

Silah ruhsatlandırmasında ruh hekiminin rolü

Elvan ÖZALP,¹ Haldun SOYGÜR²

ÖZET

Ülkemizdeki mevzuat gereği, silah ruhsatı almak isteyen herkes sağlık muayenesinden geçmek zorundadır. Ruh hekimi bu konuda bilirkişi olarak görevlendirilmiştir. Bilirkişilik yapan hekimler, karşılarındaki kişiyi tedavi etmek amaçlı değil hukukun sorduğu bir soruyu yanıtlamak üzere muayene etmek zorundadırlar. Ancak bu zorunluluk ruh hekimlerinin üzerinde görüş birliğine varamadıkları, tartışmaya açık bir durumdur. Bu yasal sorumluluk ruh hekimlerini uygulamada birçok zorlukla karşı karşıya getirmektedir. Bu yazının amacı, ülkemizdeki uygulama güçlüklerine ilişkin saptamalar yapmak, dünyada bu konuda atılmış adımları gözden geçirmek ve bu bilgilerin ışığında ruh sağlığı çalışanları olarak ortak bir strateji belirleyebilmektir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7(ek sayı.1):28-34*)

Anahtar sözcükler: Silah ruhsatı, psikiyatri, bilirkişilik

The role of psychiatrists in gun licencing

ABSTRACT

Everyone who wants to obtain a gun licence has to have a general health examination. Psychiatrists are expert witnesses in this field. They have to examine people not as a treatment but in order to answer the questions, which the law asks. However, there is no consensus in this field whether this is a necessity. This legal responsibility forces psychiatrists to face lots of problems in practice. The purpose of this paper is to ascertain problems with gun licencing, to evaluate developments in this field worldwide and to highlight this knowledge, to find a common strategy as professionals working in mental health. (*Anatolian Journal of Psychiatry 2006; 7(suppl.1):28-34*)

Key words: gun licencing, psychiatry, expert witness

GİRİŞ

Türkiye’de silah bulundurmak veya taşımak isteyen her vatandaş ruhsat almak zorundadır. Silah ruhsat uygulaması ile ilgili esaslar “Ateşli Silahlar ve Bıçaklar ile Diğer Aletler Hakkında Yasa” (Yasa Numarası: 6136, Kabul Tarihi: 10/071953)¹ başlığı altında yer almaktadır. Silah ruhsatı almak için yapılması gereken işlemler sırasıyla şunlardır:

1. Valilik makamına dilekçe ile başvurma,
2. Ruhsat Şubesi’nden silah ruhsatı başvuru dosyası alma,
3. Cumhuriyet Savcılığı’ndan sabıka kayıt belgesi alma,
4. Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü’nden sağlık raporu alma,
5. Oturum belgesi, nüfus cüzdanı fotokopisi, fotoğraf gibi belgeleri hazırlama.

¹ Uzm.Dr., ² Doç.Dr., Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, ANKARA

Yazışma Adresi: Dr. Elvan ÖZALP Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kl., Kolej/ANKARA
E-posta: elvanozalp@yahoo.com

Bu yasanın gereği olarak ruhsat alma işlemi sırasında her başvuran kişi sağlık muayenesinden geçmek zorundadır. Ancak bu zorunluluk hekimlerin üzerinde görüş birliğine varamadıkları bir konudur.

