

- Ruh Sağlığı Yasası, Sağlıkta Dönüşüm ve Psikiyatrinin Gündemi
- Küresel Ekonomik Kriz ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri



Mental Mask

Türkiye Psikiyatri Derneği Basın Bülteni

Ekonomik Kriz ve Ruh Sağlığı

Uz. Dr. Halis Ulaş

TPD MYK Dış İlişkiler Sekreteri,
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir

Ekonomik kriz, nedenleri, boyutları ve etkileri

Eylül 2008’de Amerika Birleşik Devletlerinin önemli yatırım bankalarından Lehman Brothers’ın iflasını açıklaması ile başlayan ekonomik kriz tüm dünyayı etkilemeye başladı. Etkileri ülkemizde de hissedilmeye başlayan ekonomik kriz dünyada egemen ekonomik sistem olan kapitalizmin doğasından kaynaklanmaktadır. Sistemin ilk büyük krizi 1929 yılında ortaya çıkmıştır ve “Büyük Buhran” olarak da adlandırılmaktadır. Özellikle 1980 yılından sonra neo-liberal politikaların dünyaya tek çözümmüş gibi sunulması ve yaygınlaştırılması ile dünyada ekonomik krizlerde ciddi bir artış yaşanmıştır. Avrupa Para Krizi (1992–1993), Latin Amerika Krizi (1994–95), Güney Doğu Asya Krizi (1997–98), Rusya Krizi (1998), Brezilya Krizi (1999), Arjantin Krizi (2002) çok sayıdaki finansal krizlerden sadece bazılarıdır. Ülkemiz de kapitalizmin krizlerinden payına düşeni almıştır. Özellikle 1980, 1994, 2001 ve 2004 ekonomik krizleri ülke ekonomimizi ve özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olan insanlarımızı olumsuz etkilemiştir (1-3).

Kapitalist sistemde ortaya çıkan ekonomik krizlerin temelinde kar oranlarındaki düşme eğilimi yatmaktadır (1). Ekonomik kriz; herhangi bir mal, hizmet, üretim faktörü veya döviz piyasasındaki fiyat ve/veya miktarlarda kabul edilebilir bir değişme sınırının ötesinde gerçekleşen dalgalanmalar olarak tanımlanabilir (3).

Ekonomide yaşanan krizlerin toplum üzerindeki temel etkisi işsizlik, gelirin azalması ve bunların sonucu yaşam standartlarının değişmesi, sosyoekonomik düzeyin düşmesi, sosyal sınıflar arasındaki gelir eşitsizliğinin ve yoksulluğun artışıdır (1). Örneğin Güney Doğu Asya Krizi sonrasında yapılan çalışmalarda Kore, Tayvan ve Endonezya’da işsizlik ve yoksulluk oranlarında artış saptanmıştır (4-6). Benzer şekilde ülkemizde 2001 yılında yaşanan ekonomik kriz sonrası da işsizlik



ve yoksulluk oranlarında artış saptanmıştır. Ülkemizde 2000 yılının 3. çeyreğinde işsizlik oranı %5.63 iken; 2002’nin 1. çeyreğinde bu oran %11.76’ye yükselmiştir (7). İşsizliğin artışına paralel olarak 2001 krizi sonrasında kişi başına düşen gelirde de önemli ölçüde azalma yaşanmıştır. 2000 yılında kişi başına düşen Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) 3095 ABD doları iken, 2001 yılında 2261 ABD dolarına gerilemiştir (1).

Ekonomik krizin toplum sağlığı üzerine etkileri

Buradan hareketle, kapitalist sistemin yapısal özelliği olan krizlerin toplum sağlığı üzerine etkilerini iki ana mekanizma üzerinden tanımlamak olanaklıdır; bunlardan biri, kriz döneminde toplumun büyük kesiminin yoksullaşması ve işsizleşmesi sonucunda yaşanan sağlık düzeyinin olumsuz etkilenmesidir, diğeri ise kriz dönemlerinde şekillenen sağlık sisteminin toplum sağlığına olan olumsuz etkileridir (1).

