeklerin ele geçirmiş olduğu sanat dünyasında bir kadın olarak varolmaya çalışan, erkeklerin desteğine ya da evlilik bağına ihtiyaç duymadan bağımsız yaşayan bir kadın. Filmin ilk sahnelerinde, bir kayıkla adaya yaklaşırken, sandığının denize düşmesi üzerine kayıktaki erkeklerin hiçbirinden yardım istemeden, suya atlayarak tablolarını tek başına kurtarıyor. Héloïse ise, kendisine ailesinden dolayı atfedilmiş üst sınıf zengin genç kız rolü ile kendi bulduğu yollarla mücadele etmeye çalışıyor. Sosyalleşebildiği, kitap okuyabildiği ve müzik dinleyebildiği için manastıra gidiyor, yüzmeyi bilip bilmediğinden emin olmasa da yüzmek istiyor. Ressam olan Marianne ve aristokrat bir aileden gelen Héloïse'den farklı olarak, entelektüel ya da zengin çevreden olmayan evin hizmetçisi Sophie ise kendisine bir rol atfedilmediği için belki de daha özgür ve sakin bir karakter. Sophie hamile kalıyor, çocuğu istemediğine karar veriyor. Düşük yapabilmek için şifacı bir kadınla gizlice görüşmeye gittiğinde Marianne ve Héloïse de Sophie'ye eşlik ediyor, kadınların ateşin etrafında toplanarak buluşmasını ve şarap içmelerini izliyoruz. Düşünen, sorgulayan ve toplumun salt kadın oldukları için kendilerinden talep ettiklerini kabul etmeyip karşı çıkan kadınların cadı olarak yaftalandığı dönemde, kadınların bu gizli ritüeline tanıklık ediyoruz. Hep beraber söyledikleri şarkı ve bu birlikteliğin yarattığı kadınların bir araya gelmesi ile oluşan güç hissiyatı, adeta yalnızlığa karşı savaş açıyor.

Sophie'nin kürtaj sahnesinde ise, Sophie bu zorlu deneyimi atlatırken Marianne ve Héloïse'in ona verdiği destek ile aralarındaki hizmet edilen-hizmetçi ilişkisi tamamen ortadan kalkıyor. Sınıfsal zeminden bağımsız olarak kadın dayanışmasını, kız kardeşliğin iyileştiriciliğini ve özgürleştiriciliğini hissediyoruz.

Céline Sciamma filmde erkek karakterlere hiç yer vermemiş. Örneğin, Sophie'nin hamile kaldığı erkeği, Marianne'in resimlerini onun adıyla imzalamak zorunda olduğu babasını, Marianne'den önce Héloïse'in portresini yapmak isteyen erkek ressamı, ya da Milano'daki damat adayını asla görmüyoruz. Diyaloglarda onlardan bahsedilmiyor, hikayenin işlenmesinde de yoklar.

Marianne ve Héloïse ayrılmalarından sonra aşk hikayelerini anılarında yaşamak zorunda oldukları bir hayata geri dönüyorlar. Héloïse'in belleğinde tutunduğu anı, Marianne'in ona hatıra olarak bıraktığı kendi resmini çizdiği kitabının 28. sayfası ve Héloïse de kitabında 28. sayfa açıkken resmedilerek bir resim sergisinde Marianne'e kendisini hatırlatmış oluyor. Marianne ise filmde anlatılan "Orpheus ve Eurydike" hikayesinde olduğu gibi, ayrıldığı sahnede son bir kez Héloïse'e dönüp baktığı hatırasını saklıyor. Kendi deyimiyle aşkı değil şair olmayı tercih ediyor belki de. Céline Sciamma tüm filmi Héloïse'in final sahnesini çekmek için yazdığını söylüyor. Final sahnesinde ise Vivaldi 'nin Dört Mevsim eserinin Yaz bölümü eşliğinde Héloïse'in portresini tekrar Marianne'in gözlerinden görüyoruz.

Céline Sciamma, filminden bahsederken bu filmin eşitlik üzerine inşa edilmiş bir aşk hikayesi olduğunu, başka bir ifadeyle ilişkiden önce var olan hiyerarşilerin ve güç ilişkilerinin üstüne kurulu olmadığını ifade ediyor. Film boyunca karakterler arasındaki ilişkilerin de bu prensiple kurgulandığını, karakterler arasında dayanışma ve dürüstlük olmasını istediğini ifade ediyor. Yarattığı aşk hikayesini ve tüm karakterlerin ilişkisini de bu perspektiften bizlere yansıtıyor.