Ruh hekimi bu konuda bilirkişi olarak görevlendirilmiştir. Bilirkişilik yapan hekimler karşılardaki kişiyi tedavi etmek üzere değil, hukukun sorduğu bir soruyu yanıtlamak üzere muayene etmek zorundadırlar. Ruh hekimi, ruhsat başvurusunda bulunan bir kişiyi muayene ederken her zamanki rutin klinik uygulamasının dışına çıkarak, aslında bir yanı ile hukuksal boyut taşıyan bir soruyu, 6136 sayılı yasaya göre kişinin silah ruhsatı alabilmesi için 'fiziksel ve ruhsal yönden engel olan bir durumunun bulunup bulunmadığını' yanıtlamaktadır. Başka bir deyişle, ruh hekimi hukuksal olarak çerçevesi çizilmiş 'ruhsal hastalıkların' o kişide bulunup bulunmadığını ayırt etmek zorundadır. Hukuk tarafından çerçevesi çizilmiş ruhsal hastalık tanımıyla anlatılmak istenen ise, belli bir eşiğin üzerinde olan belirti kümelerinin oluşturduğu psikopatolojilerdir. Hukuk, psikopatolojileri biz hekimlerden alışageldiğimiz klinik değerlendirmelerden daha farklı olarak kişinin gerçeği değerlendirmesi ve yargılama yetisini bozup bozmaması ölçütüne göre, yani daha dar bir kapsamda değerlendirmemizi istemektedir. Silah ruhsatı muayenesinde ruh hekimi için zor olan, o andaki muayene bulgularıyla ileriye dönük toplumsal, hukuksal sonuçlar doğurabilecek bir durum için tıbbi görüş bildirmesidir. Ruh hekimi, bu noktada bildireceği tıbbi görüşle yaşadığı topluma karşı büyük bir vicdani sorumluluk almaktadır. Ancak değerlendirme sırasında silah ruhsatı almakla ilgili ruhsal ve bedensel bir sakınca bulunmadığını bildiren tıbbi görüşümüz, kişi özelinde o andan sonrası için ne kadar süre geçerliliğini koruyacaktır? Bu sorunun yanıtını öngörmek olası değildir. Ruh hekimlerinin tıbbi görüş bildirirken zorlandıkları başka bir nokta ise, 6136 sayılı yasa gereğince ruh hekiminin sadece çerçevesi çizilmiş ruhsal tanılara ilişkin kanaat kullanabilmesi, riskli gördüğü ama 'tanısal kesinliği' olmayan kimi durumlar için görüş bildirememesidir. Ancak ileride daha ayrıntılı olarak söz edilecek olan kimi ruhsal durumlar, örneğin, bazı kişilik özellikleri de silah kullanımı açısından büyük riskler taşımaktadır.

Bundan on yıl öncesine kadar hekimlerin silah ruhsatı konusundaki sorumlulukları net bir biçimde belirlenmemişken, 1997 yılında İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü bir genelge

yayınlayarak silah ruhsatı almak isteyen kişilerin sağlık muayenesinden geçmelerini bir karara bağlamıştır. 2004 yılında ise bu genelgeye birtakım ekler yapılarak silah ruhsatı alacak kişilere verilecek hekim raporlarının sağlık kurulu raporu şeklinde ve psikiyatri başta olmak üzere, ortopedi, nöroloji, göz, KBB, dahiliye dallarını kapsayacak şekilde olmasına karar verilmiştir. Mevzuata göre psikiyatri branşı ile ilgili olarak silah ruhsatı alınmasında engel oluşturan durumlar şu şekilde belirtilmiştir: "Psikiyatrik hastalığı olanlar, kişilik bozukluğu olanlar, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı olanlar, dürtü kontrol bozukluğu olanlar".²

Tüm bu yasal düzenlemelerle ruh hekimlerinin sorumluluk alanlarının sınırı biraz daha net çizilebilmişse de, uygulamada hala birçok eksiklik yaşanmaktadır. Yasalar hekime ne yapması gerektiğini söylemiştir, ama onu uygulayabileceği alt yapıyı sağlayamamıştır. Ruhsal muayenenin hangi koşullarda yapılacağı, hangi tetkiklerin ya da testlerin uygulanacağı gibi konularla ilgili bir standardizasyon henüz sağlanamamıştır. Ülke genelinde kırsal kesim ile şehir merkezlerindeki uygulamalar birbirinden çok farklıdır. Hatta aynı şehrin farklı kurumlarında bile ortak bir uygulamadan söz etmek güçtür. Çoğu zaman rutin hizmetin arasına sıkıştırılarak yapılan muayenelere gerekli özen gösterilememektedir. Kısa sürede yapılan değerlendirmelerle kişilik bozukluğu veya alkol/madde bağımlılığı gibi daha ayrıntılı değerlendirmeleri gerektiren tanılarının konması güçleşmektedir. Böyle durumlarda hekimin değerlendirmesini bekletebilme, erteleme ve tekrar etme şansı da yoktur. Ayrıca hekimin tıbbi kanısını açık olarak bildiriyor olması, hekimin kendisini baskı altında hissetmesine neden olmakta, raporun güvenilirliğini etkilemektedir. Yine kurumlararası ortak bir kayıt sisteminin olmayışı yüzünden bir hastaneden olumsuz rapor alan bir kişinin, bir başka devlet hastanesinden olumlu rapor alabilmesi yürürlükteki uygulamanın önemli sorunlarından biridir.

