



MEMUR-SEN KONFEDERASYONU SAĞLIK-SEN

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası

Dergisi

GENEL YETKİLİ SENDİKA

Haziran 2010

Şiddet Hasta Hakkı Değildir!



GÜNDEM



Aile Hekimliği
Yönetmeliğine İlişkin Eleştiriler

ARAŞTIRMA İNCELEME



Obama Sağlık Reformlarının
Düşündürdükleri



MEMUR-SEN KONFEDERASYONU **SAĞLIK-SEN**

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları
Genel Yetkili Sendikası

HAZİRAN 2010

**SAĞLIK-SEN ADINA
İMTİYAZ SAHİBİ**
Mahmut KAÇAR
Genel Başkan

**GENEL YAYIN YÖNETMENİ
SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ**
Semih DURMUŞ
Genel Basın Yayın ve Dış İlişkiler Sekreteri

YAYIN KURULU
Menderes TURBAY
Metin MEMİŞ
Mehmet Güner ERDOĞDU
Mustafa KULLUK
Mahfuz SUNAR

EDİTÖR
Murat KALEM
Genel Başkan Danışmanı



Grafik Tasarım ve Uygulama
Sağlık-Sen Genel Merkezi

BASKI
Özkan Matbaacılık Gazetecilik ve Tic. Ltd. Şti.
538. Sok No:62-64 İVOGSAN-İvedik/ANKARA
Tel: 0 312 395 48 91 Fax: 0 312 395 48 93

SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ
GMK Bulvarı Özveren Sok. No:9/3
Demirtepe/ANKARA
Tel: 0 312 444 19 95
Faks: 0 312 230 83 65
GSM: 0 506 397 92 92
www.saglikksen.org.tr

Sağlık-Sen'in ücretsiz yayın organıdır.
Yazıların sorumluluğu yazarına aittir.

İçindekiler

BAŞKANDAN



2

Sağlıkta Şiddet Teröre Dönüşmesin

GÜNDEM



4

**-Kamu Sağlığı Enformasyonu ve Medya
-Aile Hekimliği Yönetmeliğine İlişkin Eleştiriler**

DOSYA



2

Sağlıkta Şiddet

**ARAŞTIRMA
İNCELEME**



42

Obama Sağlık Reformlarının Düşündürdükleri

**SAĞLIKLI
İLETİŞİM**



48

**Farkına Varmak,
Anlam Vermek, İnsan Olmak**

Editörden



**Ev Kazaları,
Düşme ve Yaralanmalar**

SAĞLIĞINIZ
50



**Merkezi Hastane Randevu
Sistemi Hayata Geçti**

BİLİŞİM
52



Tıp Etiği ve Hipokrat

PORTRE
54



19 Mayıs 1915

SAĞLIK
TARİHİ
56



**Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolunda
Şubat - Mayıs 2010**

AJANDA
61

Türkiye ve dünya kamuoyu, İsrail'in terör vahşetine ve insanlığa ya-
şattığı trajediye şahit oldu. İnsanlara yardım için yola çıkan sivilleri katleden
İsrail; tüm dünyanın yüreğini sızlattı, öfkesini kabarttı. Vahşilik ve insanlık dışı
eylemleriyle insanlığın nefretini kazanan İsrail'in, Gazze'ye insanlık güneşinin
ışığını ve sıcaklığını taşıma gayesiyle yola çıkan insanlara açtığı ateş, dünya-
nın dört bir yanındaki milyarlarca ehli vidadanın yüreğini yaktı. Aynı gün ve sa-
atlerde İskenderun'da 6 askerimizi şehit eden hain terör saldırısı da eklenince,
toplumumuz PKK ve İsrail terörüne karşı kenetlendi.

İnsanların sağlığı, huzuru ve mutluluğu için sadece ülkemizde değil,
dünyanın ihtiyaç duyulan her bölgesine yardıma koşan, hayat kurtarmak için
yanıp tutuşan sağlık çalışanları açısından, İsrail vahşetinin ve PKK terörünün
bıraktığı izler şüphesiz daha derin ve yakıcı olmuştur. Bu nedenle "İnsanı yaşat
ki devlet yaşasın" sözlerinde ifadesini bulan tarihsel misyonumuzu emeğiyle
temsil eden sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının yetkili sendikası olarak, baş-
ta insanlık düşmanı İsrail olmak üzere, her türlü terör ve şiddeti tel'in amacıyla
Sağlık-Sen Dergimizin kapağını siyah zeminle çıkarıyoruz.

Sağlık-Sen Dergimizin bu sayısı, sosyal bir travmaya dönüşen "şiddet"
konusuna ayrılmıştır. Sağlık-Sen; son iki yıldır sağlık çalışanlarına yönelen şid-
detin sağlık hizmetlerinin geleceğini tehdit eden boyutlarına dikkat çekmeye
çalışıyor. "Şiddet, hasta hakkı değildir" söylemiyle sürdürdüğü mücadelesi çer-
çevesinde gerçekleştirdiği araştırmalar ve sempozyumlarla, sağlıkta şiddetin
izlerini silme adına yapılması gerekenleri seslendiriyor.

Şiddetin; sağlık, eğitim gibi geleneksel saygınlığa sahip müesseselerde
yaygın bir şekilde yaşanıyor hale gelmesi, en hafif tabirle sosyal bir travmadır.
Nitekim, hasta- sağlık çalışanı ilişkisi, öğretmen-öğrenci ilişkisi, niteliği itibarıyla
mekanik birer ilişki değildir. Her iki iletişim sürecinin de sağlıklı yürütülmesi; şef-
kat, merhamet ve güven gibi duyguların varlığıyla mümkündür. Bugün, özellikle
sağlık gibi sahası hayat olan bir hizmet kolunda, iletişim ve empatinin yerine;
kaba kuvvetin, sözel şiddetin ve psikolojik tacizin nasıl hakim hale geldiği mut-
laka sorgulanmalıdır.

Şayet, hastanelerimizde şiddet, çalışanların ve hizmet alan vatandaş-
ların hayatlarını tehdit edecek bir boyuta ulaşmışsa; ülkemizin geleceği, top-
lumsal değerlerimizin geleceği adına bundan daha büyük bir tehlike düşünül-
memesi gerekir.

Bu sorunun ortadan kalkması için yasal ve fiziksel tedbirlerin ivedilikle
hayata geçirilmesi ne denli önemli ise; sağlık iletişim sürecinin ve empati kültü-
rünün yerleşmesine yönelik politikalar da o denli önem arz etmektedir.

Şiddet konulu dosyamız içinde, şiddetin boyutlarını ele alan uzman
isimlere ait görüş ve analizlere yer verilmiştir. Bu kapsamda, toplumsal görü-
nüm içinde sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin nedenlerinden, hukuksal ve
yapısal yetersizliklere, sağlık çalışanlarının psikolojisi üzerindeki olumsuzlukla-
ra kadar çeşitli tespitler ve öneriler sıralanmıştır.

Sağlık çalışanları, şiddet başta olmak üzere medyanın sağlık ala-
nında yaşanan sorunlara yaklaşım biçiminin sorunlu olduğuna dair yaygın bir
kanaat taşımaktadır. Dergimizin gündemi içinde bu konuya da yer verilmiş ve
medyanın sağlık alanına ilgisi ile haber ve yayınlardan kaynaklanan sorunlar,
uzman gözüyle değerlendirilmiştir. Bu yıl sonu itibarıyla ülke genelinde uygula-
maya geçmesi beklenen aile hekimliği ile ilgili yakın zaman önce yayımlanan
yönetmelik değişikliklerine ilişkin eleştiriler de dergimizin gündem konularından
birisidir.

Dergimizin Araştırma-İnceleme Bölümü'nde ise ABD ve dünya kamuoyu-
yunda geniş yankı uyandıran, Obama sağlık reformlarının ABD sağlık sisteminde
ne tür yenilikler getirdiği incelenmektedir.

Sağlıklı İletişim, Sağlık, Portre, Sağlık Tarihi, Bilişim gibi sürekli bö-
lümümüzün de yer aldığı Sağlık-Sen Dergimizin yeni sayısını, faydalı olması
dileğiyle ilginize sunuyoruz.

Sağlıkta Şiddet Teröre Dönüşmesin



Mahmut KAÇAR
Sağlık-Sen Genel Başkanı

Çalışma hayatından sosyal hayata ve aile hayatına kadar her alanda var olan şiddet olgusu, sağlık alanında adeta teröre dönüşmektedir.

Sağlık hizmetleri, niteliği ve taşıdığı riskler açısından kamuya ait diğer hizmet alanlarından ayrılan bir takım özellikler içermektedir. Hayatın ve sağlığın korunması gibi hassas bir görevi ifa eden sağlık çalışanları, bu görevlerini yerine getirirken, kendi sağlıklarını tehdit eden yoğun ve çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadırlar.

Bilindiği gibi Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, milletimizin sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyi, hem niteliksel hem de oransal açıdan çok ciddi gelişim göstermiştir.

Halkımıza, kaliteli ve kolay ulaşılabılır sağlık hizmeti sunma noktasında kaydedilen bu gelişme, sağlık çalışanlarının daha fazla emeği, daha fazla fedakarlığı ile sağlanmıştır.

Türkiye’de 2002 - 2010 yılları arasında, sağlık hizmetlerine yönelik talep yaklaşık 3 kat artmış; buna karşın, başta hekim ve hemşire olmak üzere yeterli sayıda sağlık çalışanı istihdam edilememiştir. Bu durum, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın vatandaşlar için getirdiği yeni hizmetlerin, mevcut sağlık personeli eliyle sürdürülmesi gibi bir zorunluluğu, dolayısıyla da daha ağır ve uzun

sürelili çalışma dönemini beraberinde getirmiştir.

İstihdam yetersizliği nedeniyle hizmetlerin aksamaması için insanüstü emek ve mesai sarf eden sağlık çalışanları, buna bağlı olarak çalışma ortamlarında sağlıklarını tehdit eden ciddi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar.

Çalışma koşullarının getirdiği fizyolojik ve ruhsal yıpranmışlığın yanı sıra, enfeksiyon şiddet gibi her geçen gün önem derecesi artan tehditler karşısında da sağlık çalışanları kendilerini korumasız hissetmektedirler.

Dergimizin bu sayısında geniş bir dosya halinde ele aldığımız sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, son yıllarda akıl almaz bir hızla yaygınlaşırken, bugün itibarıyla sağlık çalışanları açısından en kaygı verici tehdit haline gelmiştir.

Çalışma hayatından sosyal hayata ve aile hayatına kadar her alanda var olan şiddet olgusu, sağlık alanında adeta teröre dönüşmektedir.

Sağlık çalışanlarına büyük oranda hasta yakınları tarafından yapılan saldırılar, sadece fiziksel tedbirler değil; aynı zamanda üzerinde ciddi sosyal analizler gerektiren histerik bir sorun haline dönüşmüştür. Hastalarının sağlığına kavuşması için emek harcayan insanların, hasta yakınlarının saldırısına maruz kalıyor olmasını, bu tür olayların sıklığını ve ülke genelinde yaygınlaşmasını etkileyen faktörler tespit edilmeli ve süreç palyatif tedbirlerle geçirtilmemelidir.

Sağlık çalışanı-hasta ilişkisinin en temel değeri güvenidir. Güven, sadece hastanın sağlık çalışanına duyduğu inancı değil; sağlık çalışanının muhabtabından emin olduğu bir boyutu da içermelidir. Hayat emanet edilen insan konumundaki sağlık çalışanının mesleki saygınlığına hassasiyet gösterilmesi, bu noktada ihmal edilmemesi gereken asgari bir sorumluluktur. Ancak, sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olayları, bırakın sağlık çalışanlarının mesleki saygınlığını, insani haklarını bile hiçe sayan bir tehdit olarak büyümeye devam etmektedir.

Henüz sonuç alıcı bir önlem alınmaması nedeniyle şiddet; maalesef

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin ve vatandaş memnuniyetinin yükseltilmesi hedefini gözettiği ölçüde; sağlık çalışanlarının emeğinin, mesleki saygınlığının ve can güvenliğinin güvence altına alındığı "Sağlık Emeğinde Dönüşüm" vizyonunu da içermelidir.

güven duygusunun yitirildiği, tarafların birbirine kuşkuyla yaklaştığı bir iletişim sürecini beslemekte, sağlık hizmetlerinin geleceğini, sağlık çalışanlarının sağlığını tehdit etmektedir.

Sağlık kurumlarında çalışanlar, hasta ve yakınlarının fiziksel, sözel ve psikolojik şiddetine sık sık maruz kalmaktadır.

Sağlık çalışanları gerek çalışma koşullarının ağırlığından, gerekse çalışma ortamlarında kendilerini güvende hissedememelerinden kaynaklanan yıpranmışlık ve tükenmişlik duygusu yaşamaktadır.

Nitekim, sendika olarak Türkiye genelinde sağlık çalışanlarının sorunlarına yönelik gerçekleştirdiğimiz son araştırma bulguları arasında, şiddet ve mesleki saygınlık konusuna ilişkin önemli tespitler ortaya çıkmıştır.

Araştırmamıza katılan sağlık çalışanlarının tamamına yakını, şiddete uğrama ve mesleki saygınlık konusunu çalışma ortamında karşılaştıkları en ciddi sorun olarak ifade etmişlerdir.

En yoğun olarak hekim ve hemşirelerin karşılaştığı şiddet konusunda sağlık çalışanları; hasta ve yakınlarının tu-

tuamlarını, kurumsal zafiyetleri ve medyanın sağlık haberlerinde kullandığı dili şiddetin kaynağı olarak görmektedirler.

Sağlık çalışanları, mesleklerinin saygınlığına toplum tarafından gerektiği ölçüde değer verilmediğini, medya yayınlarının da toplumda sağlık çalışanlarına yönelik negatif algılar oluşmasına zemin hazırladığını düşünmektedirler.

Sonuç olarak; sağlık çalışanlarının sağlığı ve çalışma güvenliği, gerekse çalışma koşulları, gerek haklar bağlamında ne yazık ki ihmal edilmiştir. Bu nedenle, hasta haklarına ilişkin son yıllarda yaşanan olumlu gelişmeler ve çağdaş düzenlemeler, sağlık çalışanlarını baskılayan bir sürece dönüşmüştür. Sağlık çalışanları kendi başlarına şiddet başta olmak üzere karşı karşıya kaldıkları sorunların üstesinden gelememekte, yürüttükleri görevin hassasiyetinin gerektirdiği mesleki motivasyonu sağlamakta ve korumakta zorlanmaktadırlar.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetlerinin ve vatandaş memnuniyetinin yükseltilmesi hedefini gözettiği ölçüde; sağlık çalışanlarının emeğinin, mesleki saygınlığının ve can güvenliğinin güvence altına alındığı "Sağlık Emeğinde Dönüşüm" vizyonunu da içermelidir.



Kamu Sağlığı Enformasyonu ve Medya



Yrd.Doç.Dr. İnci ÇINARLI
*Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi
Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Başkanı*

"Sağlığı geliştirmek, kişilerin ve toplumun sağlıkla ilgili kararları üzerinde etkili olmak ve bilgilendirmek için iletişim stratejilerinin incelenmesi ve kullanımı" olarak tanımlanabilen sağlık iletişimi disiplini; kamu çıkarına hizmet etme amacını güder. Sosyal pazarlama, medyada savunuculuk (media advocacy) ve halkla ilişkileri yöntem olarak kullanan sağlık iletişimi disiplini;

kitle iletişimi düzeyinde ele alındığında, sağlığın geliştirilmesine yönelik çabaların etkili olabilmesi için medyanın yapısını ve işleyişini bilme sorunsalı karşımıza çıkmaktadır.

Kamu sağlığı ve sağlık iletişiminin gerek bireysel davranışları değiştirme çabası, gerekse sosyal değişime gitkiçe artan ihtiyaç karşısında medya,

status quo'yu (süre gelen durumu) sürdürme taraftarıdır. Sistemde kökten yapısal değişikliğe gitmek yerine, var olan sosyal yapıyı korumak isteyen medya; enformasyon iletmek, eğlendirmek, ikna etmek, çıkar sağlamak, bireysel konulara eğilmek ve reklam girdilerini koruyarak varlığını sürdürmek amaçlarını taşımaktadır. Öte yandan kamu sağlığı ise eğitmek, kamu sağlığını iyi-

leştirmek ve toplumu değiştirmek gibi amaçlara sahiptir. Dolayısıyla, önceliklerin böylesine çatıştığı bir ortamda, medyaya yönelik sağlık iletişimi mesajları, bu çatışma dikkate alınarak, stratejik olarak tasarlanmalıdır.

Bir diğer paradoks da, sağlık ile ilgili inançlarımızı, tutumlarımızı ve davranışlarımızı etkileyen ve biçimlendiren bir kültürel faktör olan medyanın, bir yandan olumlu sağlık davranışına yöneltecek (kamu sağlığı kampanyaları, bilgilendirici programlar), diğer yandan olumsuz sağlık davranışına özendirici mesajların (kimi dizi filmler, reklamlar, sinema filmleri gibi) yer aldığı bir ortam olmasıdır. Ayrıca, hem planlı hem de planlı olmayan bir sağlık içeriğinin bir arada bulunmasından söz etmek mümkündür.

Özellikle de kitle iletişim araçları arasında en çok kullanılan ve bireylerin sağlık enformasyonu ile en fazla karşılaştıkları araç olan televizyon; günümüzün "öykü anlatıcısı" sıfatı ile kitlelerin algılamalarını yönetir. Sigara ve alkolü içki tüketimi, hızlı araba kullanmak, dengesiz beslenme, ateşli silahların kullanılması, gereksiz ilaç tüketimi, sağlık kurumlarına gereksiz biçimde aşırı talep üretme gibi olumsuz sağlık davranışını destekleyen yaşam biçimleri söylemleri, başta televizyon olmak üzere kitle iletişim araçları ile kitlelere iletilmektedir.

Hiç şüphesiz ki enformasyon ihtiyacını karşılama, eğlenme, günlük hayatın stresinden arınma, geçici de olsa sorunlarını unutma ihtiyacı ile medyayı izleyen bireyin; kitle iletişim araçlarının gücüne karşı korunmasızlığı, bu araç-

lardan bilinçli ya da bilinçaltı etkilenmesi çeşitli arka planlara göre farklılık göstermektedir. Eğitim seviyesi, konu ile ilgili önceden sahip olunan bilgi ya da deneyim, yaş, sosyo-ekonomik şartlar, kişisel deneyim ve psikolojik durum söz konusu arka planları oluşturmaktadır. Bu noktada, internet teknolojilerindeki gelişmeler ve özellikle genç nüfus tarafından sosyal medya kullanımının yaygınlaşması da sağlık enformasyonunun nasıl tasarlanması gerektiği konusundaki araştırmaların yoğunlaştırılması gereken bir alandır.

Günümüzde medyada yer alan sağlık enformasyonu, nicelik olarak bol, ama nitelik olarak düşük kalitedir. Özellikle de 20. yüzyılın sonlarından itibaren sağlık ve tıp ile ilgili enformasyona artan ilgi, farklı enformasyon kaynaklarından yağıdırılan bu çoğunluğu düşük kaliteli enformasyonlarla doyurulma yoluna gidilmektedir. Bir diğer önemli nokta da, medyamızda tıpkı Batı ülkelerinde olduğu gibi sağlığın tıbbi modelinin (biyolojik ve tıbbi parametrelerin ağırlıkta olduğu); baskın model olarak karşımıza çıkmasıdır. Yani hastalıklar, ilaçlar ya da makineler ile tedavi edilirken, hastalıkla ilgili yaşam biçimleri, çevresel ve sosyal faktörler, sağlığın farklı boyutları göz ardı edilir. Bu durum da; bireylerin şahsi sorumlulukları ve kişisel alışkanlıkları üzerine yoğunlaşan, sosyal ve politik konulardan uzağa çekilmiş, "hasta değilsek sağlıklıyızdır" olarak özetlenebilecek bir anlayışın, sağlık enformasyonunun iletim sürecinde esas olduğu sonucuna bizi götürmektedir.

Öte yandan, medya ve kamu gündemi arasında güçlü bir etki vardır, ancak

medya gerçekçi bir tablo sergilemekten uzaktır, yani "gerçek yaşam göstergelerine" yer vermektense; sansasyonel, dramatik, abartılı, bireyselleştirilmiş, ileri teknolojilerin sıklıkla gündeme geldiği, henüz kurumsallaşmamış çözümlere aşırı yer veren bir içerik sunar. Örneğin ülkemizin en önemli sağlık sorunu "kalp ve damar hastalıkları" ise, medyanın da bu yönde enformasyon ilemesi, rasyonel olan ve kendisinden beklenendir. Ancak, gerçek yaşam göstergeleri medyada arzu edilen oranda ve ciddiyette yer bulamazken; ender görülen hastalıklarla ilgili haberleri, masa başında egemen medyadan dilimize tercüme edilen ve dolayısıyla bizim birincil sağlık sorunumuz değilken bizim sorunumuz haline gelen sağlık sorunları ile ilgili haberleri ve henüz araştırmalar tamamlanmadan "mucize buluş" olarak sunulan, umut vaat eden haberleri okuruz ve izleriz.

Günümüzde medyada yer alan sağlık enformasyonu: nicelik olarak bol, ama nitelik olarak düşük kalitedir. Özellikle 20. yüzyılın sonlarından itibaren sağlık ve tıp ile ilgili enformasyona artan ilgi, farklı enformasyon kaynaklarından yağıdırılan bu çoğunluğu düşük kaliteli enformasyonlarla doyurulma yoluna gidilmektedir.



Medyanın, bilimsel enformasyonlar üzerinde mezenformasyon (kasti olmayan yanlış/hatalı enformasyon) ve dezenformasyon (kasti enformasyon tahrifatı) mekanizmasında da sorumluluğu bulunmaktadır. Bu durum, bilim ve sağlık haberciliğinde uzmanlaşmanın olmaması, sağlığın gün geçtikçe metalaştırılması, iletilen enformasyonların kodlarını doğru çözecek bireylerin henüz son derece yetersiz olması -ki burada söz konusu olan medya okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığının düzeyidir-, çıkar gruplarının artan baskıları; kamu sağlığının istismarına neden olabilmekte ve her tür manipülasyona açık bir ortam içinde hedeflere ulaşmayı da zorlaştırmaktadır.

Kamu sağlığı uzmanları ve medyanın, neyin haber değeri olduğu ve insanların hangi konuyu, neden bilmeleri gerektiği hakkındaki yargıları da farklıdır. Bu arada önemli riskler de medya tarafından göz ardı edilebilir, çünkü "eğlenceli, heyecanlı" değildir. Bir diğer nokta da, "güncel" olanın haber değerinin olması ve enformasyona ilginin çok çabuk kaybolmasıdır. "Gündem yaratma" ve "çerçeveleme" gibi yöntemleri kullanan medyaya, eşik bekçilerinin medyaya ulaşımı ve içeriği nasıl kontrol ettikleri dikkate alınarak; kendi gündemini oluşturan, haber değeri olan ve tabii ki etik kaygılar göz önünde bulundularak tasarlanan mesajlarla ulaşmak gereklidir.

Konulara statü ve meşruiyet kazandırmakta etkili olan medya; "doğru, ulaşılabilir ve kullanılabilir" sağlık enformasyonu iletmek amacıyla kullanılmalıdır. Diziler, sinema filmleri, video oyunları, müzik klipleri, konserler, spor karşılaşmaları da bu amaçla kullanılacak taktiklerdendir. Bu araçlarla iletilecek mesajların tasarlanabilmesi için formatif araştırmalar yapılmalı, bu alanlardaki profesyonellerle işbirliği çerçevesinde çalıştaylar, bire bir görüşmeler düzenlenmeli ve senaryoya eklenecek mesajlar için öneriler geliştirilmelidir.

Sağlığın geliştirilmesi amacıyla hareket eden uzmanlar, yukarıda ana hatları ile özetlenmeye çalışılan bir yapı içinde son derece zor bir iletişimi gerçekleştirmeye çalışmaktadırlar. Sağlık Bakanlığımızın geçtiğimiz aylarda dizi filmlerinin yapımcıları ve senaristleriyle işbirliği yaparak; televizyon izleyicilerini içki, sigara ve obeziteden korumak için dizilerin içeriğinde bu yönde mesaj iletilmesi konusunda attığı adım, son derece önemlidir. Sağlık iletişiminin bu

Sağlığın geliştirilmesinde kitle iletişimi; kamunun farkındalığını artırmak, bir fikir platformu oluşturmak ve tutumları biraz olsa da değiştirmek ve davranış değişikliği sağlamak rollerine sahiptir.



stratejisi; gelişmiş Batılı ülkelerce yıllardır uygulanmakta ve kitle iletişimi kampanyalarından daha etkili olduğu da araştırmalarla ortaya konulmaktadır.

Sağlık iletişiminin çok disiplinli ve disiplinler arası özelliği sosyal bilimcilerin (sosyoloji, iletişim, psikoloji, antropoloji gibi alanlardan) ve sağlık/tıp profesyonellerinin birlikte çalışmasını gerektirmektedir. Eğlence endüstrisi ile akademi (başta İletişim Fakülteleri), hükümet ve özel sektörün işbirliği (örneğin ABD'deki USC Annenberg Norman Lear Center's Hollywood, Health & Society Program) ve tıp/sağlık profesyonellerinden medyaya geri-beslemenin kurumsal ve resmi bir yapı altında toplanması gibi stratejiler; sağlıkla ilgili mesajların hedef kitlelerce kabulünde, özellikle de arzu edilen tutum ve davranış değişikliğinin sağlanmasında etkilidir.

Ancak, bu noktada dikkat edilmesi gereken bir diğer husus da, eğlence programlarında eğlendirirken eğitmenin (edutainment), sağlığın ve tıbbın dejenere edilmesine neden olabileceği hususudur. Televizyonlarımızın sabah kuşağında yayınlanan kadın programlarında telefonla teşhis konulmasına çalışılması, belirli sağlık kurumlarına yönlendirme gibi içerikler; olumlu sağlık davranışına yöneltmekten ziyade; belli kurumlara talep yaratmaya (ki sağlıkta tanıtım ihlalleri kapsamında değerlendirilmelidir) ve haksız rekabete neden olmaktadır. Aslında bu tür içerikler, eğlendirirken eğitmekten de uzaktır ve zararın faydadan çok olması tehlikesi gibi bir sorun karşımıza çıkabilmektedir.

Türkiye'de de gösterilmekte olan ER, Grey's Anatomy ve House gibi me-

dikal dramaların yayınlandığı ABD ve Batı ülkelerinde; eğlendirirken eğitme anlayışına uygun olarak işlev gördüğü, sağlıkla ilgili tutum ve davranış değişikliği üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu çeşitli araştırmalarla tespit edilmiştir. Ancak şu noktaya da dikkat çekmekte fayda vardır: kendi gerçekliklerimize ve ihtiyaçlarımıza uygun benzer dramaların hazırlanması, özellikle de çocuk programlarında sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi yönünde adımlar atılması, sağlık ve tıp ile ilgili doğru algıların oluşmasında önemli bir yeri olan belgesel tarzındaki programların prodüksiyonu; sağlık iletişiminin çok disiplinli ve disiplinler arası özelliği ile gerçekleştirilmelidir. Aşırı didaktik olmaktan kaçınarak, belirli grupların örtülü reklamları yapılmadan, özel işletmelerin sponsorluğu gibi konulara da hassasiyet gösterilerek oluşturulacak bu programlar; sağlığın geliştirilmesi açısından son derece önemlidir. Eğlence amaçlı programlarda tıbbi gerçekliğe uygun içerik kadar ve hatta ondan daha önemlisi, iletilen enformasyonun hedef kitleler için anlaşılabilir ve kullanılabilir olmasının sağlanmasıdır.

Özellikle genç nüfusa ulaşmanın etkili ve hızlı bir aracı haline gelen sosyal medya, sağlık iletişimi mesajlarının (tabii ki internet erişimine sahip hedef kitlelere yönelik olarak) tasarımında da yeniliklere ve farklılıklara ihtiyaç göstermektedir. İnternet kullanımının Türkiye genelinde hızlı bir şekilde artış göstermesi, ama buna karşılık bu yeni mecra da içerik konusunda düşük kaliteli enformasyon ile karşı karşıya kalan bireylerin öncelikle medya okuryazarı olmaları gereği kaçınılmazdır. Başta sosyal medya olmak üzere yeni

iletişim teknolojileri, bireyleri ve grupları güçlendirmek için kullanılmalıdır.

