GENÇ HEKİM İNTİHARLARI ÇALIŞTAYI

28 ŞUBAT 2026 CUMARTESİ 09.30 - 16.00

RAPORU

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

ASİSTAN HEKİM KOLU

İSTANBUL TABİP ODASI

GENÇ HEKİM İNTİHARLARI ÇALIŞTAYI RAPORU

Tarih: 28 Şubat 2026
Yer: İstanbul Tabip Odası – Türkiye Oftalmoloji Derneği Binası, İstanbul

---

ÖNSÖZ

Hekim intiharları, uzun süre bireysel psikopatoloji ya da münferit yaşam olayları çerçevesinde değerlendirilmiş; bu yaklaşım, olgunun toplumsal ve yapısal boyutlarının görünmez kalmasına yol açmıştır. Ne var ki benzer emek rejimi ve çalışma koşulları içinde görev yapan genç hekimlerde gözlenen ortak kırılma örüntüleri, sorunun tamamen bireysel değişkenlerle açıklanamayacağını; sağlık sisteminin örgütlenme biçimi, emek süreçleri ve mesleki konumla ilişkili yapısal bir olgu olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Genç hekimler, bu yapısal riskin en yoğun biçimde hissedildiği kesimi oluşturmaktadır. Uzun ve yıpratıcı bir eğitim süreci, hizmet üretiminin eğitimin önüne geçtiği bir çalışma düzeni, performans baskısı, güvencesizlik ve mobbing en çok bu dönemdeki meslektaşlarımızın omuzlarına binmektedir. Bu nedenle, sorunu en çok yaşayanların içinden konuşmayı ve raporun bu önsözünü yazmayı anlamlı buluyoruz.

Genç hekimlerin yaşadığı kriz, içinden geçtiğimiz ülkenin politik ikliminden bağımsız değildir. Derinleşen ekonomik kriz, liyakatsizlik ve geleceğe dair belirsizlik, bugün ülkedeki tüm genç kuşağın ortak deneyimi hâline gelmiştir. Çalıştay boyunca da vurgulandığı üzere genç hekimleri diğer yaş gruplarından ayıran temel etkenlerden biri, mesleki tükenmişliğin bu toplumsal geleceksizlik duygusuyla iç içe geçmesidir. Bu nedenle genç hekim intiharlarını, genç kuşağın bütününü kuşatan bir umutsuzluk ikliminin parçası olarak da okumak gerekir.

Bu rapora kaynaklık eden çalıştay, genç hekim intiharlarını disiplinlerarası bir çerçevede incelemek amacıyla düzenlenmiştir. Sağlıkta dönüşüm politikaları, performansa dayalı emek yoğunlaşması, güvencesizlik, mobbing ve mesleki özerkliğin aşınması; biyolojik, psikolojik, toplumsal, kurumsal ve politik düzlemlerle ilişkilendirilerek tartışılmıştır. Çalıştayın hedefi, sorun alanlarının belirlenmesi ile beraber, önleyici ve dönüştürücü müdahale önerilerinin geliştirilmesidir.

TTB Asistan ve Genç Uzman Hekimler Kolu olarak, genç hekimlerin yaşam hakkının, ruhsal esenliğinin ve mesleki onurunun korunmasını temel sorumluluk alanlarımızdan biri olarak görüyoruz. Bu raporun, konunun bilimsel, kamusal ve politik düzlemlerde hak ettiği ciddiyetle ele alınmasına katkı sunmasını; en önemlisi de genç hekimlerin yalnız olmadığını, örgütlü dayanışmanın hem bir hak hem de bir çözüm zemini olduğunu bir kez daha görünür kılmasını diliyoruz.

Çalıştayın gerçekleştirilmesine ve bu raporun hazırlanmasına katkı sunan tüm meslektaşlarımıza teşekkür ederiz.

Türk Tabipleri Birliği Asistan ve Genç Uzman Hekimler Kolu

GİRİŞ

Genç Hekim İntiharları Çalıştayı, genç hekim intiharlarını bireysel, münferit ve yalnızca öznel nedenlerle açıklanabilecek olaylar olarak değil; Türkiye sağlık sistemi, sağlık politikaları, emek rejimi, çalışma yaşamı, mesleki dönüşüm ve ruh sağlığı bağlamında ele almak amacıyla düzenlenmiştir.

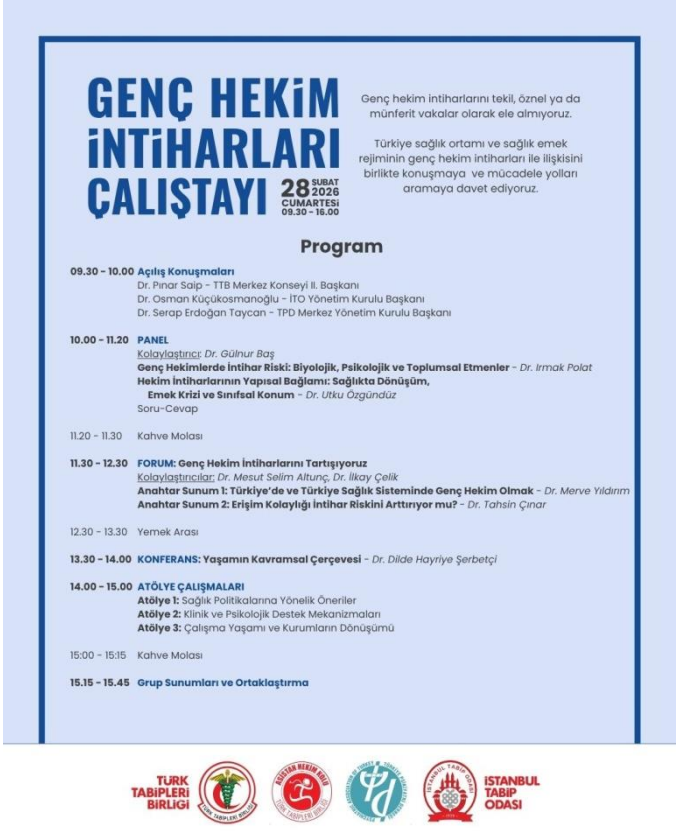
Çalıştay boyunca genç hekimlerin yaşadığı tükenmişlik, yalnızlaşma, mesleki değersizleşme, güvencesizlik, yoğun çalışma temposu, mobbing, performans baskısı ve sağlık sistemindeki yapısal dönüşümlerin ruhsal etkileri çok boyutlu biçimde tartışılmıştır. Ayrıca yalnızca sorun alanlarının görünür kılınması değil; koruyucu, önleyici ve dönüştürücü mekanizmaların oluşturulmasına yönelik somut öneriler geliştirilmesi hedeflenmiştir.

Çalıştay; açılış konuşmaları, panel oturumları, forumlar, konferans ve atölye çalışmaları aracılığıyla biyolojik, psikolojik, toplumsal, kurumsal ve politik düzlemleri birlikte ele alan disiplinlerarası bir tartışma zemini oluşturmuştur.