6136 sayılı yasaya göre, alınan silah ruhsatı beş yıl geçerlidir. Ruhsat alan kişinin beş yıl boyunca sağlıklı kalacağı belli değildir, yani ruhsat alma aşamasında yapılan psikiyatrik muayene sadece o zaman diliminde geçerlidir. Koşulların yetersizliğine karşın, ruh hekiminin ruhsat muayenesi için başvuran her kişiyi doğru ve yeterli bir şekilde değerlendirdiğini varsayacak bile, ruhsat aldıktan sonra rahatsızlanan kişilerin yeniden bir ruh sağlığı profesyoneliyle buluşacağı ana kadar olan süreçte silahlı olması

büyük riskler taşımaktadır. Özetle, yürürlükteki yasa uygulamada ciddi yetersizliklere sahiptir ve Türkiye’de bireysel silahlanmanın son on yılda on kat artmış olması ve silahla işlenen suçların (1998’de 1352 kişi silahla öldürülmüş, 1999’da 6136 sayılı kanuna muhalefet nedeniyle 2288 kişi hüküm giymiştir) ciddi sayılara ulaşması bu konuda yeni önlemlerin alınmasını zorunlu kılmaktadır.³

Diğer Ülkelerde Silah Ruhsatlandırması Uygulamalarında Hekimin Rolü

İngiltere’de hekimler hiç bir zaman bu yasal sürece dahil olmamışlardır. 1995’te Dunblane’de silahlı bir kişinin bir okuldaki öğrencileri ve öğretmenleri silahla öldürmesi sonucunda, 1996’da İngiliz Tıp Derneği bu konuyu gündeme getirmiş, büyük bir kampanya başlatıp parlamentolarından İngiltere’yi, İskoçya’yı, Galler’i kapsayan silahların tamamen yasaklanmasını sağlayan yasayı geçirmişlerdir. Ancak ilgili yasada ruhsat alma sürecinde hekim muayenesi zorunluluğu yoktur.⁴ Kanada’da da hekimler bu sürecin içinde değillerdir. Kimi zaman polis o kişinin aile doktorundan görüş isteyebilmektedir. Ama bu zorunlu bir uygulama değildir.⁵ Avustralya’da hekimler sürece bazen dahil olmaktadır. Bu konuda ilgili bir yasaları vardır; hekim, hemşire, psikolojik rehber silahlı kişi hakkında görüş belirtebilmektedir.⁶

Dünyada silahlı şiddet olaylarında birinci sırayı alan ABD’de ise, eyaletlere göre uygulamalar değişmektedir. Bazı eyaletlerde ruhsat almaksızın silah satın almak serbestken, bazı eyaletlerde ruhsat koşulu aranmaktadır. Ancak hekimler ruhsat alma sürecinde zorunlu olarak görevlendirilmemişlerdir, pediatristler aracılığıyla sürece dahil olarak öneri düzeyinde anne-babalara silahı evde nasıl muhafaza etmeleri gerektiğiyle ilgili bilgilendirme yapmaktadırlar.⁷

Silah ve Şiddet İlişkisi

Ülkemizde silah yaygınlığı konusunda kesin bir sayıdan söz etmek olası değildir. 2005 yılında ülkemizde ruhsatsız silah taşıyanların sayısının 5 milyon, ruhsatlı silah taşıyanların sayısının ise 2 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Bu durumda her on kişiden ikisinin silahlı olduğu varsayılmaktadır.⁸ Bilimsel veriler ruhsatlı ya da ruhsatsız silah sayısı ile silahlı şiddet ve suç arasında doğru bir orantı olduğunu göstermiştir.⁹

Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) 2002’de ‘World Report on Violence and Health’ adlı raporunda şiddet şöyle tanımlanmıştır: “Şiddet,

bireyin fiziksel baskı ve gücü, tehditkar veya aktüel bir biçimde kendisine, başkasına veya bir grup ya da topluluğa yaralanmaya, ölüme, psikolojik yönden etkilenmeye neden olacak şekilde kasıtlı olarak kullanmasıdır.”¹⁰ Dünya Sağlık Örgütü’nün 2000 verilerine göre, yılda 1.6 milyon insan silahlı şiddet olayları nedeniyle ölmekte ve ölümlerin %31.3’ü cinayet, %49.1’i intihar, %18.6’sı savaşlar nedeniyle olmaktadır.¹⁰ Bu rapora göre şiddetin oluşumunda etkili olan etkenler:

1. Töre, toplum baskısı,
2. Hazırlayıcı etkenler: Evinde veya üzerinde silah bulundurmak, medya,
3. Riskli gruplar olarak belirtilmiştir.