Gerek bilim ve sağlık haberlerinin, gerekse yukarıda ele aldığımız eğlence ağırlıklı programların, reklamların ve sağlık eğitimine yönelik kamu sağlığı mesajlarının oluşturulmasında öncelikle paydaşların (devlet, üniversitelerin ilgili bölümleri, konuyla ilgili medya mensupları, reklam verenler ve reklamcılar, ilgili sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri, sağlık iletişimi uzmanları vd.) saptanması gereklidir. Bu paydaşların bir araya getirilerek ortak bir platformda buluşturulması; sorunların daha sağlıklı saptanması, tartışma, paylaşma ortamı yaratılması ve politikaların üretilmesine katılımın gerçekleştirilmesi açısından son derece önemlidir.

Kaynaklar

- Deborah C. Glik, "Health Communication in Popular Media Formats", Medscape Public Health & Prevention, 01/27/2004, <http://cme.medscape.com/viewarticle/466709>, [03.05.2010].
- İnci Çınarlı, Sağlık İletişimi ve Medya, Ankara: Nobel Yayınları, 2008.
- Kevin B.Wright, Lisa Sparks and H.Dan O'Hair, Health Communication in the 21st Century, MA: Blackwell Publishing, 2008.





Aile Hekimliği Yönetmeliğine İlişkin Eleştiriler

Dr. İsmail Hakkı Çelik
Aile Hekimi

Büyük heyecanla beklediğimiz Aile Hekimliği Yönetmeliği 25 Mayıs 2010 tarihinde yayınlandı. Yönetmelik maalesef ilk bakışta sadece ayrıntıların değiştiği bir yönetmelik olarak göze çarpmaktadır. Aşağıda ayrıntılarına değineceğimiz önemli kazanımlara rağmen; söz konusu değişiklikler hak-

kında, yayınlandığı günden bu yana yapılan yorumlara baktığımızda, Yönetmeliğin Aile Hekimlerinin beklentilerini karşılamadığı görülmektedir. Hatta abartıya giderek, Aile Hekimliği rüyasının bittiği; şapkanın düşüp gerçeklerin görüldüğü gibi karamsar yorumların ağırlıkta olduğuda gözlenmektedir.

Peki, neler değişiyor yönetmelikle?

Öncelikle artık bir pilot uygulama yönetmeliğimiz yok. Her ne kadar ismi Aile Hekimliği Yönetmeliği de olsa, pilot kanuna dayanakla çıkması bana biraz da sadece psikolojik bir isim olduğu, aslında pilot kanunun pilot yönetmeliği olduğu hissini veriyor.

Tanımlar bölgesinde eski yönetmelikten farklı olarak yeni bir tanım görüyoruz: Yerinde sağlık hizmeti (ileride ayrıntısı geleceği için burada biraz dursun)

Madde 4: Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları

i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller,

Görev ve sorumluluklar da kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller ibaresi, yıllık ETF (Ev Halkı Tespit Fişi) çalışmasının geri döndüğü izlenimi veriyor.

n) Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar.

Bu maddede aile hekiminin, Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevlerin ne olduğu belirtilmemiştir. Aynı madde aile sağlığı elemanı bölümünde de tekrar edilmekte, ancak görevlere ilişkin ayrıntı verilmemektedir.

Madde 6- Gezici ve yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi

Yönetmelikte gezici hizmet tanımı yapıldıktan sonra yerinde sağlık hizmeti tanımlanmakta ve "kurumların talepleri üzerine" diye bir geçiş yapılmaktadır. Yerinde sağlık hizmetinin, her 100 kişi için ayda en az 3 saat, 750 kişiye kadar haftada bir, 750 kişi ve üzeri için haftada iki kez verileceği belirtilmektedir.

Cezaevi ve çocuk ıslahevlerinde bu süre iki kat uygulanır denilmektedir. Bu doğru bir yaklaşım, fakat ücret yönetmeliğinde değişikliğin hala yapılmadığı ve cezaevlerine sözlü taahhülle başlayan hekimlerin bulunduğu unutulmamalı ve yeni ücret yönetmeliğinde bu durum net tanımlanmalıdır.

Gezici sağlık hizmetleri tanımı değişmemekle birlikte, hizmete ayrılacak zaman değişerek 100 kişiye en az 3 saat ve 750 kişiye kadar en az bir 750 kişi ve üzerine ise en az iki ziyaret tanımı getirilmiştir. Her ne kadar makul bir zamanlama olsa da, özellikle entegre bölgelerde çalışan merkez nüfusu az, mobil nüfusu fazla hekimlerin çalışma-

larında ve entegre hizmetin verilmesinde aksamalar olması muhtemeldir. Bu aile hekimlerinin mobil nüfusları dağıtık ve ziyaret etmeleri gereken nokta sayısının fazlalığı problem olabilecek gibi görünmektedir.

Madde 7: Bağışıklama hizmetleri

Bağışıklama hizmeti sorumlu hekimliğinin tüm hekim ve yardımcı sağlık personeline verilmesi çok yerinde bir karar olmuştur.

Madde 8: Kişilerin aile hekimini seçebileceği bölgeler

Aile hekimi seçme zamanının 3 aya düşürülmesi, özellikle yazlık bölgelere kayan nüfusun kayıt ve düzeni için önemli bir madde. Fakat, iller arası aile hekimi değiştirme işlemlerinin hızlandırılması bu maddeye daha bir işlerlik getirecektir.

Madde 10: Çalışma saatleri

Uzun süredir aile hekimleri ile yerel sağlık idarecileri arasında problem olan çalışma saatleri konusu yönetmelik de-

Uzun süredir aile hekimleri ile yerel sağlık idarecileri arasında problem olan çalışma saatleri konusu, yönetmelik değişikliğiyle netleştirilmiştir. Aile hekimlerine nöbet tutturulmaması ve adli görev tanımı en önemli kazanım gibi görünmektedir.



ğişikliğiyle netleştirilmiştir. Aile hekimlerine nöbet tutturulmaması ve adli görev tanımı en önemli kazanım gibi görünmektedir.

Madde 12: Göreve başlayış ve ayrılış

Sözleşmeli personelin tanımının yönetmeliğe girmiş olması, özellikle 4/B'li personelin çekincelerini azaltacaktır. 4. madde de ifadesini bulan farklı görevler için başvurma hakkı, özellikle insani ve sosyal projeler açısından önemli bir madde gibi durmaktadır.

Madde 16: Aile hekimi/aile sağlığı elemanı pozisyonlarının tespiti

Aile hekimliği kurgulamasında bağlı nüfus çitasının en az 3500'e çıkarılmış olduğunu görüyoruz. Bu rakamın belirlenmesinde, İstanbul kaygısının öne

çıktığı görülmektedir. Ancak hizmetin kalitesini artırmak için hizmet verilen kişi sayısı 2.500 olmalıdır.

Madde 18: Aile sağlığı merkezi

Yönetmelikte aile hekimlerinin hizmet satın alma veya personel çalıştırması açıkça ifade edilmiş durumdadır.

Madde 19: Aile sağlığı merkezinin fiziki şartları

Yönetmelikte fiziki şartlarda önemli değişiklikler getirildiği görülmektedir. Muayene odasının asgari genişlik oranı 8 metrekareden 10 metrekareye çıkarılmıştır. Özürlülere ilişkin tanımlama da yönetmeliğe eklenmiştir.

Madde 20: Aile sağlığı merkezinin teknik donanımı

Asgari malzeme listesine diapozon seti, tekerlekli sandalye ve standardı, ne için olduğu açıklanmayan jeneratör de eklenmiş. Jeneratör eğer soğuk zincir amaçlı ise otomatik devreye giren bir jeneratör dışında bir işe yaramayacağı bu amaçla hem ucuz hem güvenli güç kaynaklarının da bu işe yarayacağı bir gerçektir. Eğer tüm aile sağlığı merkezi yararlanacaksa, kullanılacak jeneratörün fiziki alan ihtiyacı, gürültü ve duman gibi faktörler göz ardı edilmemeli özellikle bağımsız alanı olmayan; olsa bile yeterli mekan bulamayacak aile sağlığı merkezlerinin bunu kullanmakta zorlanacağı göz ardı edilmemeli, mutlaka

bu konudaki maksat net açıklanmalı ve alternatiflere de izin verilmelidir.

Madde 22: Aile sağlığı merkezinin işletilmesi

Aile sağlığı merkezlerine bir yönetim birimi tanımlanarak belki de kimlik kazanma ile ilgili ilk adım atılmış oldu.

Madde 27: Kayıtların tutulma şekli ve muhafazası

Kayıtların güvenliğinin tüm sorumluluğu aile hekimine verilirken, veri saklanması konusundaki tanım büyük bir açığı kapatmıştır. Verilerin başka bir yerde tutulması ve mevcut programda reklam yasağı getirilmektedir. Buna bağlı olarak her önüne gelen program yapmamalı, bu konuda bir kontrol ve lisans sistemi getirilmelidir.

Ek 1: Aile Hekimliği Uygulamasında Atama ve Nakillerle İlgili Usul ve Esaslar

Atama usul ve esasları ayrıntılı olarak ifade edilmiş, eğitici puanları makul düzeye getirilmiştir. "Boşalan pozisyonlara en geç bir ay içinde atama yapılır" ibaresi önemlidir, fakat yerleştirmenin yapılmaması halinde ne olacağı da yönetmelikte belirtilmelidir. Atama yapılmaması durumunda hem sağlık personeli hem de kayıtlı nüfus mağdur olmaktadır. Bu da göz ardı edilmemelidir.

Genel olarak sağlık binaları yetersiz ve dönüm noktası illeri aile hekimliğine geçirmeyi düşünen Bakanlığımızın, ilan edeceği veya hekimlerin kiralamasını düşündüğü binalarda bu şartları nasıl sağlayacağı merak edilmektedir.

Bu yönetmeliğin asıl çarpıcı noktası, aile sağlığı merkezlerinin gideri olarak yapılacak katkıların tespitinde kullanılmak üzere aile hekimliği birimi gruplandırması ile ilgili ektir. Bu konuda söyleyecek çok şey olmasına rağmen, çarpıcı birkaç cümle ile incelememe son vermek istiyorum:

Bu yönetmelik, bazı ayrıntılar dışında eski yönetmeliğin bir tekrarı niteliğinde olmasına rağmen; sanki sadece bu ek çok dikkat çekmekte ana hedefin bu tablo olduğu imajı vermektedir.

Ortaya konulan kriterler kağıt üzerinde güzel olmasına rağmen maliyet ve uygulanabilirlik denetlemesi yapılmadığı intibai vermektedir.

Genel olarak sağlık binaları yetersiz ve dönüm noktası illeri aile hekimliğine geçirmeyi düşünen Bakanlığımızın, ilan edeceği veya hekimlerin kiralamasını düşündüğü binalarda bu şartları nasıl sağlayacağı merak edilmektedir.

Kısacası bir aile hekimi olarak, tarfıma verilen aile sağlığı merkezi yardımının tümünü, ilgililere bana A sınıfı bir aile sağlığı merkezi karşılığı vermeye hazır olduğumu ifade etmek istiyorum. Çünkü, bu şartlarda bırakın A sınıfını B sınıfı olmak bile hayal görünmektedir. Sonuçta bu tablo yine dönüp dolaşıp "Aile Hekimlerine verilen hakları nasıl alırsınız?" tablosuna dönmüş gibidir.





Dosya Editörü

Prof. Dr. Şahin AKSOY

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi,
Şanlıurfa Tabip Odası Başkanı

Dr. Hasan YILMAZ

Nevşehir İl Sağlık Müdürü

Mehmet Murat KARAKOÇ

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yrd. Doç. Dr. Sultan ALAN

Çukurova Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu

Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ

KTÜ Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Zehra EDİSAN

Tıp Etiği ve Tıp Tarihi Bilim Uzmanı

Yrd. Doç. Dr. Bülent BAYAT

Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F.
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü

Ebru ÇEVİK

Tıp Tarihi ve Etik Bilim Uzmanı

Prof. Dr. Hakan HAKERİ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dekanı

SAĞLIKTA ŞİDDET

Prof. Dr. Şahin AKSOY

*Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi,
Şanlıurfa Tabip Odası Başkanı*

Değerli Sağlık-Sen Dergisi Okurları, Sizlerle bulduğumuz bu ilk sayımızın konusunun ne olabileceğini tartıştığımız Bilim Kurulu Toplantımızda, sağlık çalışanlarının en acil ve önemli sorunlarından birisi olan "Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve mesleki saygınlık" temasının en uygun başlangıç olacağı görüşü ortaya çıktı.

Dergimizde, bu konuya yönelik olarak 8 yazı bulacaksınız. Yazarlarımızı, olabildiğince farklı sağlık çalışanları

temsil edecek şekilde seçmeye çalıştık. Bunlar arasında hekim, laborant, hemşire ve fizyoterapist yanında, çalışma ekonomisti yer almakta. Şüphesiz daha geniş yelpazede ve daha kapsayıcı bir yazar profili oluşturulabilirdi, ancak biz bunun bile iyi bir başlangıç olduğunu düşünüyoruz.

Bu sayının editörlüğünü yapmaya çalışırken, yazarlarımızdan formal, akademik derinlik içeren yazılar yerine; kişisel deneyimlerinden yola çıkan 'sı-

cak' yazılar yazmalarını istedim. Ümit ediyorum konunun bütün soğukluğuna rağmen, o sıcaklığı size de aktarmayı başarabilmişizdir.

Hekimlik yaşamında 20. yılını idrak eden bir sağlık çalışanı olmam yanında; son 2 yıldır Şanlıurfa Tabip Odası Başkanlığını yürütüyor olmanın deneyimi ile de söylemek isterim ki; geçen yıllar içinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet günden güne fazlalaşmakta. Bunu, yapılan pek çok araş-



tırma da ortaya koymaktadır. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Koordinatör Şefi Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Yönetim Kurulu Üyesi Doç. Dr. Acar Eren'in ifadesine göre: "Sağlık sektöründe çalışan ve en büyük risk grubu içinde yer alan "acil servis" çalışanlarının sözlü saldırıya uğrama oranları yüzde 90'ın üzerinde. Bu çalışanların fiziksel saldırıya uğrama oranı ise yüzde 15-25 arasında."

Isparta-Burdur Tabip Odası'nın 2008 yılında yaptığı araştırmaya göre, bir yıl içinde şiddete maruz kalan sağlık çalışanı oranı yüzde 45. Oran, kadınlarda yüzde 58, erkeklerde ise yüzde 26. Aynı araştırmaya göre, çalışma yaşamları boyunca en az bir defa şiddet içeren olaya tanık olduğunu söyleyen sağlık çalışanı oranı yüzde 96. Bu oran, sağlık çalışanı olmanın neredeyse en riskli meslekler ile eşit seviyede risk almayı gerektirdiğini göstermektedir ki söz konusu mesleklerde çalışanların kendilerini savunacak ekipmanları olduğu düşünüldüğünde sağlık çalışanı olmayı daha riskli bir noktaya getirmektedir.

Isparta-Burdur Tabip Odası'nın yaptığı araştırmaya göre son bir yıl içinde çalıştıkları kurumda şiddet içeren en az bir olaya tanık olduğunu söyleyen sağlık çalışanı oranı yüzde 56. Pratisyen hekimler ise yüzde 66 ile en fazla şiddete tanık olan grup. Bütün meslek yaşamında yüzde 96, son bir yılda yüzde

56 rakamı son yıllardaki artışın açık bir göstergesi olarak karşımıza çıkmakta. Aynı araştırmaya göre, son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalan sağlık

Malzemesi insan olan her meslek, taraflar arasında sürtüşmeyi, bazen de bu sürtüşmenin sözel veya fiziki şiddete dönüşme riskini içinde barındırır. Sağlık hizmetlerinde de bu hep böyle olagelmıştır. Ancak son 10 yıldır Avrupa Birliği'ne (AB) girme idealinde olan ülkemiz, yasalarını ve yönetmeliklerini AB 'standartlarına' uydurma çalışmasını yürütmektedir. Bu bağlamda, başta ceza yasaları olmak üzere pek çok yasa AB standartlarına getirilmiş ve mevcut yasaların yerini son derece esnek, caydırıcılıktan uzak ve mağduru değil suç işleyeni koruyucu yasalar almıştır.

çalışanı oranı ise yüzde 45, kadınlar arasında bu oran yüzde 58, erkekler arasında ise yüzde 26.

İstanbul'da yapılan bir araştırmada ise (Aren A, 2008): Sağlık çalışanlarının sözlü saldırıya uğrama oranının yüzde 100, fiziksel saldırıya uğramış olanların oranı ise yüzde 87, hemen her gün fiziksel ya da sözel saldırıya uğradığını söyleyenlerin oranı yüzde 29. Maruz kalınan şiddet türleri arasında en yaygın olanı yüzde 84 ile küfür, hakaret, tükürme, tehdit yer alıyor. Bunları tokat, yumruk, aletle saldırı ve cinsel taciz gibi şiddet unsurları izliyor.

Şiddet uygulayanların yüzde 86'sı hasta ve hasta yakını. Sadece hastaların uyguladığı şiddetin oranı ise yüzde 6 civarında. Şiddet uygulayanların yüzde 92'sini de erkekler oluşturuyor.

Bu istatistiksel veriler, sağlık çalışanına yönelik şiddetin bir vakıa olduğunu ve son yıllarda da gittikçe artış eğiliminde olduğunu açıkça gösteriyor. Dergide yer alan yazılar farklı bakış açılarından şiddetin nedenlerini ele almaya çalışmakta. Ben bu sağlık çalışanına yönelik şiddetin nedenini, son yıllarda neden artış gösterdiği ile birlikte ele almak istiyorum.

Malzemesi insan olan her meslek, taraflar arasında sürtüşmeyi, bazen de bu sürtüşmenin sözel veya fiziki şiddete dönüşme riskini içinde barın-

dırır. Sağlık hizmetlerinde de bu hep böyle olagelmıştır. Ancak son 10 yıldır Avrupa Birliği'ne (AB) girme idealinde olan ülkemiz, yasalarını ve yönetmeliklerini AB 'standartlarına' uydurma çalışmasını yürütmektedir. Bu bağlamda, başta ceza yasaları olmak üzere pek çok yasa AB standartlarına getirilmiş ve mevcut yasaların yerini son derece esnek, caydırıcılıktan uzak ve mağduru değil suç işleyeni koruyucu yasalar almıştır. Yaşamın her alanı bundan payını alırken, sağlık çalışanlarına değişen ölçülerde saldırıda bulunan hasta ve hasta yakınlarının caydırıcı cezalar almayıp aksine medyada 'hak eden' sağlık çalışanına haddini bildiren kişi şeklinde sunulması, arzu edilmeyen bu olayların sayısını ve şiddetini her gün biraz daha artırdı.

Son yıllarda AB'ye uyum sürecinde ülkemizde olan yalnızca ceza yasalarının değil aynı zamanda belli kurum-

ların yönerge ve yönetmeliklerinde de bu amaca yönelik değişiklikler yapıldı. Sağlık Bakanlığı da bu anlamdaki değişikliklerin en köklülerinin yapıldığı bir yer olarak dikkat çekti. Sağlıkta Dönüşüm olarak niteledikleri bir proje çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve alımında ciddi değişiklikler yapıldı. Bu arada, temel insan haklarının bir uzantısı olan hasta hakları kavramı da sağlık hizmetlerinin içine, biraz da abartılı bir şekilde, yerleştirilmeye çalışıldı. Her hastaneye bir Hasta Hakları Birimi açıldı, burada çalışacak personel eğitildi, vs. Böylece artık devlet hastanelerine gelen hastalar kendilerine çok değer veriliyormuş hissine sahip oldu. Hastane duvarlarına "Hasta Hakları Panoları" asıldı, hastalar aslında ne kadar da çok hakları olduğunu gördüler.

Daha önceleri de olan bekleme sıraları ve bekleme süreleri artık hastaların hak arama vesilesi olmaya başladı.

Bu arada, yine yeni sistemin getirdiği zorunluluktan olan aşırı hasta yükü altında ezilen sağlık çalışanları, hastalar ve hasta yakınları için ilk hedef olmaya başladı. Zaten gergin olan sınırlara, bir de her duvarda yer alan hasta hakları panoları eklenince saldırılar kaçınılmaz hale geldi.

Kısacası, diğer yazarlarımızdan buna temas eden olmasa da, sağlık çalışanına yönelik şiddetin son yıllarda artması ve üniversite hastanelerine göre devletin sağlık kurumlarında daha fazla olması, bu olayın müsebbibinin sağlık politikaları ve uygulanan yanlış hasta hakları politikası olduğunu söylemek mümkündür. Ancak şunu unutmamak gerekir ki; Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar'ın bir beyanatında ifade ettiği gibi, "Şiddet, hasta hakkı değildir."



Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet:

"Çözüm Yüreğimizde!"

Dr. Hasan YILMAZ
Nevşehir İl Sağlık Müdürü

Son yıllarda sağlık kurumlarımızda sağlık personeline karşı şiddet olayları arttı. Belki de, gizli kalan taciz ve saldırılar su yüzeyine çıkmaya başladı. İkinci varsayım daha gerçekçi gibi görünüyor. Belki de hala pek çok bilmediğimiz şiddet olayı yaşanmakta ama söylenmeden, açıklanmadan ve "Olur bunlar, kapatalım!" laflarıyla üstü küllenmektedir.

Konuya ilişkin çalışmalar incelendiğinde, şiddetin nerede, kime, nasıl ve ne şekilde gerçekleştirildiğinin ortaya konulduğu ve buna yönelik olarak neler yapılması gerektiğinin ele alındığını görmekteyiz. Aslında çalışmalar, zor olsa da, yaşanıp da dile getirilmeyen, sorgulanıp arka planı ortaya çıkarılmayan eylemlere yönelik olmalıdır.

Şiddet, sözlü veya fiziki olabilir. Bunlar da direkt darp ve sözlü saldırı yanında cinsel saldırı veya taciz şeklinde de olabilir.

Bazen görünen sebepler şiddeti doğurur ve bunların değişimi sorunu çözer. Bir örnek vermek gerekirse: Geçmişte çalıştığımız bir sağlık ocağı, hastanenin 30 m²'lik bir alanında hizmet veriyordu. Hasta sayısı oldukça fazlaydı ve neredeyse her gün sözlü kavgalar ortaya çıkıyordu. Daha sonra sağlık ocağının tarihi ve ferah şekilde planlanmış bir mekâna taşınmasıyla bu olaylar hatırı sayılır derecede azalmıştı. Bazen böylesine basit tedbirler ve değişim-dönüşümler, önemli sorunlara çözüm olabiliyor. Bu tedbirleri almak da sistemi işletenlere düşmektedir...

Bazen bölgesel özellikler de şiddeti doğurabilir. Bazı bölgelerde, toplum içinde, neredeyse her hafta fiziki bir yaralanma olmaktadır. Bu şiddet eğilimi, sıklıkla burada görev yapan sağlık personeline de sözel veya fiziksel olarak yansımaktadır.

Ülkemizin bazı bölgelerinde, fazla olmamakla beraber toplumsal şiddet olayları artış göstermiştir. Bunun sosyal analizini sosyologlara bırakarak şunu belirtmek isterim ki; öldürme ve insan hayatını hiçe saymanın normal karşılandığı bir yerde, özellikle sağlık personeline şiddet artış gösterecektir. Çünkü günde yüzlerce fiziksel veya ruhsal rahatsızlığı olan insanla karşılaşan başka bir meslek bulmak mümkün değildir. Dolayısıyla, bu olaylarla buluş-

ma yüzeyinde en fazla olan personelin bizden olması nedeniyle şiddetle karşılaşmamak imkânsız hale gelmektedir.

Ülkede genel olarak şiddetin artmış olması, doğru orantılı olmasa da sağlık sektörüne de belli bir ölçüde yansımıştır. Ama bu artışa; şiddeti olağan karşılayan bireyler tek başına sebep olmadı. Buna, bazen doğru-yanlış demeden, sağlık çalışanlarını medya ve bazı kurumlarda yargısız infaza tabi tutan bireyler de destek verdi. Burada medyaya büyük sorumluluk düşmektedir. Ancak bunun da ötesinde sağlık çalışanlarının haklı oldukları durumda sesi olması gereken kurum ve sivil toplum kuruluşlarının varlığı hayati önem taşımaktadır. Burada Bakanlığımız, meslek örgütlerimiz ve sendikalarımıza önemli görevler düşmektedir.

Bu sözleri söylerken, bazen, bizler tarafından da hastalara karşı yanlış tavırlar sergilendiğini saklamamak gerekir. Ve bu tavırlar sonuç olarak bize yansıyan şiddeti ortaya çıkarmaktadır. Bu durumda hastalarımızın da haklarının korunması gerekir. Bütün kurumlarımızda buna yönelik hasta hakları birimlerimiz kurulmuştur. Bu birimlerde başvurular değerlendirilmekte ve doğru bulunmaya çalışılmaktadır. Hasta haklıysa haklı olduğu söylenmekte çalışan haklıysa çalışanın haklılığı vurgulanmaktadır. Bu paragrafta netice olarak, bazen şiddetin bizlerin de haksız ve hastaların onurunu kıran uygulamalarımızdan kaynaklandığını söylemeliyiz. Ve bu olayları, şiddet, taciz ve istenmeyen duruma getirmeden hasta hakları biriminde çözmek adına bu adımın atılması bence olumlu olmuştur. Bazen çok abartılı olaylar başvuru nedeni olsa da hak haklıya teslim edilmektedir. Ve olaylar şiddet noktasına gelmeden çoğu zaman çözülmektedir.

Bir gerçeği dile getirmeye çalışıyorum. Böyle bir saldırı ve şiddet olayı sonrasında personelin savunulan kurum ve kuruluşlar çok azdır. Her saldırının ardından, saldırgan savcıya gider, savcı doktoru çağırır, ifadeler alınır ve saldırgan elini kolunu sallayarak –bazen de tehditler savurarak - serbest bırakılır. Hekim veya sağlık çalışanı, defalarca mahkemeye çıkar. Bu arada saldırgan-

Ülkede genel olarak şiddetin artmış olması, doğru orantılı olmasa da sağlık sektörüne de belli bir ölçüde yansımıştır. Ama bu artışa; şiddeti olağan karşılayan bireyler tek başına sebep olmadı. Buna, bazen doğru-yanlış demeden, sağlık çalışanlarını medya ve bazı kurumlarda yargısız infaza tabi tutan bireyler de destek verdi.

nın tehditlerine karşı yalnız ve çaresizdir. Başhekim, Sağlık Grup Başkanı vs. beyanattan öteye bir destek veremez. Söyledikleri, "Adaletle güveniyoruz" dan fazla olamaz ve bazen orada eski yöneticiyse savcı hakimle konuşur. Güvenilen adalet aylar sonra tecelli eder ve saldırgan bir miktar para cezası ve biraz nasihat ile serbest kalır.

Kaliteli eğitim verme amacı, eğitim kurumlarımızca politika olarak benimsenmelidir. Bu böyle olmazsa, yetkin ve biçimlenmesi tam olmayan sağlık personelinin sahada çalışmasının önü açılmış olacaktır. Hastayla ve toplumla ilişkilerini istenen seviyede yapamayan personel krizle mücadele edemeyecektir. Ve sonucunda hasta için elinden gelen her şeyi en içten isteğiyle yapan bir sağlık çalışanı karşılaştığı krizle baş edemediği için belki de en kötü bir tacize uğrayacaktır.

Neler, nasıl yapılabilir? Bu noktada bence taşrada kesinlikle olaylara profesyonel bakıp değerlendirecek ve çalışmamızın hakkını sonuna kadar koruyacak ekibi kurmak gerekir. Bunun içinde sağlık uygulamaları ve hukukuna hâkim sağlık personeli ve bir avukatın olması önem arz etmektedir. Bunun sağlık müdürlüğü içinde olması doğru olur.

Bu savunma ve korumayı Tabip Odası, Sendikalar da yapabilir. Ama burada kişileri her hangi bir özelliğe göre ayrımcılığa tutmamak gerekir. Çoğu sivil toplum örgütleri ve odaları bu konudan tenzih ederek söylemeliyim ki ayrımcılık bugün hala yapılmaktadır. Bu konu nedeniyle, bu işin, kapsayıcı olan bizlerin kurumu tarafından yapılması gerekir diye düşünmekteyim.

Şiddet var, önleme çalışmaları var, ama çözüm nerede? Çözüm yüreğimize. Herkes bilmeli ki: Kin ve nefreti gözlerinden okunan insanların yüreğine sevgi ve hoşgörüyü oturtmadan, şiddeti bitirmek mümkün olmayacaktır.