ÇALIŞTAY PROGRAMI

Açılış Konuşmaları

- Dr. Önder Okay
  – TTB Merkez Konseyi Genel Sekreteri
- Dr. Osman Küçükosmanoğlu
  – İTO Yönetim Kurulu Başkanı
- Dr. Serap Erdoğan Taycan
  – TPD Merkez Yönetim Kurulu Başkanı



Panel:
Genç Hekim İntiharlarını Tartışıyoruz

Kolaylaştırıcı: Dr. Gülnur Baş

- “Genç Hekimlerde İntihar Riski: Biyolojik, Psikolojik ve Toplumsal Etmenler”
  – Dr. Irmak Polat
- “Hekim İntiharlarının Yapısal Bağlamı: Sağlıkta Dönüşüm, Emek Krizi ve Sınıfsal Konum”
  – Dr. Utku Özgündüz

Forum

Kolaylaştırıcılar: Dr. Mesut Selim Altunç, Dr. İlkay Çelik

- "Türkiye'de ve Türkiye Sağlık Sisteminde Genç Hekim Olmak" – Dr. Merve Yıldırım
- "Erişim Kolaylığı İntihar Riskini Arttırıyor mu?– Dr. Tahsin Çınar

Konferans

- "Yaşamın Kavramsal Çerçevesi" – Dr. Dilde Hayriye Şerbetçi

Atölye Çalışmaları

1. Sağlık Politikalarına Yönelik Öneriler
2. Klinik ve Psikolojik Destek Mekanizmaları
3. Çalışma Yaşamı ve Kurumların Dönüşümü

PANEL OTURUMLARI

Genç Hekimlerde İntihar Riski: Biyolojik, Psikolojik ve Toplumsal Etmenler
Dr. Irmak Polat

Bir kişinin yaşamını bilerek ve isteyerek sonlandırmayı düşünmesi, buna yönelik bir girişimde bulunması ya da ne yazık ki bu girişimi tamamlaması tüm dünyada önlenebilir ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Ülkemizde intihar oranları giderek artmakta ve tüm nüfusta özellikle 20-39 yaş arası bireylerde en yüksek sayılara ulaşmaktadır.

Ülkemizdeki intihar oranlarına ilişkin güncel verilere TÜİK'in paylaşımlarından ulaşabiliyoruz. Her ne kadar nedene ya da belirli nüfus gruplarına yönelik detaylı veriler sunulmuyor olsa da, 2024'e ait en yüksek ölüm oranının 25-29 yaş arası gençlerde, neredeyse dört kat daha fazla olarak erkeklerde ve başta hastalıklar, arkasından da geçim zorluğu nedeniyle olduğu belirtilmiştir.

Ölümle sonuçlanan intihar davranışlardaki başlıca yöntemler ası, ateşli silah, yüksekten atlama ve kimyasal madde kullanımı olarak sıralanmaktadır. Bu yöntemleri bilmek yalnızca bir istatistiksel veri olarak kalmamalı, risk değerlendirmesi ve önleyici mekanizmaları devreye sokmak için yol gösterici olmalıdır.

Erkeklerde intiharla ölüm oranı daha fazla olmakla birlikte kadınların girişim oranının erkeklerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Her bir girişim, bir sonraki intihar davranışının en güçlü yordayıcısı mutlaka akılda tutulmalı, kişiler düzenli ruh sağlığı tedavilerine yönlendirilmelidir.

Yaş ve cinsiyete ek olarak, kronik ağrıyla giden fiziksel hastalıklar ve ailede intihar öyküsünün bulunması da kişiler için önemli risk etmenlerindendir.

Tabii yalnızca bu biyolojik risklerden söz edemeyiz. Bireysel ruhsal özellikler ve/veya ruhsal sorunların intihar düşüncesi ve girişimlerinde belirgin etkisi bulunmaktadır. Yaşamdaki sorunlarla baş etme becerilerindeki yetersizlikler, ani hareketlerle sonuçlanabilecek dürtüsellik, duygusal incinebilirliğin fazla ancak bunun yanında zorluklara toleransın düşük olması, alkol- madde kullanımı, utanç, suçluluk, değersizlik düşünceleri bireyleri intihar davranışına yöneltebilmektedir.

Ülkemizdeki genç hekimler için tükenmişlik çok önemli bir risk etmenidir! Mesleki yaşamda karşılaşılan ve kişinin baş edebilme limitini aşan stresli durumlar, bunlara dayanabilme gücünü azaltan sosyal sorunlar, olumsuz çalışma-yaşam koşulları, destek sistemlerinin yetersizliği, mesleğin değersizleştirilmesi, yaptığımız işin standartların çok altında sürdürülmesine zorlanma, olumsuzlukları dengeleyebilecek adalet hissinin uzun süre sağlanamaması gibi etmenler üzerine çokça konuşulmalı ve çözüm önerileri oluşturulmalıdır.

TÜİK'in verilerine de yansıdığı üzere hastalıklar/psikiyatrik hastalıklar da intiharın birinci sıradaki nedenleri olarak görülmektedir. Başta depresyon, diğer duygu durum bozuklukları ve alkol-madde kullanım bozuklukları olmak üzere ruhsal bozukluklarda intihar davranışı riski yadsınamaz. Bu bilgi, ruhsal rahatsızlıklarının önemsizleştirilmemesi, tedavi sürecinin ciddiyetle ele alınması, bu bozukluklara sahip olmanın bir damgalanma nedenine dönüşmemesi, hekimlerin kendi ruh sağlıklarını da önemseyebilmesi ve herhangi bir sosyal-idari olumsuzluğa maruz kalmadan sürdürülebilir tedaviye ulaşabilmeleri açısından kilit rol oynamaktadır.

Toplumdaki her bireyin karşılaşma riski taşıdığı sorunlardan olan sosyal ilişki zorlukları, uyum güçlükler, ekonomik sorunlar, kayıplar, travmatik yaşantılar ve dezavantajlı gruplara yönelik ayrımcılık genç hekimler için de benzer şekilde var olmaktadır. Ancak bu risklere ek olarak genç hekimler gerek akranları gerekse de üstleri tarafından mobbing yani sistemli bir yıldırma davranışına da maruz kalabilmektedirler. Mobbing, kişilerde adaletsizlik ve değersizlik düşünceleri gibi kavrama özgü sonuçlar doğurabilmekle beraber, intihar davranışı için başta gelen yalnızlık ve geleceğe yönelik umutsuzluk duygularına da neden olabilmektedir.

Genç hekimler için intihar araçlarına erişimin kolaylığı da mesleğe özgü intihar riskleri arasındadır. Kesici-delici ya da başka zarar verici tıbbi aletlere; toksik gazlar ve kimyasal maddelere (ilaç, dezenfektan, sterilizan vb.) ulaşımın kolay ve denetimsiz oluşu meslektaşlarımız kadar sağlık kuruluşlardaki yöneticilerin de dikkatle ele alması gereken bir konudur.