Bilimsel çalışmalarda, evde silah bulundurmanın cinayet oranını 3 kat,¹¹ intihar oranını 5 kat artırdığı saptanmıştır.¹² Şiddet oluşumunda etkili olan bu etkenlerden töre, toplum baskısı ve medya ayrı bir yazının konusu olabilecek derinliğe ve karmaşıklığa sahiptir.

Üçüncü etken olan “riskli gruplar” ise, psikiyatrinin neden bu alanda etkin olarak var olması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Aslında silah kullanımı açısından toplumda herkes risk taşır. Ancak bazı gruplar için bu riskin daha yüksek olduğu bilinmektedir. Bu riskli gruplar psikiyatrik bozukluğu olanlar, yaşlılar, ergenler, çocuklardır.

Riskli gruplarla ilgili yapılmış çalışma sonuçları

Psikiyatrik hastalık ve suç ilişkisinin incelendiği araştırmalar aşağıdaki bilgileri ortaya koymaktadır:

1. DSM-IV’te yer alan 1. eksen psikopatolojiler, alkol ve madde bağımlılığı, dürtü kontrol bozuklukları, kişilik bozuklukları (özellikle paranoid, borderline, antisosyal kişilik bozukluğu) riskli gruplar olarak değerlendirilmiştir.¹³⁻¹⁶

Avustralya’da yapılmış iki epidemiyolojik alan çalışmasının birinde, 1. eksen psikiyatrik tanı konan hastalarda şiddet 5 kat daha çok bulunmuş, alkol ve diğer madde kötüye kullanımlarının dahil edilmesi durumunda oranların yükseldiği görülmüştür.¹⁷ Diğer çalışmada, silahlı şiddet davranışının daha çok genç, düşük sosyokültürel özelliklere sahip, madde kötüye kullanımı olan ve 1. eksen psikiyatrik tanı konan erkeklerde olduğu saptanmıştır.¹⁸

2. Ergenler ve çocuklarla ilgili çalışma sonuçları: ABD’de yapılmış bir çalışmada silah yara-

lanmalarından ölen adolesanların sayısı, tüm ölüm nedenlerinden daha çok bulunmuştur.¹⁹

Ülkemizdeki Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) 1999 yılı verilerine göre, ateşli silah mermilerinin neden olduğu kazalar sonucunda 557 kişi ölmüş olup bunlardan 168'inin yaş aralığı 1-24 arasındadır. DİE 2001 yılı verilerine göre 613 çocuk, 6136 sayılı Ateşli Silahlar ve Kesici Aletler Yasası'na muhalefet ettikleri gerekçesiyle tutuklanmıştır.²⁰

3. Yaşlılarla ilgili yapılan çalışma sonuçları: DİE 1998 yılı verilerine göre ateşli silahlarla kasıtlı kendini yaralama veya intihar olaylarının %13.8'i, insan öldürmelerin %11.9'u, kaza ile yarala(n)maların %9'u 60 yaş ve üzerindeki kişilerce gerçekleşmiştir.²⁰

4. İntihar girişimleri: Riskli gruplar için silahla insan öldürme ve kaza ile yaralanmaların dışında önemli bir diğer alan silahla gerçekleştirilen intihar girişimleridir. DİE 1998 yılı verilerine göre, son 10 yılda silahlı intihar olguları onuncu sıradan ikinci sıraya yükselmiştir.²⁰ DİE 2000 yılı verilerine göre, gerçekleşen 1802 intihar olayının 1114'ü erkek, 688'i kadın intiharlarıdır. Bu intiharların 410'unun ateşli silahlarla gerçekleştirildiği saptanmıştır. Silahla intihar veya kendini yaralama olaylarının %13.8'i 60 yaş üstündeki, %32.5'i 15-24 yaşları arasındaki kişilerce gerçekleştirilmiştir.²⁰