Alev Almış Bir Genç Kızın Portresi bir aşk hikayesini merkezine almakla beraber kadınların, kadın dayanışmasının, özgürleşmenin, unutmamanın öyküsü. Filmle ilgili iki ayrıntıyı paylaşarak yazımı sonlandırıyorum. Bu sene En İyi film ve En İyi Uluslararası Film Oscar ödüllerini alan Parazit filminin yönetmeni Bong Joon-Ho, En İyi Uluslararası Film Oscar'ını Céline Sciamma'ya uzattı ve "Bunu sen tutmalısın." diyerek filme duyduğu hayranlığını paylaştı. Fransa'daki Cesar Ödül Töreni'nde ise en iyi yönetmen ödülünü kazanan, hakkında taciz ve tecavüz suçlamaları bulunan Roman Polanski'nin aldığı ödülü protesto ederek, "Utanın!" diye bağırarak salondan çıkan Adèle Haenel ve Céline Sciamma, filmde anlatmak istedikleri kadın dayanışmasını gerçek hayatta da bizlere gösterdiler.

14 MART

MESLEKTAŞLARIMIZI KURUMLARINDA ZİYARET ETTİK, 14 MART TIP HAFTASI'NI KUTLADIK

Taksim Atatürk Anıtı önünde yapılan tören 13 Mart 2020, Cuma günü 12.30'da gerçekleştirildi. Odamızın çağrısıyla tören için bir araya gelen hekimler bu yıl polisin engellemesiyle karşılaştı ancak engelleme girişimlerine rağmen tören gerçekleştirildi. Törende "Hekimlerin 14 Mart 2020 Bildirgesi" okundu ve "Şiddetsiz Bir Sağlık Ortamı İçin 5 Acil Talep" konusunda ısrarcı olunacağına dikkat çekildi. Aynı gün Silivri Temsilciliğimiz de Silivri Atatürk Anıtı önünde tören yaptı. Tıp Haftası Programı kapsamında Esenyurt 20 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Medicana International Hastanesi, Beylikdüzü Kolan Hospital, Tuzla'da bulunan KASEV Huzurevi ve Emekli Sandığı Etiler Huzurevi de ziyaret edildi.

12 MART

SAĞLIK MESLEK ÖRGÜTLERİ SAĞLIK BAKANI'YLA GÖRÜŞTÜ

İçlerinde Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi Başkanı Prof. Dr. Sinan Adıyaman, TTB Merkez Konseyi üyesi Dr. Selma Güngör'ün de bulunduğu sağlık meslek örgütleri temsilcilerinin, sağlıkta şiddete dikkat çekmek amacıyla düzenlenecek Büyük Beyaz Miting hakkında Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'yla görüştüler.

Yaklaşık 2,5 saat süren görüşmeye, Koronavirüs üzerine alınan önlemlerin değerlendirilmesiyle başlandı. Her kurum temsilcisi gerek kendi çalışanlarına yönelik riskler, gerek kendi meslek gruplarının Koronavirüs'ün yayılmasıyla ilgili alınması gereken önlemlere ilişkin önerilerini sundu.

Sağlık meslek örgütü temsilcileri, sağlıkta şiddet yasasının bir an önce çıkarılması talebinin ve basamaklandırılmış sağlık hizmeti, sevk zinciri ve birinci basamak sağlık hizmetinin güçlendirilmesinin başta sağlıkta şiddet olmak üzere sağlık alanındaki sorunların temel çözümlerinden biri olduğunun altını çizdiler.

28 MART

YÖNETİM KURULUMUZ EKREM İMAMOĞLU'YLA GÖRÜŞTÜ

İBB'nin Florya'daki Başkanlık Konutu'nda gerçekleşen görüşmeye İTO Başkanı Dr. Pınar Saip, İTO Genel Sekreteri Dr. Osman Öztürk ve İTO Koronavirüs İzleme Kurulundan Dr. Nilüfer Aykaç katıldı.

Görüşmede öncelikle Covid-19 pandemisiyle ilgili dünyadaki ve ülkemizdeki gelişmeleri paylaşıldı. Hekimlerin başta barınma olanakları olmak üzere İBB'den beklentilerini ve bu süreçte İBB'nin yapabileceklerine ve İTO olarak İBB ile birlikte yapılabileceklere dair önerilerini aktardı.