Şiddet İçerikli Bir Yazı

Mehmet Murat KOÇ
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dünyamız her geçen gün artan bir hızla yok olmakta ve aynı hızla sosyolojik değişikliklere uğramaktadır. Nüfus artışıyla birlikte köyden kente göçlerin artması sonucu, farklı kültürlerin bir arada bulunduğu kalabalık kent merkezlerinde yaşam sürdürülmektedir. Değişen dünya ve toplum yapısı, doğal olarak bir takım sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu değişim ve dönüşüm sürecinde, kişinin beden ve ruh sağlığını koruması oldukça önemli bir o kadar da zordur. Zamanla bozulan beden ve ruh sağlığı, kişileri istemeden de olsa bir takım olumsuz davranışların içine sürüklemektedir. Bu olumsuz davranışların en uç örneği, belki de kişinin şiddete yönelmesidir.

Şiddet; toplumun her kesimi tarafından karşı çıkılmasına rağmen, herkesin eline geçen ilk fırsatta uygulamaya koyduğu anti-sosyal bir davranış biçimidir. Şiddet, hep bizden uzak olsun ister, onu sevmez ve kınarız, ama en ufak bir problemle karşılaştığımızda birden kendimizi şiddete meyletmiş bulabiliriz. İnsanların bozulan ruh ve beden sağlığını iyileştirmek için geceli gündüzlü, durmadan dinlenmeden büyük bir özveri ile görevini yapmaya çabalayan sağlık çalışanları da, zaman zaman şiddet olaylarına maruz kalır. Bu durum da her insanda olabileceği gibi, sağlık çalışanlarının da beden ve ruh sağlığını olumsuz etkilediği gibi mesleğe yabancılaşma ve olumsuz davranış

kalıplarını benimsemeye yöneltebilir. Şiddete maruz kalan kişi, çoğu zaman karşı tepki gösterebilmekte, profesyonelliği bir tarafa bırakabilmekte ve bu da tehlikeli bir kısır döngüye dönüşebilmektedir.

Toplumda normalde hiç kimse, ruh sağlığı bozuk olanlar dışında, isteyerek şiddete başvurmaz. Onları bu yola iten sebepleri irdelemek gerekir. Hemen her gün ülkenin değişik hastanelerinde farklı şiddet haberleri ile karşılaşmaktayız. Sebeplerse hep aynı, hasta doktoru dövmüş, ölen hastanın yakınları servisi basmış, camları kırmış, duvarları yumruklamış, silahına sarılıp önüne geleni tehdit etmiş, kiminin topuğuna, kiminin

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında her ne sebeple ve hangi taraf kaynaklı olursa olsun, son tahlilde bu durumdan en fazla olumsuz etkilenenler hastalar ve sağlık sisteminin kendisi olmaktadır. Hastalara kendince bir özveri ile hizmet verenlere karşı uygulanan şiddet, kişinin kendisine sunulan hizmeti baltalaması, yapılanları görmezlikten gelmesidir.

bacağına, kiminin alınına kurşun sıkılmış, bir hiç uğruna canlara kıyılmış. Bunların çözüm olmadığını, bu yolla hastalarını geri getiremeyeceğini ya da tedavi edemeyeceklerini bilmelerine rağmen hasta yakınları acaba neden bu yola başvururlar? Kişiler bir sorunla karşılaştığında neden telefonla bütün akrabalarını çağırarak, kendi mahkemelerinde aldıkları kararı uygulamaya koyuyorlar?

Sağlık hizmetlerinde önemli bir işlev sahibi olan sağlık teknisyenleri ve laborantlar da maalesef bu şiddet eğiliminden zaman zaman payını almaktalar. Bu alanda en çok sorunla karşılaşılan bölüm, hastadan kan alma birimidir. Burada işlemler belirli bir zaman süreci içinde gerçekleşir. Yani her yerin bir kuralı olduğu gibi hastanelerin de bazı

kuralları vardır. Ama ne yazık ki hasta yakınları bu kuralı yok sayıp, kendi kurallarına göre davranmak isterler ve sorunlar da bu nokta da başlar. Hastalar ve hasta yakınları isterler ki, hastaneye gelince hemen muayene olsunlar ve işlemleri çabucak bitirilsin. Bunu anlamak mümkün olsa da gerçek yaşamda karşılığını bulmak mümkün değildir. Zira o hastane veya laboratuvar sadece onların hastası için çalışmamakta, geniş bir kitleye hizmet vermektedir. İşte bu beklenti yüksekliğine bir de hasta yoğunluğu eklendiğinde çatışmalar kaçınılmaz oluyor ve şiddet farklı boyutlarda kendini gösteriyor.

Şüphesiz bir profesyonel olarak bu çatışmaların tek sorumlusunu hasta ve hasta yakınları olarak görmekde sağlıklı bir yaklaşım olmaz. Sağlık teknisyenleri ve laborantların çalıştığı birimlerdeki, bazen şiddet gösterisine varan bu istenmeyen olayların, hasta ve hasta yakını dışındaki sebeplerine değinecek olursak; bu meslek grubunun elemanları, laboratuvarında cihazlara ve yurt dışı kaynaklı kitleye bağımlı olarak çalışırlar. Eğer laboratuvar işletmesinde bir aksaklık olur da cihaz ve malzeme kaynaklı gecikmeler olursa, bu durum hasta ve hasta yakınlarını mağdur edebilmekte ve bu da bazı sıkıntılara yol açabilmekte. Zira, hastalardan bunu anlamalarını beklemek her zaman mümkün olamamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında her ne sebeple ve hangi taraf kaynaklı olursa olsun son tahlilde bu durumdan en fazla olumsuz etkilenenler, hastalar ve sağlık sisteminin kendisi olmaktadır. Hastalara kendince bir özveri ile hizmet verenlere karşı uygulanan şiddet, kişinin kendisine su-

nulan hizmeti baltaması, yapılanları görmezlikten gelmesidir. Bu özverinin karşısında, hasta sahiplerinin de onlara verilen bu hizmeti göz ardı etmemeleri gerekir. Sağlık çalışanına edilen bir teşekkür, yüzlerdeki bir tebessüm iş şevkini daha da artıracak ve bu, hastalara daha iyi hizmet olarak geri dönecektir. Ekonomik sorunlar, geçim sıkıntısı, ay sonunu getirememesi, maaşın yetmemesi, eşit işe eşit ücret alınmaması, devlet hastaneleri ve üniversite hastanelerindeki farklı ücretlendirme politikaları, özlük haklarındaki eşitsizlikler, ailevi sorunlar hemen hemen hepimizin sıklıkla karşılaştığı sorunlardır. Bu sorunların iş hayatını olumsuz etkilememesi için gereken gayreti göstermek ve mesleğin saygınlığını korumak şüphesiz her sağlık çalışanının görevidir, ancak bu çabanın karşılığı dayak, şiddet, küfür, taciz olmamalıdır.

Eğitim, bir toplum için vazgeçilmez önem arz ediyor. Eğitimle birçok sorunun üstesinden gelineceği her fırsatta dile getirilmesine rağmen, şiddet için böyle bir şeyi söylemek pek de mümkün olamamakta, zira eğitimsiz de eğitimsiz de sıklıkla şiddetin içinde yer alabilmekte. "Bir insanı sevmekle başlar her şey" der Sait Faik. Galiba bizler, toplum olarak birbirimizi sevmeyi, kucaklamayı, yardımlaşmayı, hoşgörü-yü, arkadaşlığı unuttuk. Onun içindir ki her şeye öfkeyle ve nefretle bakıyoruz ve yumruğumuzla, kaba kuvvetle her şeyi halledebileceğimizi düşünüyoruz. Yüreğimizdeki nefretin, kinin, öfkenin yerini sevgi ve hoşgörü almadığı sürece, maalesef daha çok şiddet olayları ve haberleri ile bu dünyayı yaşanmaz bir hale getirmeye devam edeceğiz.



Şiddet ve Kadın Sağlık Çalışanları



Yrd.Doç.Dr. Sultan ALAN
*Çukurova Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu*

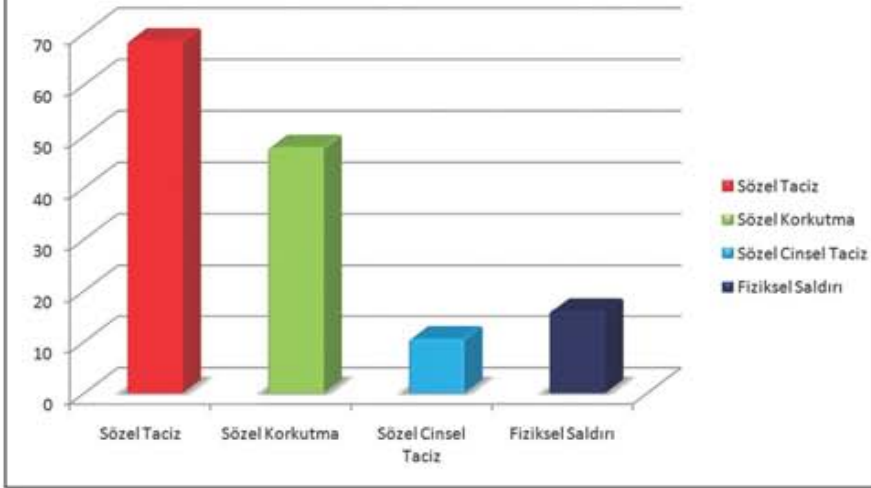
Toplumsal bir sorun olan şiddet, çalışma alanlarında da ciddi bir şekilde görülmektedir. Şiddet çalışma ortamlarında çalışanların motivasyon kaybıyla birlikte çeşitli olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Şiddet kavramı

sertlik, sert ve katı davranış, kaba kuvvet kullanmadır.

Şiddet olayları; insanları sindirmek, korkutmak için yaratılan olay ya da girişimler olarak tanımlanmaktadır

(Kocacık). İşyerinde şiddet ise, "çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar" olarak tanımlanmıştır. Sağlık kurumlarındaki şiddet de, "Hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum" olarak tanımlanmaktadır. Şiddet, ana hatları ile sözel, fiziksel ve cinsel şiddet olmak üzere üç ana başlık altında toplanmakta olup, ruhsal ve fiziksel etkileriyle ortaya çıkmaktadır (Ayrancı ve ark, 2002).

Hemşirelerin Çalışma Saatleri İçerisinde Karşılaştıkları Sözel ve Fiziksel Taciz Olayları



Yapılan bazı çalışmalarda, şiddetin diğer işyerlerine göre en çok sağlık alanında ortaya çıktığı, sağlık alanındaki işyeri şiddetinin, diğer sektörlerdeki şiddetten doğası gereği farklılıklar gösterdiği ifade edilmiştir. Bir çalışmada, sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer işyerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir. Sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, bunun nedeni olarak da, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin işin bir parçası olarak algılanıp önemsenmediği bildirilmiştir.

Şiddet, sağlık kurumlarında sıklıkla kadın sağlık çalışanlarına yönelik olarak görülmekte, bunda kadının toplumsal algılanışından kaynaklandığı düşünülmektedir.

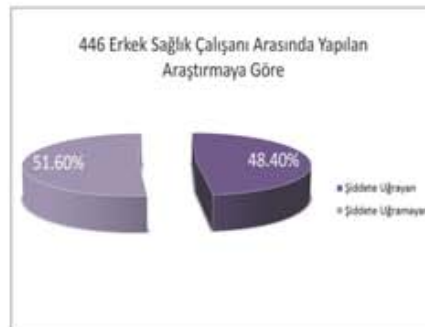
Öztunç'un (2001), Adana ili hastanelerinde çalışan hemşirelerin çalışma

saatleri içerisinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarını inceledikleri çalışmasında (n:257); hemşirelerin %68.5'i sözel tacize, %47.8'i sözel korkutmaya, %10.5'i sözel cinsel tacize ve %16'sı fiziksel saldırıya uğradıklarını ifade etmişlerdir. Sözel tacizlerin ve sözel korkutmaların en çok hasta sahibi ve refakatçiler tarafından yapıldığı (%64 ve %66.9), sözel cinsel tacizlerin (%41.9) ve fiziksel saldırıların (%48.8) ise hastanın kendisi tarafından yapıldığı saptanmıştır. Tacize uğrayan hemşirelerin, uğradıkları sözel tacizler karşısında %46.8'sinin, sözel korkutmalar karşısında %54.3'ünün, sözel cinsel ta-

cizler karşısında %51.9'unun ve fiziksel saldırılar karşısında %51.2'sinin olayı rapor ettikleri saptanmıştır.

Warshaw (1996), toplumda ve işyerlerinde şiddet sıklığının saptanmasında, bu durumu bildirmede eksiklikler ve engellerden doğan zorluklar olduğunu, sıklığı ile ilgili bilgilerin sadece bildirilen olgularla sınırlı olduğunu belirtmiştir. Araştırmacılar şiddetin, toplumda ve işyerlerinde yaygın bir halk sağlığı sorunu ve mesleki tehlike olduğunu, işyeri şiddetinin ve saldırganlığının, günümüzde gittikçe artan bir önem kazandığını belirtmişlerdir. Yine, alınan tüm önlemlere ve önerilere rağmen, yıllardır sağlık alanında çalışan sağlık çalışanlarına karşı şiddetin gittikçe arttığını ve sağlık personelinin şiddet yönünden risk altında olduğunu vurgulamışlardır (Ayrancı ve ark, 2002).

Ülkemizde sağlık çalışanlarının şiddete uğrama durum ve sıklığını belirlemeye yönelik çalışmalar olmakla birlikte sınırlı sayıdadır. Ayrancı ve Ark'nın (2002), Eskişehir ilinde son dönemlerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının artması üzerine Eskişehir-Bilecik Tabip Odası'nın bu sorunla ilgili





bir araştırma yapılması önerisi üzerine planladıkları araştırmaya 1071 kişi katılmış (erkek: 446, kadın: 625) ve sağlık çalışanlarından erkeklerin şiddete uğrama oranı % 48,4; kadınların %52,5 olarak belirtilmiştir. Şiddete uğrama sıklığı bazı araştırmalarda erkeklerde, bazılarında ise kadınlarda daha fazla bulunmuştur. Bunun nedenleri arasında, toplumda erkek egemen kültür nedeniyle kadına yönelik şiddetin daha kolay kullanılabilmesi, toplumda fiziksel olarak kadınların direnme ve karşı koyma güçlerinin daha az olduğuna inanılması ve otoritenin temsilcisi olarak görülen erkek görevlilere aynı kolaylıkta şiddet kullanılmaması gösterilebilir (Ayrancı ve Ark, 2002).

Aynı çalışmada, pratisyen hekimlerin (%67,6) ve hemşirelerin (%58,4) en sık şiddete maruz kalan grup olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanları arasında hemşirelerin bir önceki yılda herhangi bir şiddete uğrama oranı %88 bulunmuş ve en yüksek risk grubu olarak değerlendirilmiştir. Bir diğer çalışmada da sözel, fiziksel ve cinsel şiddetten en az birine uğrama sıklığı hemşirelerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. (Ayrancı ve Ark.2002; Öztunç, 2001).

Sağlık sektöründe çalışan hemşirelerin değişik boyutlarda şiddete maruz kaldıkları, maruz kaldıkları şiddetin boyutlarının fiziksel şiddetten psiko-sosyal şiddete kadar değişik boyutlarda olduğu

söylenbilir. Hasta ve hasta yakınları ile oluşturulan duygu yükü ağır iletişimler, vardiyalı çalışma, iş stresi, yetersiz personel, güvenlik önlemlerindeki eksiklikler, yoğun çalışma temposu, mesleğin çoğunlukla kadınlar tarafından yürütülmesi gibi nedenler, hastalarla ilk karşılaşan ve sürekli bir ilişki içinde olan sağlık personelinin önemli bir kesiminin hemşire grubu olması hemşirelerde şiddetle karşılaşma riskini yaratan faktörler olarak düşünülmektedir (Ayrancı ve ark.2002; Öztunç, 2001).

Adaş ve Ark. nın (2008), son iki yılda saldırıya uğrayarak ölen ya da yaralanan doktorların sayısının artması ve üniversite hastaneleri gibi daha önce oldukça seyrek olarak görülen kimi yerlerde de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinin olması nedeniyle, Gaziantep-Kilis Tabip Odası (GKTO) olarak sağlıkta şiddet konusunda bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışma, GKTO'ya üye hekimlere uygulanan anketten elde edilen verilere dayanmaktadır. Gaziantep ve Kilis'te çalışan hekimlerin büyük bir çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır. Örnekleme yer alan kadın hekimlerin oranı %22 iken, erkeklerin oranı %78'dir. Çalışmada, hekimlere meslek hayatları boyunca ne ölçüde şiddete maruz kaldıkları sorulduğunda, her dört hekimden biri en az bir kez olmak üzere şiddet maruz kaldıklarını belirtmektedir. Kariyeri süresince hiç şiddete maruz kalmadığını ifade eden hekimlerin oranı sadece

%25,5'dir. Araştırmadan çıkan bir diğer çarpıcı sonuç, son bir yılda sağlık alanında yaşanan şiddetin yaygınlaşma eğilimini gözler önüne sermesidir. Zira her üç hekimden biri (%36,5) son bir yıl içinde işyerinde şiddete maruz kaldığını dile getirmektedir. Sağlıkta şiddetin yaygınlaşma eğilimi içinde olduğunu ortaya koyan bir diğer gösterge ise, kişinin işyerinde tanık olduğu şiddet olaylarındaki yüksek orandır. Hekimlere, son bir yılda işyerinde tanık oldukları şiddet olayları sorulduğunda, hekimlerin %68 gibi çok yüksek bir bölümü işyerinde şiddete tanık olduğunu belirtmektedir. Şiddete tanık olduğunu ifade eden hekimlerin %70'i beş veya beşten az şiddet olayına tanık olduğunu dile getirirken, %30'a yakın bir bölümü ise son bir yılda beşin üzerinde işyerinde şiddet olayına tanık olduğunu söylemektedir.

Yaşamak nasıl bir insan hakkı ise, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak da bir insan hakkıdır. Bu doğrultuda, sağlıklı ve güvenli iş ortamı ve güvenli istihdam özellikle sağlık çalışanları arasında çok önemlidir. Hatta Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) bu düşüncelerden yola çıkarak 2006 temasını güvenli ortam-güvenli istihdam üzerine oluşturmuş ve 2007 temasını da pozitif uygulama-çalışma ortamı üzerine odaklamıştır. Çalışma yaşamında kalitenin artırılması hasta bakım kalitesinde de artışa yansiyacaktır (Parlar, 2008).

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Önlenebilmesi İçin Şunlar Önerilebilir:

- » Çalışma saatlerinde karşılaşılan tacizlerin en fazla hastalar, hasta sahibi ve refakatçiler tarafından yapılıyor olması nedeniyle, hemşirelerin görev içi eğitimlerinde hasta ve hasta yakınları ile iletişim kurma yollarının tekrar gözden geçirilmesi,
- » Hastane güvenlik önlemlerinin artırılarak, güvenlik görevlilerinin taciz yapma eğilimli bireyleri izlemeleri ve bu bireylerle nasıl iletişim kurulacakları konusunda sürekli eğitilmeleri, Tacize uğrayan bireylerin olayı saklamalarının oluşabilecek diğer olayları engellemediği, bunların açıkça ifade edilmesinin alınacak önlemlerin etkinliğinde rehber olacağı konusunda bilgilendirilmeleri,
- » Yönetimsel anlamda tacize uğrayan çalışanların, haklarının korunacağı konusunda güvence verilmesi ve yönetimsel destek sağlanması,
- » Tacize uğramış kadın sağlık çalışanları/hemşire grubu için destek grupları oluşturulmalı ve danışmanlık hizmetleri verilmeli,
- » İletişim problemi gösteren hasta, hasta ailesi ve hasta yakınlarına uygun iletişim teknikleri ile yaklaşılarak olası problemlerin önlenmesi,
- » Tıp ve hemşirelik eğitimi müfredat programlarında, şiddet konusu detaylı bir şekilde işlenmeli,
- » Hekim ve hemşire grubuna hasta, hasta ailesi ve diğer personel ile iletişimlerinde yardımcı olacak iletişim becerileri geliştirme konusunda hizmet içi eğitim programları düzenlenmeli ve programlar sık aralarla tekrar edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Adaş, E. B., Elbek, O., Bakır, K. (2008). Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı. Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını.
2. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. (2002). Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3:147-154.
3. Dişsiz M, Şahin NH (2008). Evrensel Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Kadına Yönelik Şiddet. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 1(1): 50-58.
4. Kocacık F. Doç. Dr. Feramuz Aydoğan'ın Anısına Şiddet Algusu Üzerine. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2(1):1-7.
5. Parlar S. (2008). Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. TAF Prev Med Bull, 7(6):547-554.
6. Öztunç G (2001). Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Saatlerinde Karşılaştıkları Sözel Ve Fiziksel Taciz Olaylarının İncelenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (1): 1-9.



Sağlıkta Şiddetin Nedenleri?



Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ
*KTÜ Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı*

Çalışma hayatında meydana gelen şiddetin dörtte biri sağlık alanında yaşanmaktadır. Sağlıkta şiddetin bu denli yoğun yaşanması birçok nedenle ilişkilidir. Öncelikle sağlık çalışanlarının muhatap olduğu kişiler, hasta ve hasta

yakınlarıdır. Bu kişilerle optimal bir ilişki kurabilmek çok güçtür. Çünkü, maruz kaldıkları hastalık, sakatlanma veya ölüm olayı ya da tehdidi nedeniyle bu kişiler, genellikle kederli, isyankar, gergin, paniklemiş, endişeli, ağrılı, bitkin

haldedirler. Bazen de muhatap, alkolik veya madde bağımlılığı veya psikiyatrik bozukluğu olan kişilerdir. Bu durumdaki kişilerin şiddete başvurma eğilimleri, ortalama kişilere kıyasla çok daha yüksektir.

Sağlık kurumlarında gözlenen şiddetin, toplumdaki profilin bir yansıması olduğu unutulmamalı ve toplumsal nedenlerden bağımsız değerlendirilmemelidir. İnsan doğasında var olan "şiddet uygulama" eğiliminin, yararlı alanlara/faaliyetlere kanalize edilememesi; çocukluktan itibaren sorunları şiddet kullanarak çözme alışkanlığının pekiştirilmesi; gençlerin televizyonda her gün onlarca şiddet sahnesi seyrederek yetişmeleri; toplumsal ahlakta, gücü kutsayan değişim ile "güçlü olanın haklı olduğu" fikrinin yaygınlaşması; genel olarak sorunları açıklıkla konuşma, dinleme ve empati alışkanlığının pek olmaması, bir sorunla yüzleşen bireyle, hemen şiddete yönelmektedir.

Sağlık çalışanlarına dönük şiddetin nedenleri arasında, en başta sistemden kaynaklanan sorunlar sayılmalıdır. Sağlık kurumlarında alt yapı ve donanım eksiklikleri, personel yetersizliği veya kötü işletmecilikten kaynaklanan beklentiler, uzayan kuyruklar, geciken randevular, boş yatak bulunamaması; hastalar için asgari konfor ve güvenliğinin sağlanamaması, örneğin ağırlı, bitkin, endişeli hastaların saatlerce poliklinik kapılarında oturacak bir sandalyeden mahrum halde beklemeleri; iltimas, adam kayırmacılık şiddeti beslemektedir. İlaç, alkol ve madde bağımlılığı olan, şiddet öyküsü veren, psikiyatrik hastalık tanısı almış personelle çalışma; özellikle yemek ve ziyaret saatlerinde personel sayısının iyice azalması: hastanede

Sağlık çalışanlarının üstlendikleri aşırı iş yükü ve olumsuz çalışma koşulları, özellikle eğitim hastanelerinde sık ve yoğun geçen nöbetlerin ertesinde hekimlerin çalışmaya devam etmeleri; polikliniklerde çok sayıda hastaya bakmak zorunda kalmaları, hekimlerin hastalarına yeterince zaman ayırmalarını ve gerekli özen ve ilgiyi göstermelerini engelleyerek ve tıbbi karar ve müdahalelerinde hata yapmalarına yol açarak şiddeti beslemektedir.

sağlık personelinin tek başına çalışması; hastane güvenliğinin yetersizliği; silah taşıma serbestisi; hastanede sınırsız dolaşma özgürlüğünün olması; hastane koridorlarının ve ünitelerinin aydınlatılmasındaki yetersizlik; hasta bekleme alanlarının konforsuz olması; farklı karakterde hastalarla iletişim sürdürebilmek için personelin eğitimsizliği; personel ve hastane idaresinde kriz yönetimi politikası eksikliği; sağlık kurumlarının yönetiminde gözlenen iş odaklılık, verimsizlik ve ticarileşme şiddeti körüklemektedir. Sağlıkta sık değişen uygulamalar, örneğin bugün ödenen bir ilacın, yarın geri ödemedi çekilmesi; hasta sevk ve kabul usullerinin değişmesi hastaları isyana sevk etmektedir.

Sağlık çalışanlarının üstlendikleri aşırı iş yükü ve olumsuz çalışma koşulları, özellikle eğitim hastanelerinde sık ve yoğun geçen nöbetlerin ertesinde hekimlerin çalışmaya devam etmeleri; polikliniklerde çok sayıda hastaya bakmak zorunda kalmaları, hekimlerin hastalarına yeterince zaman ayırmalarını

ve gerekli özen ve ilgiyi göstermelerini engelleyerek ve tıbbi karar ve müdahalelerinde hata yapmalarına yol açarak şiddeti beslemektedir. Mesleğini seçerken umduğu beklentilerini karşılayamaması ve sık gözlenen stres, tükenmişlik duyguları, sağlık çalışanlarının yetersiz motivasyonu ile sonuçlanmakta ve hasta memnuniyetinin elde edilmesini engellemektedir.

Medyada, sağlıkta yaşanan sorunların hekimlere mal edilmesi; malpraktis olgularında hizmet kusuru-kişisel kusur ayrımı yapılmadan hekimin suçlanması; her meslekte olabilecek bazı kötü örneklerden yola çıkılarak, tüm hekimlerin "gözü paradan başka bir şey görmeyen" tipler şeklinde lanse edilmesi de hekimlere yönelik şiddeti teşvik etmektedir. Politikacıların, yöneticilerin, yazarların, çizerlerin, kamuoyunda etkili ve yetkili kişilerin, hekimleri rencide edici, küçük düşürücü söylemleri de, giderek hekimlik mesleğine karşı saygıyı törpülemektedir. Hekim örgütlerinin, meslektaşları arasından hastalarıyla



Hekim - hasta ilişkisindeki sorunlar, şiddetin en önemli nedenleri arasındadır. Paternalistik (babacıl, buyurgan) tutum, iletişim becerisindeki yetersizlikler, sabırsızlık, empati becerisinden yoksunluk, aktif dinlemeyi uygulayamama ve sözün gücünden yararlanamamak, şiddetin önlenmesi veya etkisinin sınırlandırılması olanağını yok etmektedir.

veya medikal firmalarla etik/hukuk dışı ilişkileri deşifre olanları açıkça kınayıp, dışlama konusunda isteksiz ve yetersiz olmaları da, meslek saygınlığının yitirilmesine yol açmaktadır.

Hasta ve yakınlarının, hekimden ve sağlık kurumlarından rasyonel olmayan yüksek beklentileri de şiddeti doğurmaktadır. Hasta ve yakınlarının, hekimin, dilediği hastayı iyi etme gücüne sahip olduğuna inanmaları; hekimin iyileştirmekle değil; hasta için gereken

müdahaleyi güncel tıbbi ve hukuka uygun olarak ve özenle yapmakla yükümlü olduğunu bilmemeleri; hastanın iyileşmemesi, ölüm veya sakatlanma olması durumunda bunun, hekimin zamanında ve doğru teşhis koyup, uygun tedaviyi yapmamasından kaynaklandığını düşünmeleri, şiddet uygulamakta kendilerini haklı görmelerine yol açmaktadır.

Hekim-hasta ilişkisindeki sorunlar, şiddetin en önemli nedenleri arasında-

dır. Paternalistik (babacıl, buyurgan) tutum, iletişim becerisindeki yetersizlikler, sabırsızlık, empati becerisinden yoksunluk, aktif dinlemeyi uygulayamama ve sözün gücünden yararlanamamak, şiddetin önlenmesi veya etkisinin sınırlandırılması olanağını yok etmektedir. Hastalar arasında iltimas, ayrımcılık yapılması; deontolojiye ve meslek etiğine uymama; hasta ve yakınlarına karşı meslektaşını yerme, tıbbın bir kazanç kapısı haline getirilmesi; hasta haklarını önemsememe; bilgilendirme, riskleri

açıklama, aydınlatılmış onam alma ve mahremiyet gibi temel hasta haklarının ihlal edilmesi, şiddetin nedenleri, arasında sayılabilir. Örneğin, "Bir şey olmaz, sen bana güven, şimdiye kadar 300 kişiyi ameliyat/televi ettim, hepsi düzeldi" tarzında konuşan bir hekim, işler umulduğu gibi gitmediğinde ciddi ve ölçsüz tepkilere maruz kalabilmektedir. Hastalığın seyri süresince, olumsuz gelişmelerin, hasta ve hasta yakınlarından gizlenmesi, hastaya ve yakınlarına ümit ve moral vermek maksadıyla da olsa "Her şey yolunda, düzelecek, iki güne kalmaz iyileşir" gibi gerçekçi olmayan beyanlarda bulunulması, işler umulduğu gibi gitmediğinde ciddi ve

ölçsüz tepkilerin doğmasına neden olabilmektedir. Bundan başka, "bıçak parası" ve muayenehaneye yönlendirme uygulamaları, hasta ve yakınlarını mağdur ederek şiddete yol açmaktadır.