Başka bir çalışmada depresif ve psikotik bireyler daha çok silahlı intihar girişiminde bulunmuşlardır.²¹ ABD'de bir hastanenin konsültasyon-liyezon psikiyatrisi biriminin kayıtlarından yararlanılarak yapılan geriye dönük bir çalışmada, yüksekten atlayarak intihar edenler ve silahla intihar edenler sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılmışlar ve silahla intihar edenlerin çoğunlukla erkek, madde kötüye kullanımı olan, antisosyal ve borderline kişilik bozukluğu tanılı, suç işleme öyküsü olan hastalar olduğu anlaşılmıştır.²²

Ülkemizde Ruhsat Başvurusunda Bulunan Kişilerle Yapılan Çalışmaların Sonuçları

Silah ruhsatı alma nedenleri

Ülkemizde 800 kişi ile yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, ruhsat için başvuranların %30.4'ü iş riski, %29.6'sı evde bulundurmak, %15'i avcılık, %10.5'i hobi, %18.5'i ise diğer nedenlerle başvurduklarını belirtmişlerdir.²³ ABD'nin NSPOF (National Survey of Private Ownership of Firearms) verilerine göre, insanların %74.4'ü kendini korumak, %10.8'i sportif

etkinlikler, %0.5'i avcılık, %13.5'i diğer nedenlerle silah ruhsatı almak için başvurmuşlardır.²⁴

Silah ruhsatı alanların sosyodemografik özellikleri

Beşikci ve arkadaşları tarafından 1996'da yapılan bir çalışmada silah ruhsatı almak için başvuran 206 kişinin sosyodemografik özellikleri incelenmiş, bunların %45.64'ünün ilkökul mezunu, %87.86'sının evli, %44.17'inin doğum yerinin Karadeniz Bölgesi olduğu saptanmıştır.²⁵

Silah ruhsatı alanların kişilik özellikleri

Akcan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, ruhsat almak için başvuranların %6.3'ünde kavgacı kişilik, %5.4'ünde hızlı araba kullanma, %1.3'ünde kumar oynama, %0.5'inde alkol kullanımı saptanmıştır.²⁶ Aynı çalışmada silah ruhsatı alanların kişilik özelliklerine de bakılmış, %31.4'ünde paranoid, %11.1'inde narsisistik, %5.8'inde borderline ve %2.8'inde antisosyal kişilik özellikleri; %6.8'inde paranoid, %1.4'ünde narsisistik ve %0.5'inde antisosyal kişilik bozukluğu saptanmıştır.²⁶

Ruhsat muayenesi sırasında söz edilen riskli grupların ruh hekimlerince tanınması ve tedavi edilmeleri önemli bir sorumluluktur. Ancak, bu sorumluluğu yerine getirmenin silahlanma sorununun çözümünde ruh sağlığı alanında yapılması gerekenlerin yalnızca bir basamağını oluşturduğunu vurgulamak gerekmektedir. Bu aşamada ruh hekimleri olarak yapmamız gerekenleri gelişmiş dünya ülkelerinin konuyla ilgili yaptıkları çalışmaların ışığında planlamak yararlı olacaktır.

Diğer Ülkelerde Sağlık Alanında Silahlanmaya Karşı Yürütülen Çalışmalar

Bin dokuz yüz seksenli yıllar Dünya Sağlık Örgütü'nün bu konuda somut adımlar attığı yıllardır. 20 Eylül 1989'da Stockholm'de Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülüğünde 'Birinci Dünya Güvenlik Konferansı' düzenlenmiştir. Bu toplantıda vurgulanan en önemli nokta toplum güvenliğinin herkese ait bir kaygı ve sorumluluk olduğudur.

Bin dokuz yüz seksen beş yılı, ABD'de sağlık sektörünün silahlı şiddeti öncelikli bir halk sağlığı sorunu olarak gördüğü yıldır.²⁷ Amerikan Pediatri Akademisi 1992'de silah yaralanmalarıyla ilgili güçlü politikalar geliştirmeye başlayarak klinisyenlere ve ailelere kapsamlı eğitim programları uygulamıştır.^{28,29}

32 Silah ruhsatlandırmasında ruh hekiminin rolü

Aynı yıllar ABD'de silahlı şiddeti önlemeye yönelik bazı tıp organizasyonlarının kurulduğu yıllardır:

HELP, 1993'te silah yaralanmalarını önlemek amaçlı kurulmuş, daha çok toplumsal bilinci artırmak için eğitim çalışmalarını üstlenmiş bir örgüttür.³⁰