Ekonomik krizlerin temel etkileri olan işsizlik ve yoksulluk toplum sağlığını ile birlikte ruh sağlığı üzerine de olumsuz etkiler ortaya çıkarmaktadır. Bu raporda özellikle ekonomik ▶

“...Ülkemizde kayıt dışı ekonominin önemli bir sorun olduğu düşünülürse; kayıt dışı çalışan işçilerin ruh sağlığının nasıl olduğu sorusu da oldukça önemlidir. Kayıt dışı çalışmanın ruh sağlığı üzerine etkisini inceleyen bir araştırmada; güvenceli çalışanlar, kayıt dışı çalışanlar ve işsizler sık ruhsal bozukluklar açısından değerlendirilmişler. Hem kayıt dışı çalışan işçilerde hem de işsizlerde sık ruhsal bozukluk oranı güvenceli çalışan işçilere göre 2 kat daha fazla saptanmıştır (14). Yani ruh sağlığı sorunlarına sadece işsizlik değil güvencesiz çalışma da neden olabilmektedir...”

krizler sonrası ortaya çıkan işsizlik ve yoksulluğun ruh sağlığı üzerine etkileri değerlendirilmeye çalışılacaktır.

İşsizlik ve ruh sağlığı

İş, özellikle erişkin yaşam döneminde öz-yeterlilik ve öz-saygı gibi benliği düzenleyen işlevler ile kendini gerçekleştirme için olanaklara sahip olunabilecek toplumsal yapı arasında önemli bir köprü oluşturması nedeniyle oldukça önemlidir. İş ve işsizlik ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi sorgulayan araştırmalar özellikle erişkin dönemdeki sağlığın toplumsal belirleyicilerinin anlaşılmasında önemli bir yer tutmaktadır (8).

İşsizlik en yalın tanımı ile çalışmak istediği halde iş bulamama durumu olarak tanımlanmaktadır. Ekonomik krizler işsizliğin ruh sağlığı üzerine etkisini araştıran çalışmalarda önemli bir artışa neden olmuştur (9). Bilimsel literatürde işsizliğin ruh sağlığına etkisi araştıran çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bugüne dek gerçekleştirilen bazı araştırmalar işsizlik ve yoksulluğun fiziksel hastalıklar, bedensel yakınmalar, stres bozuklukları, depresyon, umutsuzluk, içe kapanma, öz saygı yitimi, bunaltı bozuklukları ve davranış bozuklukları gibi ruh sağlığı sorunlarına yol açtığını vurgulamıştır (10).

Örneğin Murphy ve Athanasou’u (11), 1987-1996 yılları arasında işsizlik ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaları gözden geçirmişlerdir. Belirtilen yıllar arasında yayınlanmış 16 çalışmanın 14’ünde işsizliğin psikolojik iyilik halini olumsuz etkilediğini saptamışlardır. Çalışan bir bireyin işini kaybetmesi, bu kişilerde hem depresyonun başlamasından hem de depresyonun sürmesinden sorumludur. İşini kaybedenlerde, çalışan bireylere göre 2 kat daha fazla depresyon gözlenmektedir (12, 13).

Bilimsel literatürde işsizliğin ruh sağlığı üzerine etkisini araştıran çok sayıda çalışma bulunurken; işsizlik kadar önemli diğer bir sorunun, kayıt dışı çalışmanın (informal employment) ruh sağlığı üzerine etkisi ile ilişkili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Oysa işsizlik artışı kayıtdışı çalışma oranlarını artırmaktadır. Ülkemizde kayıt dışı ekonominin önemli bir sorun olduğu düşünülürse; kayıt dışı çalışan işçilerin ruh sağlığının nasıl olduğu sorusu da oldukça önemlidir. Kayıt dışı çalışmanın ruh sağlığı üzerine etkisini inceleyen bir araştırmada; güvenceli çalışanlar, kayıt dışı çalışanlar ve işsizler sık ruhsal bozukluklar açısından değerlendirilmişler. Hem kayıt dışı çalışan iş-

çilerde hem de işsizlerde sık ruhsal bozukluk oranı güvenceli çalışan işçilere göre 2 kat daha fazla saptanmıştır (14). Yani ruh sağlığı sorunlarına sadece işsizlik değil güvencesiz çalışma da neden olabilmektedir.

İşsizlik ve intihar

İntihar, ölmek amacıyla planlı ve kasıtlı bir girişimde bulunmak olarak tanımlanmaktadır. İntihar biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin göz önünde bulundurulması gereken karmaşık bir durumdur (15). İntiharla ilişkili sosyal faktörler arasında işsizlik ve sosyoekonomik düzey önemli bir yer tutmaktadır.

İşsizliğin intiharla ilişkisi 100 yılı aşkın bir süredir bilinmektedir. İşsizlik ve intihar ilişkisi ilk olarak Emil Durkheim tarafından tanımlanmıştır. Durkheim işsizliğin sosyal izolasyonu arttırdığını, sosyal izolasyonun da intihar riskinde artışa neden olduğunu belirtmiştir. İşsizlik ve intihar arasındaki nedensel ilişkiyi araştıran bir çalışmada, işsiz olan bireylerin çalışanlara göre intihara bağlı ölümlerinin 2-3 kat arttığı tespit edilmiştir (16).