Malpraktis (kusurlu tıbbi uygulama) olarak adlandırılan mesleki ödev ve bilime aykırı davranışlar; hukuka/yasaya aykırı tıbbi girişimler; dikkatsizlik, tedbirsizlik, özensizlik; meslek ve sanatta acemilik; yanlış veya geciken teşhis veya tedaviler; gereksiz tedavi ve müdahaleler; hatalı araç, yöntem ve ilaç seçimi; hasta takibinin yapılmamasından (gecikmeli-hatalı sevk; yetersiz gözlem; erken taburculuk gibi) kaynak-

lanan mağduriyetler, hekimlere dönük şiddetin nedenleri arasında sayılmalıdır. Hasta ve yakınlarının, mağdur olduklarına inandıklarında başvurdukları legal hak arama yollarının (idari soruşturma, meslek odalarına şikayet, ceza veya tazminat davaları) çok geç sonuçlanması; kararların caydırıcı olmaması ve kamu vicdanını tatmin etmemesi, onları şiddete itmektir.

Görüldüğü gibi sağlıkta gözlenen şiddetin çok sayıda ve farklı nedenleri söz konusudur. Dolayısıyla çözüm arayışlarında, bunların tümünü dikkate alan bir yaklaşım geliştirmemiz gerekmektedir.





Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet

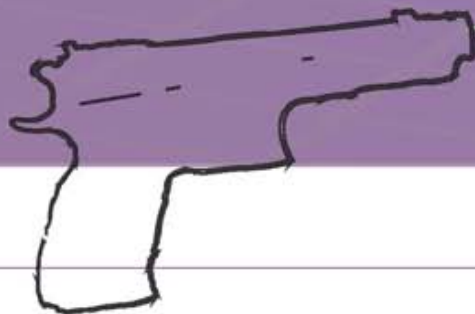
Zehra EDİSAN

Tıp Etiği ve Tıp Tarihi Bilim Uzmanı

Şiddet; sözel, fiziksel ve cinsel yönden güç ve baskı uygulayarak insanların bedensel veya ruhsal açıdan zarar görmesine neden olan bireysel veya toplu hareketlerin tümü olarak nitelendirilebilir. Şiddet kelimesi daha çok vur-

mak, dövmek, yumruklamak, tekmelemek, itmek, tokat atmak gibi fiziksel zarar verme davranışlarını akla getirirse de tükürmek, aşağılamak, küfretmek, tehdit etmek, bağırarak hakaret etmek gibi muameleler de şiddetin farklı

bir boyutunu oluşturmaktadır. Şiddetin nedenlerini tek bir başlık altında toplamak güçtür. Özellikle ülkemiz insanı için şiddetin çözülmesini yapmak oldukça zordur. Zira toplumumuzda öfke ve üzüntünün yanı sıra sevinç durum-



larında da şiddete rastlamak olağan bir durum haline gelmiştir. Trafikte, sporda, televizyonda; "şiddet" hayatımızın her alanında varlığını gösterebilmektedir. Ekonomik düzey, kültürel altyapı ne olursa olsun şiddet, toplumun her kesiminde ortaya çıkabilmektedir.

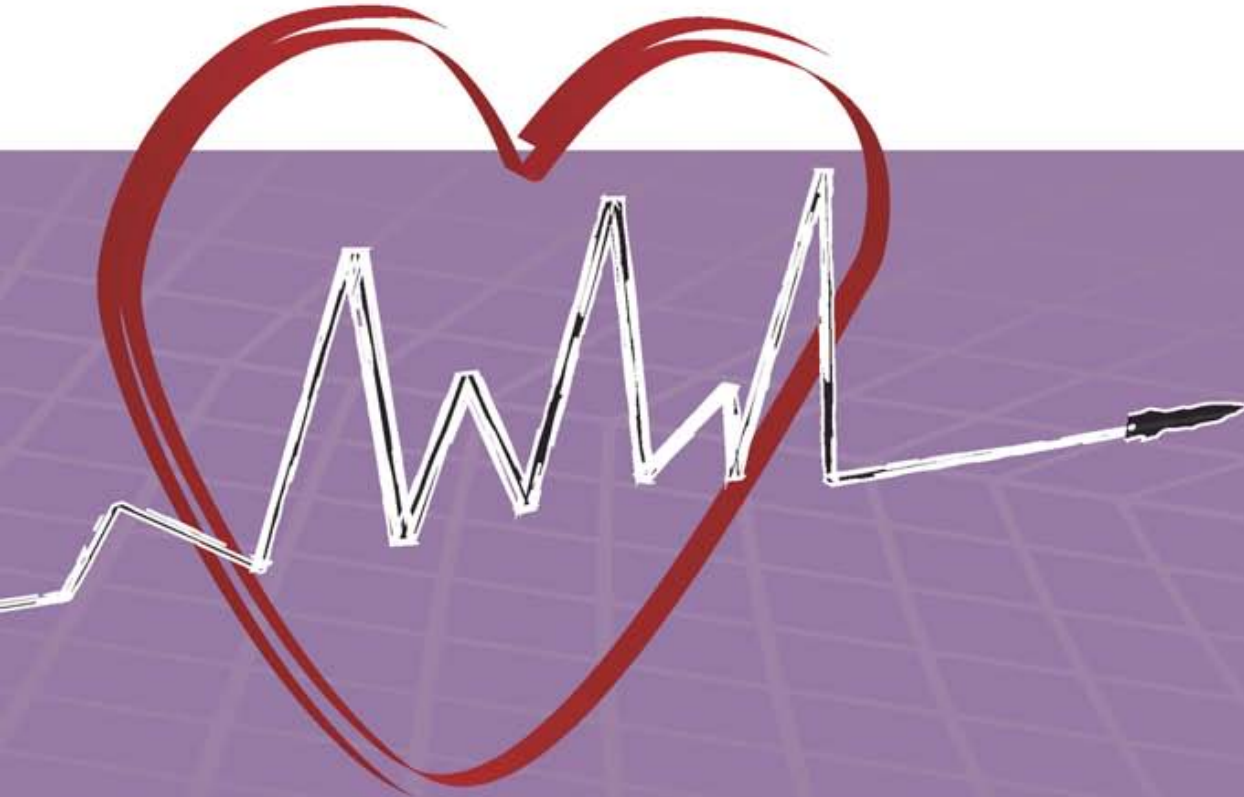
Son zamanlarda toplumumuzda şiddet eğiliminde bir artış olduğu göze çarpmaktadır. Bu açıdan baktığımızda, ülkemizde oldukça sık olarak gündeme gelen konulardan birisi olan hekimlere ve sağlık camiasına yönelik şiddeti de toplumsal şiddetin yansıması olarak değerlendirmek mümkündür.

Değerlerin yıprandığı, insanlar arasındaki sevgi, saygı ve anlayış unsur-

larının sarsıldığı bir ülkede, toplumsal şiddetin giderek artması ve kendisini sağlık alanında da göstermeye başlaması kaçınılmazdır. Gün geçmiyor ki basında sağlık çalışanlarına yönelik bir şiddet vakasından bahsedilmemiş olsun. Yapılan araştırmalar, en çok şiddete maruz kalan sağlık çalışanları arasında doktor ve hemşirelerin yer aldığını ortaya koymaktadır. En yüksek şiddete maruz kalınan yerler olarak da acil servisler ve yataklı servisler sıralanmaktadır. Ünal Ayrancı'nın "Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı" başlıklı çalışması, bu tabloyu net bir şekilde ortaya koymaktadır. Sağlık-Sen'in 12 Mayıs Hemşireler ve Ebeler Haftası nedeniyle 19 ilde yaklaşık 1100

hemşire ve ebeyle yüz yüze görüşerek hazırlanmış olduğu rapora göre; araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin % 41'i çalışma hayatında iş motivasyonunu bozan en önemli sorun olarak "Şiddete uğrama kaygısı"ni dile getirmişlerdir.

Doktor ve hemşireler hastayla ilk karşılaşan, ilk müdahaleyi yapan, gerektiğinde kötü haberi vermek zorunda kalan sağlık çalışanları oldukları için şiddet olaylarında da ilk mağdurlar arasında yerlerini almaktadırlar. Bir laborantın, bir diyetisyen veya fizyoterapistin şiddete maruz kaldığı durumlar ise oldukça nadir sayılmaktadır. Bu durum, şiddetin daha çok belirli bir zaman diliminde veya belirli koşullarda ortaya çıktığı düşüncesini şekillendirmektedir;





Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasının nedenleri üzerinde düşünüp çözüm üretmek, her zamankinden fazla önem arz etmektedir. Şiddet daha tehlikeli boyutlara ulaşmadan önce, şiddetin analizi yapılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.



"Hastaneye ilk adım ve sağlık çalışanı ile ilk karşılaşma anı." Fizyoterapist veya diyetisyen hastalık tanısı konulduktan, ilk müdahaleler yapıldıktan sonra hastayla yüz yüze gelmektedir. Tahlil ve tetkik kısmında yer alan sağlık çalışanları ise daha çok işin teknik kısmını yüklenmiş oldukları için hastayla fazla muhatap olmamaktadırlar. Bu durum, doktor ve hemşireyi diğer sağlık çalışanlarına göre "ilk hedef" haline getirebilmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasının nedenleri üzerinde düşünüp çözüm üretmek, her zamankinden fazla önem arz etmektedir. Şiddet daha teh-

likeli boyutlara ulaşmadan önce, şiddetin analizi yapılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.

Bu bağlamda, kayda değer adımların atılmaya başlanmış olmasını görmek memnuniyet vericidir. Örnek olarak, Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği (HAKSAY), Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTU) Hasta Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HAHUM), Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü ve Trabzon Tabip Odası tarafından "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet" Sempozyumu düzenlenmiş. Bu sempozyumda Şiddetin Psikolojisi ve Sosyolojisi konu başlıklarının yanı sıra

sağlık kurumlarında şiddetin önlenmesi, ceza hukuku açısından sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, hasta hakları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, sağlık kurumlarında personel güvenliği, sağlık çalışanına şiddeti önlemeye yönelik hukuki imkânlar gibi önemli konular ele alınmış.

Bu konuyla ilgili olarak Ankara Tabip Odası da, "Hekimlere-Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Neden? Nasıl önenebilir?" başlıklı, ayrıntılı bir rapor hazırlamıştır. Rapor, konuya dikkati çekmek ve sorunların çözümlenmesine yardımcı olabilmek için ATO Sağlık Politikaları Komisyonu ve Pratisyen Hekimlik Derneği Ankara Şubesi'nce, 11 ayrı hastane (özel hastane, Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanesi) ile pratisyen hekim katılımlı forum toplantılarında hekim, hemşire ve diğer sağlıkçılarla görüşülerek hazırlanmıştır. Çalışmada sosyo-kültürel düzey, medyanın rolü, sağlık politikalarına hizmetlerine yönelik tepki, politikacı-yönetici tutumu, toplumsal şiddet, hasta hakları gibi sağlık çalışanlarına yönelik şiddete neden olabilecek birçok faktör tartışılmış ve farklı görüşler sunulmuştur.

Çalışmalarda ele alınan şiddet nedenleri arasında "stres"i de ayrıca vurgulamak gerektiği kanısındayım. Hastalıklar ve kazalar, strese neden olan etkenlerin başında gelmektedir ve stres durumundaki insanlar, farklı davranışlar gösterebilmektedir. Özellikle

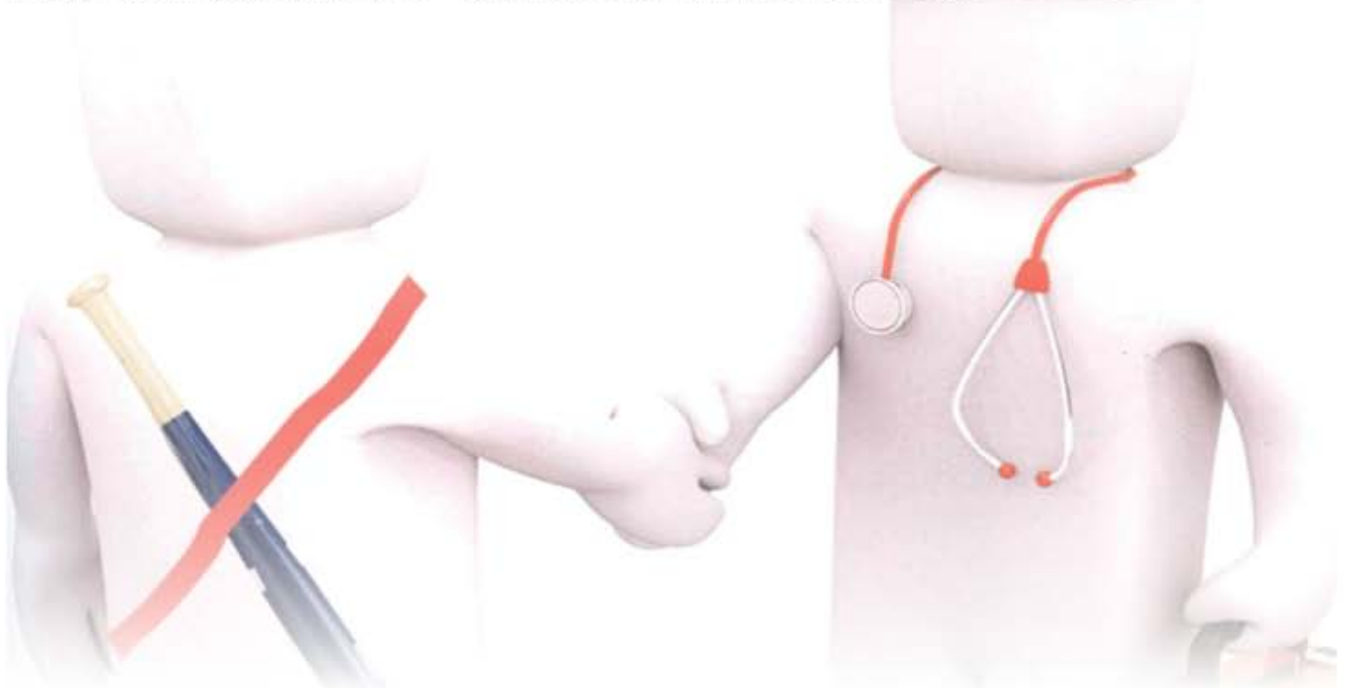
hayati tehlikenin varlığında, kronik, ilerleyici ve tedavisi olmayan bir hastalığa sahip olduğunun öğrenilmesinde hasta veya hasta yakınının davranışlarına endişe, korku ve bazen de öfke yansımaktadır. Hasta veya hasta yakını, kendileri için mümkün olan tüm çabaların sarf edildiğinden emin olmak isterler. Şiddete yol açan unsurlar arasında sağlık çalışanlarının davranışları da önemli bir etken olabilmektedir. Hasta bakımındaki gecikmeler, sağlık çalışanına ulaşamaması, tahlil sonuçlarındaki gecikmeler, aşırı hasta yoğunluğu, yetersiz bilgilendirme hastanın kendisinin önemsenmediği duygusuna kapılmasına neden olabilmektedir. Sağlık çalışanı bu durumlara hazırlıklı olmalı, empati kurmalı ve hastaların psikolojik durumlarını dikkate alıp iyi iletişim kurma çabası içinde olmalıdır. İletişim becerileri, hastayla ilk karşılaşmadan itibaren önem taşımakta ve

olası bir şiddet vakasını önlemede etkili olabilmektedir. Sağlık çalışanlarına bu konuda yeterli eğitimin verilmiş olması şarttır.

Tabii ki sorunu tek taraflı algılamak gerekir. Sağlık çalışanı, görevini eksiksiz olarak yerine getirdiği durumlarda da şiddete rastlamaktadır. Hastanın iyileşmemesi, kötüye gitmesi, sakat kalması veya ölmesi durumunda hasta yakınları kolaylıkla hekimi suçlayabilmekte ve şiddete başvurabilmektedir. Yine hasta hakları kavramının belki de gereğinden fazla gündeme getirilmesi sonucunda, aslında tek bir amaç için bir araya gelmiş olan hasta ve sağlık çalışanları farklı iki taraf olarak algılanmaya başlanmıştır. Hasta ve hasta yakınları her türlü kötü sonuçtan sağlık çalışanını sorumlu tutup haklarını almak için şiddete başvurabilmektedir. Burada önemli olan, hasta hakla-

rının yanı sıra hasta sorumluluklarının da hastalara yeterince anlatılmamış olmasıdır.

Bütün bunların yanı sıra sağlık çalışanı karşılaşabileceği şiddet olaylarının hukuki boyutu hakkında aydınlatılmalı ve haksızlığa maruz kaldığı durumlarda konunun örtbas edilmesine izin vermemelidir. Sağlık kuruluşlarında güvenlik tedbirlerinin artırılması da üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Sağlık hizmetinin gereği gibi yürütülebilmesi için sağlık çalışanlarının güvenli ve sağlıklı bir iş ortamında alacakları kararlarda ve yapacakları işlemlerde hiçbir baskı ve etki altında kalmamaları gerekmektedir. Güvenli ve sağlıklı iş ortamı; sağlık hizmetinin sunulabilmesinin, kişilerin tedaviye ulaşma haklarını kullanabilmesinin ve hasta haklarının korunmasının ön koşulunu oluşturmaktadır.





Şiddetin Toplumsal Görünümü ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet

Yrd. Doç. Dr. Bülent BAYAT

Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F.

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü

Şiddet olgusu günümüz toplumlarının temel sorun alanlarından birini oluşturmaktadır. Yine, buna paralel olarak şiddet sosyal bilimcilerin ve özellikle de psikologların temel inceleme konularından biri haline gelmiştir. Gerek ele alındığı bilim dalının perspektifine göre ve gerekse toplumsal ve tarihsel koşullara göre farklı ele alınış biçimleri olan şiddet olgusunun, bu değişkenliğine bağlı olarak üzerinde uzlaşmaya varılmış bir tanımı da yoktur. İçerisinde barındırdığı kısmi belirleyicilik nedeni ile kimi zaman şiddet olgusundan belli amaçları gerçekleştirmek amacıyla bir vasıta olarak yararlanılırken, kimi zaman da toplum-

sal yapı içerisinde şiddeti azaltmanın yolları ve çareleri araştırılmıştır.

Ancak her şeye rağmen şiddet, insanlığın gündeminden hiç bir zaman eksik olmamıştır. Bu süreğenlik vasfı, modern toplumların, değişen ve karmaşıklaşan yapısı nedeni ile ortaya çıkan anlam değişimleriyle bir araya geldiğinde, insanları dış dünyaya karşı giderek daha şiddet eğilimli olarak bakmaya yönlendirmiştir. Bu tür genel bir değerlendirme post-modern bir eleştiri için mümkün olurken, molar düzeyde değerlendirmeler şiddete ilişkin çok faktörlü bir dinamikler sistematığının varlığına

işaret etmektedirler. Bir başka ifade ile şiddetin belirleyicileri olarak toplumsal alt yapı ve dinamikler durumun sadece bir vechesini oluşturmaktadır. Burada nedenlere ilişkin bir değerlendirme de; "şiddeti ortaya çıkaran ve/veya belirleyicisi durumunda olan nedenlerin, en mekanik nitelikli olanından, en ruhsal olanına kadar oldukça geniş bir yelpaze içerisinde yer aldığını ifade etmek " belki de şiddetin nedenlerine ilişkin bir değerlendirmenin en anlamlı tarafını oluşturacaktır.

Sosyal bilimcilerin değerlendirmelerinde ilk bakışta göze çarpan şiddet

nedenleri olan, "İnsanın/bireyin yetişme tarzı", "Sosyal ahlak/töreler", "Cinsellik", "Etnik sorunlar" gibi faktörlerin, günümüz sosyal bilimlerinin ulaştığı bilgi birikimi dikkate alınarak değerlendirilmesi yapıldığında dışsal bir kimlik taşıdığı kolayca görülebilmektedir. Kaldı ki; bu neden olarak sayılan faktörlerin tamamının, sadece birer motivasyon unsuru olması da mümkün gibi görünmektedir.

Burada ele aldığımız hali ile yani potansiyel olarak şiddet (bir eğilim olarak) hemen her insanda var olan bir özelliktir. Bu potansiyelin ne zaman fiile dönüşeceği ise "çevresel koşullar-kişilik" etkileşimi tarafından belirlenmektedir. Kimi zaman çevresel koşullar çok uyarıcı olsa bile kişilik, bir değişken olarak şiddetin ortaya çıkışını engelleyebilirken; kimi zaman şiddetin ortaya çıkışına neden olmayacak koşullarda (çevrenin bir uyarıcı olmadığı koşullar) kişilik, şiddeti ortaya çıkararak bir değişken olarak var olabilmektedir.

Toplumsal alanda gerçekleşen şiddet, eğer bir mesleğin mensuplarına yönelik olarak gerçekleşiyor ise bu şiddet biçimini tanımlama ihtiyacı ortaya çıkacaktır. Şöyle ki; her hangi bir meslek mensubunun şiddete maruz kaldığı gibi bir iddiayı dillendirmek için öncelikle o meslek mensubunun fiili olarak icra ettiği mesleğe ilişkin sebep ya da sonuçlar nedeniyle şiddete maruz kalması esas olarak alınmalıdır. Aksi halde meslek dışı bir borç-alacak meselesi nedeniyle "mesleğini icra ederken olsa dahi" saldırıya/şiddete maruz kalması, o meslek mensubunun saldırıya/şiddete maruz kaldığı biçiminde değerlendirilmesi uygun olmayacaktır. Burada bir saldırı/şiddet var olsa da bu durum

bizim bu yazıdaki ilgi alanımız dışında yer almaktadır.

Bu tür saldırı/şiddet vakalarının belirgin biçimde gözlemlendiği meslek gruplarından biri sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanları, mesleklerini icra ederken ortaya çıkan sonuçlar ya da mesleklerinin süjeleri ile gerçekleşen mesleki ilişkileri nedeniyle, oldukça sık biçimde şiddete maruz kalmaktadırlar. Bu durumda bu meslek grubuna yönelik şiddete ilişkin

Yapılan bazı çalışmalarda şiddetin diğer işyerlerine göre en çok sağlık alanında ortaya çıktığı, sağlık alanındaki işyeri şiddetinin, diğer sektörlerdeki şiddetten doğası gereği farklılıklar gösterdiği ifade edilmiştir. Bir başka çalışmada, sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer işyerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir.

tanımlama; "hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen ve sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum" olarak tanımlanmaktadır (Ayrancı ve Diğerleri, 2002).

Yapılan bazı çalışmalarda (Ayrancı ve Diğerleri, 2002), şiddetin diğer işyerlerine göre en çok sağlık alanında ortaya çıktığı, sağlık alanındaki işyeri şiddetinin, diğer sektörlerdeki şiddetten doğası gereği farklılıklar gösterdiği ifade edilmiştir. Bir başka çalışmada, sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer işyerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir.

Sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, bunun nedeni olarak da, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin önemsizmediği bildirilmiştir. Bu konuda yapılan bir diğer çalışmada ise, sağlık çalışanlarının % 40'ının şiddet olaylarının özel sorun olduğunu öne sürerek bildirmekten kaçındıkları ortaya konmuştur. Warshaw (1996), toplumda ve işyerlerinde şiddet sıklığının saptanmasında, bu durumu bildirmede eksiklikler ve engellerden doğan zorluklar olduğunu, sıklığı ile ilgili bilgilerin sadece bildirilen olgularla sınırlı olduğunu belirtmiştir. Araştırmacılar şiddetin, toplumda ve işyerlerinde yaygın bir halk sağlığı sorunu ve mesleki tehlike olduğunu işyeri şiddetinin ve saldırganlığının, günümüzde gittikçe artan bir önem kazandığını belirtmişlerdir. Yine, alınan tüm önlemlere ve önerilere rağmen, yıllardır sağlık alanında çalışan sağlık çalışanlarına karşı şiddetin gittikçe arttığını ve sağlık personelinin şiddet yönünden risk altında olduğunu vurgulamışlardır. Şiddetle karşılaşmanın, hekimler kadar diğer sağlık personeli ve hatta hastalar için de ciddi bir sorun olabileceği, hasta ya da yakınlarının değişik nedenlerden kaynaklanan gecikmeleri kabullene-meyip saldırganlaşma eğilimi gösterebileceği belirtilmektedir (Ayrancı ve Diğerleri, 2002).



Sağlık çalışanlarına yönelik olarak gerçekleşen şiddetin nedenleri ve türleri konusundaki çalışmalar, başta hekimler ve hemşireler olmak üzere hastane çalışanlarının sözlü ve fiziksel şiddete maruz kaldıklarını ortaya koymaktadır. Ayrıca en fazla şiddete maruz kalan grup, hastanelerin acil servislerinde görev yapan hekimler olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin ise, % 86.7'si sözlü şiddete maruz kalmakta olup, şiddetin uygulayıcısı olarak hastalar ya da hasta yakınları gözlenmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri arasında ise;

- Muayene sırasında çok beklemek,
- Hasta ile kalınmasına (refakatçi) izin verilmemesi,
- Sistemdeki aksaklıklar,
- Uygulamadaki sorunlar,
- Medyanın etkisi,
- Vatandaşların/sağlık hizmetinden yararlananların sağlıkla ilgili yeterli ve doğru bilgi sahibi olmamaları sayılmaktadır (2008 Tarihli ATO Raporu) Araştırmalar, yoksulluk ve yaşam koşullarının, eğitim-

sizliğin şiddeti artırdığını vurgulamaktadır. Ek olarak, araştırmalarda medyada yer alan yayınların, doktorları hedef gösterecek bir yayını dilediği, sağlık çalışanlarıyla ilgili olumsuz ve yanlış yayınlar yapıldığı, doktorların yanlışlık yaptığı durumlarda hasta ve hasta yakınları tarafından cezalandırılacakları fikrinin verildiği türünden bulgulara ulaşmaktadır (2008 ATO Raporu).

Adı geçen raporda yer alan "şiddet nedenlerinin" tamamı dışsal nedenler olup, hemen her kurum ve meslekle ilgili olarak ileri sürülebilecek nedenlerdir. Yani bir polis memuru ya da tapu çalışanının da benzer nedenlerle şiddete maruz kalabileceğini ileri sürmek çok da imkânsız değildir. Bu durumda ise, adı geçen nedenlerin sağlık sektörü bakımından ayırıcı özelliği kalmayacaktır.

Şiddetin faillerinin de sürekli ve her koşulda şiddet gösteren kişiler olmadığı varsayılırsa, buradaki temel sorun şiddete maruz kalan ya da şiddetin gerçekleştiği kurumun özelliklerinden çok, şiddeti uygulayanın o kurumdan ve

kurumda hizmeti yerine getirenlerden aldığı hizmeti nasıl değerlendirdiği ve hizmeti alan kişi ile hizmetin o kişi için (yaşamsal) önemi arasındaki ilişkinin niteliğinin nasıl algılandığı odak olarak karşımıza çıkar.

Bunun anlamı şöyle açıklanabilir; tedavi hizmeti çoğu kez hizmeti alanlar ve yakınları için hayati önem taşır. En basit hastalık halinde dahi, hizmeti alanlar ya da yakınları (tıbbi bilgilerinin olmaması nedeniyle) tedavi sürecini son önemli olarak (gerçekte de öyledir) algılamaktadır. Zira hastanın bizzat kendisi ve/veya yakını, kendisi için son derece önemlidir. Başkaları tarafından da (burada tedavi hizmetini verenler) bu önemin anlaşılması beklentisi içerisindedir (Örneğin; en yoksulların dahi hastalık karşısında mal varlıklarının tamamını sağlığa kavuşmak için harcamaları, bu minvalde değerlendirilmelidir) yani, hastalıkların tedavisi konusunda (ya da sağlık hizmetinden yararlanmak konusunda) normalde kendisinden bekleneilmeyen şeyleri yapabilecek bir ruhsal hazır oluş hali içerisindedir denilebilir.