DAHI (Doctors Against Hand gun Injury), HELP ile ortak amaçlara sahip olmakla birlikte, daha çok ulusal düzeyde yasal düzenlemelerle ilgili bir örgüttür.³¹

ABD'de günümüzde 200'e yakın sağlık örgütü silahlanmaya karşı politikalar üretmektedir. Bu

örgütlerin etkinliklerini araştırarak bir derleme yazısında, bunlardan sadece 14'ünün (HELP ve DAHI'ye üye olan) çalışma alanlarını standardize edebildikleri belirtilmiştir. Bu 14 örgüt, beş alanda konsensusa varmıştır: Silaha ulaşılabilirliğin önlenmesi, silah alım satımı, araştırmalar, halkın eğitimi, klinik danışmanlık. Altıncı alan olan klinisyenin eğitimi konusunda ortak bir görüş birliğine varamamışlardır. Araştırmacıların yorumu, üyelerini yeterince eğitemeyen ya da bu konuda etkili programlar oluşturamamış örgütlerin ürettikleri politikaların uygulanabilirliğiyle ilgili şüpheler olduğu yönünde olmuştur³² (Tablo 1).

Tablo 1. ABD'deki silahsızlanma ile ilgili politikalar üreten tıp örgütleri

Örgütün adı	Kuruluş yılı	Üye sayısı	Üyelik
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)	1953	6500	HELP
American Academy of Family Physicians (AAFP)	1947	94300	HELP
American Academy of Pediatrics (AAP)	1930	57000	DAHI, HELP
American College of Emergency Physicians (ACEP)	1968	22000	DAHI, HELP
American College of Physicians (ACP)	1915	115000	DAHI, HELP
American College of Preventive Medicine (ACPM)	1954	2000	DAHI
American College of Surgeons (ACS)	1913	64000	DAHI
American Medical Association (AMA)	1847	294000	HELP
American Medical Women's Association (AMWA)	1915	10000	DAHI
American Psychiatric Association (APA)	1844	37000	HELP
National Hispanic Medical Association (NHMA)	1994	26000	DAHI
National Medical Association (NMA)	1895	25000	DAHI
Society of Critical Care Medicine (SCCM)	1970	10000	DAHI
Society of General Internal Medicine (SGIM)	1978	28000	HELP

Tıp dünyası 2001 yılında, şiddete karşı silahsızlanma konusuyla ilgili ilk büyük uluslararası toplantıyı düzenlemiştir: "Small Arms, Gun Violence and Injury" adlı toplantıda, eldeki bilgi ve verinin güvenilir olması gereği, eğitime önem verilmesi, uluslararası ilişkilerin güçlendirilmesi gibi temel noktalar üzerinde durulmuştur.⁴

ABD, silahlı şiddet olaylarının en sık yaşandığı, aynı zamanda bu sorunla en çok mücadele eden ülkedir. Silah yasalarıyla ilgili son yıllarda yaptıkları değişikliklerin etkinliğini araştırarak

birçok çalışma yapılmıştır. ABD'nin silahla ilgili yasal uygulamalarında bazı silahların yasaklanması, geçmişinde problem saptanmış (ruhsal hastalık, suç öyküsü gibi) ya da askerlik sicili iyi olmayan kişilerin silah edinmesinin önlenmesi, silah ruhsatlandırması (yakın bir zamana kadar bazı eyaletlerde ruhsatsız silah edinebiliyordu), özellikle çocukların silahlara ulaşılabilirliklerinin önlenmesi, okullardaki kullanımın çok katı bir biçimde denetlenmesi, ayrıca silah edinmek için başvuru tarihiyle silahın kişinin eline

kişinin eline geçinceye kadar olan bekleme süresi (eyalete göre 2 gün - 6 ay arasında) gibi bazı yeni önlemler alınmıştır. Hahn ve arkadaşları 2005'te, bu önlemlerin etkinliğini araştıran 1979-2001 yılları arasında bu yasal düzenlemelerle ilgili çalışmaları gözden geçirmişlerdir. Sonuç olarak, ABD silah yasasında yapılan değişikliklerle cinayet, intihar, kaza ile yaralanma ve ölüm, hırsızlık, tecavüz gibi suçların önlenmesinde veya oranlarının azalmasında doğrudan bir ilişkinin varlığı tam olarak tüm çalışmalarda kanıtlanamamışsa da, genel olarak yasanın suç oranlarını azalttığı saptanmıştır.⁷