İBB Başkanı İmamoğlu da bu süreçte meslek örgütleriyle birlikte çalışmayı fevkalade önemsediklerini, İBB'nin oluşturduğu Bilim Kurulu'nda İTO'nun yer almasından memnuniyet duyduklarını; otellerle işbirliği yaparak sağlık çalışanları için 2.000 kişilik konaklama imkanı sağladıklarını; İBB'nin olanaklarını pandemiyle mücadele için başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere bütün kamu kurumlarıyla paylaşmaya hazır olduklarını ifade etti.

04 MART

MALTEPE'DE SAĞLIKTA GÜVENLİ ÇALIŞMA EĞİTİMİ

Sağlık alanında giderek artan şiddet olaylarına karşı; güvenli bir çalışma ortamının sağlanması, konuyla ilgili duyarlılığın geliştirilmesi ve şiddete karşı haklarımızın ortaya konması amacıyla Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dr. Lütfi Kırdar EAH, Okmeydanı EAH, Şişli Etfal EAH ve Kanuni Sultan Süleyman EAH'de "Sağlıkta Güvenli Çalışma Eğitimi" gerçekleştirildi.

15 NİSAN

COVID-19 SALGINIYLA MÜCADELE EDEN HEKİMLERİ KURUMLARINDA ZİYARET EDİYORUZ

İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu, hekimlerin Covid-19 salgını sebebiyle yoğun, yıpratıcı koşullar altında görev yaptığı bu dönemde, sorunları yerinde gözlemlemek, hekimlerle buluşmak amacıyla hastane ziyaretleri gerçekleştirdi. Bu kapsamda Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Sıraselviler), Yedikule Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İstanbul (Samatya) Eğitim ve Araştırma Hastanesi ziyaret edildi.

ETKİNLİK TAKVİMİ

08 ŞUBAT 2020
"Cinsel sağlık, üreme sağlığı ve haklar" konulu panel gerçekleştirildi.

19 ŞUBAT 2020
"Göç ve öteki" başlıklı felsefe toplantısı yapıldı.

20 ŞUBAT 2020
"İşyeri hekiminin hak, yetki, yükümlülük ve sorumlulukları" başlıklı toplantı gerçekleştirildi.

27 ŞUBAT 2020
"Aile hekimliğinde coronavirüs salgınına yaklaşım" toplantısı yapıldı.

27 ŞUBAT 2020
2002 yılından bugüne Onur Kurulu'nda görev yapan meslektaşlarımız, Odamız evsahipliğinde düzenlenen yemekte bir araya geldi.

07 MART 2020
İstanbul Tabip Odası 7. Bireysel Satranç Turnuvası gerçekleştirildi.

08 MART 2020
TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu tarafından "Cinsiyet körü, eşitlikçi olmayan sağlık ve bilim politikalarına son!" başlıklı metin yayınlandı.

10 MART 2020
"Çocuk Gözüyle Doktorlar ve Sağlık" Resim Yarışması ödül töreni ve hekimlerin eserlerinden oluşan Fotoğraf, resim ve heykel sergisi açılış törenleri yapıldı.