İşte, dışarıda ya da gündelik yaşamında saldırganlık ve şiddet göstermeyen sıradan insanların (sağlık hizmeti alanlar), sağlık hizmeti sunanlar ile ilişkili olarak (her hangi bir biçimde) ihmal edildiklerini, önemsenmediklerini (bu önemsenmeme, ihmal durumunun sonucu sağlık ya da yaşamın tamamen kaybı olabilir gibi bir düşünce olabilir) hissettirecek bir algılamaları ortaya çıktığında, bu algılamayı abartarak kolaylıkla şiddet eğilimi içerisine girmeleri mümkün olacaktır. Sonuç olarak, şiddetin yöneleceği kişiler ise sağlık hizmetini sunan, o andaki sağlık çalışanları olacaktır.

Ortaya çıkması muhtemel bu şiddete maruz kalma durumunun en önemli nedenlerinden biri olarak, "mesleki duyarsızlık" olgusunu ileri sürebiliriz. Mesleki duyarsızlık, her hangi bir meslek mensubunun olduğu gibi sağlık çalışanlarının da hizmet verebilmek için sahip olması gereken bir temel gereklilik (profesyonelleşme ile ilgilidir) olup duygu, inanç, düşünce ve kanaatlerini işini yaparken dikkate almamak (işini sağlıklı olarak yapmasını engellemeleri amacıyla) anlamını taşır. Bir öğretmenin öğrencisiyle, polisin vatandaşla ve sağlık çalışanının sağlık hizmetinden yararlananlarla girdiği ilişkilerde yaşanması muhtemel bu olgu, hizmeti alan kişiler tarafından "ilgisizlik, önemsenmeme ya da daha olumsuz olarak kasıtlı ihmale uğrama" olarak algılandığında yaratabileceği öfke ve kızgınlık kolaylıkla şiddete dönüşebilecektir. Elbette burada tanımlanan durumların ve gerekçelerin mantıksal kurgusu, kabul edilebilecek ya da hoş görülebilecek türden değildir. Ancak taraflardan birine (hizmeti alanlara ya da hizmeti verenlere veya kurumsal kimliğe) ya da bir dışsal nedene yüklemeler

yapılarak sorunun çözümü de mümkün değildir. Zira, bu her üç faktörün arzu edilen ve şiddeti ortadan kaldıracak biçimde değişmesi, bu günden yarına mümkün değildir.

Hukuksal süreçlerin iyi düzenlenmesi yoluyla, sağlık çalışanlarının şiddete uğrama durumlarının bertaraf edilebileceğini düşünmek de pek akla yatkın

Şiddete maruz kalma durumunun en önemli nedenlerinden biri olarak "mesleki duyarsızlık" olgusunu ileri sürebiliriz. Mesleki duyarsızlık her hangi bir meslek mensubunun olduğu gibi sağlık çalışanlarının da hizmet verebilmek için sahip olması gereken bir temel gereklilik olup duygu, inanç, düşünce ve kanaatlerini işini yaparken dikkate almamak anlamını taşır.

olmayacaktır. Basını suçlamak (her ne kadar sorumluluğu varsa ya da yoksa) akılcı ve sağlıklı bir yol da değildir. Zira, aynı sağlık çalışanları gibi basın mensupları da görevlerini hakkıyla yerine getirmeye çalışmaktadırlar (burada da bir tür basın mensuplarına özgü mesleki duyarsızlığın varlığını gözleyebiliriz) ve bu süreç içerisinde her hangi bir kurum ya da meslek grubuna karşı taviz vermezler/ayrıcalıklı davranmazlar. Bunu yapmak, yani basını suçlamak, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet nedeniyle

sağlık hizmeti alanları suçlamakla aynı mantıksal alt yapıya karşılık gelir ki; bu suçlama, sorunun çözümüne katkı sağlamayacaktır.

Bu sorunun çözümü için belki de önerilebilecek en mantıklı yol, kurumsal profesyonelleşmedir. Bir diğer deyişle, sağlık çalışanlarının içerisinde görev yaptıkları kurumların hasta yakını-sağlık çalışanı ilişkisini en alt düzeye indirecek yönetsel, uygulamalı ve fiziksel tedbirler almak olacaktır. Bu durumda, özellikle "acil yardım" servislerinde gerçekleştirilecek fiziksel düzenlemeler önemli hale gelir. Bu düzenlemeler; hasta ve sağlık çalışanı dışında kimse için yer alamayacağı fiziksel koşulların oluşturulması, hasta yakınlarına hasta hakkında düzenli ve gerçek bilgi verebilecek bir birimin oluşturulması, hasta yakınlarının hastalarını tedavi süresince izleyebilecekleri (enformatik anlamda) koşul ve mekanların oluşturulması vb. tedbirler olabilir. Ayrıca, kamuoyunda olumlu bir izlenim oluşturmak ve başlangıç itibarı ile "ilgisizlik ihtimali" gibi bir varsayımı bireylerin zihninden silmek amacıyla, sağlık kurumunun/kurumlarının "mesleki dayanışma gerekçesi ile" tedavi sırasında ortaya çıkması muhtemel bireysel ve kurumsal hataların ört bas edilmeyeceği ilkesini benimsemesi de sorunun çözümü için önemli adımlar olacaktır.

Kaynaklar

Ü. Ayrancı, Ç. Yenilmez, Y. Günay ve C. Kaptanoğlu; Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3(3):147-154 2008 tarihli ATO Raporu



Bir Hemşirenin Günlüğünden



Ebru ÇEVİK

Tıp Tarihi ve Etik Bilim Uzmanı

O gece ilk yalnız nöbetimi tutacaktım. Bir önceki gece iki kişi çalışmıştık, ertesi gün yalnız çalışacaktım. Daha çalışmaya başlayalı 1-2 hafta olmuştu. Bütün gün heyecandan ve korkudan uyuyamamıştım. Neyse ki nöbet saati gelmiş çatmış ve ben ilk nöbetime gidecektim. Servise geldim ve hemen teslim aldım. Servis, bir önceki günden nasıl bu kadar farklılaşmıştı? Bir hastamız kötüleşmişti. Daha o hastanın yanına yeni varmıştım ki, başımın üstünden bir bardağın uçmasıyla dehşete kapılarak eğildim ve başımı yarılmaktan kurtardım. Olanları algılamaya çalışıyordum, sanki bu bir film karesiydi. Hastanın babası, "uğursuz hemşire" diye bağıyordu. Nöbetçi doktor, kalakaldığımı farkedince beni hemşire odasına götürdü ve ancak o zaman kendime gelebildim. O çocukla daha dün gülüp oynamıştık, şimdi ise yoğun bir kanaması vardı. Hastanın

babası bu kez bağırarak hemşire odasına geldi ve doktorun üzerine yürüdü. Ne yapacağımı şaşırılmış bir vaziyette elime telefonu aldım, güvenliği arayıp servise bir polis gönderilmesini istedim. O sırada hastanın ailesi, daha doğrusu tüm sülalesi servise dolmuştu, şimdi de birbirleriyle tartışıyorlardı. 15-20 kişi vardılar.

Doktor kendini kurtarmıştı, şimdi hastanın tedavisini vermemiz gerekiyordu. Çocuğun babasına durumu açıklıyorduk, o ise bizi dinlemiyor, sürekli "Ben çocuğumu buraya sağlam getirdim" diye söyleniyordu. Yarım saat sonra bir polis servise geldi. Hastaya kan verecektik, polis hastanın babasını ikna etmeye çalışıyordu. Umduğum gibi olmadı, polis de ikna edememişti babayı. Bu arada hastanın bilinci kapanmış, solunumu da yüzeyleşmişti. Hastanın yanına yanaşamıyor-

dum. Süpervizörü bana yardıma gelmesi için aradım, ancak o işi olduğunu, bunu kendi başıma halletmem gerektiğini söyledi. Sonradan bir şey daha öğrenecektim ki, süpervizörü aramak kötü bir durumdu. Hemşirenin yetersizliğini gösteriyordu. Diğer hastaların da ilaçlarını vermem gerekiyordu. Çocukların hepsi uyanık, korku dolu gözlerle bana bakıyorlardı. Bir kaç hastanın annesi serviste kalıyordu, onlara durumu açıklayıp diğer çocukları yalnız bırakmamalarını söyledim. Tedavileri bitirmiştim neyse ki, hastaların diğerleri rahattı. Başasistan gelmiş, doktorunu tek başına bırakmamıştı. Bense tek başımaydım. Tabii ki hastanın ya da ailesinin tedaviyi reddetme hakkı vardı, ancak bu durum başka prosedürlere dayanıyordu ve hasta ailesi buna yanaşmıyordu. Bir baktım ki polis servisten dışarı çıkıyordu ve emrivaki bir ses tonuyla bizim güven-

liğimiz için serviste kalmasını söyledim. Onu zorla serviste tutmuştum tutmasına da, o bir köşeye kıvrılıp uyuyarak bana tepki gösteriyordu.

Ortalık biraz sakinleşmişti, sakinleşmişti derken servis yine kalabalıktı, sadece hastanın babası bağırıp çağırmayı kesmiş, sessizce ağlıyordu. İçim o kadar acıyor, hasta ailesinin hallerine hak veriyordum. Umutlanmışlardı, çünkü son dönem Non-Hodgkin lenfomalı bir hastaya onkologlar %70 yaşam vaat etmiş, aileyi olacıklara hazırlamamışlardı. Diğer hastaların rutinlerini, bu hastanın ne olacağı belli olmayacağından çabuk çabuk bitirmeye çalışıyordum. Doktorlar, kötüleşen hastanın başındaydı. İşlerimi bitirip ben de yanlarına gittim. Çocuğun bilinci kapanmıştı, hastanın babası donuk gözlerle bizi izliyor, yaptıklarımıza müdahale etmiyordu.

Biraz sonra hasta solunum arresti oldu ve ben bu durumu da ilk kez görüyordum. Ellerim titreyerek doktor arkadaşların da yardımıyla acil ilaçları hazırladım. Hasta entübe edilecekti, respiratör bulmamız gerekiyordu, başka servisi arayıp respiratörün nasıl temin edilebileceğini öğrendim. Respiratör gelmişti, hastayı entübe ettik, ancak çocuğun babası gelip entübasyon kanülünü çıkardı ve yine bağırıp çağırmaya başladı. Polis, babayı alıp servisi dışına çıkardı. Hastayı tekrar entübe etmeye çalıştıysak da hiç bir resisütasyona çabasına cevap vermedi ve hasta ex kabul edildi. Asıl iş şimdi başlıyordu. Exi hazırlamak hemşirenin göreviydi, servisin işleri anlatılırken bahsedilmiş, okuldayken de terminal dönem hastalarına bakım konusunda bir kaç işlem gösterilmişti. Servis feryat figandı, ilk eximdi ve daha 20 yaşındaydım. Hastanın babası polisle beraber geri geldi ve çok bitap görünüyordu. Hasta yakınlarını teker teker bayılıyordu ve polis onları acile indirdi. Çocuğu ha-

zırlayıp morga göndermem gerekiyordu. Doktorların da görevi bitmiş, yatmaya çekilmişlerdi. Gözyaşlarım sicim gibi akıyor, kendimi tutamıyordum. Çocuğun üzerini silip çenesini ve ayaklarını bağladım. Kimsecikler yokken rahatça öpüp kokladım, onunla vedalaştım. Onu çarşafa sardım, görevliyi arayarak çocuğu morga gönderdim. Kapıyı, hasta yakınları yeneden gelir diye kilitledim.

İçimde kocaman bir boşluk oluştu, ama ben bununla uğraşmıyordum. Tedavi saati gelmişti ve bütün acımı unutup işime devam etmeliydim. İlaçları dağıttım. Kafam karmakarışık. O, daha küçük bir çocuktur. Güneş sancılı bir şekilde doğarken, ben de yaşamımla ilgili kararlar alıyordum. Her şey o kadar anlamını yitirmişti ki, "Ben bu işi başaramayacağım" diye düşünüyorum, kafamdan istifa etmeyi geçiriyordum. Bir yandan da gözümü o kadar korkutmuşlardı ki, içimdeki kos-kocaman acıya rağmen sabahki teslime eksik bir şey bırakmamak için koşturuyordum.

Sabah olmuş, gündüz hemşireleri gelmişti. Halimden bir şeyler olduğunu anlamışlardı. Aynaya baktım, dağılmış olduğumu gördüm. Anladım ki, o bir şeyler benim için bir şeylerdi, diğer hemşireler içinse sıradan olaylardı. İlgilerini çeken dağılımlığım, çömezliğimdi. Neler olduğunu sormuyorlardı bile, bense garip bir şekilde olanları anlatmak, içimi boşaltmak istiyordum. Teslim başlayana kadar olanları anlattım, ama hiç biri anlattıklarından etkilenmedi. Bir tek süpervizörü çağırma ile ilgili yorumları oldu. Teslim verdim, o kadar yaşadıklarım bile gündüze hazırlamayı unuttuğum serumlar için gerekçe olmamış, epey bir laf işitmişim.

Servisten çıktım, lojmana varmadan dışarıda yağın altında soluklanmak için oturdum ve başladım yaşadıklarımı

düşünmeye. Şiddete uğramıştım, ama başıma gelenlerin hangisinin şiddet olduğu konusunda kararsızdım. Hasta yakınının yaptıkları, işin görünen kısmıydı. Erken dönemde yalnız nöbete kalmam mı, bilgi eksikliği mi, duyarsızlaşmış meslektaşlarım mı, profesyonelliği anlayamam mı, tecrübesizliğim mi, süpervizörün bana yardım etmemesi mi, polisin güvenimizi sağlayamaması mı, exi hazırlamam mı, ölüm mü?..

Hastanın babasının davranışları değil, di kesinlikle beni örseleyen, onların acıları bir nebze olsun haklı gösterebiliyordu yaptıklarını... Evlat acısı yanında benim yaşadıklarım neydi ki, ama yüreğime kocaman öfkeler oturmıştu. Yeterince profesyonel olamadığım için kendime, profesyonellik konusunda ahkâm kesenlere, ölüme alışmam gerektiğini söyleyenlere, onkoloji servislerinde çalışmanın ayrıcalığının duygularından sıyrılmak olduğuna inanmamı bekleyenlere, yaşadıklarımı dinlemeyenlere, ölümü sıradanlaştıranlara çok öfkeliydim hem de çok...

Aradan yıllar geçti. Ne ben görevimden istifa ettim, ne de ölümler bitti. Fakat o gecenin sabahında yazdıklarım inandıklarım değişmedi, değişmedi. Sadece, ölümle ilgili rutinlerde tecrübe edinmişim. Mesela bir hasta arrest olduğunda elim ayağıma dolanmıyordu artık, ancak ölümüne alışmadım. Defalarca da yaşasam, alışmadım ölümün soğuk yüzüne. Başka arayışlarım oldu hep bu yüzden, fakat ölüm her defasında peşimi bırakmadı. Ölümle beraber yaşadığım şiddet de peşimi bırakmadı. Hemşirelik mesleğinin uygulamasında da, eğitim kısmında da farklı psikolojik şiddetler çıktı karşıma. Bense, bir miktar da olsa ölüm dışındakilerle uğraşmayı becerdim.



Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Hukuksal Yollar



Prof. Dr. Hakan HAKERİ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dekanı

Hukuk düzenimiz, sadece sağlık çalışanlarına yönelik olan değil; her türlü şiddet ve diğer hukuka aykırı eylemlerin takibi ve etkin bir şekilde cezalandırılmasına yönelik hükümler öngörmüş bulunmaktadır. Bu çerçevede ana hukuksal yollar, ceza hukuku yaptırımlarının uygulanması ve tazminat hukuku kuralları çerçevesinde de uğranılan maddi ve manevi zararın tazmininin talep edilmesidir. Bu çalışmada, bu iki hukuksal yol üzerinde kısaca durulacaktır.

Ceza Hukuku Açısından Uygulanabilecek Yaptırımlar

Sağlık çalışanlarına yönelik eylemler çoğunlukla üç ayrı suç oluşturmaktadır. Bunlar yaralama, tehdit ve hakaret suçlarıdır. Uygulamada, öldürme suçları ile karşılaşıldığı da vakidir. Ancak,

bunlar daha çok istisnai olduğundan, en çok karşılaşılan suçlar üzerinde durmayı uygun görüyorum:

Yaralama Suçu

Ceza Kanunumuzun 86. maddesinde yaralama suçu düzenlenmiştir. Buna göre:

"Kasten başkasının vücuduna acı

veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır."

Görüldüğü üzere, sağlık personeline karşı bir şiddet uygulandığı takdirde, bu eylem bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasını gerektirmektedir. Ancak

sağlık personeli kamu görevlisi ise, Kanunumuz cezanın bir miktar daha artırılmasını öngörmüştür. Aynı maddenin üçüncü fıkrası şöyle demektedir:

Kasten yaralama suçunun;

- Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı,
- Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,
- Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle,
- Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,
- Silâhla,

İşlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

Böylece, kamu görevlisi bir sağlık çalışanına yönelik olarak, yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle şiddet uygulanırsa, hasta veya hasta yakını 1,5 yıl ile 4,5 yıl arasında bir hapis cezası yaptırımını ile karşı karşıya kalabilecektir. Altını çizmek isterim ki; normalde, yaralama suçu şikâyet üzerine takip edilir. Ancak kamu görevlisine, görevi nedeniyle uygulanan şiddet, re'sen takip edilir. Bunun anlamı şudur: Kovuşturma makamları bu suçu haber aldıkları takdirde, artık soruşturma ve kovuşturma için suçtan zarar görenin bir şikâyetini beklemezler. Hatta suçtan zarar gören şikâyetçi olmasa bile, dava açılır ve ceza verilir.

Burada önemle vurgulamak gerekir ki, cezayı ağırlaştırılan bu nedenin uygulanabilmesi için sağlık çalışanına, görevi nedeniyle şiddet uygulanmalıdır. Görevden bağımsız olarak, ancak

Türk Ceza Kanunu'nun 106.maddesinde tehdit suçu düzenlenmiştir. Buna göre:

"Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Malvarlığı itibarıyla büyük bir zarara uğratacağından veya sair bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise, mağdurun şikâyeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur"

görevi sırasında şiddet uygulanması halinde bu ağırlaştırıcı neden uygulanmayacaktır.

Hemen belirtelim ki, şiddet uygulayan fail hakkında uygulanacak bu cezanın ertelenmesi mümkündür. Keza hâkim, kanundaki şartları gerçekleştirmişse, hükmün açıklanmasını da geri bırakabilir. Bunun anlamı, failin beş yıl içinde yeniden suç işlememesi halinde, bu suçtan dolayı hiçbir zaman hapse girmeyecek olmasıdır. Bu suçtan dolayı uzlaşma mümkün değildir. Yani sağlık çalışanı, fail ile uzlaşarak, faili yargılamadan kurtaramaz. Belirtmek gerekir ki, ceza ertelense veya hükmün açıklanması geri bırakılsa bile, sağlık çalışanının tazminat hakkı saklıdır.

Tehdit

Uygulamada, hasta veya hasta yakınlarının, sağlık çalışanına şiddet uygularken, aynı zamanda çoğu kez tehdit de ettiği görülmektedir. Bu durumda, failin yaralama suçunun yanı sıra tehdit suçu nedeniyle de yargılanması ve ceza alması söz konusu olabilecektir.

Türk Ceza Kanunu'nun 106. maddesinde tehdit suçu düzenlenmiştir. Buna göre:

"Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Malvarlığı itibarıyla büyük bir zarara uğratacağından veya sair bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise, mağdurun şikâyeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur."

Yargıtay kararına konu bir olayda, hasta yakını, sağlık çalışanlarına, "... eğer hastama bir şey olursa hesabını sorarım, bunun arkası gelecek" demiştir. Yargıtay, bu ifadelerin söylendiğinin tanık anlatımları ile anlaşılması karşısında tehdit suçunun gerçekleştiğine karar vermiştir .

Bu suçun cezası da ağır olmadığından, cezanın ertelenmesi veya hükmün açıklanmasının geri bırakılması mümkündür. Hemen belirtelim ki, ceza er-



telense veya hükmün açıklanması geri bırakılsa bile, sağlık çalışanının tazminat hakkı saklıdır.

Hakaret

Son olarak, sağlık çalışanlarının sıklıkla karşılaştığı suçlardan birisi de, hakaret suçudur. Bu suç, sövmeyi de içermektedir. Kanunumuzun 125. maddesine göre:

[1] Bir kimseye onur, şeref ve saygınlığını rencide edebilecek nitelikte somut bir fiil veya olgu isnat eden veya sövmek suretiyle bir kimsenin onur, şeref ve saygınlığına saldıran kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır. Mağdurun gıyabında hakaretin cezalandırılabilmesi için fiilin en az üç kişiyle ihtilâl ederek işlenmesi gerekir. Aynı maddenin üçüncü fıkrası, yaralama suçunda olduğu gibi, mağdurun kamu görevlisi olması halinde cezanın artırılmasını öngörmektedir:

[2] Hakaret Suçunun;

a) Kamu görevlisine karşı görevinden dolayı; İşlenmesi hâlinde, cezanın alt sınırı bir yıldan az olamaz.

Hasta yakınının, devlet hastanesinde hemşire olan şikâyetçiye, hekimin orderı nedeniyle annesine ağır kesici iğne yapamayacağını belirtmesi üzerine söylediği, "Sen sinirli ve ukalasin, hastamızla ilgilenmiyorsun, kendini bir şey zannediyorsun" sözlerinin hakaret olmadığı, Anayasal şikâyet ve eleştiri hakkı kullanılarak serzenişte bulunduğu yerel mahkeme tarafından kabul edilmişse de, hemşirenin kararı temyize götürmesi üzerine, Yargıtay, bu ifadelerin TCK 125'de düzenlenen hakaret suçunu oluşturduğuna karar vermiş ve beraat hükmünü kaldırmıştır .

Bu suç nedeniyle yapılacak yargılama neticesinde de, hükmün açıklanmasının geri bırakılması ve cezanın ertelenmesi mümkündür. Ancak, bu durum, tazminat talebini engellemeyecektir.

Her üç suç bakımından da, savcılığa suç duyurusunda bulunulması gerekmektedir. Sağlık çalışanının kendisinin ceza davası açması mümkün değildir. Savcılık delilleri inceleyerek, sonuçta dava açıp açmayacağına karar verecektir. Savcının dava açmayıp ta-

kipsizlik (kovuşturumama) kararı vermesi durumunda ise, sağlık çalışanı ağır ceza mahkemesine 15 gün içinde itiraz ederek, dava açılmasını talep edebilir.

Tazminat Hukuku Uygulamaları

Sağlık çalışanı hem yaralama, hem tehdit ve hem de hakaret suçları nedeniyle failden tazminat talep edebilir.

Tazminat davası, hasta veya hasta yakını tarafından uygulanan haksız ve suç oluşturan eylem neticesinde uğranılan zararların tazmini amacıyla açılır. Bu davada sağlık çalışanı, hem maddi, hem de manevi zararlarını isteyebilir. Maddi zarar olarak, şiddet nedeniyle çalışmamadan kaynaklanan kayıplar, ilaç vs. masrafları gibi masraflar talep edilebilir. Manevi zarar ise gerçekleştirilen eylem neticesinde duyulan acı, elem, ıstırap gibi nedenlerle ortaya çıkan zarardır. Keza, hakaret nedeniyle yapılan aşağılama da bir manevi tazminat gerektirmektedir. Maddi zarar miktarı, belgelerle ortaya konulabilirken, manevi zararın belgelerle ortaya konması mümkün değildir. Bu nedenle, bu konuda hâkimin büyük takdir yetkisi bulunmaktadır.

Tazminat davası, ceza davasından farklı olarak sağlık çalışanının kendisi tarafından açılmalıdır. Ceza davasını, savcılık durumdan haberdar olduğu takdirde, herhangi bir şikâyet bile olmaksızın açabilirken; tazminat davası kendiliğinden açılmaz. Ayrıca, ceza davasının herhangi bir masrafı yokken; tazminat davasında baştan bir harç ödenmesi gerekir. Yine, ceza davası,



sağlık çalışanı duruşmalara gitmese bile kendiliğinden devam ederken; tazminat davasının takip edilmemesi durumunda, dava düşer.

Sağlık Çalışanının Hukuksal Süreçte Dikkat Etmesi Gereken Hususlar

Bir şiddet, hakaret vb. uygulamaya maruz kalan sağlık çalışanının, durumu bir tutanakla mutlak olarak idareye bildirmesinde yarar vardır. İdarenin de, görevi nedeniyle öğrendiği bu suçu savcılığa bildirmesi sağlanmalıdır. Böylece, sadece bireyin tek başına değil; kurumsal olarak da işin takip edildiği izlenimi uyandırılmasında yarar vardır.

İkinci olarak, hem ceza davasından, hem de tazminat davasından sonuç alınabilmesi, büyük ölçüde ispat sorununun çözümüne bağlıdır. Bu nedenle, ispat hususu büyük önem arz etmektedir. Bu açıdan da, tanıklar ve ilgililer tarafından tutulmuş tutanakların büyük ispat gücü olduğu unutulmamalıdır. O nedenle, olaya tanık olan kişilerle birlikte, olay daha sıcak iken bir tutanak tutulmasında büyük yarar vardır.

Üçüncü olarak, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet önlenmek isteniyorsa, bu eylemler görmezden gelinmemeli, mutlaka takip edilmelidir. Elbette gerek ceza muhakemesi ve gerekse tazminat yargılaması zahmetli süreçlerdir.

Ancak, caydırıcılık açısından bunların takip edilmesinde büyük yarar vardır. Tanıkların olduğu bir olayda da, hele hasta veya hasta yakınının da mali gücü varsa, tazminat davasından büyük olasılıkla olumlu bir sonuç alınacağı ve sonuçta bu külfete degecek bir miktara hükmedilebileceği unutulmamalıdır. Bugün uygulamada, sağlık çalışanlarının %67'sinin şikâyetçi olmadığı aktarılmaktadır. Bu oran çok yüksektir. Bu şekilde, şiddet uygulayanlara, bu şiddete devam etmeleri olanağı sağlanmış olmaktadır.

Sonuç:

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, asla kabul edilemez. Ancak bu bakımdan dikkat edilmesi gereken bazı hususlar olduğu kanaatindeyim. Öncelikle, hasta ve hasta yakınlarının yeterince aydınlatılmaması, bu bakımdan büyük sorun oluşturmaktadır. Yeterli bir aydınlatmanın, şiddeti de bir nebze de olsa önleyeceği kanaatindeyim.

İkinci olarak, sağlık çalışanının iletişim becerisi eğitimi almasının da büyük önem taşıdığı düşüncesindeyim.

Son olarak, hukuki altyapı, sağlık çalışanına yönelik şiddet, tehdit ve hakaret eylemlerini gerekli yaptırıma tabi tutmak

bakımından yeterlidir. Yeter ki, sağlık çalışanı olayın takipçisi olsun. O nedenle, biraz zahmetli de olsa, şiddet, tehdit ve hakaret eylemlerini mutlaka yargıya taşımak gerekir. Baştan bir masraf gerektireceği ve avukat aracılığıyla ya da bizzat takip etmek gerekeceğinden ve hasta ya da hasta yakınının mali gücü yoksa herhangi bir fayda sağlamayacağından, tazminat davası açılmasa bile, mutlaka savcılığa suç duyurusunda bulunulmalıdır. Bu takdirde, sağlık çalışanının polis/savcı ve mahkemede birer kez ifade vereceği de unutulmamalıdır. İleride tekrar bu tip eylemlere maruz kalmamak bakımından, bu kadar külfete de katlanılması gerekmektedir.

[1] 4 CD, 08.10.2007, 7834.

[2] 4 CD, 02.05.2006, 7261/10258.

Türk Tabipleri Birliği, sağlık personeline yönelilen şiddetin suç sayılması gerektiğini belirterek, Türk Ceza Yasası'na eklenmesi istemiyle maddeler hazırladı. Sorunun maddelerde değil, uygulamada olduğunu düşündüğüm ve her meslek grubu için ayrı ayrı kanun hükmü sevk etmenin sakıncalı olduğu görüşünde olduğum için bu teklife karşıyım. Ancak teklif ve gerekçesini aşağıda aktarıyorum.

Sağlık personeline etkileme ve sağlık hizmetini kesintiye uğratma

(1) Sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeline yerine getirdiği sağlık hizmeti nedeniyle yapmaması gereken bir işi yapması veya yapması gereken bir işi yapmaması için emir veren veya baskı yapan veya nüfuz icra eden veya her ne suretle olursa olsun hukuka aykırı olarak etkilemeye teşebbüs eden kimseye iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası verilir.