2000 yılında JAMA'da yayınlanan bir araştırmada, 1985-1997 yılları arasında ateşli silahlarla gerçekleşen cinayet ve intihar (21 ve 55 yaş üstü) girişimlerinin sıklığının ilgili yasadın sonra değişip değişmediğine bakılmış ve yasal uygulamalardan sonra 55 yaş üzerindeki intihar oranlarının azaldığı görülmüştür.³³

Sonuç

Gelişmiş dünya ülkelerinin silahlı silahlılaşmayla ilgili ürettikleri politikalar genel olarak değerlendirildiğinde, yasal düzenlemeler, güvenilir veri tabanı oluşturmak, halkın ve klinisyenlerin eğitimi gibi çeşitli alanlarda multidisipliner bir yaklaşım içinde oldukları görülmektedir. Ülkemizde silah sorununun boyutlarını anlayabilmek, tanımlayabilmek ve etkin çözümler üretebilmek için bizim de emniyet, hukuk, tıp ve diğer ilgili alanlarda ortak çalışmalar planlamamız gerekmektedir.

Ülkemizde bu alanda yapılmış çalışmalar olmakla birlikte, bunların nicelik ve niteliklerinin artırılması gerekmektedir.

Gelişmiş ülkelerde etkinlik gösteren sivil toplum örgütlerinin yürüttükleri kampanyalarla ülkelerinin silahlı silahlılaşma politikalarında önemli değişikliklere yol açtıkları bilinmektedir. Bu nedenle ülkemizde 1993 yılında kurulmuş olan ve çalışmalarını etkin bir biçimde sürdüren Umut Vakfı'nın toplumsal olarak desteklenmesi çok önemlidir. Umut Vakfı bugüne kadar birçok önemli etkinlik gerçekleştirmiştir. Bunlardan bazıları aşağıda gösterilmiştir:

- Medyanın Barışa Katkısı Paneli (28 Eylül 2000),
- Bilinçsiz Silahlanmanın Etkileri ve Ortak Mücadele Paneli (20 Kasım 2000),
- Uluslararası Bireysel Silahlı Silahlılaşma Sempozyumu (18-19 Ocak 2002).

Bu alanda çalışacak yeni sivil toplum örgütlerine de gereksinme vardır. Bu örgütlerin uluslararası örgütlerle kuracakları sağlam ilişkiler çalışmalarını güçlendirecek ve seslerini daha etkin bir biçimde duyurmalarını sağlayacaktır.

Bu önerilerin tümü aslında ileride hep birlikte izlememiz gereken silahlı silahlılaşma stratejisinin alt başlıklarını oluşturmaktadır. Umudumuz, bu sorumluluğu yerine getirme konusunda ruh hekimleri olarak üzerimize düşeni, konuyla ilgili diğer mesleklerle uyum içinde gerçekleştirmektir.

KAYNAKLAR

1. 6136 sayılı Ateşli Silahlar ve Bıçaklar ile Diğer Aletler Hakkında Kanun ile Türk Ceza Kanununun 264. maddesinde yer alan ateşli silahlar, bıçaklar ve benzeri aletlerin teslimi hakkında kanun. Resmi Gazete, Tarih: 15/07/1953, Sayı: 8458, Düstur: Tertip: 3 Cilt: 34 s.1542.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Silah ruhsatı alacak kişilere verilecek raporlarla ilgili 2004/74 sayılı Genelge, 2004.
3. Sayman Y. Uluslararası Bireysel Silahlanma Sempozyumu Sonuç Bildirgesi. Umut Vakfı, Bireysel Silahlı Silahlılaşma, İstanbul, Beta Basım, 2002, s.238-240.
4. North M. After Dunblane: Gun Control in the United Kingdom 1996-2001. Plenary contribution to IPPNW Conference "Aiming for Prevention: International Medical Conference on Small Arms, Gun Violence and Injury, Helsinki, 2001.
5. Chapdelaine A. Uluslararası yaklaşımlar. Umut Vakfı, Bireysel Silahlı Silahlılaşma, İstanbul, Beta Basım, 2002, s.118.
6. IANSA (International Action Network on Small Arms) 26.07.2006. <http://www.iansa.org>.
7. Hahn RA, Bilukha O, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A et al. Firearms laws and reduction of violence. Am J Prevent Med 2005; 28:40-71.
8. Umut Vakfı. 10.06.2006. <http://www.umut.org.tr>.
9. Demirbaş T. Bireysel silahlanma ve suç. Kriminoloji, ikinci baskı, Ankara, Seçkin Yayınevi, 2005, s.301.
10. Krug EG, Dahlberg LL, Mery JA, Zwi BA, Lozano R. World Report on Violence and Health, Geneva, World Health Organization, 2002.