İşsizlik oranlarında belirgin artış olması nedeniyle; intiharin ekonomik krizle ilişkisinin araştıran çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin 1997 Güney Doğu Asya krizi sonrasında Kore’de intihar oranları %63 oranında artmıştır. Bu artış ekonomik büyüme oranı ile negatif, işsizlik oranı ile pozitif ilişkilidir. Aynı çalışmada intihar oranlarının sosyoekonomik düzeyi düşük insanlarda daha fazla görüldüğü de belirtilmektedir



Ramiz Erer, Radikal Gazetesi

“...Ancak ekonomik krizler sonucu ortaya çıkan işsizlik ve yoksullukla ruh sağlığı ilişkisini araştıran yerli çalışmaların ve dünyada ekonomik kriz, yoksulluk ve işsizliğin ruh sağlığına etkileri inceleyen çalışmaların verileri göz önüne alındığında ekonomik krizlerin insanların ruh sağlığını olumsuz etkilediği görülmektedir. Ayrıca ekonomik krizler sonrası yoksulluğun artışına bağlı olarak toplam sağlık harcamalarındaki azalma da ruhsal sorunları olan bireylerin uygun tedavi olanaklarından yararlanabilmesini olumsuz etkilemektedir.”

(4). Benzer şekilde kriz sonrası Tayvan’da da intihar oranları artmıştır. İntihar oranları 1999 yılında Tayvan tarihindeki en yüksek orana ulaşmıştır. Bu artışın da ekonomik büyümedeki ani düşüş ve işsizlik oranındaki artış ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (5).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada diğer ülkelerdeki araştırma sonuçlarına uygunluk gösteren, düşük sosyoekonomik düzeyli kesimlerde intiharların daha sık görüldüğünü destekleyen bulgular elde edilmiştir (17) Farklı bir çalışmada ise hastaların sağlık güvencelerinin olmaması ile intihar arasında bir ilişki saptanmıştır. Sağlık güvencesi yokluğunun sosyoekonomik yetersizliğin dolaylı bir göstergesi olabilmesi nedeniyle intihara etki eden bir faktör olabileceği düşünülebilir (18).

Yoksulluk ve ruh sağlığı

Yoksulluk genel olarak bir halkın ya da onun belirli bir kesiminin asgari yaşam düzeyini sürdürebilmek için gıda, giyim ve barınak gibi sadece en basit ihtiyaç maddelerini karşılayamaz olması durumudur.. Dünya Bankası yoksulluğu daha çok parasal gelir açısından tanımlamaktadır. Oysa UNDP (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı) yoksulluğu, insani gelişme için zorunlu olan fırsatlardan (hayat boyu sağlık, yaratıcı bir hayat, ortalama bir hayat standardı, özgürlük, kendine güven, saygınlık) mahrum olma şeklinde tanımlayarak, kavramın sadece parasal bir içeriğe hapsedilmesini engellemiştir. Şüphesiz ki yoksulluğun bu boyutuyla incelenebilmesi için çok geniş ve özellikle sosyal nitelikli istatistiklere ihtiyaç bulunmaktadır (19).

Her ne kadar yoksulluk tanımı literatürde farklılık gösterse de psikiyatri araştırmalarında uzun yıllardır yoksulluğun ruh sağlığını olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Psikiyatri araştırmalarında yoksulluğun göstergesi olarak sosyoekonomik düzey, sosyal sınıf ve düşük yaşam standardı parametreleri kullanılmaktadır. Yoksulluk ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile ilişkili değildir. Örneğin Etiyopya, Finlandiya, Almanya, Hollanda, Amerika Birleşik Devletleri ve Zimbabve’de gelir düzeyi düşük olan bireylerde yüksek gelir düzeyine sahip olanlara göre 1.5-2 kat daha fazla depresyon gözlenmektedir (20).

Brezilya’da okur-yazarlık, eğitim, meslek, gelir durumu, yaşanan evin koşulları gibi yaşam standartlarını belirleyen

parametrelerle sık ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki araştırıldığında; hem eğitim düzeyinin düşüklüğü hem de gelir düzeyinin düşüklüğü 2.5’er kat ruhsal bozukluk sıklığını artırdığı saptanmıştır (21). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, ruhsal sıkıntının sosyal sınıf, eğitim, gelir ve yaşanan bölgenin gelişmişlik düzeyi ile ters ilişkili olduğu saptanmıştır (22).