Genç hekimlerin intihar davranışına yönelmelerinin altında yukarıda bahsettiklerimiz kadar, bu metne sığamayacak kadar psikososyal faktörler bulunduğunu hatırlatırız. İntihar asla tek bir nedene bağlanabilecek ve asla bireysel bir konu değil, bütüncül olarak odaklanılması gereken bir toplum sağlığı sorunudur.

Hekim İntiharlarının Yapısal Bağlamı: Sağlıkta Dönüşüm, Emek Krizi ve Sınıfsal Konum
Dr. Utku Özgündüz

Genç hekim intiharları meselesi, tekil bireysel trajediler olarak ele alınabilecek bir olgu olmaktan giderek uzaklaşmaktadır. Son yıllarda Türkiye'de genç hekimler arasında artan tükenmişlik, umutsuzluk ve meslekten kopuş eğilimi, sağlık sisteminin yapısal dönüşümleriyle birlikte değerlendirilmesi gereken bir krize işaret etmektedir. Bu mesele çoğu zaman yanlış bir çerçevede tartışılmaktadır. Meslektaşlarımızın yaşadığı ruhsal yıkım çoğu zaman "dayanıklılık eksikliği", "psikolojik destek yetersizliği" ya da "kişisel kırılganlık" gibi bireyselleştirici açıklamalarla ele alınmakta; böylece sorunun toplumsal ve yapısal boyutları görünmez hale gelmektedir.

Émile Durkheim'ın klasik çalışmasında vurguladığı gibi; intihar, dışarıdan bakıldığında son derece bireysel bir eylem gibi görünse de aslında güçlü bir toplumsal olgudur. Aynı tarihsel momentte, aynı emek rejimi içinde ve benzer çalışma koşullarında bulunan çok sayıda genç hekimin benzer bir kırılma yaşaması, dikkatimizi bireysel psikopatolojiden çok, bu kırılmayı üreten yapısal koşullara yöneltmemiz gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle genç hekim intiharlarını yalnızca bireysel trajediler olarak değil, sağlık sistemindeki dönüşümlerin yarattığı yabancılaşma, özerklik kaybı ve mesleki konum aşınması bağlamında değerlendirmek gerekir.

Sorunun boyutunu anlamak için mevcut veriler de önemli bir ipucu sunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün Dünya Ruh Sağlığı araştırmalarına dayanan geniş örneklemli çalışmalar, genel nüfusta yaşam boyu intihar düşüncesi oranının yaklaşık %9, intihar planının %3 ve intihar girişiminin yaklaşık %3 civarında olduğunu göstermektedir. Hekimler üzerine yapılan meta-analizler ise bu oranların bazı alanlarda daha yüksek seyrettiğini ortaya koymaktadır. Hekimlerde yaşam boyu intihar düşüncesi oranının yaklaşık %17 olduğu, son bir yıl içinde intihar düşüncesinin ise yaklaşık %8 civarında görüldüğü bildirilmektedir. Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda ise intihar düşüncesi ve girişimi oranlarının daha da yüksek olabildiğine dair bulgular bulunmaktadır. Bu veriler, hekimlerin özellikle erken kariyer döneminde belirgin bir ruhsal risk altında olabileceğini düşündürmektedir.

Bu tabloyu anlamak için sağlık sisteminde yaşanan yapısal dönüşümleri göz önünde bulundurmak gerekir. Türkiye'de 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık sistemini finansman modeli, hizmet sunumunun organizasyonu ve emek rejimi açısından köklü biçimde yeniden yapılandırmıştır. Genel Sağlık Sigortası uygulaması, performansa dayalı ödeme sistemi ve kamu-özel işbirliği modelleri gibi araçlar, sağlık hizmetinin sunum mantığını önemli ölçüde değiştirmiştir. Bu süreçte sağlık hizmetine başvuru oranlarında dramatik bir artış gözlenmiş; hekim sayısındaki artış sınırlı kalırken toplam muayene sayısı çok daha hızlı yükselmiştir. Bu durum sağlık sisteminde hizmet üretim kapasitesinin esas olarak yeni istihdam yoluyla değil, mevcut emek gücünün yoğunlaştırılması yoluyla artırıldığını göstermektedir.

Bu dönüşüm yalnızca sağlık hizmetinin organizasyonunu değil, aynı zamanda hekim emeğinin niteliğini de değiştirmiştir. Performansa dayalı ödeme sistemi, klinik niteliği değil işlem sayısını ödüllendiren bir yapı kurmuştur. Daha fazla hasta bakmak, daha fazla tetkik istemek ve daha kısa sürede daha fazla işlem üretmek, sistemin teşvik ettiği davranış kalıpları haline

gelmiştir. Böylece sağlık hizmeti giderek ölçülebilir çıktılar üzerinden değerlendirilen bir üretim sürecine dönüşmüş, hekim emeği ise bu üretim zincirinin sayısallaştırılmış bir bileşeni haline gelmiştir.

Bu süreci Marx'ın emek süreci kuramı çerçevesinde değerlendirdiğimizde daha geniş bir tablo ortaya çıkar. Marx'a göre; kapitalist üretim biçiminde emek süreci, emekçinin ihtiyaçlarına göre değil sermayenin artı-değer üretme ihtiyacına göre örgütlenir. Artı-değer, işçinin ürettiği toplam değerin ona ücret olarak ödenenden fazla olan kısmıdır. İşçi kendi yaşamını sürdürebilmek için gerekli değeri belirli bir süre içinde üretir; ancak bu sürenin ötesinde çalıştırılarak kapitalist için ek değer üretmeye devam eder. Sağlık sektörü klasik sanayi üretiminden farklı görünse de, emek sürecinin yoğunlaştırılması ve üretkenliğin artırılması yoluyla artı-değer üretimi burada da gerçekleşmektedir.

Sağlık hizmetinin metalaşmasıyla birlikte muayene, tetkik, ameliyat, yoğun bakım günü ve tıbbi teknoloji kullanımı gibi unsurlar ekonomik değeri olan hizmetler haline gelmiştir. Bu süreçte hekim emeği de değer üretiminin merkezinde yer alır. Özellikle performans sistemleri, aynı çalışma süresi içinde daha fazla hizmet üretimini teşvik ederek nispi artı-değer üretimini artırmaktadır. Bu durum hekimlerin çalışma temposunun hızlanmasına, muayene sürelerinin kısalmasına ve iş yükünün artmasına yol açmaktadır.

Harry Braverman'ın emek süreci üzerine yaptığı analizler, bu dönüşümü anlamak için önemli bir çerçeve sunar. Braverman'a göre kapitalizm ilerledikçe emek süreci üç yönde dönüşür: Bilginin emekten koparılması, işin parçalanması ve denetimin yoğunlaşması. Bu süreç, işçinin sahip olduğu bilgi ve karar yetkisinin azalmasına ve işin daha standart, daha ölçülebilir ve daha denetlenebilir hale gelmesine yol açar. Sağlık sisteminde performans ölçütleri, klinik karar süreçlerinin giderek bürokratik ve sayısal göstergeler tarafından denetlenmesine neden olmakta; böylece hekimlerin mesleki özerkliği daralmaktadır.