12 MART 2020
"Hekimlik Yapmak İstiyoruz" başlıklı panel-forumu düzenlendi.

12 MART 2020
İstanbul Tabip Odası Türk Müziği Korosu "14 Mart Tıp Haftası Konseri" gerçekleştirildi.

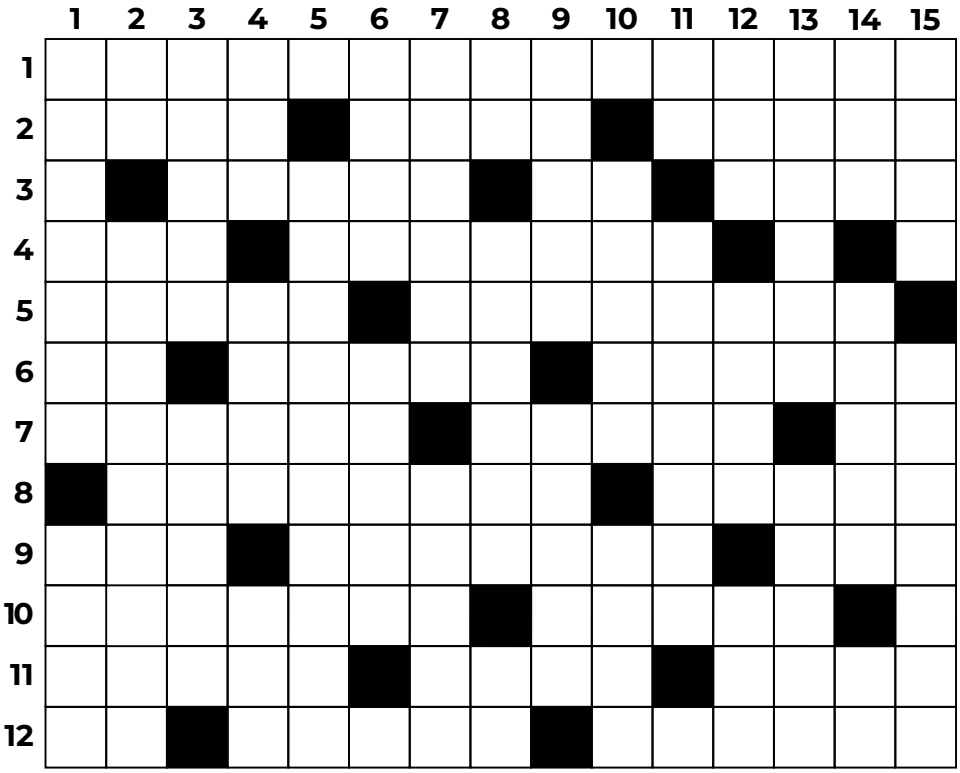
13 MART 2020
Yönetim Kurulumuz Prof. Dr. Hüsrev Hatemi'yi ziyaret etti.

25 MART 2020
COVİD-19 Hekim İletişim Hattı açıldı.

31 MART 2020
Müge Anlı'nın "hekime şiddeti" özendirici ifadeleri RTÜK'e taşındı.

BULMACA

HAZIRLAYAN:
ÇAĞATAY GÜLER



ACROSS: 1. Branch of the brachial artery beginning below the elbow and extending into the palm. **2.** A unidirectional emission of electromagnetic radiation. - Tension between the pull of tissue and the tissue's resistance. - A prefix meaning the presence of the amide radical. **3.** Ulcers of late secondary syphilis, covered with brown crusts which resemble oyster shells. - Abbreviation for gutta. - A combining form meaning breath, breathing, respiration. **4.** Abbreviation for exophthalmos-producing substance. - harpaxophobia. **5.** The electrode to which anions are attracted. - An agent that causes irritation. **6.** Symbol for cerium. - A genus of Asian palms. - Jean, 20th-century French nephrologist, ... disease, ... focal glomerulonephritis. **7.** A passageway through or under something. - The gene coding for the constant regions of immunoglobulin chains. - Symbol for radon. **8.** mastic. - Plural of sacrum. **9.** A prefix meaning a cavity, opening, passage. - Atoms having the same atomic number but different mass numbers. - A prefix meaning dissolving. **10.** Relating to the elbow. - Prefix meaning tooth or teeth. **11.** All the plant and animal life of a particular region. - Abbreviation for left ventricular ejection time. - abducens nerve. **12.** Abbreviation for alternating current. - A prefix meaning clavicle. - A prefix meaning pain.

DOWN: 1. (psychoanalysis) discharge bad feelings or tension through verbalization. - Abbreviation for p-aminobenzoic acid. **2.** Prefix meaning again or backward. - Abbreviation for electromagnetic unit. **3.** A prefix meaning instep of the foot or the edge of the eyelid. - Prefix meaning related to stupor. **4.** Abbreviation for electromagnetic unit. - Abbreviation for 1-dimethylaminonaphthalene-5-sulfonic acid. - Abbreviation for over the counter. **5.** In front of the retina. **6.** Prefix meaning private, distinctive, peculiar. - An assay that relies on an enzymatic conversion reaction and is used to detect the presence of specific substances. **7.** Derived from various species of Acacia. - neck, throat (Latin). **8.** Symbol for radium. - Erich Franz, German obstetrician and gynecologist, 1882-1969, ... maneuver. - veneral disease (abbrev). **9.** An eminence or projection. - A dilated lymph space. **10.** In biologic classification, a division between the family and the genus. - Prefix used to signify one quadrillion. **11.** A suffix used to form terms for states or conditions. - Niels (Nicholaus), Danish anatomist, 1638-1686, ... duct, ... foramen, ... plexus, ... veins. **12.** Abbreviation for adenosine monophosphate. - A limited space or plane surface. - Tobacco Control Office. **13.** Coating applied to pulpal wall of restorative dental preparation to protect pulp from tirritation. - A group of cells that are descended from and genetically identical to a single progenitor. **14.** A suffix indicating a binary chemical compound. - Theodore L., U.S. ophthalmologist, 1899-1946, ... syndrome. - Abbreviation for volumetric solution. **15.** Any compound of ofatty acids with an alkali. - An enzyme cleaving RNA exonucleolytically to yield 5'-phosphomononucleotides.