Yoksulluk ve şizofreni arasındaki ilişki de uzun yıllardır bilinmektedir. Yoksulluğun dolaylı göstergeleri olarak kabul edilebilecek; ailenin sınıfsal konumunun düşük olması, annenin vitamin depolarının yetersizliği, gebelik sırasında geçirilen viral enfeksiyonlar, hipoksiye neden olan doğum travması ve göç etmiş bir ailenin çocuğu olarak dünyaya gelmek gibi değişkenler araştırmalarda sık olarak sorgulanmıştır ve şizofreni oluşumu ile ilişkisi gösterilmiştir. Ancak bu ilişkinin nedeni yoksa sonuç mu olduğu yönünde farklı görüşler bulunmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalar yoksullukla ilişkili bu değişkenlerin şizofreniye neden olduğu yönünde kanıtlar sunmaktadır (23).

Ruh sağlığının işsizlik ve yoksulluğa etkisi

Yoksulluk ve işsizliğin ruhsal sorunlara neden olduğu konusunda çok fazla veri bulunmaktadır. Bunun yanı sıra ruhsal soruna ya da sorunlara sahip olmanın da işsizlik ve yoksullukla ilişkisi bulunmaktadır. Örneğin ABD’de 16-54 yaş arasındaki 6 milyon işçi ruh sağlığı sorunlarına bağlı olarak ya işini kaybediyor, ya iş arayamıyor ya da istihdam bulamıyor. Hem fiziksel hem de ruh sağlığı sorunu olan bireyler yalnızca fiziksel sağlık sorunu yaşayanlara göre daha düşük istihdam oranına sahiptir (24).

Özellikle daha fazla yeti yitimine neden olan psikiyatrik hastaların iş bulma şansları daha düşüktür. Örneğin İngiltere’de son 20 yıl içinde şizofreni hastalarında istihdam oranları %10-20 arasında değişmektedir. Aynı dönemde İngiltere’deki genel istihdam oranının %85 olduğu düşünüldüğünde; şizofreni hastalarının iş bulabilme şansının ne kadar düşük olduğu daha iyi anlaşılmaktadır (25).

İşsizlik ve yoksulluk birbirinin nedeni ve aynı zamanda sonucu olabilmektedir. Ruh sağlığı sorunu olan hastaların işsizlik oranlarının yüksekliğinin yanı sıra işsizlik ve yoksulluk nedeniyle var olan ruhsal sorunlarına yönelik uygun tedavi girişimlerinden de daha az yararlanabiliyorlar. Bu nedenle de hastalarının ▶

gidiş ve sonlanımı olumsuz etkilenmektedir. Örneğin yoksul olan şizofreni hastalarında iyileşme daha kötüdür, hastane yatış oranları ve yatış süreleri daha uzundur ve daha fazla sosyal yalıtılmışlık ve damgalama yaşamaktadırlar (26).

Sonuç

Ülkemizde, yaşanan ekonomik krizlerin ruh sağlığı üzerine doğrudan etkilerini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak ekonomik krizler sonucu ortaya çıkan işsizlik ve yoksullukla ruh sağlığı ilişkisini araştıran yerli çalışmaların ve dünyada ekonomik kriz, yoksulluk ve işsizliğin ruh sağlığına etkileri inceleyen çalışmaların verileri göz önüne alındığında ekonomik krizlerin insanların ruh sağlığını olumsuz etkilediği görülmektedir. Ayrıca ekonomik krizler sonrası yoksulluğun artışına bağlı olarak toplam sağlık harcamalarındaki azalma da ruhsal sorunları olan bireylerin uygun tedavi olanaklarından yararlanabilmesini olumsuz etkilemektedir. ■

Öneriler

- Hükümet işsizlik ve yoksullukla mücadele edici ciddi politikalar geliştirmelidir.
- İşsizlik ücretinin kapsamı, süresi ve tutarı artırılmalıdır.
- İşsiz kesimin sağlık hizmetlerine yararlanması sağlanmalı, ulaşımı kolaylaştırılmalı, muayene ve tedavi hizmetleri tamamen ücretsiz olmalıdır.
- İşsiz bırakılan kesimlere kamu alanında ruhsal destek üniteleri kurulmalıdır.
- Özellikle işsiz kesimdeki ailelerin çocukları beslenme, vitamin, viral ve enfeksiyöz hastalıklar açısından düzenli aralıklarla ve tamamen ücretsiz olarak izlenmeli ve gerekli tedavi ve beslenmeleri sağlanmalıdır.
- Çalışan kesimlerden sağlık hizmetlerinde alınan katkı payları ve ilaç yüzdeleri kaldırılmalıdır.
- Her düzeyde eğitim kurumlarında/ okullarda ruhsal ve bedensel rahatsızlıklara karşı eğitim programları hazırlanmalıdır. ■