Bu dönüşüm aynı zamanda Marx'ın yabancılaşma kavramı ile de açıklanabilir. Hekim, emeğinin ürününe yabancılaşmaktadır; çünkü yaptığı işin değeri artık hastanın iyileşmesi ile değil, performans puanları ve finansal göstergelerle ölçülmektedir. Hekim üretim sürecine de yabancılaşmaktadır; çünkü çalışma temposu ve işin ritmi artık kendisi tarafından değil, sistem tarafından belirlenmektedir. Mesleki öz de aşınmaktadır; çünkü hekimlik idealindeki etik ve entelektüel boyutlar, standartlaştırılmış hizmet üretimine indirgenmektedir. Son olarak insan ilişkileri de dönüşmektedir; hasta ile hekim arasındaki ilişki güven temelli bir ilişki olmaktan çıkıp giderek müşterileşmiş bir hizmet ilişkisine dönüşmektedir.

Türkiye bağlamında bu dönüşüm yalnızca teorik bir tartışma değildir. Sağlıkta şiddet olaylarının artışı, hekim göçündeki yükseliş ve genç hekimler arasında artan umutsuzluk hissi bu dönüşümün somut göstergeleridir. Resmi veriler sınırlı olsa da, çeşitli araştırmalar ve medya taramaları son yıllarda hekim intiharlarında belirgin bir artış olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle asistan hekimler ve erken kariyer dönemindeki hekimler bu risk açısından daha kırılgan görünmektedir.

Bu durum Karasek'in iş stresi modeliyle de açıklanabilir. Karasek'e göre; en yıkıcı çalışma koşulu, yüksek iş talebi ile düşük kontrolün birleştiği durumlardır. Genç hekimler çoğu zaman hayati kararlar vermek zorunda oldukları, yüksek sorumluluk taşıdıkları ve yoğun iş yükü

altında çalıştıkları halde, sistem üzerinde sınırlı bir kontrol gücüne sahiptirler. Bu durum kronik stres üretir ve uzun vadede tükenmişlik ile ruhsal kırılganlığı artırır.

Durkheim'ın anomi kavramı da genç hekimlerin yaşadığı kriz açısından açıklayıcıdır. Anomi, toplumsal normların çözülmesi ve bireyin hangi kurallara göre yaşayacağını bilememesi durumudur. Hekimlik mesleğinin geleneksel normları olan kamusal hizmet, mesleki özerklik ve toplumsal prestij ile yeni sağlık sisteminin normları olan performans, hız ve sayısal çıktı beklentileri arasında ciddi bir uyumsuzluk ortaya çıkmıştır. Bu normatif çatışma, genç hekimlerde yön kaybı ve anlam boşluğu yaratabilmektedir.

Sonuç olarak genç hekim intiharları yalnızca bireysel trajediler olarak görülemez. Bu olgu, sağlık sisteminde kurulan emek rejiminin ve mesleki özerkliğin aşınmasının ürettiği yapısal bir alarmdır. İntiharı romantize etmek ya da yalnızca bireysel psikolojik sorunlara indirgemek, bu alarmın nedenlerini görünmez kılar. Sorunun çözümü yalnızca bireysel destek mekanizmalarında değil, aynı zamanda emek rejiminin yeniden düzenlenmesinde, mesleki özerkliğin güçlendirilmesinde ve meslek içi dayanışmanın yeniden kurulmasında yatmaktadır.

FORUM

Anahtar Sunum 1: Erişim Kolaylığı İntihar Riskini Arttırıyor mu?
Dr. Tahsin Çınar

Sağlık çalışanlarında intihar olgusu, uzun yıllardır bireysel dayanıklılık, yoğun çalışma temposu veya tükenmişlik kavramları üzerinden tartışılsa da güncel veriler bu meslek grubunun yapısal olarak farklı bir risk alanında bulunduğunu göstermektedir. Özellikle hekimler, veteriner hekimler ve eczacılar gibi sağlık mesleklerinde gözlenen intihar oranları; yüksek eğitim düzeyi, toplumsal saygınlık ve ekonomik statünün ruhsal koruyuculuğuna ilişkin genel epidemiyolojik beklentilerle çelişmektedir. Bu durum literatürde giderek daha fazla "yüksek nitelik paradoksu" olarak tartışılmaktadır.

Avusturya'da 1986–2020 yılları arasındaki ölüm kayıtları ile meslek odası verilerinin çapraz eşleştirildiği geniş ölçekli bir çalışmada; hekimler, diş hekimleri, veteriner hekimler ve eczacıların intihar riskleri diğer yüksek nitelikli meslek gruplarıyla karşılaştırılmıştır. Avusturya gibi sosyoekonomik düzeyi yüksek, kayıt sistemleri düzenli işleyen bir ülkede elde edilen bu veriler, sağlık çalışanlarının diğer yüksek statülü mesleklerden belirgin biçimde ayrıştığını göstermektedir.

Genel toplum beklentisine göre yüksek eğitim düzeyi, ekonomik güvence ve toplumsal prestij intihar riskine karşı koruyucu faktörlerdir. Gerçekten de avukatlar, mali müşavirler ve diğer yüksek nitelikli profesyonel gruplarda intihar oranlarının toplum ortalamasının altında olduğu görülmektedir. Ancak aynı "statü kalkanı" sağlık çalışanlarında benzer şekilde işlememektedir. Özellikle veteriner hekimler ve hekimlerde bu koruyuculuğun belirgin biçimde zayıfladığı görülmektedir. Bu durum, yalnızca iş yükü veya çalışma saatleriyle açıklanamayacak daha derin bir mesleki stres alanına işaret etmektedir.

Bu farklılığın önemli nedenlerinden biri, sağlık çalışanlarının doğrudan yaşam ve ölüm süreçleriyle temas halinde olmasıdır. Bir avukatın dava kaybetmesi ekonomik veya mesleki kayıplar yaratabilir; ancak sağlık çalışanlarının deneyimlediği başarısızlık çoğu zaman geri döndürülemez insan kayıplarıyla ilişkilidir. Özellikle ölüm, komplikasyon ve geri dönüşsüz zarar deneyimleri; sağlık çalışanlarında suçluluk, yetersizlik hissi ve travmatik stres birikimine yol açabilmektedir. Literatürde "İkinci Kurban Sendromu" olarak tanımlanan bu durum, sağlık çalışanlarının ciddi advers olaylardan sonra yoğun psikolojik yük altında kaldığını göstermektedir.

Çalışmalarda dikkat çeken bir diğer unsur cinsiyet farklılıklarıdır. Genel toplumda erkek intiharları kadınlara göre yaklaşık üç kat daha fazla görülürken, sağlık mesleklerinde bu farkın giderek daraldığı bildirilmektedir. Özellikle kadın sağlık çalışanlarının risk profili dikkat çekicidir. Kadın veteriner hekimlerde intihar riski genel kadın popülasyonuna göre yaklaşık üç kat artmış bulunmuştur. Hekimlik gibi tarihsel olarak erkek egemen alanlarda kadınların sürekli yetkinlik kanıtlama baskısı altında çalışması, toplumsal rollerle mesleki beklentilerin çakışması ve yüksek empatik yük, bu kırılganlığı artıran faktörler arasında değerlendirilmektedir.