ANSWERS

ACROSS: 1) ARTERIARADIALIS / 2) BEAM / DRAG / AMIDO 3) R / RUPIA / GT / PNEA 4) EPS / ROBBERS / I / P 5) ANODE / IRRITANT 6) CE / ARECA / BERGER 7) TUNNEL /CGENE / RN 8) MASTICHE / SACRA 9) POR / ISOTOPE / LYS 10) ANCONAL / DENTO / E 11) BIOTA / LYET / CNVI 12) AC / CLEID / ALGESI **DOWN:** 1) ABREACT / PABA 2) RE / PNEUMONIC 3) TARSO / NARCO 4) EMU / DANS / OTC 5) R / PRERETINAL 6) IDIO / ELISA / E 7) ARABIC / COLLI 8) RA / BRACHT / VD 9) AGGER / GEODE 10) D / TRIBE / PETA 11) IA / STENSEN / L 12) AMP / AREA / TCG 13) LINING / CLONE 14) IDE / TERRY / VS 15) SOAP / RNASEII

İSTANBUL TABİP ODASI

Değerli meslektaşımız.

COVID-19 Pandemisi sürecinde en büyük yük biz hekimler ve sağlık çalışanları üstündedir. Çalıştığımız alanlarda çok ciddi organizasyon eksikliklerinin yaşandığının ve güvenli çalışma ortamlarının sağlanmadığının farkındayız.

Bu zor dönemde meslektaşlarımızla iletişim yollarımızı daha da artırmak amacıyla oluşturduğumuz; COVİD-19 Pandemisiyle ilgili güncel gelişmeleri, İstanbul Tabip Odası'ndan haberleri ve mesajları paylaşacağımız Telegram ağına üye olmanız son derece önemlidir.

Bu süreci mesleki dayanışma ve iyi hekimlik değerlerimizle aşacağımıza inanıyoruz. Hepinize kolaylıklar diliyor, yanınızda olduğumuzu bir kez daha hatırlatıyoruz.

TELEGRAM AĞI
https://t.me/itocovid19

HEKİMLERİN 14 MART 2020 BİLDİRGESİ

EMEĞİMİZİN KARŞILIĞINI ALARAK GÜVENLİ KOŞULLARDA HEKİMLİK YAPMAK İSTİYORUZ!

Ülkemizde modern tıp eğitiminin başlamasının yüz doksan üçüncü, tıbbiyeli öğrencilerin İstanbul'un İngilizler tarafından işgal edilmesini protesto etmelerinin yüz birinci yıldönümündeyiz.

Bu yılki 14 Mart Tıp/Sağlık Haftasını tüm dünyanın Koronavirüs pandemisiyle boğuştuğu, insanlığın bir kez daha aklın ve bilimin yolunda modern tıbbın yardımına şiddetle ihtiyaç duyduğu günlerde gerçekleştiriyoruz. Tek bir hastamıza dahi zarar gelmemesi için bütün dikkatimizi, bütün emeğimizi, bütün enerjimizi toplumun hizmetine sunmayı görev biliyoruz. Bununla birlikte Türkiye sağlık ve hekimlik ortamının sorunlarını da bütün toplumla paylaşmak istiyoruz.