Kaynaklar

1. Türk Tabipleri Birliği. "Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu Raporu: 2001 Şubat Krizi ve Sağlığa Etkileri" Mart 2003 Ankara.
2. Işık S, Duman K, Korkmaz A () Türkiye ekonomisinde finansal krizler: Bir faktör analizi uygulaması. DEÜ İİBF Dergisi 2004; 1:45-69.
3. Kibritçiöglü A. Türkiye'de Ekonomik Krizler ve Hükümetler, 1969–2001. Yeni Türkiye Dergisi (Ekonomik Kriz Özel Sayısı) 2001, 41:174-182.
4. Kim MD, Hong SC, Lee SY, Kwak YS, Lee CI, Hwang SW, Shin TK, Lee SM, Shin JN Suicide Risk in Relation to Social Class: A National Register-Based Study of Adult Suicides in Korea, 1999–2001. International Journal of Social Psychiatry 2006; 52; 138-151.

5. Lotrakul M. Suicide in Thailand during the period 1998–2003. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2006, 60:90–95.
6. Koyuncu M ve Şenses F. Kısa Dönem Krizlerin Sosyoekonomik Etkileri: Türkiye, Endonezya ve Arjantin Deneyimleri. Ekonomik Araştırmalar Merkezi Araştırma Raporları 2004: 04/14.
7. Document of World Bank. Turkey Poverty and Coping After Crises. Rerport no. 24185-TR. 2003.
8. Kaya B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. Klinik Psikiyatri Dergisi 2007; 10(Ek 6):11-20.
9. Dooley D. Unemployment, Underemployment, and Mental Health: Conceptualizing Employment Status as a Continuum. American Journal of Community Psychology 2003, 32:9-20.
10. Kaya B, Binbay İT. Akıl Sağlığı Penceresinden İşsizlik. Toplum ve Hekim 2006, 21:122-128.
11. Murphy G, Athanasou JA. The effect of unemployment on mental health. Journal of Occupational and Organizational Psychology 1999; 72:83-99.
12. Dooley D, Catalano R, Wilson G. Depression and unemployment: Panel findings from the epidemiologic catchment area study. American Journal of Community Psychology 1994, 22: 745–765.
13. Weich S ve Lewis G. Poverty, unemployment and common mental disorders: population based cohort study. BMJ 1998; 317:115-119.
14. Ludermer AB ve Lewis G. Informal work and common mental disorders Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2003; 38 : 485–489.
15. Atay İM, Gündoğar D. İntihar Davranışında Risk Faktörleri. Kriz Dergisi 2004; 12:39-52.
16. Blakely TA, Collings SCD, Atkinson J. Unemployment and Suicide: Evidence for causal association; Journal of Epidemiology and Community Health 2003; 57:594-600.
17. Babaoğlu G . Psikiyatride intihar, psikiyatrik hastalarda intihar davranışı, kronik intihar davranışının değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 4. Psikiyatri Birimi, 1990, İstanbul.
18. Ekici G, Savaş HA, Çıtak S. İntihar riskini artıran psikososyal etmenler (Sosyal güvence yokluğu, göç ve diğer stresörler). Anadolu Psikiyatri Dergisi; 2:204-212
19. Uzun AM (2003) Yoksulluk ve Dünya Bankası. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2001; 4:155-173.
20. World Health Organization. The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope. 2001, Geneva, Switzerland.
21. Ludermer AB, Lewis G. Links between social class and common mental disorder in Northern Brasil. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2001; 36:101-107.
22. Belek İ. Social class, income, education, area of residence and psychological distress: does social class have an independent effect on psychological distress in Antalya, Turkey? . Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2000; 35: 94-101.
23. Binbay İT, Ulaş H, Alptekin K. Şizofrenide Psikososyal Etkenlerin Yeniden Önem Kazanması Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar (RCHP), 2007; 1(3):39-48.
24. World Health Organization.. Investing in mental health. 2003, Geneva, Switzerland.
25. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2004; 39:337–349.
26. Saraceno B ve Barbui B. Poverty and Mental Illness. Canadian Journal of Psychiatry 1997; 42: 285-289.