11. Kellermann AI, Rivara FP, Rushforth NB, Banton JG, Reay DT, Francisco JT et al. Gun ownerships a risk factor for homicide in the home. *N Engl J Med* 1993; 329:1084-1091.
12. Kellermann AI, Rivara FP, Somes G, Reay DT, Francisco J, Banton JG, et al. Suicide in the home in relation to gun ownership. *N Engl J Med* 1992; 327:467-472.
13. Alpay N, Karamustafaloğlu N, Kükürt R. Madde bağımlılığında suç. *Düşünen Adam* 1995; 8:16-17.
14. Saygılı S, Duran A. Cinayet veya ciddi cinayet teşebbüsü suçunu tekrarlayan akıl hastaları üzerine bir inceleme. *Yeni Sempozyum* 1991; 28:14.
15. Maner F, Kayatekin ZE, Abay E. Psikiyatrik hastalıklar ve suç. *Düşünen Adam* 1991; 4:6.
16. Kayatekin ZE, Maner F, Saygılı S. Ruh hastalarında homicidal saldırganlık. *Düşünen Adam* 1991; 4:22.
17. Monahan J. Mental disorder and violent behavior: perceptions and evidence. *Am Psychol* 1992; 47:511-521.
18. Swanson J. Mental disorder, substance abuse, and community violence: an epidemiological approach. J Monahan, H Steadman (eds), *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. Chicago, University of Chicago Press, 1994, s.101-136.
19. Ash P, Kellermann AL, Fuqua-Whitley D, Johnson A. Gun acquisition and use by juvenile offenders. *JAMA* 1996; 275:1754-1758.
20. DiE. 10.06.2006. <http://www.intihar.de>.
21. Shemson E, Cathin S, Duha S. Gun availability, psychopathology, and risk of death from suicide attempt by gun. *Ann Epidemiol* 2000; 10:482.
22. Moore GM, Robertson AR. Suicide attempts by firearms and by leaping from heights: a comparative study of survivors. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1425-1431.
23. Samancı A. Neden bireysel silahlanma? Umut Vakfı, *Bireysel Silahsızlanma, İstanbul, Beta Basım*, 2002, s.15-18.
24. Cook PJ, Ludwig J. *Guns in America: results of a comprehensive national survey on firearms ownership and use*. Washington DC, Police Foundation, 1996.
25. Beşikci N, Soner Saygın M. Silah ruhsatı almak için başvuruların sosyodemografik özellikleri. XXXII. Ulusal Psikiyatri Kongresi (25-28 Eylül 1996, Ankara), Tam Metin Kitabı, 1996.
26. Akcan A. Silah ruhsatlandırılmasında psikiyatrik muayene. Hekimler ne kadar içinde veya olmalı? Umut Vakfı, *Bireysel Silahsızlanma, İstanbul, Beta Basım*, 2002, s.146-178.
27. United States Department of Health and Human Services, Bureau of Maternal and Child Health and Resources Development, Office of Maternal and Child Health. Surgeon General's workshop on violence and public health (27-29 October Leesburg, Virginia) Rocville, MD: US Department of Health and Human Services, 1985.
28. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, *Firearms and Adolescents. Firearm injuries affecting the pediatric population*. *Pediatrics* 1992; 89:784-789.
29. American Academy of Pediatrics Committee on Injury and Poison Prevention. *Firearm-related injuries affecting the pediatric population*. *Pediatrics* 2000; 105:888-895.
30. The HELP Network. Homepage. Available: <http://www.helpnetwork.org/frames/index.html>.
31. Doctors Against Hand gun Injury. A medical response to a public health emergency. Available from: URL.01.06.2006. <http://www.doctorsagainsthandguninjury.org>.
32. Longjhon MM, Christoffel KK. Are medical societies developing a standard for gun injury prevention? *Inj Prev* 2004; 10:169-173.
33. Ludwig J, Cook PJ. Homicide and suicide rates associated with implementation of the Brady Handgun Violence Prevention Act. *JAMA* 2000; 284:616-618.