(2) Bu fiiller sonucunda sağlık hizmeti kesintiye uğramışsa yukarıdaki fıkraya göre belirlenen ceza yarı oranında artırılır.



Obama Sağlık Reformlarının Düşündürdükleri:

Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler

Yrd. Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM
Hacettepe Üniversitesi Öğretim Üyesi
ABSAM Başkanı



Karşılaştırmalı politika analizi çerçevesinde, ülke sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasının en önemli nedenlerinden birisi de dersler çıkarmaktır. Bu anlamda bakıldığında, Türkiye'nin

üyeleri olmak için 2005 yılından bu yana katılım müzakerelerini sürdürdüğü AB ülke sağlık sistemlerinden olduğu kadar, dünya sağlık sistemleri içerisinde genellikle olumsuz bir imaja sahip olan

ve Başkan Barak Obama ile köklü bir reform sürecine giren ABD sağlık sisteminden de alabileceği oldukça çok fazla ders olduğu belirtilebilir.



Bireysellik zihniyetinin biçimlendire geldiği ABD sağlık alanında, köklü reformlar yapma vaadiyle 2008 seçimlerinde ABD Başkanı olarak seçilen Barack Obama (Demokratik Parti), bu vaadine sadık kalarak ve de kesenin ağzını açarak ABD sağlık sistemini köklü bir değişim sürecine sokacak girişimleri başlatmış bulunmaktadır ve alt meclis olan ABD Temsilciler Meclisi'nde Sağlık Reformu Yasa Tasarısı 21 Mart 2010 tarihinde oylanarak 212'ye karşı 219 oyla kabul edilmiştir. Tasarının, bir üst meclis olan Senato tarafından da onaylanması gerekmektedir. Ancak, Senato'da bir engel çıkması beklenmektedir.

Kapsamlı sağlık reformları ile (Healthreform 2010); Devlet

ve işletmeler için sağlık maliyetlerinin uzun vadeli artışını sınırlamak, sağlık maliyetleri nedeniyle aileleri borç veya iflastan korumak, kişilerin sağlık planlarını ve hekim seçebilmesini garanti etmek, korumaya (koruyucu sağlık hizmetlerine) ve iyilik haline yatırım yapmak, hasta güvenliğini ve bakım kalitesini artırmak, tüm Amerikalılar için ödenebilir ve kaliteli sağlık hizmetleri kapsamı güvencesi sağlamak, iş değiştirme veya işini kaybetme durumunda sağlık güvencesinin sürdürülebilmesini sağlamak, önceki var olan sağlık koşullarından/problemlerinden dolayı insanların sağlık güvencesi kapsamına alınmasındaki engelleri ortadan kaldırmak amaçlanmaktadır.

Başkan Barack Obama'nın liderliğinde, sağlık alanında köklü reformlara tanıklık eden ABD'yi reformlara götüren sağlık alanının fotoğrafının ne olduğunu

Kapsamlı sağlık reformları ile (Healthreform 2010):

- » Devlet ve işletmeler için sağlık maliyetlerinin uzun vadeli artışını sınırlamak.
- » Sağlık maliyetleri nedeniyle aileleri borç veya iflastan korumak.
- » Kişilerin sağlık planlarını ve hekim seçebilmesini garanti etmek.
- » Korumaya (koruyucu sağlık hizmetlerine) ve iyilik haline yatırım yapmak.
- » Hasta güvenliğini ve bakım kalitesini artırmak.
- » Tüm Amerikalılar için ödenebilir ve kaliteli sağlık hizmetleri kapsamı güvencesi sağlamak.
- » İş değiştirme veya işini kaybetme durumunda sağlık güvencesinin sürdürülebilmesini sağlamak.
- » Önceki var olan sağlık koşullarından/problemlerinden dolayı insanların sağlık güvencesi kapsamına alınmasındaki engelleri ortadan kaldırmak amaçlanmaktadır.



Tablo 1: ABD, AB-27 ve Türkiye Sağlık Üretimi Sistemlerinin Karşılaştırılması (2007)

Sağlık Üretim Sistemi		Ülkeler		
		ABD	AB-27	Türkiye
Demografi ve Ekonomi	Toplam Nüfus (000)	301.621	493.822	70.586
	Kişi başı GSYİH (ABD Doları-SGP)	45.559	35.828	13.604
Sağlık Sistemi Girdiler	GSYİH'den sağlığa ayrılan pay (%)	16	8,92	6
	Kişi başı sağlık harcaması (ABD Doları- SGP)	7.290	2.468	813
	Hekim sayısı (100.000 kişiye düşen)	312	322,34	154,27
	Hemşire sayısı (100.000 kişiye düşen)	1057	745,47	310,8
	Yatak sayısı (100.000 kişiye düşen)	310	570,18	284,59
	Alkol tüketimi (15+, kişi başı litre)	8,6	9,11	1,2
	Bebek Ölüm Hızı (1.000)	6,7	4,56	20,7
Sağlık Sistemi Çıktıları/ Sonuçları	Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (yıl)	78,1	79,13	71,8
	Anne ölümleri (100.000)	15,1	5,7	21,3
	Sağlık güvencesi kapsamı oranı (%)	85,3	98	80

Veri Kaynakları: Sağlık Bakanlığı (2010); OECD (2009) ve WHO (2010)

irdelemekte yarar görülmektedir. Başka bir ifade ile ABD'yi sağlık reformlarına götüreren resim nasıldır ve daha da önemlisi bu fotoğrafın şekillenmesine neden olan felsefi arka plan nedir? Bu resim ve bu resmi biçimlendiren inanç ve değerler sistemini anlamak, geleceği şekillendirmek ve ülke deneyimlerinden sağlıklı bir şekilde dersler çıkarmak için hayati öneme haiz bir gerekliliktir.

ABD, %16'lık bir oran ile sağlığına GSYİH'den en fazla pay ayıran ülke konumunda (mevcut durumun devam etmesi durumunda, bu oranın 2025 yılında %25'e çıkması tahmin edilmektedir), AB ortalaması ise %9 dolayında. Kişi başı sağlık harcaması 7.290 ABD Doları. Diğer gelişmiş ülkelerin üç katından fazla bir kişi başı sağlık harcaması ve bu harcamalar çok hızlı bir artış göstermekte. Sağlık sigortası primleri 2000 yılından bu yana ikiye katlanmıştır. ABD sağlık harcamalarının bu kadar yüksek olmasının altında

yatan birincil faktör, ABD sağlık sisteminin özel sigorta ağırlıklı bir finansman sistemine sahip olmasıdır. Diğer bir neden ise koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade, sürekli gelişen teknoloji merkezli tedavi hizmetlerine ağırlık verilmesidir. Yani, sağlıkta tıbbi model ön plandadır. Klasik kuraldır; tedavi etmek genellikle korumaktan daha pahalıdır. Nüfusun yaşlanması ve artan tüketici beklentileri sağlık harcamalarının altında yatan diğer nedenler olarak not edilebilir. ABD'de sağlık hizmetleri çok pahalı, insanlar sağlık harcamaları nedeniyle iflas edebilmekte ve yoksul duruma düşebilmektedirler. Nitekim Himmelstein ve diğerlerinin (2009) gerçekleştirdiği bir araştırmaya göre, 2007 yılında gerçekleşen kişisel iflasların %62'si tıbbi harcamalardan kaynaklanmıştır. Kişisel iflas yaşayanların %75'nin de bir şekilde sağlık sigortası da bulunmaktadır. Medikal problemler kaynaklı iflasların 2001 yılından 2007 yılına kadar da %50 oranında bir artış

gösterdiği de aynı araştırma kapsamında ortaya konulmuştur. Başka bir araştırmaya göre 2009 yılında yaşlı olmayan yetişkin nüfusun %41'i (72 milyon kişi) tıbbi borç sahibi olmuşlar veya tıbbi faturaları ödemede zorluk yaşamışlardır (Healthreform 2010).

Sağlık çıktıları/sonuçları açısından bakıldığında, ABD nüfusunun yaklaşık olarak altıda birinin (45 milyon, nüfusun %15'i) sağlık güvencesi hiç olmadığı gibi (sigortasızlık), özel sigortacılık anlayışının hakimiyetinde olan sistemde "eksik sigortalılık" da had safhada. Nüfusun %21'nin eksik sigortalılık kapsamında olduğu belirtilmektedir (Healthreform 2010). Yani, bireyler sahip olduğu sigorta ile ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini tam olarak elde edememektedirler. Yüksek düzeyde sağlık harcaması gerçekleştiren ve diğer sağlık sistemi girdileri açısından da iyi durumda gözükken ABD'nin; bebek ölüm oranı, doğuşta beklenen yaşam süresi

ve anne ölümleri gibi temel sağlık göstergeleri açısından, AB ortalamalarının gerisinde kaldığı görülmektedir (bakınız Tablo 1).

Resmi daha da netleştirmek gerekirse; ABD sağlık sisteminde yasal düzeyde, hizmet sunumu bağlamında ve finansman konusunda parçalanmışlık had safhada. Sağlık olanakları ağırlıklı olarak özel sektörün mülkiyetinde ve özel sektör tarafından işletilmektedir. Sağlık finansmanı ağırlıklı olarak özel sektör sigortacılığı tarafından sağlanmaktadır. Ancak devlet; Medicare, Medicaid, TRICARE, The Children's Health Insurance Program ve Veterans Health Administration gibi programları yürütmektedir. Bu netleşen resimde ABD'de sağlık reformu ihtiyacını doğuran temel unsurları özetlemek gerekirse; (1) sağlık maliyetleri ve harcamaları çok hızlı bir şekilde yükselmektedir, (2) sağlık alanında yapılan harcamaların ve yatırımların karşılığı tam olarak alınmamaktadır, yani verimsizlik söz konusudur, (3) nüfusun önemli bir kesimi sağlık sigortası güvencesinden yoksundur ve eksik sigortalılık durumları had safhadadır.

AB-27 ile karşılaştırmalı resimde, ABD adeta çuvalamaktadır. Göreceli olarak yüksek girdi düzeylerine rağmen ABD'nin sağlık sisteminin çıktılarının/sonuçlarının AB ortalamasının gerisinde seyretmesinin arka planında yer alan faktörler/nedenler neler olabilir? Başka bir ifade ile yukarıda da ifade ettiğimiz gibi bu fotoğrafın şekillenmesinde rol alan esas unsur nedir? Bir ülkenin sağlık sistemi ve bu sistemin performansı; ülkenin değerler yumağının biçimlendirdiği/şekillendirdiği tarihsel, kültürel, sosyal, ekonomik, teknolojik ve inanç gibi değişkenlerin bir yansıması olmaktadır. Bu değerlerin özü ise "dünya görüşü" veya "paradigma"dan başka bir şey değildir. Amerikan toplumuna yön veren "bireyseldilik" ve libe-

ralcilik" bakış açısı veya değer yargısı kendisini sağlık alanında, "Sağlık, diğer herhangi bir mal veya hizmet gibi piyasa koşullarında rahatlıkla alınıp satılabilir bir meta" olarak anlam bulmaktadır. Sağlık ve sağlık alanına yüklenen bu anlam çerçevesinde, sağlık hizmetleri arz ve talebi piyasa koşullarında bireysel ekonomik kapasitelerce yönlendirilmeye çalışılmaktadır. Hal böyle olunca da risk ve belirsizliğin hakim olduğu ve sağlık hizmeti ihtiyacı durumunda katastrofik harcamaların kaçınılmazlığı, bireysel ekonomik kapasiteleri çok fazla zorlamakta ve yukarıda belirtilen iflaslar veya beraberinde kötü bir sağlık sistemi tablosu getirmektedir.





ABD deneyimi de göstermiştir ki para ile saadet olmadığı gibi sağlık da olmamaktadır. ABD'nin sağlık alanında tuttuğu yolun yol olmadığı ve de yolun sonuna gelindiği de Başkan Obama'nın ortaya koyduğu kararlı reform paketi ile görülmektedir. 2003 yılından bu yana Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında sağlık reformlarını gerçekleştirmeye çalışmaktadır ve belli bir yol kat ettiği de görülmektedir.

Buna karşın Avrupa teorisinde/felsefesinde ve pratiğinde ise "Sağlık, doğuştan kazanılmış bir haktır" ve "sağlık hizmetlerinin nevi şahsına münhasır özellikleri, diğer mal ve hizmetler gibi sağlığın piyasa koşullarında alınıp satılmasını sekteye uğratar", dolayısıyla; "finansör", "hizmet sunucu" veya "düzenleyici" olarak devlet müdahalesi kaçınılmazdır bakış açısı hakim. Yani, Avrupa cephesinde sağlık, sosyal devlet anlayışının uygulama alanlarından birisi olarak görülmektedir. Bu bakış açılarının veya dünya görüşlerinin şekillendirdiği üst/yüksek siyaset, alt/düşük bağlamda sağlık politikalarının ve alt uygulamalarının da şekillenmesinde yegane belirleyici olmaktadır. Siyaset, sağlık alanını bütün unsurları ile şekillendirmektedir. Başka bir ifade ile, sağlığı üretmede ABD zihniyeti ile Avrupa zihniyeti köklü bir farklılığa sahiptir. ABD'de bireysellik ön plandayken; Avrupa'da kolektiflik söz konusudur.

Ancak, öngörülen reformlar ile ABD sağlık alanında köklü bir zihniyet değişimine yönelmekte ve devletin sağ-

lık alanındaki "yönetim ve düzenleme (stewardship)" rolünü ön plana çıkarıp güçlendirmektedir. Bu dönüşüm, ayrıca tam anlamı ile olmasa da ABD'de sağlık alanına sosyal bir bakış veya hiç olmazsa korumacı bir yapı kazandırmaya yönelmenin de işaretlerini vermektedir. ABD'de sağlık alanındaki bu zihniyet değişimi; 1963 yılında kaleme aldığı ve sağlık alanında piyasa başarısızlıklarını konu edinen "Uncertainties and the Welfare Economics of Medical Care" adlı makalesi ile sağlık ekonomisi bilim disiplininin gelişmesine öncülük eden ve Ekonomi dalında Nobel Ödülü sahibi Prof Kenneth Arrow'dan (1963) başkasını daha fazla haklı çıkaramaz herhalde. Çünkü Arrow makalesinde özet olarak; nevi şahsına münhasır özelliklerinden dolayı tıbbi bakım piyasasının diğer mal ve hizmet piyasalarından farklı olduğunu ve piyasa koşullarına terk edildiği zaman da piyasa başarısızlıkları ile karşılaşacağını ve tüketici tarafının zarar göreceğini belirtmektedir. ABD'deki sağlık hizmetleri uygulamalarının doğruladığı gibi...



Türkiye açısından çıkarılacak derslere gelecek olursak; ABD deneyimi de göstermiştir ki, para ile saadet olmadığı gibi sağlık da olmamaktadır. ABD'nin sağlık alanında tuttuğu yolun yol olmadığı ve de yolun sonuna gelindiği de Başkan Obama'nın ortaya koyduğu kararlı reform paketi ile görülmektedir. 2003 yılından bu yana Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında sağlık reformlarını gerçekleştirmeye çalışmaktadır ve belli bir yol kat ettiği de görülmektedir.

Türkiye'de zaman zaman cılız da olsa sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak özel sigorta tarafından finanse edilmesi gerektiği veya hiç olmazsa özel sigortacılığın rolünün artırılması gerektiği yönünde görüşler ortaya konulmakta-

dir. Özel sağlık sigortacılık ağırlıklı ABD sağlık sisteminin geldiği nokta yukarıda kısaca gözler önüne serilmiştir. Dolayısıyla Türkiye'nin ABD deneyiminden çıkaracağı ilk ders; sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerinden dolayı özel primler toplanmak suretiyle ağırlıklı olarak finanse edilemeyeceğini, finansal sürdürülebilirliğin sağlanamayacağını ve hakkaniyete zarar vereceğini bilmelidir. Zaten, şu ana kadar Türkiye böyle bir hatanın peşinde olmamıştır.

ABD sağlık finansmanının iki büyük problem alanı, belirtildiği üzere "sigortasızlık" ve "eksik sigortalılık" olmuştur. Bu iki problem aslında, yukarıda belirtilen bireysellik ve bu bireyselliğin beslediği "özel sigortacılık" sisteminin ülke sağlık ortamındaki ağırlıklı varlığından kaynaklanmaktadır. Sağlık reformları da bu iki problem eksenli çözüm üretmeye odaklanmış durumdadır zaten. Türkiye sağlık sisteminde, GSS ile sigortasız kesimi içerecek şekilde herkesi kapsama almak amaçlanmaktadır. Yani, "sigortasız" kesim bırakmamak hedefini gütmektedir. Ancak SDP kapsamında uygulanan bazı uygulamalar

ile "eksik sigortalılık durumu" derinleştirilmektedir maalesef. Bu uygulamaların başında da "kullanıcı katkıları" gelmektedir. Türkiye bir yandan, SDP ve SGR ile sağlık güvencesi sunan sosyal güvenlik programlarını tek çatı altında birleştirerek oluşturduğu genel sağlık sigortası ile tüm nüfusu sağlık güvencesi kapsamına almayı amaçlarken, yani kapsam genişliğini artırmaya çalışırken; diğer taraftan çelişkili bir şekilde aynı reformlar kapsamında sağlık güvencesi kapsamının derinliğinin sığlaşmasına yol açan kullanıcı katkılarını da yaygınlıkla ve çeşitli yoğunluklarda kullanılmaktadır. Kullanıcı katkıları, "cepten yapılan sağlık harcamaları"nın önemli bir kalemidir ve de problemlidir.

Türkiye, sağlık politikalarını belirlerken ve sağlık sistemini şekillendirirken; "AB üyesi tüm ülkelerde ve AB düzeyinde geçerli olan, sağlığın ve sağlık hizmetlerinin de doğasına uygun olan ve sağlık hizmetleri doğasının beraberce getirdiği piyasa başarısızlıklarına bir cevap niteliği taşıyan ve herkesi kapsama, dayanışma, hakkaniyet ve kalite değerlerini içeren "Avrupa sosyal

modeli" felsefi bakış açısını içselleştirmeli ve uygulamaya koymalıdır". Aksi düşünülemez, hele sağlık hizmetleri talebinin finansmanında tümüyle "özel sağlık sigortası"nın kullanılması hiç düşünülemez. İnsanın en değerli sermayesi olan ve elverdiği ölçüde de diğer sermayeleri de elde etmenin varlık sebebi olan SAĞLIK ve alt unsurları tümüyle özel sektöre bırakılmaz. Eğer yapılırsa, ne bilime sığar ne de insanlığa... (Yıldırım 2010).

Referanslar

- Arrow K.J. (1963). Uncertainties and the Welfare Economics of Medical Care. The American Economic Review, 53 (5): 941-973.
- Healthreform. (2010). www.healthreform.gov (erişim, 22/3/2010)
- Himmelstein DU et al. (2009). Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study. The American Journal of Medicine, XX (X): 1-6.
- OECD. (2009). OECD Health Data 2009, OECD.
- Sağlık Bakanlığı (2010). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- WHO. (2010). WHO Europe Health For All Database 2010, WHO.
- Yıldırım HH. (2010). AB ve Sağlık Yazıları, Ankara (yayınlanmamış kitap çalışması).



Farkına Varmak, Anlam Vermek, İnsan Olmak!



Doğan Cüceloğlu

Bundan yüzyıl önceki bilgilerin ötesine geçememiş insanlardan oluşan bir topluma gittiğinizi düşünün. Farz edin ki, şöyle diyorsunuz; "Şu anda farkına varamadığımız enerjilerle kuşatılmış durumdayız; elimde bir radyo ya da televizyon cihazı olsa, bu enerjileri sizin duyabileceğiniz ve görebileceğiniz biçime sokabilirim." Ne söylediğinizi anlayamazlar. Eğer güvenilir bir insan olarak biliniyorsanız ve onlar da yeni bilgilere meraklı insanlarsa, merak edip soru sorabilirler ve böylece onlar için yepyeni bir bilgi dünyasının kapısı açılabilir. Meraklı insanlar değilse, sen söylemiş olursun, onlar da dinlemiş olurlar, hiçbir şey değişmeden hayat devam edip gider. Sana güvenilir insan olarak bakmıyorlarsa, "yalancı" ya da "deli" olduğunu, ya da "hain" olduğunu

düşünürler ve sizin hayatınızı tehlikeye sokacak bir durum dahi yaratabilirler. Bundan yüzyıl önceki bilgiyle yaşama bakan ve anlam veren insanların sinir sistemi ile seninki arasında hiçbir fark yok; fark donanımda değil, yazılımda. İnsanoğlu olgunlaştıkça, öğrendikçe, geliştikçe yeni yazılımlar oluşturuyor; aynı donanım yeni yazılımlara ev sahipliği yapıyor.

Biraz açmak istiyorum: Diyelim yeni bir bilgisayar aldınız, yüksek kapasiteli. Bu, onun donanımdır. Bu bilgisayara değişik programlar yüklemeye başlıyorsunuz, "Excel," "Powerpoint," "Word," ve benzeri gibi. Eğer biri size "Adobe flash player" ile bir veri gönderirse ve o yazılım sizde yoksa, açamazsınız. Bu örnekler çoğaltılabilir.

Neden bu örnekleri veriyorum? Çünkü çocuk doğduğunda muhteşem bir potansiyel olarak doğar, sadece donanımdır ve kendisi çevrenin de yardımıyla kendi programını, yazılımını yapmaya çabalar ve yavaş yavaş kendi anlam verme sistemini oluşturur. Anlam verme sistemi oluşturma çabası, çocuğun yaşamındaki en önemli uğraştır. Çocuğun içinde yetiştiği ortam bu uğraşın **a)** farkında olabilir, **b)** olmayabilir. Farkında olduğu halde **c)** önemseyebilir, **d)** önemsemeyebilir. Çocuk, anlam verme sistemi oluşturma uğraşısı önemsemeyen bir ortamda yetişmişse, sistemini oradan buradan etkilendiği kişilere özenerek oluşturur. Bu ortamda, çocuğun geliştirdiği anlam verme sisteminin sağlıklı ya da sağlıksız oluşu tesadüflere bağlı olacaktır.

Şimdi bir ev ortamı düşünün; anne ve baba, çocuk içeri girmeden atışmışlardır ve annenin kalbi kırılmıştır, ağlamamak için kendini zor tutmaktadır. Çocuk içeriye girer:

Çocuk: Anne niye üzgünsün?

Anne: Üzgün değilim. Hadi sen git oyn.

Çocuk, döner babasına bakar.

Baba: Anneni rahat bırak; üstüne vazife olmayan şeylere karışma.

Çocuk şaşkın annesine bakar. Annesinin gözleri dolu

doludur. Biraz sonra annenin gözlerinden yaşlar dökülmeye başlar.

Baba: Bak gördün mü ne yaptın! Haydi git, çık dışarıya!

Çocuğun kafası karışmış, anlayamamış, korkmuş, üzülmüş ve içinde bir boşluk oluşmuştur.

İçti acı ve bu acıyı unutmak için hemen oyuna dalmak ister veya odasına gider, ya da imkân varsa sokağa çıkar. Oyun oynayarak bu olayı unuttur.



Sağlıklı anlam verme sistemi, çocuğun hem kendi içinde hem de dışında yer alan olayları fark edip onlara anlam vermesinin temelidir. Böylece çocuk kendini, yaşamını, içinde yaşadığı dünyayı düzenli, anlaşılabilir ve bu nedenle önceden kestirilebilir sistem olarak algılamaya başlar. Kendisiyle, diğerleriyle ve çevresiyle kurduğu ilişkiler anlamlı ve işlevseldir.

Ne demek işlevsel? Yani çocuk, kurduğu ilişkiler içinde kendi gereksinmelerini ve duygularını ifade edebilir ve yaşama uyum sağlayabilir. Sorunlar çıkabilir, ama bu sorunların bu ilişkiler ağı içinde bir çözümü vardır, diye düşünür. Çocuk, kendisinin yaşama uygun olduğunu ve sorunları aklıyla çözebileceğini hisseder, inanır.

İnsanın akıl sağlığının ve özdeğerinin temeli bu "yaşama uygun olma" hissi ve inancıdır. "Her zaman sorunlar çıkabilir, ama bir yolunu bulur, ben bu sorunların üstesinden gelirim" inancı.

Sağlıksız bir ortamda büyüyen çocuğun anlam verme sistemi, karmaşık bir dünya yansıtır. Çocuk ne kendini, ne ilişkilerini, ne de içinde yaşadığı dünyayı anlayabilir. Yüzlerce

yıl önceki insanların hayata bakarken anlamadıkları bir dünyaya bakışları gibi bakar. Anlam veremediği bir dünyada yaşamaktadır ve yaşamını yönetecek ne bilgisi, ne gücü, ne de umudu vardır. Korkmuş, sinmiş ve kaygı içinde, ancak güçlü birine yalakalıkla ayakta kalmaya çalışmaktadır. Sinmiştir ve kendi yaşamında sorumluluk almaz; kendini güçsüz ve çaresiz hisseder.

Yukarıdaki anekdot gibi Acı veren bu tür olayları oyun oynayarak unutmayı çocuklar çabuk öğrenir. Ama bu tür olayların sayısı arttıkça çocuk içine kapalı, korku dolu, kendine güvenini kaybetmiş, karamsar biri olarak büyümeye başlar. Niçin?

Çünkü, anlam verme sistemi gerçekler üzerinde değil, sahte görünüm ve korkular üzerine kurulmaya başlamıştır. Bir ana-babanın evladına bırakabileceği en anlamlı, en güçlü miras ne olabilir?

Bu soru bana sorulduğunda cevabım, anlam verme sistemi olacaktır. Evet, 52 yıllık bir meslek yaşamı içinde değerlendirerek yazıyorum, cevabım bu olacaktır.

Ana-babaların çocuklarına bırakabileceği en güçlü sermaye, onların kazanmış olduğu anlam verme sistemidir.

Bir ulusun en büyük sermayesi de, o toplumun anlam verme sistemidir.

İnsanın gerçek gücünün kaynağı, onun anlam verme sistemidir.

Kıssadan hisse: Kendi anlam verme sistemimizin farkına varalım ve çocuklarımızı yetiştirirken, onların sağlıklı anlam verme sistemi geliştirmesine özen gösterelim.





Ev-Çevre Kazaları, Düşme ve Yaralanmalar

Kaza denilince; beklenmedik bir zamanda ve beklenmedik şekilde oluşan yaralanmalarla, can ve mal kayıplarına neden olan olaylar aklımıza gelir. Soğuk kış günlerinde evlerimiz ve dar çevresiyle sınırlı kaldığımız hareket alanımız, güneşin dünyamıza daha çok ısı ve ışık vermeye başladığı bahar ve yaz aylarında alabildiğince genişlemeye başlar. Bu hareket alanı genişliği, bizim fiziksel olarak daha çok aktif olmamızı ve tabii olarak küçük ve büyük kazalara daha fazla maruz kalmamızı da beraberinde getirir.

Dr. Öner Güner

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre, ölüm sıralamasında kaza sonucu ölümler 4. sırada yer almaktadır. DİE'nin 2001 yılı kayıtlarına göre 1-4 yaş grubu çocuk ölüm nedenleri arasında kazalar yine 4. sırada yer almaktadır.

Bu kaza çeşitleri ve alınacak tedbirler açısından ev ve çevresindeki kazalar, dışarıdaki kazalar ve çalışma alanındaki(işyeri) kazalar olarak da sınıflandırmamız uygun olacaktır. Çocuklar, kazaya daha fazla maruz kalan grup olarak karşımıza çıkmakta olup, herkesten daha çok koruma ve kollamaya muhtaçtırlar. Çocuklarda görülen kazaların büyük kısmı evde meydana gelmektedir. Dünyada ve ülkemizde ev ve çevresi kazaları; özellikle okul öncesi 0-6 yaş dönemi çocuk-

larında, çeşitli yaralanmalara, sakatlanmalara ve hatta ölümlere neden olması açısından önemle üzerinde durulması gereken bir konudur. Bunlardan özellikle ev kazaları, bir evin içerisinde veya müstemilatı içinde bahçe, havuz ve garaj vb. meydana gelen, çoğunlukla basit tedbirlerle önlenabilir olaylardır. Çocuklardan daha az sıklıkla, yaşlılar da bu tip kazalarla zaman zaman karşılaşmaktadır.