Bununla birlikte kadın hekimlerde son otuz yılda intihar riskinde belirgin bir düşüş eğilimi olduğu da bildirilmektedir. Bu azalmanın; ruh sağlığı konusundaki tabuların kısmen kırılması, mobbing kültürünün daha görünür hale gelmesi, mesleki yalnızlığın azalması ve sağlık ortamlarındaki kültürel dönüşümlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Buna karşılık erkek hekimlerde benzer iyileşmenin görülmemesi dikkat çekicidir ve erkek sağlık çalışanlarının yardım arama davranışları, duygusal izolasyon ve mesleki kimlik baskısı açısından ayrıca değerlendirilmesi gereken bir alan oluşturmaktadır.

Sağlık çalışanlarını diğer mesleklerden ayıran en önemli başlıklardan biri ise intihar yöntemlerindeki farklılıktır. Genel toplumda ve sağlık dışı yüksek nitelikli mesleklerde ateşli silahlar öne çıkarken, sağlık çalışanlarında ilaç aşırı dozuna bağlı ölümler belirgin şekilde daha yüksektir. Hekimlerde, eczacılarda ve veteriner hekimlerde zehirlenme yöntemi dikkat çekici oranlarda görülmektedir. Bu durum yalnızca psikiyatrik kırılganlıkla değil, ölümcül ilaçlara erişim kolaylığı ve bu ilaçların etkilerine dair mesleki bilgiyle de ilişkilidir.

Özellikle anesteziyoloji pratiği bu açıdan özgün bir risk alanı oluşturmaktadır. Birleşik Krallık'ta yapılan çalışmalarda anestezistlerin ilaç aşırı dozuna bağlı ölüm riskinin diğer hekimlere göre çok daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Japonya'da anestezist intiharlarının büyük kısmının ilaç aşırı dozuyla gerçekleştiği bildirilmiştir. Propofol, opioidler, nöromüsküler blokerler ve anksiyolitikler en sık kullanılan ajanlar arasında yer almaktadır. Almanya'dan bildirilen verilerde propofol ilişkili ölümlerin önemli bölümünün anestezistlere ait olması dikkat çekicidir.

Bu durum yalnızca teknik erişim meselesi değildir. Özellikle veteriner hekimlik ve anesteziyoloji gibi alanlarda ölümün kontrollü, hızlı ve "acıdan kurtarıcı" bir süreç olarak deneyimlenmesi; ölüm algısını toplumun geri kalanından farklılaştırabilmektedir. Veteriner hekimler günlük pratiklerinde ötenazi uygulamalarıyla karşılaşırken, anestezistler bilinç kaybı ve yaşam destek süreçlerini sürekli yönetmektedir. Ölümün teknik ve kontrol edilebilir bir

süreç olarak içselleştirilmesi, ağır ruhsal kriz anlarında ölüm davranışına yönelik psikolojik eşiği değiştirebilir.

Anesteziyoloji alanında yapılan çalışmalar, buzdağının görünen kısmının yalnızca tamamlanmış intiharlar olduğunu göstermektedir. Tükenmişlik oranları çalışmalara göre %4 ile %75 arasında değişmekte; depresyon oranları ise %12–28,9 arasında bildirilmektedir. Çin'de 12.000'den fazla anestezisti kapsayan geniş bir çalışmada özbildirimli depresyon oranı %34, duygusal tükenme oranı %61,3 olarak bulunmuştur. Ayrıca binlerce anestezistin katıldığı başka bir çalışmada katılımcıların önemli bir bölümü bir meslektaşının intiharını doğrudan deneyimlediğini ifade etmiş; buna rağmen çoğunun kurumsal intihar önleme protokollerinden haberdar olmadığı görülmüştür.

Bu veriler, genç hekim intiharlarının yalnızca bireysel psikopatoloji çerçevesinde değerlendirilemeyeceğini göstermektedir. Sorun; çalışma kültürü, mesleki izolasyon, mobbing, uzun çalışma saatleri, performans baskısı, travmatik hasta deneyimleri, yardım aramayı engelleyen kültürel normlar ve ölümcül araçlara erişim gibi çok katmanlı yapısal faktörlerle ilişkilidir.

Dolayısıyla çözüm de yalnızca bireysel dayanıklılığı artırmaya yönelik müdahalelerle sınırlı kalmamalıdır. Sağlık kurumlarında erişilebilir ve damgalayıcı olmayan ruh sağlığı destek mekanizmalarının kurulması, genç hekimlerin güvenli yardım arama kanallarına ulaşabilmesi, mobbing ve aşırı çalışma kültürünün görünür kılınması, intihar sonrası kurumsal destek protokollerinin oluşturulması ve özellikle yüksek riskli branşlarda ölümcül ilaç erişimine ilişkin denetim mekanizmalarının yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir.

Genç hekim intiharları, yalnızca bireysel trajediler değil; sağlık sisteminin çalışma kültürüne, örgütlenme biçimine ve insan ilişkilerine dair yapısal bir alarm niteliği taşımaktadır. Bu nedenle meseleye yalnızca psikiyatrik değil; etik, toplumsal ve kurumsal bir sorun olarak yaklaşmak gerekmektedir.

Anahtar Sunum 2: Türkiye'de ve Türkiye Sağlık Sisteminde Genç Hekim Olmak
Dr. Merve Yıldırım

Öncelikle zor ve bazen de umutsuz olabilecek bir başlık konuşacağımızı baştan belirtmeliyim. Bugün yan yana geldiğimiz tüm başlıklar eninde sonunda bu başlık altında vücut buluyor. Çünkü temel gerçekliğimizi hepimiz yaşayarak görüyoruz. Türkiye ve Türkiye sağlık sistemi şeklinde iki vurgunun yapılması önem taşıyor. Mevcut politikalar; örneğin vergiler, ekonomik kriz, çevre, gelecek kaygısı gibi tüm toplumu ilgilendiren her politika sağlığa dairde mesaj taşıyor. Buna ek olarak bizler sadece çalışarak yaşamımızı idame ettirmiyoruz. Aynı zamanda bu toplumda yaşıyor, besleniyor, barınıyor ve sosyal çevremizi oluşturuyoruz.

Tıp hayatımıza bazı temel bilgiler ile başladık. Hücreden organizmaya giden yolu bilimsel çerçevede öğrendik. Şunu biliyoruz; insan nasıl hücrelerden oluşuyorsa ama baktığımızda basit bir hücreler toplamı değil karmaşık bir organizma görüyorsak, toplum da bireylerden oluşur ama tek tek bireylerin davranışlarının ötesinde bir hareketi, devinimi olan bir organizmadır. Bizim ortak bir hikâyemiz var. Bunu başlangıçta anlamak yalnızlık hissine bir nebze olsun ışık tutabilir.