Dünyanın en onurlu ve en eski mesleklerinden birinin sahibi olan biz hekimler; bugün içinde bulunduğumuz sağlık ortamının Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluş yıllarından beri en karanlık dönemini yaşadığının bilincindeyiz. Hekimlik değerlerinin, deontolojinin giderek kaybolduğu, genç hekimlerin ülkemizden uzaklaştığı, kalanların aşırı iş yükü ve performans kaygısıyla tükendiği ve can güvenliği olmadığı bir süreç yaşamaktayız. En önemli eğitim kurumları özellikle parçalanarak, çökertilerek yok edilmekte, ülkemizin tıp alanındaki geleceği de kısırlaşmaktadır. Son 17 yıldır uygulanan sağlık politikalarının, sağlıkta kışkırtılmış talebin sonucu olarak günde 3 milyon insan sağlık kurumlarına, yılda 110 milyon insan acillere başvurmaktadır. Ne yazık ki sağlık sisteminin verimliliğinin bakılan hasta, yapılan ameliyat ve tetkik sayısı ile ölçüldüğü, hastane başhekimlerinin doktorlara dağıttığı döner sermaye miktarı ile övündüğü bir ülke haline gelmiş bulunmaktayız.

Tüm bu olumsuz koşullar altında emeğimizle, bilgimizle, uzun yıllar süren eğitim ve mesleki deneyimlerimize dayalı birikimimizle hizmet vermeye çalışıyoruz.

Ancak sağlık sistemimizden kaynaklanan sorunlar nedeniyle sürekli olarak hedef gösterilmekten, polikliniklerde, acillerde, ameliyathanelerde, hastanelerde, ASM'lerde, TSM'lerde her gün, her saat şiddete maruz kalmaktan mesleklerimizi yapamaz hale geldik.

Oysa;

Hastalarımıza yeterli süre ayıramamanın,

Bir türlü düşürülemeyen telefonla randevuların, Ticarethaneye dönüştürülen sağlık kurumlarının, Cepten ödenen katkı ve katılım paylarının,

Ucuz olduğu için bulunmayan, pahalı olduğu için geri ödemesi olmayan ilaçların, Plansız programsız açılan tıp fakülteleri sonucu niteliksiz tıp eğitiminin, Partizanca atamaların, liyakatsiz akademik yükseltmelerin,

Parçalanarak bölünen, şehir merkezlerinden uzaklara taşınan köklü kurumların, Şehir içindeki hastaneler kapatılarak açılan özel ortaklı şehir hastanelerinin,

Koruyucu hekimlik gereksinimlerine yanıt veremeyen aile hekimliği sisteminin, Üniversite hastanelerinin finansal krize sokulmasının,

Etkinliği ve güvenliği bilinmeyen halkın sağlığını riske atan yöntemlerin özendirilmesinin, Sağlık sisteminden kaynaklanan sorunların sorumlusu biz değiliz!

Ülkemizde de Koronavirüs saptandığının açıklanmasından sonra 14 Mart etkinliklerimizi erteledik; 15 Mart'ta Ankara'da sadece tabip odaları ve hekimlerle değil, bütün sağlık meslek odaları, meslek örgütleri, sağlık sendikalarıyla; bütün sağlıkçılar ve dostlarımızla birlikte gerçekleştireceğimiz Sağlıkta Şiddete Karşı Beyaz Mitingi iptal ettik.

Ancak "Şiddetsiz Bir Sağlık Ortamı İçin 5 Acil Talep"imizin hayata geçirilmesi konusunda ısrarcıyız:

1) Şiddete Karşı Caydırıcılık İçin TTB'nin Hazırladığı "Sağlıkta Şiddet Yasa Tasarısı" Hızla Yasalaştırılsın,

2) Artık Sağlık Bakanlığı Tarafından da İş Kazasıdır Olarak Kabul Edilen Sağlıkta Şiddetle İlgili Olarak 6331

Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Etkin Olarak Uygulansın,

3) Muayene Randevuları Hastaya Yeterli Süre Ayrılacak Şekilde Düzenlensin,

4) Acil Servislerde Sadece Acil Hastalara Hizmet Verilsin,

5) Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Güçlendirilsin,

Sevk Zinciri Uygulamasına Geçilsin!

Sağlık sisteminde yaşanan sorunların sorumlusu biz değiliz ama mesleki itibarımızı korumanın, haklarımızı savunmanın, sorunlarımızın çözümünün ancak ve ancak meslek örgütümüzle ve örgütlü mücadelemizle olacağını biliyoruz.

Başta güncel Koronavirüs pandemisi olmak üzere her türlü hastalığa karşı mesleki görevlerimizi sorumlulukla yerine getirmeye de, başta sağlıkta şiddet olmak üzere her türlü sorunumuz için mücadele etmeye de kararlıyız.

İSTANBUL TABİP ODASI