Ev ve Yakın Çevresindeki Kazalar

Ev ortamı ve varsa bahçesindeki her bölüm mutfağından oturma odasına, banyodan balkonlarına ve bahçesinden merdivenlerine kadar çocuklar için potansiyel bir kaza alanıdır.İç mekan düzenlemesi ve eşya yerleştirilmesi yapılırken alınacak önlemler, hayat kurtarıcı olabilir.Ev içinde ve çevresinde sıklıkla karşılaştığımız kazalar kısaca;

- Yanıklar ve haşlanmalar
- Yangın
- Zehirlenmeler
- Düşmeler ve kaymalar
- Yaralanma, incinme ve kesiler(dolap, raf düşmesi vb)
- Elektrik çarpması
- Boğulmalar (küvet,havuz vb ve küçük taneli yiyecek ve materyaller)

Alınacak Tedbirler

- Mutfakta kullanılan kesici alet ve malzemelerin, çocukların ulaşım alanı dışında muhafaza edilmeleri
- Sıcak yiyecek- içecek ve ütü vb aletlerin, kolay ulaşılacak yerlerde tutulmaması,
- Zehirlenmeye sebep olacak ilaç, deterjan, temizlik malzemeleri vb materyallerin, kilitli dolaplarda tutulması,
- Elektrik prizlerinin mutlaka kapaklı olmasına dikkat edilmesi,
- Banyo küvet ve havuzların mutlaka ebeveyn gözetiminde kullanımının sağlanması,
- Pencere cam ve balkonların sarkma ve düşmeye karşı tedbirli yapılmış olmaları,
- Küçük taneli besin maddeleri ve 2 cm altında parçaları olan oyuncakların, 4 yaş altı çocukların ulaşım alanı dışında tutulmaları muhtemel bir çok kazayı önleyecektir.

Dış Ortam Kazaları

Bunlar özellikle kayma,düşme ve çarpma(trafik kazası) sonucu ortaya çıkan ve en hafif şekliyle incinme, burkulma, yaralanmadan; kırık-çıkık ve kalıcı fonksiyon kayıplarına kadar varan, hatta can kaybına bile sebep olan kazalardır.

Bunlardan özellikle yüksekten düşmeler, daha çok yaz aylarında ağaçtan düşme şeklinde olmaktadır.İlk sırayı meyve ağaçlarından düşmeler(incir, ceviz, elma vb) almakta ve düşülen yüksekliğe ve zemine göre kırık-çıkık,felç kalma ve iç kanamalara sebep olmaktadır.





Merkezi Hastane Randevu Sistemi Hayata Geçti



MHRS; vatandaşların Sağlık Bakanlığına bağlı 2 ve 3. basamak hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri için 182 MHRS Çağrı Merkezini arayarak canlı operatörlerden, kendilerine istedikleri hastane ve hekimden randevu alabilecekleri bir uygulamadır.

MHRS'nin amaçları nelerdir?

» Hastanelerde daha iyi bir kaynak planlanması (iş gücü ve teçhizat kullanımının etkin ve verimli planlanması) yapılarak vatandaş/hasta memnuniyetinin artırılması, hastanelerde kuyrukların azaltılması.

» Hastanelerde kaynak kullanımının ve dağıtımının öl-

çülmesi (iş gücü, makine ve teçhizat kullanımının etkin ve verimli uygulanması)suretiyle; sağlık hizmetleri sunumunun, verim ve kalitesinin artırılması.

» MHRS verileriyle, sağlık politikaları geliştirilmesine yardımcı olunması.

MHRS Pilot Uygulaması

MHRS; pilot uygulama kapsamında Erzurum, Yalova, Eskişehir ve Kayseri illerinde uygulanmaya başlamıştır. Pilot uygulama boyunca gözlem yapılacak ve ardından tüm Türkiye'ye yaygınlaştırma süreci başlayacaktır.

Randevu nasıl alınır?

» Ev, iş, ankesör ve cep telefonlarından 182 numaralı "Sağlık Bakanlığı MHRS Çağrı Merkezi" aranır.

» 182 numaralı telefonu arayan vatandaş tarafından, çağrıyı karşılayan asistana (canlı operatör) randevu talebinde bulunulan vatandaşın T.C. Kimlik Numarası verilir. Asistan, vatandaş bilgilerini doğrular.

» Vatandaş, Erzurum veya Kayseri illerinden randevu talebinde bulunduğu hastane, poliklinik ve hekim bilgilerinden en azından hangi polikliniğe gideceğini asistana bildirdikten sonra, asistan uygun tarih ve saat dilimlerini vatandaşa iletir.

» Vatandaş, seçimini yaparak randevusunu alır.

Randevu nasıl iptal edilir?

» Ev, iş, ankesör ve cep telefonlarından 182 numaralı Sağlık Bakanlığı MHRS Çağrı Merkezi aranır. Bu arama, randevu zamanından önce yapılmalıdır.

» 182 numaralı telefonu arayan vatandaş tarafından, çağrıyı karşılayan asistana randevu talebinde bulunulan vatandaşın T.C. Kimlik Numarası verilir. Asistan, vatandaş bilgilerini doğrular.

» Vatandaş, iptalini istediği randevusunun, tarih ve zamanını asistana iletir. Asistan tarafından ilgili randevu iptal edilir.



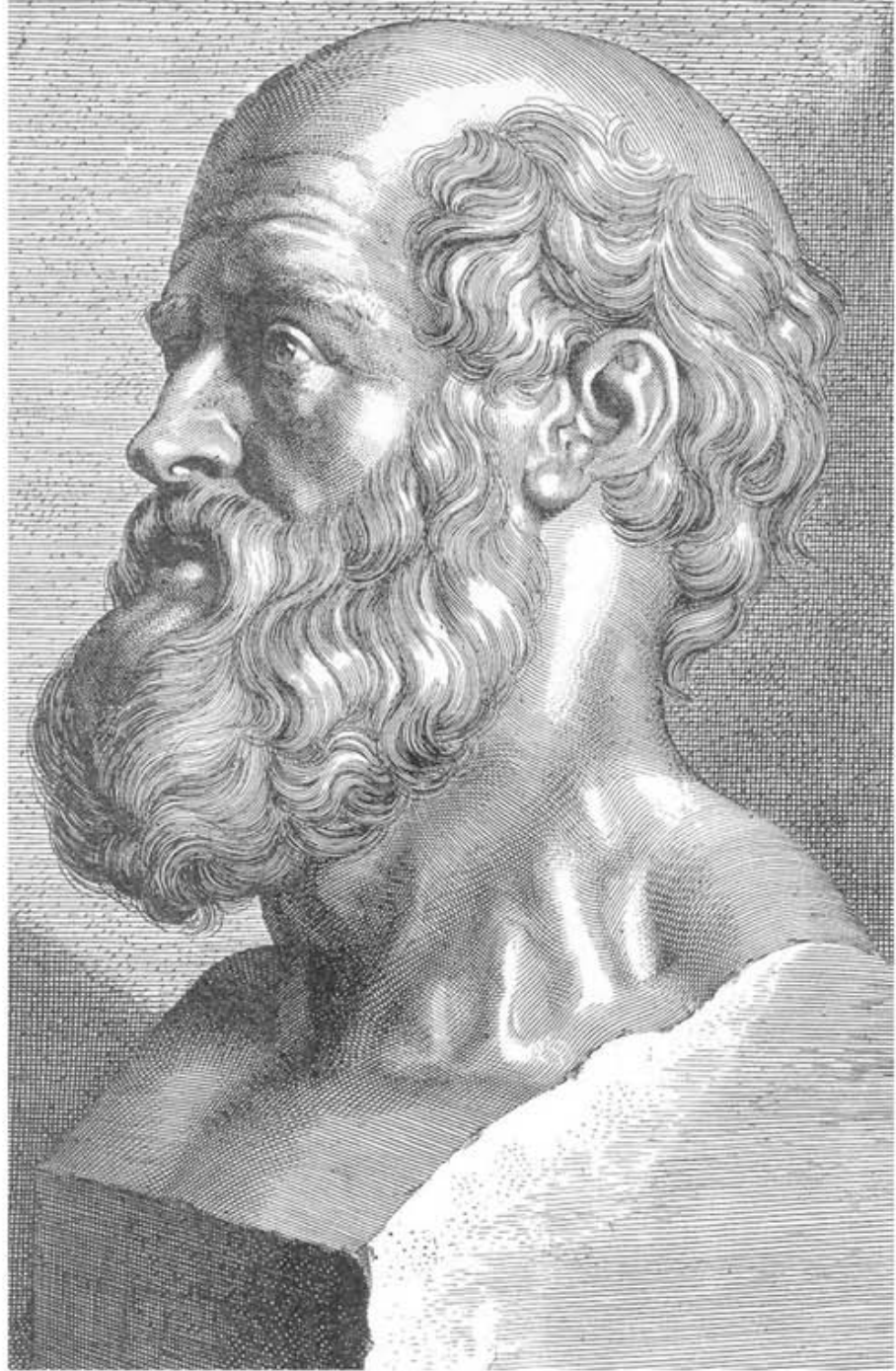


Tıp Etiği ve Hipokrat

Hipokrat'ın ilk kuralı; hekimin, gerek düşünceleri gerekse seçtiği tedavi ile hastaya zarar vermemesidir.

Hipokrat yemini, hekimlik sanatının önemli sembollerinden birisidir.

Herhangi bir bağlayıcılığı ve yasal yaptırım olmamasına rağmen metin, hekimlik tarihi ve yasaları açısından önem taşımaktadır.



Hipokrat Kimdir?

Günümüzde tıbbın babası olarak kabul edilen Hipokrat (Hippocrates), Hz. İsa'dan önce 460 yılında bugün Yunanistan'a bağlı olan Kos Adasında doğmuştur. Hekim Heraklides'in oğludur. Yaşadığı dönem, sanatçı ve entelektüellerin ilk kez gerçeği aradıkları zamanlar olan Yunan döneminin altın çağıdır. Yaşadığı dönemdeki inanışın aksine, hastalıkların olağanüstü güçlerden ve mitolojik tanrıların gazabından kaynaklandığına inanmamış; her hastalığının fiziksel ve gerçekçi bir açıklaması olduğunu düşünmüştür.

Çalışmalarını gözlem üzerine oturtmuş, tıbbi bilim ve sanat haline getir-

miştir. Zatüre ve çocuklardaki sara hastalığının belirtilerini ilk tanımlayan hekimdir. Yine, düşünce ve duyguların kalpten değil; beyinden kaynaklandığı fikrini ortaya atan ilk hekim Hipokrat'tır. Sanatını icra etmek üzere tüm Yunanistan'ı dolaşmış, Kos Adası'nda bir tıp okulu kurup düşüncelerini öğretmiştir. Öğretisi, genelde etik ağırlıklıdır. Bu, Hipokrat andında da açıkça görülmektedir. Bilimsel tıbbın kurucusu olan büyük hekim Hz. İsa'dan önce 377 yılında ölmüştür.

Yetmiş bula çalışmaları daha sonra kitap haline getirilmiş ve 18.yüzyıla kadar, tıpta klasik kitap olarak 2000

yıldan uzun bir süre kullanılmıştır. Yine iki bin yıldan beri mesleğe adım atan tüm hekimlerin, değişik şekillerini okuduğu Hipokrat yemini sanılanın aksine Hipokrat'ın kendisi tarafından değil; muhtemelen oğlu ya da öğrencilerinden biri tarafından Hz. İsa'dan önce 5. yüzyılda yazıya dökülmüştür.

Hipokrat'ın ilk kuralı; hekimin, gerek düşünceleri gerekse seçtiği tedavi ile hastaya zarar vermemesidir. Hipokrat yemini, hekimlik sanatının önemli sembollerinden birisidir. Herhangi bir bağlayıcılığı ve yasal yaptırımı olmamasına rağmen metin, hekimlik tarihi ve yasaları açısından önem taşımaktadır.

Hipokrat Yemininin Orijinal Hali

"Hekim apollon aesculapions, hygia panacea ve bütün tanrı ve tanrıçalar adına!... and içerim, onları tanık ve şahit tutarım ki, bu andımı ve verdiğim sözü, gücüm kuvvetim yettiği kadar yerine getireceğim. Bu sanatta hocamı, babam gibi tanıyacağım, rızkımı onunla paylaşacağım. Paraya ihtiyacı olursa, kesemi onunla bölüşeceğim. Öğrenmek istedikleri takdirde onun çocuklarına bu sanatı bir ücret veya senet almaksızın öğreteceğim. Reçetelerin örneklerini, ağızdan bilgileri şifahi ma-

lumati ve başka dersleri evlatlarıma, hocamın çocuklarına ve hekim andı içenlere öğreteceğim. Bunlardan başka bir kimseye öğretmeyeceğim. Gücüm yettiği kadar tedavimi hiçbir vakit kötülük için değil; yardım için kullanacağım. Benden ağı (zehir) isteyen onu vermeyeceğim gibi, böyle bir hareket tarzını bile tavsiye etmeyeceğim. Bunun gibi gebe bir kadına çocuk düşürmesi için ilaç vermeyeceğim. Fakat hayatımı, sanatımı tertemiz bir şekilde kullanacağım. Bıçağımı mesanesinde taş olan

muzdariplerde bile kullanmayacağım. Bunun için yerimi ehline terk edeceğim. Hangi eve girersem gireyim, hastaya yardım için gireceğim. Kasıtlı olan bütün kötülüklerden kaçınacağım. İster hür; ister köle olsun erkek ve kadınların vücudunu kötüye kullanmaktan, mazarattan sakınacağım. Gerek sanatımın icrası sırasında, gerek sanatımın dışında insanlarla münasebette iken etrafımda olup bitenleri, görüp işittiklerimi bir sır olarak saklayacağım ve kimseye açmayacağım. "

Günümüzdeki Hali

Hekimlik mesleği üyeleri arasına katıldığım şu anda, hayatımı insanlık yolunda adayacağımı açıkça bildiriyor ve söz veriyorum, Hocalarıma, saygı ve gönül borcumu her zaman koruyacağıma, sanatımı vicdanımın buyrukları doğrultusunda dikkat ve özenle yerine getireceğime, hasta ve toplumun sağlığını baş görev sayacağıma, benden hizmet bekleyen kimselerin sırlarına saygılı olacağıma ve onları saklayacağıma, hekimlik mesleğinin onurunu ve temiz töresini sürdüreceğime, meslektaşlarımı kardeş bileceğime, din, milliyet, ırk, siyasi eğilim ya da toplumsal sınıf ayrımlarının, görevimle hastam arasına girmesine izin vermeyeceğime, insan hayatına kesinlikle saygı göstereceğime, baskı altında kalsam bile, tıp bilgilerimi insanlık değer ve yasalarına karşı kullanmayacağıma, açıkça, özgürce ve namusum üzerine and içerim.

Kaynakça; Tıp Etiğine Giriş, Doç. Dr. Erdem Aydın, www.opereysin.com, www.hekimce.com, http://tr.wikipedia.org



19 MAYIS 1915

Yaklaşık bir yıl süren Çanakkale savaşları boyunca yüz binlerce şehit verildi. Savaşın en trajik olaylarından birisi ise 1915'in Mayıs ayının 18' ini 19' una bağlayan gecede yaşandı. Bu gece saat 03.30 civarında verilen taarruz emri ile birlikte gözünü kırpmadan düşman üzerine yürüyen on bin vatan evladı birkaç saat içinde şehit oldu. Çanakkale savaşları boyunca bu kadar kısa süre içinde bu sayıda şehidin verildiği başka bir trajedi yaşanmadı. Şehit olanlar arasında çok sayıda tıbbiyeli öğrenci de bulunuyordu.



Yrd. Doç. Dr. Ahmet Esenkaya
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Öğretim Üyesi

Enver Paşa Yanıltılmıştı

Harekât tarzlarında bazı çelişkiler görülen, ilk günlerde çok yavaş davranıp daha sonra her takviye birliğinin arkasından "Derhal taarruz ediniz, düşmanı hemen denize dökünüz vb..." gibi emirlerle, bölgedeki komutanlıkları devamlı baskı ve hazırlıksız taarruzlara zorlayan 5'nci Ordu Komutanı durulmuş ve Arıburnu'nda meydana gelen durumun, mevzi savaşı karakterine dönüştüğünü kavramıştı. Fakat çok şey kaybedilmişti. Savaşın ilk döneminde yapılması gereken erken hücumların fırsatı kaçmıştı. Birlikler, küçük parçalar halinde ve ayağının tozu ile kullanılmıştı. Gücünden fazla işlerde yorulup hırpalanmışlardı.

Düşman çıkarması tamamlanmış, yeni kuvvetlerle artırılmış ve toprağa gömülüp mevzilerini derinlik tahkimatı ile de sağlamlaştırmışlardı. Bundan sonra, aynı birliklerle hareket ve tesa-

düf muharebesi denemelerine kalkışmak, artık olacak şey değildi. Oysa Genel Karargâh Merkezi hala taarruz fikrinde ısrarlıydı ve düşmanın derhal denize dökülmesini istiyordu. Onun da bir dereceye kadar hakkı vardı.

Enver Paşa, Arıburnu'nda 28 Nisan'a kadar tekrarlanan taarruzlar hakkında gerçekten çok yanlış kanılara düşürülmüştü. 5'nci Ordu Komutanı, günlük harekâtlar henüz gelişip ne olduğu belli olmadan, bazı haberlerin heyecanına kapılmış ve İstanbul'a gönderdiği raporlarda pek abartmalı bir dil kullanmıştı. Bu raporlarda, bir kısım düşman kuvvetlerinin denize döküldüğü, diğerlerinin de nerede ise denize dökülüp yok edileceği anlatılmıştı. Başkomutan Vekili cepheden uzakta bulunuyor ve eline geçen ordu raporlarına göre durumu değerlendiriyordu. Son rapora rağmen düşünceleri değişmemişti. Düşman zayıftı ve kolaylıkla denize dökülmesi mümkündü. Fakat

beceriksizlik gösteriliyor, devamlı fırsatlar kaçırılıyordu. Enver Paşa pek haksız sayılmazdı. Çünkü Mareşal Liman Von Sanders son gönderdiği raporunda dahi, sivri noktaları yumuşatmış ve olayları olumlu açıdan belirtmeye çalışmıştı.

Mustafa Kemal'den Önemli Karar

Hem sürekli olarak donanma bombardımanı altında kalan, hem de sürekli hücum yaptırılan Türk askeri, ağır kayıplar verirken, 5'nci Ordu'nun mevcut tavrından rahatsız olan Mustafa Kemal, 3 Mayıs 1915 günü kendi üstlerini atlayıp, Başkomutan Vekili Enver Paşa'ya bir mektup gönderdi

Enver Paşa 4 Mayıs 1915 tarihli stratejik icaplar gerekçesiyle, Çanakkale cephesinin erken tasfiyesini istedi. Bu emir, Ordu Komutanlığı karargâhında büyük tepkilere yol açtı.



Arıburnu Bölgesinde Emir ve Komuta Değişikliği

İngilizlerin, Arıburnu'nda çıkarma hareketlerine başladığı 25 Nisan'dan 5 Mayıs'a kadar buradaki bütün birliklere, 19'ncü Tümen Komutanı Yarbay Mustafa Kemal komuta etmiş, sevk ve idarede kayda değer bir aksaklık da olmamıştır.

Ancak, yalnız 19'ncü Tümen Karargâhı'yla, hem kendi Tümenini hem de emrindeki diğer birlikleri idare etmekte bazı güçlükler çıkıyordu. Gerçekten alt kademelerdeki kol düzenlerinin karargâh olmaksızın, bu komutanlıkların taktik ve idari işlere yetişebilmek bazen mümkün olmuyordu. Haberleşme, ikmal işleri gibi hizmetlerin yürütülmesinde haliyle sıkıntılar da yaşanabiliyordu.

Ayrıca 3'ncü Kolordu Komutanı, kuzey ve güney cephe kesimine birden komuta ediyordu. Bir de 15'nci Kolordu Komutanı'nın Anadolu yakasında bir işi kalmamıştı. Rahatlıkla Güney Seddülbahir cephesinin sorumluluğunu üzerine alabilirdi. Bu durumları yeniden gözden geçiren 5'nci Ordu Komutanlığı, 5 Mayıs 1915 tarihli bir emriyle gerek Arıburnu gerekse diğer kesimlerdeki savunma birliklerini yeniden dört grup halinde düzenledi. Bölgeler sınırlandı, grup teşkilatı kuruldu.

Buna göre bölgeler arası grup teşkilatı şöyle oldu: Anadolu Grubu, Saros Grubu, Güney Grubu (Alçıtepe'nin güneyindeki kuvvetler) ve Kuzey Grubu (Arıburnu ve Anafartalar'daki kuvvetler).

Güney Grup Komutanlığı'na (Seddülbahir cephe kesimi) da, 15'nci Kolordu Komutanı Weber Paşa getirildi.

Kuzey Grup Komutanlığı'na Esat Paşa görevlendirildi. Sorumluluk sı-

nırları kuzeyde Despot limanından, güneyde Kumtepe'ye uzanıyordu. Bu grup emrindeki kuvvetler: 19'ncü, 5'nci ve 16'nci Tümen'lerdi. Arıburnu cephesi kesiminde yerleşen tümenlerden, 19'ncü Tümen kuzey kanatta, 5'nci Tümen merkezde, 16'nci Tümen de, güney kanattaki yerlerini aldılar. 3'ncü Kolordu Karargâhı ise, 17 Mayıs'tan itibaren Maltepe'den Kemalyeri'ne, buradaki 19'ncü Tümen karargâhı da, Conkbayırı yakınında bir noktaya yer değiştirdi.

Bu son düzenlemeyle Yarbay Mustafa Kemal (Atatürk)'in, 25 Nisan 1915'te başlayan ve 23 gün süren Arıburnu Kuvvetleri Komutanlığı bitiyor, doğrudan 19'ncü Tümen Komutanlığı görevi devam ediyordu.

19 Mayıs 1915 Türk Taarruzu Hazırlığı

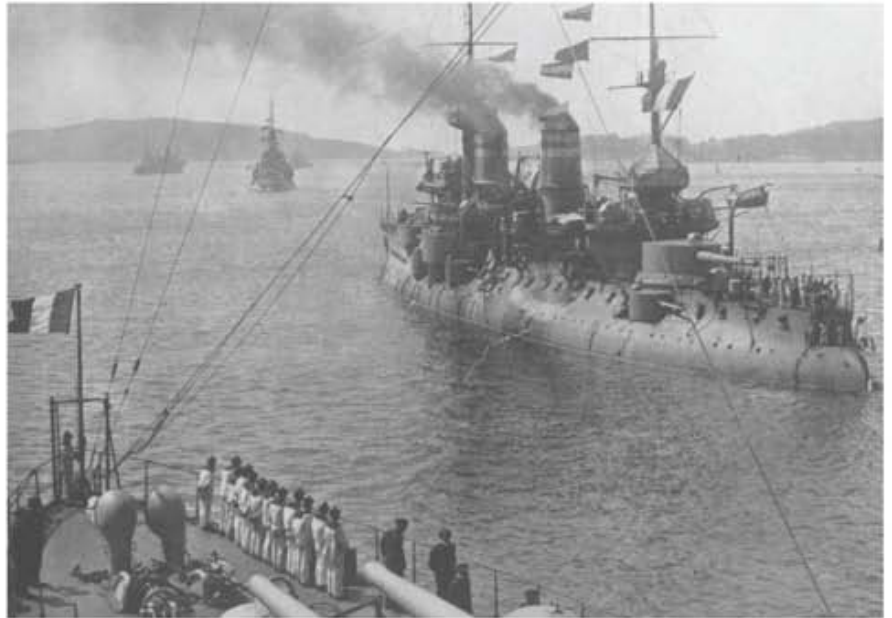
Bu harekâtın ilk hazırlığı, 11 Mayıs'ta Çanakkale cephesini denetlemeye gelmiş olan Başkomutan Vekili Enver Paşa'nın 5'nci Ordu Komutanı Sanders ile birlikte Arıburnu cephesinde İngilizlerin denize dökülmesini

amaçlayan yeni bir taarruza geçilmesini öngören müşterek kararlarıyla başlar.

Arıburnu Cephesindeki Birliklerin 17 Mayıs 1915 Öncesi Durumları

Bu cephede, 19'ncü ve 5'nci Tümenlerin bütünüyle, 9'ncü, 11'nci, 16'nci, 3'ncü Tümenlere mensup bazı birlikler bulunuyordu. Bunlar, 19'ncü Tümen Komutanı emrinde üç kol halindeydiler. Daha önce 5 Mayıs'ta verilen Ordu emriyle, Kuzey ve Güney Grubu Komutanlıkları halinde ayrılmış birliklerin, kuruluşlarına göre yeniden düzenlenmeleri istenmişse de, bunların cephedeki yakın savaş temasları yüzünden, bu işlemler 17 Mayıs'a kadar henüz tamamlanamamıştı. 19'ncü Tümen Komutanı Yarbay Mustafa Kemal, hala Arıburnu Kuvvetleri Komutanı sıfatıyla ve Esat Paşa'ya bağlı olarak çalışıyordu.

Bu arada bölgeye 16'nci Tümen birlikleri yavaşmış, İstanbul'dan gelen 2'nci Tümen de, Kuzey Grubuna katılma emrini almıştı.





Kuzey Grup Komutanı'nın 16 Mayıs tarihli emriyle Arıburnu cephe kesimindeki birliklerin alacakları yeni düzenler, savaş şeritleri komuta bölümleri ve ikmal işleri, ayrıntılı bir biçimde açıklandı.

Buna göre, yapılacağı kararlaştırılan 19 Mayıs genel taarruzu arifesinde Kuzey Grubu birlikleri, Arıburnu mevzilerinde, kuzeyden güneye doğru 19'ncü 5'nci ve 16'ncı Tümen olmak üzere sıralanıyordu.

Yeni katılan 2'nci Tümen, asıl hücum gücünü oluşturacak ve başlıca vurucu kuvvet olacaktı.

Bu Tümen, önce Kemalyeri doğusuna yanaştırıldı. 18 Mayıs akşamı ileriye alınarak Kırmızısirt üzerinde dar cephe kesimine sokuldu.

19 Mayıs 1915 Gündüz Taarruzları

19'ncü Tümen (kuzey kanat cephesinde): Tümenin gün ağarırken başlattığı hücum, açık kanada yönelik İngiliz

donanma ateşleri, bu kanadı ve derinliklerini, adeta yangın yerine çevirmişti. Buna karşın birlikler, kahramanca ileri atıldılar. Ancak hemen sertleşen Anzak savunma sistemindeki ağır makineli tüfeklerin gittikçe yaygınlaşan öldürücü ateşleri altında hayli hırpalandılar ve kayba uğradılar.

2'nci Avustralya ve Yeni Zelanda Tugaylarının bölge ihtiyaçlarıyla destek edilen bu kanatta, harekâtı ilerletmek mümkün olmadı. Savaşlar Anzak mevzilerinin önünde tikanıp kaldı. Anzaklar'ı en fazla zora sokan bu Tümen cephesiydi.

5'nci Tümen (Merkez Kuzey Cephesinde):

Bu Tümenin gün ağarmasıyla başlattığı taarruzda da bir ilerleme sağlanamadı. Her ne kadar 14'ncü Alay, mevzi bir başarı elde etmişse de, boyun noktasını koparabilmek için, giriştiği sayısız hücumlar boşa çıkmıştı. Aslında 5'nci Tümen'e, boyun noktası Merkeztepe'yi ele geçirerek komşu Tümenlerin yolunu açma görevi verilmişti.

2'nci Tümen (Merkez Güney Cephesinde)

Gece savaşlarında hayli sarsılan, personel sayısı yarıya inen bu Tümenin, gün ağarırken başlattığı hücumlar, zayıflığını daha da artırmaktan öteye geçemedi, o kadar ki bölükler, subaysız kalmış ve eski mevzileri bile savunması kuşku götürür hale gelmişti.

16'ncı Tümen (Güney Kanat Cephesinde)

2'nci Tümen taarruzunun ilerleyemeyip başarısız kalışı ve eski mevzilerine yerleşip kalması, 16'nci Tümeni de oldukça zor duruma sokmuştu. Çünkü bu Tümenin Kanlısirt'taki kanadı açıkta kalmış, Merkeztepe ve Kanlısirt'tan çok etkili ve öldürücü ateşlere hedef olmuştu. Buna karşın ileri hat birlikleri, zor koşullara ve kayba aldırış etmeden Anzak mevzilerine hücumla geçmişlerse de, biraz daha ilerlenip kayıp vererek, Anzak mevzileri önüne gelinebilmişti. Saat 10.00'da hücum tamamen durmuş ve birlikler eski mevzilerine dönmek zorunda kalmışlardı.

Bunun üzerine, 5'nci Ordu Komutanı'nın onayı ve Kuzey Grup komutanı Esat Paşa'nın emirleriyle bütün Arıburnu cephe kesimindeki taarruzlar, saat 10.00'dan itibaren durduruldu. Birliklere halen buldukları hatlarda savunmaya geçerek, İngilizlerin umulan taarruzlarını karşılayacak biçimde önlemler alıp, bir adım dahi geri gidilmemek üzere yerleşmeleri kesin emri verildi.