Gerçeklik her zaman iki yönlü olarak ilerler. Bir madalyon benzetmesi yapacak olursak bir yüzünde; iyi hekimliğin sınandığı ve hatta yok edilme noktasına getirildiği uygulamalar var. Dakikalara sıkıştırılan muayeneler, eğitimin yok sayılması, düşük ücretler, değersizleştirme ve şiddet… Ama madalyonun diğer yüzünde gittikçe daha çok yan yana gelme ihtiyacı duyan hekimler, bir şeyler değiştirmeli diyen bizler, nöbet ertesi izin hakkını kazanan asistan hekimler, sendikalarında ve tabip odalarında haklarını savunan hekimler… Tek yüzüne bakmak yetmez, bilimsel olarak tek taraflı bir değerlendirmede doğru bir yöntem olamaz. Bu örnek ve bu düşünce biçiminin bizler için önemli olduğunu düşünüyorum.

Bu mesleği seçerken şunu biliyorduk. Bu kadar olacağını tahmin edemiyorduk tabi ki. Uzun bir yol… Okul, staj, intörn hekim, pratisyen hekim, mecburi hizmet, asistan hekim, uzman hekim, mecburi hizmet, yan dal eğitimi… Seneler süren eğitim süreci sadece sürenin uzunluğu ile değil süreye sığdırılan yoğun emeği içeriyor. Bu kadar zor ve uzun bir süreç ancak temel motivasyonlarla sağlıklı bir şekilde aşılabilir. Neden bu mesleği seçtik? Motivasyonumuz ne? Gibi temel sorulara verecek yanıtlarımız büyük çoğunluğumuz için olumlu bir pencereden değil. Genç hekimler olarak bu soruları hep birlikte yeniden sormalı ve eksik kalan kısımları birlikte tamamlamalıyız. Çoğumuzun bulacağı yanıt ortak olacaktır. Bu yaptığımız hekimlik değil bunu hissediyoruz ve biliyoruz. Peki, biz ne yapıyoruz ve ne yapmalıyız soruları yön verebilir bizlere.

«…Lanet hastaneler doktorlara yüklenip durmasın.»
«…İronik olan şu ki, insanların birbirine tahammül edememesine tahammül edemez oldum…»

Bahsi geçen iki cümle intihar eden hekimlerin son sözlerine ait…

Hekimlerin erken ölüm nedenlerinin %35'i intiharla açıklanmaktadır. Birçok çalışma doktorlar arasındaki intihar oranlarının genel nüfusa göre 2,5-7 kat daha yüksek olduğunu bildirmiştir. 2011-2021 yılları arasında 61 intihar rapor edildi. İntiharların yarısından fazlası (32 -%52,5) uzman doktorlar arasında gerçekleşti. Kardiyovasküler cerrahi, aile hekimliği, jinekoloji ve kadın doğum uzmanlıkları en yüksek orana sahip alanlar. Depresyon/ruhsal hastalık en yaygın tahmin edilen etiyolojilerin başında geliyor. Doktorların birincil şikâyetleri arasındaysa maddi zorluklar, sağlık sektöründeki şiddet vakaları ve yetersiz muayene süreleri yer alıyor.

Yapılan bir çalışmada; pandemi birimlerinde çalışmak ve PPE' ye erişimde zorluk yaşamak, tükenmişlik için en önemli risk faktörlerinden biri olduğu görüldü. Başka bir çalışmada ise özellikle kamu sektöründe çalışan genç uzman hekimler ve nörologlar istifa etme olasılığı daha yüksek olduğu görüldü. Çalışmada, istifa kararıyla ilişkili en önemli faktörlerin yetersiz ücretler, şiddet ve yoğun çalışma koşulları olduğu tespit edildi. Yine bir betimleyici çalışma, Türkiye'deki hekimler arasında yanlış uygulama korkusu, tükenmişlik ve ruhsal iyilik durumunu değerlendirmek için 406 hekimle gerçekleştirildi. Çalışmada, doktorların %81,5'inde yanlış uygulama korkusu, %11,6'sında duygusal tükenmişlik ve %6,9'unda değersizlik duygusu görüldü.

Risk faktörleri ve psikososyal etmenler önceki sunularda ayrıntılı anlatıldı fakat kısaca değinecek olursak; psikiyatrik hastalıklar, alkol ve madde kötüye kullanımı, tıbbi uygulamaların stres oluşturması, gerçekçi olmayan beklentiler, rol karmaşası, profesyonel destek azlığı, psikiyatrik tedaviye direnç, genel psikososyal faktörler olarak sayabiliriz.

Risk faktörleri arasında yer alan “hekimlerden yüksek performans beklentisi”nin hem hekimlerin hem de halkın zihninde var olduğu ve bu durumun yoğun stres ile beraber sağlık sorunları ve intihara bağlı ölümleri arttırabileceği yönünde görüşler mevcuttur (Can ve ark., 2013). Doktorların, işyerinde çatışma, uzun çalışma saatleri, yüksek iş talepleri ve işte hata yapma korkusu dâhil olmak üzere önemli sayıda psikososyal mesleki stres yaşadığına dair güçlü kanıtlar vardır. Yüksek performans beklentisinin yoğun stres, sağlık sorunları ve intihara bağlı ölümleri artırabileceği belirtiliyor ve prospektif çalışmalar işle ilgili psikososyal etmenlerle anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi de destekliyor.

Hastanelerin laneti nereden geliyor?

Hastanın da, hizmet üreten sağlık emekçisinin de üretimin nesnesi haline gelmesi. Yapılan işin anlamını yitirmesi…
Performansın bizzat kendisi mobbing…
İş yükünde artış, birim zamanda yapılan tanı, tedavi ve bakım işlemlerinin artması, hem de bürokrasi ile birlikte…
Emek sömürüsünün derinleşmesi…

Bu sistemde ağacın da gölgesinin de bir yararı yok, eğer o gölge para etmezse anında talana uğruyor. Önceki sunumlarda emeğimizin yabancılaşmasına dair bir sunum dinledik. Bu yabancılaşmanın çok ayrıntılı bir teorisi aktarıldı. Bir örnek eklemek isterim tüm bu konuya dair. Hastamı kollarından tanıyorum başlığıyla bir hemşirenin yazdığı bir yazıyı okumuştum. Aslında çok özet ve nasıl bir sağlık sisteminde olduğumuzun özünü anlatan bir cümle.

Her geçen gün gittikçe daha fazla çalışmak ve karşılığında; son 10 yıldaki reel maaş artışı yetersiz. 2013–2023 arasında hekimlerin reel maaş artışı; uzman hekim için %1,7. Enflasyon karşısında eriyen maaşlar ve düşen alım gücü… Sağlık sisteminde yaşadığımız bu tablo kadar gerçek bir tabloda her geçen gün düşen alım gücü ve yanı başına eklenen gelecek kaygısı.

Tabiri caizse intihara sürükleyen bu sistemdir. Bizler bu çalışmayı tabip odası çatısı altında yapmayı, meslek örgütümüzle yol almayı önemli görüyoruz. Mesleğimize hep birlikte sahip çıkalım ve en önemlisi yalnızlık duvarlarını hep birlikte yıkalım. Başka bir sağlık sistemi mümkün, başka bir ülke mümkün… Yeter ki yan yana olalım!

*

Anahtar sunumlar sonrası tüm katılımcıların katkılarının paylaşıldığı forum bölümüne geçildi. Katılımcıların önemli bir kısmının söz aldığı bölümde farklı çalışma alanları ve farklı branşlardan hekimler sağlık ortamının yarattığı sorunlar, bunlara dair çözüm önerileri, hekimlerin dayanışmasını güçlendirmek için neler yapılabileceği gibi konularda görüşlerini ifade ettiler. Forum bölümünde yapılan katkıların daha detaylı değerlendirildiği atölye çalışmalarına geçildi.

ATÖLYE ÇALIŞMALARI

ATÖLYE 1: Sağlık Politikalarına Yönelik Öneriler

Atölye katılımcıları önerilerini çalışma yeri, meslek örgütü/sendika ve toplumsal düzeyde üç temel eksende ele almıştır.

- Çalışma alanlarında sendikal örgütlenmenin ve temsilciliklerin güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.
- Meslek odalarının ilgili mevzuat doğrultusunda kurumlarda risk analizleri yürütmesi önerilmiştir.
- Hekimlerin dinlenebileceği ve sosyalleşebileceği uygun ortak alanların oluşturulmasının tükenmişliği azaltıcı etkisi olduğu belirtilmiştir.
- Özellikle asistan hekimlerin eğitim haklarının korunması gerektiği; akademik faaliyetlerin öğle aralarına sıkıştırılamayacağı ifade edilmiştir.
- Kurum çalışanlarının sağlık hizmetine erişebileceği personel kliniklerinin kurulması önerilmiştir.
- İş sağlığı ve güvenliği kapsamında periyodik ruhsal değerlendirmelerin anonim biçimde yürütülmesi gerektiği belirtilmiştir.
- Risk değerlendirme raporlarının kurum yönetimleriyle paylaşılması ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir.
- Sağlık hizmeti sunucuları ile toplumun ortak çıkarlarını görünür kılacak kamuoyu çalışmaları yapılması önerilmiştir.
- Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde tıbbi hukuk ve meslek hukuku eğitimlerinin güçlendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir.
- Dünya standartlarında muayene sürelerinin sağlanması gerektiği vurgulanmıştır.
- Sağlık çalışanlarını hedef gösteren medya dilinin dönüştürülmesi gerektiği belirtilmiştir.

ATÖLYE 2: Klinik ve Psikolojik Destek Mekanizmaları

Atölye boyunca genç hekimlerin ruh sağlığını koruyacak kurumsal, klinik ve toplumsal mekanizmalar çok boyutlu biçimde ele alınmıştır.

Mevcut Durum Analizi ve Tespit Edilen Sorunlar

- **Kurumsal Yapılanma Eksikliği:** Kurumlarda hekimlerin doğrudan başvurabileceği, sadece onlara özel ve izole bir psikososyal destek birimi bulunmamaktadır. İlk başvuru noktası genellikle kurumun kendi psikiyatri kliniği olmaktadır.
- **Damgalanma (Stigma) ve Çekingenlik:** Tıp kültüründeki rekabetçi ve sınırların ihlal edilebildiği (özele saygı eksikliği) yapı, asistan hekimlerin yardım arama davranışını baskılamaktadır. Öğrenciler mevcut desteklerden daha rahat faydalanırken, asistan hekimler meslektaşlarına görünme veya "hasta" olarak etiketlenme kaygısıyla çekingen davranmaktadır.
- **İçsel/Dışsal Destek İkilemi:** Kurum içi psikolojik destek, ulaşılabilirlik açısından avantajlı olsa da gizlilik kaygıları ve aynı kurumda çalışılan hekimden hizmet alma durumu yapısal bir açmaz yaratmaktadır.

- **Sosyal İzolasyon ve Bireyselleşme:** Tıp eğitiminde ve uzmanlık sürecinde yalnızlaşma artmış, hekimler arası derinlikli iletişim ve "hâl hatır sorma" kültürü zayıflamıştır.
- **Sistemik ve Fiziksel Yetersizlikler:** Dinlenme odalarının yetersizliği, hekimlerin hastalardan izole olabileceği sosyal alanların eksikliği ve performans kaygısı nedeniyle yasal izin haklarının kullanılamaması tükenmişliği hızlandırmaktadır.

Kurumsal Politikalar ve Yasal Düzenlemeler

- **İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Entegrasyonu:** Hekimlerdeki psikiyatrik rahatsızlıklar ve intihar riski, "iş sağlığı ve güvenliği" kapsamında, hatta meslek hastalığı ekseninde değerlendirilmelidir. Psikiyatri ve dinlenme izinleri hocaların inisiyatifinden çıkarılıp standart bir İSG kuralı haline getirilmelidir.
- **Yönetsel Sorumluluk ve Yaptırım:** Klinik şefleri ve eğitim sorumluları, asistanlarının ruh sağlığından resmi olarak (yönetmeliklerle) sorumlu tutulmalıdır. Amirlerin bu konuda hesap verebilir olması, süreci ciddiye almalarını sağlayacaktır.
- **Anonim İhbar ve Şikayet Sistemleri:** İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde, doğrudan mobbing ve tükenmişlik bildirimlerinin yapılabileceği, soruşturma mekanizmaları olan anonim hatlar kurulmalıdır.
- **Sertifikasyon ve Teşvik:** Hekim ruh sağlığını destekleyen, uygun çalışma şartları sağlayan kurumlara özendirici "Hekim Dostu Kurum" vb. sertifikasyonlar verilmelidir.
- **Toplumsal Cinsiyet ve Ebeveynlik İhtiyaçları:** Kadın hekimlerin omuzlarındaki toplumsal cinsiyet yükü hafifletilmeli; 7/24 kreş imkanları sağlanmalı ve doğum izinleri esnetilmelidir. Yeni baba olan hekimlerin de bu süreçte psikolojik risk altında olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Klinik İçi Dayanışma ve Erken Müdahale Modelleri

- **"Can Dostum" (Buddy) Sistemi:** Birbirine kıdem olarak yakın (örn. iki yıllık) asistanların eşleştirildiği, birbirlerinin iyilik halinden haberdar olduğu ve daha kıdemli bir hekim tarafından süpervize edildiği akran dayanışma ağı kurulmalıdır.
- **Klinik Ruh Sağlığı Temsilciliği:** Her klinikte, rotasyon usulüyle değişen ve o ay kliniğin ruhsel esenliğinden, süreçlerin takibinden sorumlu bir hekim temsilci olmalıdır.
- **Aylık İyi Oluş Toplantıları:** Klinikteki uzman ve asistanların belirli aralıklarla (ayda bir) bir araya gelerek sadece "Nasılsın?" ekseninde konuştuğu, vakalardan bağımsız iyilik hali toplantıları düzenlenmelidir.
- **Kriz Sonrası Destek (Post-vaka Dayanışması):** Klinik içinde yaşanan zorlu bir olay (örn. intihar girişimi, ağır malpraktis veya şiddet) sonrası, etkilenen hekime işe dönüşte akran dayanışması gösterilmeli ve dışarıdan bir uzman (psikososyal destek birimi) kliniğe müdahale etmelidir.

Eğitim, Farkındalık ve Algı Yönetimi

- **Akran Eğitimi ve Soft Power:** Psikiyatri dışı branşlara yönelik verilecek eğitimler didaktik (hard power) olmak yerine, akranların kendi tecrübelerini aktardığı ve dışarıdan, nötr uzmanların "mitleri yıkmak" üzere geldiği (soft power) modellerle tasarlanmalıdır.
- **Farkındalık Eğitimleri:** Öz bakımda azalma, depresif belirtiler ve riskli davranışlar (semptomatoloji) hakkında tüm hekimlere basit, temel düzeyde farkındalık eğitimleri verilmelidir. Uzmanlık dernekleri bu eğitimleri standart hale getirmeli ve kongre programlarına entegre etmelidir.

- **Kültürel Dönüşüm:** Ruhsal zorlanmaların zayıflık değil, mesleğin doğal bir getirisi olduğu öğretilmeli; yönetimler "We care about you (Sizi önemsiyoruz)" mesajını samimi ve kapsayıcı bir dille vermelidir.

Riskli Gruplar ve Ulaşılabilir Destek Ağları

- **Algoritmik ve Kademeli Destek Hattı:** Tüm hekimleri kapsayan (ülke çapında ve yerel), algoritmalara dayalı bir psikososyal destek hattı kurulmalıdır. Gönüllülük esasından çıkarılıp profesyonel, sürdürülebilir bir altyapıya kavuşturulmalıdır (Eski COVID intihar hattı veya TPD modeli örnek alınarak).
- **Düzenli Tarama ve Yönlendirme:** İl sağlık düzeyinde veya kurumsal bazda gönüllü "İyi Oluş Anketleri" yapılmalı. Kötü skor alan hekimler için kurum dışı, gizliliği sağlanmış psikiyatri/terapi randevuları organize edilmelidir.
- **Yüksek Riskli Gruplara Özel Dikkat:** Mecburi hizmet bölgelerinde çalışan ve yalnızlaşan hekimler (online görüşme hatları onlar için bir *ihtiyaçtır*), yeni atananlar, malpraktis davası geçirenler ve sürekli "Beyaz Kod" verilen riskli birimlerde çalışanlar özel olarak takip edilmelidir.

ATÖLYE 3: Çalışma Yaşamı ve Kurumların Dönüşümü

Atölyede çalışma yaşamının örgütlenme biçimi ile genç hekimlerin ruh sağlığı arasındaki ilişki kapsamlı biçimde tartışılmıştır.

Mobbing ve Hiyerarşi

- Kurumlarda mobbingin açık biçimde tanımlanması,
- "Mobbinge sıfır tolerans" politikalarının geliştirilmesi,
- Mobbing masaları kurulması,
- Asistan hekimlere yönelik farkındalık eğitimleri düzenlenmesi,
- Uzmanlık eğitimindeki hiyerarşik yapının dönüştürülmesi gerektiği belirtilmiştir.

Dayanışma ve Sosyal Alanlar

- Dinlenme alanlarının niteliğinin artırılması,
- Hekimlerin bir araya gelebileceği sosyal mekanların oluşturulması,
- Bölüm içi sorunların düzenli toplantılarla ele alınması,
- Tabip odaları ve uzmanlık derneklerinin dayanışma alanları olarak güçlendirilmesi önerileri öne çıkmıştır.

Eğitim ve Özlük Hakları

- Uzmanlık eğitiminde hizmet üretiminin eğitimin önüne geçmesinin tükenmişliği artırdığı vurgulanmıştır.
- Eğitim saatlerinin korunması,
- Yıllık izin ve nöbet ertesi izin haklarının kullandırılması,
- Özlük haklarının keyfi biçimde kısıtlanmasının önlenmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Kurumsal Yapılar ve Yabancılaşma

- Şehir hastaneleri ve dağınık yerleşke modellerinin dayanışmayı zayıflattığı belirtilmiştir.
- SABİM ve CİMER şikayet mekanizmalarının hekimlerde baskı ve değersizlik hissi yarattığı ifade edilmiştir.
- Tüm bu süreçlerin hekimleri yaptıkları işe, birlikte çalıştıkları kişilere ve aldıkları eğitime yabancılaştırdığı değerlendirilmiştir.

ORTAK SAPTAMALAR

Çalıştay boyunca yapılan tartışmalarda aşağıdaki ortak saptamalar öne çıkmıştır:

- Genç hekim intiharları bireysel değil yapısal bir sorundur.
- Sağlıkta dönüşüm politikaları çalışma koşullarını ağırlaştırmıştır.
- Performans sistemi hekim emeğini yoğunlaştırmış ve mesleki özerkliği zayıflatmıştır.
- Mobbing, yalnızlaşma ve değersizlik hissi yaygınlaşmıştır.
- Eğitim süreçleri hizmet baskısı altında aşınmaktadır.
- Ruhsal destek mekanizmaları yetersizdir.
- Genç hekimlerin dayanışma alanları daralmıştır.
- İzin hakları ve sosyal yaşam alanları giderek kısıtlanmaktadır.
- Sağlık çalışanlarını hedef gösteren toplumsal ve medya dili ruhsal yükü artırmaktadır.
- Antidemokratik uygulamalar, ekonomik sorunlar, liyakatsizlik tüm genç nüfusu etkilediği gibi genç hekimlerde de geleceksizlik duygusunu hakim kılmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalıştay sonucunda genç hekim intiharlarının yalnızca bireysel ruhsal sorunlarla açıklanamayacağı; sağlık sisteminin mevcut örgütlenme biçimi, çalışma rejimi, eğitim süreçleri ve toplumsal iklim ile doğrudan ilişkili olduğu ortak biçimde vurgulanmıştır.

Sorunun çözümü için:

- Çalışma koşullarının iyileştirilmesi,
- Mesleki özerkliğin güçlendirilmesi,
- Eğitim süreçlerinin yeniden yapılandırılması,
- Mobbing karşıtı politikaların uygulanması,
- Ruh sağlığı destek mekanizmalarının erişilebilir ve gizli biçimde kurulması,
- Dayanışma ağlarının güçlendirilmesi,
- Hekimlerin özlük haklarının korunması,
- Sağlıkta şiddet ve değersizleştirmeye karşı etkin politikalar geliştirilmesi,
- Sağlık sisteminin insan merkezli biçimde yeniden ele alınması gerektiği belirtilmiştir.

Genç hekim intiharlarının önlenmesi ancak bireysel müdahaleler ile yapısal dönüşümlerin birlikte ele alınmasıyla mümkün olacaktır.

Bu çalıştay, genç hekimlerin yaşam hakkını, ruh sağlığını ve mesleki onurunu savunan ortak mücadele alanlarının güçlendirilmesi açısından önemli bir başlangıç zemini oluşturmuştur.