Bu günkü savaşlarda verilen kayıp, 51'i subay olmak üzere 3420 şehit, 97'si subay olmak üzere 6064 yaralı ve 486 kayıptır ki, kayıp genel toplamı yaklaşık 10.000'i bulmuştur.



Sonuç

Baskın tarzında başlatılması amaçlanan, fakat yukarıda kısaca açıklanan nedenlerle gerçekleştirilmeyen, bir başka deyişle "baskına giderken baskına uğratılan" 19 Mayıs taarruzları, ağır zayıyla son bulmuştur.

Anburnu cephe kesiminde 19 Mayıs'ta taarruza geçilmesiyle ilgili yüksek komuta kademesince alınan karar, genelde uygundur. Ancak taarruzun, buradaki kuvvetlerin İngilizler tarafından takviyeye gidilmeden başlatılmadığı için geç kalındı; bunun üzerine yapılan sevk ve idare büyük kayıp verdi. Yine bu taarruzda, araziyi tanımayan yeni gelmiş birliklerin ve özellikle bölgeye taze kuvvet olarak yeni gelen 2'nci Tümen'in hareketinde da görüldüğü gibi, başarı şansı konusu önceden değerlendirilmedi.

Çok iyi hazırlanmış güçlü bir tahkimata karşı taarruzda, daha esaslı hazırlık ve askerlik tekniğinin tüm tabii gereklerinin yerine getirilmesi zorunluluğunun göz önünde tutulmadı. Ağır topçu ve top cephanesinin azlığı, baskın prensibinin tam uygulanamaması, birliklerin, gece mevzi değiştirmelerinde görülen karışıklıklar, hücumların derinlik içinde değil, yoğun ve sıkışık hatlar halinde ve hatta kollar halinde yapılması, harekâtı olumsuz yönde etkilemiştir.

Sayılan bu başarısızlık nedenlerine, bir gün önceki (18 Mayıs) çatışmalarda, sarf edilen topçu cephanesi, 19 Mayıs genel taarruzu için elde tutulması başarı adına katkı verebilecek durumdaydı; bu da dikkate alınmadı. Son olarak da Tümenlerin, Anzak mevzilerinde gerçekleştirebilecekleri 'girme'yi, 'yarma'ya çevirmek için, derinlikte besleyecek şekilde esaslı bir "sıklet merkezi" oluşturulmadı.

Kaynakça

- *Atatürk'ün Bütün Eserleri, C. I (1903 -1915), 3. Basım, Kaynak Yayınları (Analiz Basım Yayın Tasarım Uygulama), İstanbul 2003.
- *Genelkurmay Harp Tarihi Başkanlığı, Birinci Dünya Harb'inde Türk Harbi Çanakkale Cephesi Harekâtı, V.Cilt, 2 nci Kitap, Amfibi Harekat, Ankara 1978.
- *AYDEMİR, Şevket Süreyya, Makedonya'dan Orta Asya'ya Enver Paşa, C. III, Remzi Yayınları, İstanbul 1972.
- *BELEN, Fahri, Birinci Dünya Harbinde Türk Savaşı, 1915 Yılı Hareketleri, C.II, Ankara 1964.
- *ÇALIŞLAR, İzzettin, Atatürk'le İki Buçuk Yıl, Yapı Kredi Bankası Yayınları, İstanbul 1993.
- *Liman von Sanders, Türkiye'de Beş Sene, Askeri Basımevi, İstanbul 1916.
- *Ruşen Eşref, Anafartalar Kumandanı Mustafa Kemal İle Mülakat, Hamit Matbaası, İstanbul 1930.
- 1- Fahri Belen, Birinci Dünya Harbinde Türk Savaşı, 1915 Yılı Hareketleri, C.II, Ankara 1964, s.184.
- 2- Genelkurmay, Çanakkale Cephesi 2'nci Kitap, s. 173.
- 3- A.g.e., s. 189.
- 4- BOA, İ. TAL. 1333. C/23.
- 5- Belen, 1915 C.II, s.173-175.
- 6- Ruşen Eşref, Anafartalar Kumandanı Mustafa Kemal İle Mülakat, Hamit Matbaası, İstanbul 1930, s.35.
- 7- ATASE Arşivi, No. 4/8747, Kls. 3474, Dos. H-5, F. 2-35; ATASE Arşivi, No. 4/8747, Kls. 3474, Dos. H-5, F. 2-20; Liman von Sanders, Türkiye'de Beş Sene, s.72-73.
- 8- ATASE Arşivi, No. 4/8747, Kls. 3474, Dos. H-6, F. 3-15.
- 9- Genelkurmay, Çanakkale Cephesi 2 nci Kitap, s. 210-211.
- 10- ATASE Arşivi, No. 4/8749, Kls. 3474, Dos. H-14, F. 5-38,
- 11- Belen, 1915 C. II, s.190.

Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolunda...

(Şubat - Mayıs 2010)

10 Şubat 2010 – Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Duyurusu

Sağlık Bakanlığı yaptığı duyuru ile 1–26 Mart 2010 tarihleri arasında enfeksiyon kontrol hemşireliği eğitimi düzenleneceğini ilan etti.

15 Şubat 2010 – Sözleşmeliler İçin Danıştaya Harcırah Davası

Sözleşmeli personelin eş durumu tayini, becayiş gibi durumlarda diğer memurlara tanınan harcırah hakkından yararlanması için Danıştaya dava açtık.

12 Şubat 2010 Kamu Görevlileri İlgili Çalıştay Tamamlandı

2009 Toplu Görüşme Tutanağı gereği gerçekleştirilen kamu görevlilerinin sendikal ve demokratik haklarıyla ilgili çalıştay tamamlandı. Çalıştayan sonunda bildirme imzalandı. Toplu sözleşme ve grev haklarını hayata geçirecek düzenleme yapılmasının, insan haklarına saygılı, demokratik ve sosyal bir devlet olmanın gereği olduğu ifade edilen bildirmede, örgütlü toplumun, demokratik hayatın vazgeçilmez unsuru olduğu dile getirildi.

17 Şubat 2010 – Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu Duyurusu

Sağlık Bakanlığı, yataklı tedavi kurumları yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sertifikalandırılması amacıyla Bakanlıkça belli dönemler halinde yürütülen Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu'nun 2010 yılı 2. dönemi 29 Mart – 21 Mayıs 2010 tarihleri arasında yapılacağını duyurdu.

18 Şubat 2010 – Unvan Değişikliği Sınav Sonuçları

Sağlık Bakanlığı Unvan Değişikliği sınav sonuçlarına göre yapılacak yerleştirme işlemleriyle ilgili duyuru yaptı. Duyuruda, "Sınavda başarılı olan adaylardan başarı sıralaması dikkate alınarak Bakanlık merkez ve taşra teşkilatında her bir unvan için Unvan Değişikliği Sınav Duyurusu ekinde ilan edilen kadro sayısı kadar adayın yerleştirme işlemi yapılacaktır" denildi.

18 Şubat 2010 - Tıbbi Laboratuvar Programı ile İlgili YÖK Kararına Dava Açtık

YÖK'ün Tıbbi Laboratuvar Programını hemşire, ebe ve sağlık memurluğunun bir üst öğrenimi olmadığına dair kararının iptali için dava açtık.

20 Şubat 2010 – Atama ve Nakil Yönetmeliği

Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Nakil Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik Resmi Gazete'de yayımlandı.

25 Şubat 2010 - Laborant ve Veteriner Sağlık Bölümü Mezunları İçin Mutlu Son

Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü 81 il valiliğine gönderdiği yazıda; YÖK Genel Kurulu'nun Laborant ve Veterinerlik Sağlık Önlisans Programı'nın 01.12.2009 tarihinden önce bitiren veya kayıt yaptıranlar için yeniden üst öğrenim sayılması yönünde aldığı karar çerçevesinde, işlem yapılması talimatı verdi.

22 Şubat 2010 - Üst Öğretimde "Mesleki" Şartının Kaldırılması İçin Dava Açtık

Sendikamız Hukuk Bürosu tarafından Danıştaya açılan davada, sağlıkla ilgili üst öğrenim bitiren çok sayıda sağlık çalışanının, Devlet Memurlarına Ödenecek Zam ve Tazminatlarla İlgili Bakanlar Kurulu kararında geçen "mesleki" ibaresi nedeniyle zam ve tazminatlardan yararlanamadığına dikkat çekilerek, söz konusu ibarenin yürürlüğünün durdurulması ve iptali istendi.

28 Şubat 2010 – Üyelerimize Ayrıcalıklar Vermeye Devam Ediyoruz

Sağlık-Sen üyeleri, hizmet sendikacılığımızın ayrıcalığını yaşamaya devam ediyor. Konfederasyonumuz Memur-Sen ve Sağlık-Sen olarak SBN sigorta ile 2009 yılında yaptığımız anlaşmayı 2010 yılında ek kazanımlarla yeniledik.

25 Şubat 2010 – Ek Ödemelerle İlgili Önemli Kazanım

Sendikamızın açtığı davada, Danıştay İdari Dava Daireleri, sağlık çalışanlarının nöbet tuttıkları süre zarfındaki katkılarını döner sermaye ek ödeme hesabından muaf tutan Yönetmelik değişikliğinin yürürlüğünü durdurdu.

1 Mart 2010 – 35 Saat Yargıda

Radyoloji çalışanlarının haftalık çalışma süresini 35 saate yükselten düzenlemenin iptali için Danıştay'a dava açtık.

1 Mart 2010 - Giyim Yardımlarında Ayrımcılığa Son Verilmeli

Maliye Bakanlığına ve Sağlık Bakanlığına yaptığımız başvurularla, 4/B statüsündeki sözleşmeli personelin de giyim yardımından yararlanmasını talebimizi ilettik.

1 Mart 2010 - Şef Kadrosu Görevde Yükselme Eğitimleri Tamamlandı

Görevde yükselme eğitimlerine katılmaya hak kazanan şef unvanlarına yönelik eğitim 18 Şubat 2010'da Antalya'da başlayıp 1 Mart 2010'da sona erdi.



8 Mart 2010 – Hemşirelik Yönetmeliği Resmi Gazete’de Yayımlandı
Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği, 8 Mart 2010 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girdi. Yönetmelikle hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları ayrıntılı olarak düzenlendi.

9 Mart – Aylık Mahsuplaşma İçin Toplantı

Yetkili sendika olarak 2009 toplu görüşmelerinde mutabakata aldığımız ek ödemede aylık mahsuplaşma konusunda yapılacak çalışmanın usulünü belirlemek üzere Maliye Bakanlığında toplantı yapıldı.

10 Mart 2010 - 4/C’lilerin Ek Ödeme Alması İçin Bakanlığa Başvurduk

Sendikamız 4/C’lilerin de diğer sağlık çalışanları gibi döner sermaye ek ödemesinden yararlanmaları için Sağlık Bakanlığına başvurdu.

10 Mart 2010 – YÖK’ten Sosyologlara Müjde

YÖK, Sendikamızın 2009 Toplu Görüşmeleri ile SHÇEK Kurum İdari Kurul toplantısında gündeme getirdiği sosyologların teknik hizmetler sınıfına geçişi konusunda talebimiz doğrultusunda karar verdi.

11 Mart 2010 - 4/C’lilerden Yemek Ücreti İçin Dava Açtık

Sağlık Bakanlığında bağlı kurumlarda çalışan 4/C’lilerin yemek hakkından ücret ödeyerek yararlanmaları konusundaki Bakanlık yazısının iptali için Danıştaya dava açtık.

11 Mart 2010 – Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği

Sağlık Bakanlığı, yataklı tedavi kurumlarında, sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyon hastalıklarının önlenmesi ve kontrol altına alınması amacıyla yürütülen çalışmalar kapsamında 5–30 Nisan 2010 tarihleri arasında enfeksiyon kontrol hemşireliği eğitimi düzenleneceğini duyurdu.

12 Mart 2010 – Görevde Yükselme Yönetmeliği Değişti

Kamu kurum ve kuruluşlarında görevde yükselme ve unvan değişikliği sınavlarıyla ilgili yönetmelik Resmi Gazete’de yayımlandı. Yönetmelik bazı Görevde Yükselmede bazı değişiklikler içeriyor.

12 Mart 2010 – Sendikamızdan Sağlıkta Vizyon Sempozyumu

Sendikamız tarafından, Tıp Bayramı’nda sadece sağlık çalışanlarının temel sorunlarının tartışıldığı sempozyum düzenledi. 12-14 Mart 2010 tarihleri arasında Ankara’da yapılan sempozyumda, sözleşmeli personel istihdamından, performans sistemine, çalışma sağlığı ve güvenliğini tehdit eden sorunlardan, şiddete kadar, sağlık çalışanlarının temel gündem konuları masaya yatırıldı.

15 Mart 2010 – Memur Kadrosu Görevde Yükselme Eğitimleri Tammalandı

Görevde yükselme eğitimlerine katılmaya hak kazanan memur unvanlarına yönelik eğitim 3 Mart 2010’da Antalya’da başlayıp 15 Mart 2010’da sona erdi.

16 Mart 2010 – Görevde Yükselmede Avans Problemi Çözüldü

Sendikamızın başvurusunu değerlendiren Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, görevde yükselme eğitimlerine katılan personelin avans işlemlerinde kullanılmak üzere ödenek tahsis edildiğini il valiliklerine gönderdiği yazı ile duyurdu.

16 Mart 2010 Görevde Yükselmede adaylara kitap hediye ettik

Sendikamız, görevde yükselme eğitimlerine katılan 8 bin 447 kursiyerin tamamına ‘Görevde Yükselme Eğitimi Ders Notları’ kitabını hediye etti.

22 Mart 2010 – KEY Ödemeleri Başladı

Binlerce kamu çalışanını ilgilendiren Konut Edindirme Yardımı(KEY) hak sahiplerine dağıtmaya başlandı.

27 Mart 2010 – VHKİ Görevde Yükselme Eğitimleri Tamamlandı

Görevde yükselme eğitimlerine katılmaya hak kazanan Veri Hazırlama Kontrol İşletmenliğine yönelik birinci grup eğitimler 16 Mart 2010’da Antalya’da başlayıp, 27 Mart 2010’da sona erdi.

30 Mart 2010 – VHKİ Görevde Yükselme Eğitimleri Tamamlandı

Görevde yükselme eğitimlerine katılmaya hak kazanan Veri Hazırlama Kontrol İşletmenliğine yönelik ikinci grup eğitimler 19 Mart 2010’da Antalya’da başlayıp, 30 Mart 2010’da sona erdi.

30 Mart 2010 – Muvafakat Vermeyen Üniversite İdaresinin Gerekçesine İptal

Sendikamızın açtığı davada Mahkeme, Sağlık Bakanlığı 2009 yılı 2. dönem kurumlar arası naklen atamada muvafakat vermeyen üniversite idaresinin gerekçesini iptal etti.

31 Mart 2010 – Maliye Bakanı Mehmet Şimşek ile Görüştük

Konfederasyonumuz Memur-Sen Genel Başkanı Ahmet Gündoğdu ve Memur-Sen Genel Sekreteri ve Genel Başkanımız Mahmut Kaçar’ın da bulunduğu Memur-Sen Yönetim Kurulu üyeleri Maliye Bakanı Mehmet Şimşek’i ziyaret ederek başta sözleşmeli personelin kadroya alınması ve toplu görüşme primi olmak üzere çözüm bekleyen sorunlar hakkında görüştüler.

5 Nisan 2010 – KİK Kararları Hayata Geçiyor

Sendikamızın 30 Ekim 2009 tarihli Sağlık Bakanlığı Kurum İdari Kurulu Toplantısında gündeme getirdiği sendika temsilcilerine yer tahsisi konusunda yaşanan sorunların çözümü ile yine Bakanlığa bağlı bazı kurumlarda mutemetliklerin keyfi uygulamalarına bağlı olarak kurum çalışanlarına bordro verilmemesi sorununun çözümüne yönelik talebi, Personel Genel Müdürlüğü’nün illere gönderdiği yazı ile hayata geçti.

7 Nisan 2010 – SHÇEK’te KİK Toplantısına Katıldık

Sosyal hizmet kolunda yetkili olan sendikamız Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumunda Kurum İdari Kurulu Toplantısına katıldı. KİK toplantısından 2010 yılında görevde yükselme sınavı yapılması, tüm memur, ambar memuru, santral memuru, daktilograf vb kadrolarda görev yapanların VHKİ kadrosuna geçişi gibi konularda önemli kararlar çıktı.

7 Nisan 2010 – Dünya Sağlık Günü ve Haftası

Dünya Sağlık Günü, 7 Nisan’da başladı. Genel Başkanımız Mahmut Kaçar, Dünya Sağlık Günü ve Haftası nedeniyle yapmış olduğu açıklamada, Türkiye’de sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda sosyal duyarlılık ve toplumsal kapasite yetersizliğinin önemli bir sorun oluşturduğunu kaydetti.

8 Nisan 2010 – Toplu Görüşme Primi Yeniden Ödenecek

Konfederasyonumuz Memur-Sen Genel Başkanı Ahmet Gündoğdu ve Genel Başkanımız Mahmut Kaçar, Devlet Bakanı Hayati Yazıcı’yı ziyaret ederek, kamu çalışanlarına ödenen toplu görüşme priminin yeniden ödenmesi konusundaki görüşlerini iletti. Bakan Yazıcı ise konuyla ilgili çalışmaların son aşamaya geldiğini kaydetti.

9 Nisan 2010 – Sağlık Bakanlığında KİK Toplantısına Katıldık

Sendikamız Sağlık Bakanlığı Kurum İdari Kurulu Toplantısına katıldı. Toplantıda çalışanların talepleri gündeme getirilerek, çözüm önerileri üzerinde duruldu.

9 Nisan 2010 - Sağlık Çalışanları Nöbet Ücretini Zamanında Alacak

Sendikamız ile Sağlık Bakanlığının Kurum İdari Kurulu Toplantısı'nda aldığı karar çerçevesinde Bakanlık, çalışanların nöbetlerinin zamanında ödenmesi konusunda genelge yayımladı.

13 Nisan 2010 – Vekil Ebe ve Hemşirelere Sendika Yolu

Devlet Personel Başkanlığı Sağlık Bakanlığına gönderdiği cevabı yazıda, vekil olarak atanan personelin kamu görevlileri sendikalarına üye olabileceğini duyurdu.

14 Nisan 2010 – Sendikamızdan 4/B'li Çalışanlar İçin Önemli Kazanım

Sendikamızın talebi doğrultusunda Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüklerine gönderdiği duyuru ile; sözleşmeli personelin talepleri ve kurumlarınca muvafakat verilmesi halinde aile hekimliği kapsamındaki aile sağlığı birimlerinde çalışabilmelerinin sağlanmasını istedi.

14 Nisan 2010 – Genel Başkanımızdan Sağlık Bakanı Akdağ'a Ziyaret

Genel Başkanımız Mahmut Kaçar, Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'ı ziyaret ederek, başta sözleşmeli personel sorunları olmak üzere çeşitli konuları görüştü.

21-28 Nisan 2010 – Ebeler Haftası Kutlandı

Ebeler Haftası, düzenlenen etkinliklerle kutlandı. Genel Merkezimiz ve şubelerimiz de ebeler haftası dolayısıyla yaptıkları açıklamalarda ebelerin sorunlarını gündeme getirdi.

27 Nisan 2010 – Görevde Yükselme Eğitimlerine Mazeretleri Nedeni İle Katılmayanlar Hakkında Duyuru

Sağlık Bakanlığı Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni unvanına yönelik görevde yükselme eğitimlerine mazeretleri nedeniyle katılmayan personelin, son grupla birlikte eğitime katılabileceklerini duyurdu.

28 Nisan 2010 – Sözleşmelilerin Yeniden Hizmete Alınması ve Kurum İçi Yer Değişikliğine Dair Yönergede Değişiklik

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4/B maddesine göre çalışan ebe, hemşire ve sağlık memuru unvanlı sözleşmeli personelin, aile hekimliği uygulamasına geçiş işlemleri hakkındaki yönergede Bakanlık düzenleme yaptı.

30 Nisan 2010 – Sendikamızdan Sözleşmeli Sağlık Çalışanlarına Yolluk Müjdesi

Sendikamızın açtığı davada Mahkeme, sözleşmeli personelin Harcırah Kanunu hükümlerinden yararlanma hakkı olduğuna karar verdi.

1 Mayıs 2010 – Emek Bayramı'na Provokatör Gölgesi

33 yıl aradan sonra Taksim'de yapılması kararlaştırılan 1 Mayıs Emek ve Dayanışma Bayramı Kutlamaları'na provokatörlerin Türk-İş Başkanı Mustafa Kumlu'ya yönelik çirkin saldırıları gölge düşürdü. Çıkan arbedede Genel Başkanımız Mahmut Kaçar'ın da kolu kırıldı.

7 Mayıs 2010 – Mini Anayasa Paketi Meclis'ten Geçti

Kamu çalışanlarına toplu sözleşme hakkının da içinde bulunduğu anayasa değişikliği paketinin tümü, üç haftalık maratonun ardından 336 oyla kabul edildi.

9 Mayıs 2010 – VHKİ Görevde Yükselme Eğitimleri Tammalandı

Görevde yükselme eğitimlerine katılmaya hak kazanan Veri Hazırlama Kontrol İşletmenliğine yönelik üçüncü grup eğitimler 28 Nisan 2010'da Muğla'da başlayıp, 9 Mayıs 2010'da sona erdi.

12 Mayıs 2010 – Cumhurbaşkanı Gül Anayasa Paketini Onayladı

Cumhurbaşkanı Abdullah Gül, "Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun"u onayladı.

12 Mayıs 2010 – Sendikamızdan Sağlıkta Kadın Emeği Türkiye Araştırması

Sendikamız tarafından Ebeler Haftası ve Hemşireler Haftası dolayısıyla bu iki meslek grubunun sorunlarını ve beklentilerini tespit etmek amacıyla; 12 ayrı bölgede 100'ün üzerinde hastanede yaklaşık bin 800 kişi üzerinde yapılan araştırma da önemli sonuçlar çıktı. Sonuçlar Genel Başkanımız tarafından açıklandı.

15 Mayıs 2010 – Eğitim Seminerlerimiz Sona Erdi

Geçen yıl 8 bölgede yaptığımız eğitimleri, bu yıl üyelerimizden gelen talepler doğrultusunda 42 ilde gerçekleştirdik. Bu kapsamda son eğitim semineri ise Mardin'de temsilcilerimizin katılımıyla yapıldı.

18-19 Mayıs 2010 – Tıbbiyeli Şehitlerimizi Andık

Sendikamız, milletimizin kahramanlık destanı olan Çanakkale Savaşlarında şehit olan tıbbiyeliler için anma programı düzenledi. Sendikamız; tıbbiyeli öğrenciler ile birlikte on bin vatan evladının iman dolu yürüyüşünün ve toprağa düşüşünün yaşandığı topraklarda 18 Mayıs'ı 19 Mayıs'a bağlayan gecede dualarla şehitlerini andı.

21 Mayıs 2010 – VHKİ Görevde Yükselme Eğitimleri Tamamlandı

Görevde yükselme eğitimlerine katılmaya hak kazanan Veri Hazırlama Kontrol İşletmenliğine yönelik dördüncü grup eğitimler 10 Mayıs 2010'da Muğla'da başlayıp, 21 Mayıs 2010'da sona erdi.

21 Mayıs 2010 – SHÇEK'te Yetki Yine Sağlık-Sen'de

Hizmet kolumuzun en büyük ikinci kurumu olan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nda sendikamız bu yıl da yetkiye ulaştı. Tutanağı sendikamız adına Genel Teşkilatlanma Sekreterimiz Metin Memiş imzaladı.

25 Mayıs 2010 – Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetinin daha etkili olabilmesi için Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde yaptığı değişiklik resmi gazete de yayımlandı. Resmi Gazete'de yayımlandı.

25 Mayıs 2010 – Sağlık Bakanlığında da Yetkiliyiz

Sağlık Bakanlığında 25 Mayıs 2010 tarihinde yapılan toplantıda Genel Teşkilatlanma Sekreterimiz Metin Memiş katıldı. Tarafların imza altına aldığı üye sayılarına ilişkin tutanağı Sendikamız adına Genel Teşkilatlanma Sekreterimiz Metin Memiş imzaladı. İmzalanan tutanakla Sağlık Bakanlığında üye sayımızı 87 bin 987'den, 96 bin 864'e çıkartarak, yetkimizi tescilledik.

26 Mayıs 2010 – Sendikamızdan Hekim Dışı Personel İçin Önemli Kazanım

Sağlık Bakanlığı, sendikamızın açtığı dava neticesinde, hekim dışı personelin alacakları döner sermaye hesabına nöbette geçen sürelerin de eklenmesi konusunda genelge yayımladı.



Basında Biz

Sağlık çalışanlarına ek ödeme müjdesi

Sağlık Bakanı Recep Akdağ, sağlık çalışanlarına ek ödeme müjdesi verdi.

Sağlık Bakanı Recep Akdağ, sağlık çalışanlarına ek ödeme müjdesi verdi. Maliye Bakanlığı ile yapılan görüşmelerin ardından sonuçlandırılan kaydeden Bakan Akdağ, Sağlık-Sen'in Kırklıcahan'daki kampında yaptığı konuşmada, bundan sonra sağlık çalışanlarının döner sermayelerinin her ay başında peşin olarak verileceğini söyledi.

Bakan Akdağ, Sağlık Bakanlığının yetkili sendikası olan Sağlık-Sen'in birliğinde düzenlenen etkiyi sağlık çalışanlarının sorunları ve çözüm yolları sordular sempozyumunda konuştu. İki gün süreyle gerçekleştirilen sağlık çalışanlarının sorunlarını yetkili sendikaların ile birliğinde ortak bir sempozyumda çözüm aradıklarını kaydettiren Akdağ, sendikacılığın geliştiğinden memnundur dedi. Sağlık-Sen ile yapılan ortak

etkilerinin belirterek, çözüm odaklı sendikacılığın anlaşılmasını önemsendiklerini vurguladı. Sağlık alanında gerçekleştirilen reformların vatandaşların sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırdığını ve hizmet kalitesinin arttığını söyledi.

Sözleşmeli personelin uygulanmasına son verilmesini isteyen Kaçar, "Sağlık anlayışında yaşanan reform sürecinin daha ileriye taşınması için esit, adil ve çağdaş çözümlere koşulların tam anlamıyla sağlandığı bir yapıya dönüştürmenin gerekliliğini önemsiyoruz" dedi.

Yeni bir sendikacılık anlayışı geliştirilmesini ifade eden Kaçar, "Sendikamız misyonunu yerine getirmeye çalışırken, kamu çalışanlarının sağlık ve çözümlerini içine hiçbir zaman katılmayacağı düşüncesinde değiliz. Geçmişin alışkanlıklarından kaynaklı ayrıcalıkların kaldırılması için çalışıyoruz" dedi.

Sağlık-Sen Başkanı Mahmut Kaçar: Sosyal hizmet çalışanlarına kadro müjdesi

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)'de çalışan, tüm memur, ambar memuru, santral memuru, daktilograf gibi kadrolardaki personelini veri hazırlama ve kontrol işletmenliği kadrosuna geçiş ile ilgili iptal ihdas çalışması tamamlandı.

ANKARA (ANAHAHER)
Sosyal hizmet çalışanlarının yetkili sendikası Sağlık-Sen ile SHÇEK yetkilileri arasındaki idari kurul toplantısı gerçekleştirildi. Toplantıda kurum veri

hazırlama ve kontrol işletmenliği kadrosuna verileceği belirtildi. Bu kadroya geçenlerin maaş ve özlük haklarının Bakanlar Kurulu kararının çıkmasından sonra avantağı hale geleceği dile getirildi.

İdari kurul toplantısından 2010 yılında görevde yükselme ve unvan değişikliği sınavı açılması, kurum çalışanlarının çocuklarının kreş hakkından indirilmesi yararlanması için mevzuat çalışması yapılması, banka promosyonlarının tek seferde ve esit olarak ödemesi gibi kararlar da çıktı.

SHÇEK Kurum İdari Kurul toplantısının sonuçlarını değerlendiren Sağlık-Sen Başkanı

Mahmut Kaçar, sosyal hizmet çalışanlarının temel sorunlarının çözümü noktasında yerini bir toplantı gerçekleştirdiğini kaydetti.

Sosyologların teknik hizmetler sınıfına geçişi ile ilgili sürecin Bakanlar Kurulu kararı ile tamamlanmış olacağını belirten Kaçar, "SHÇEK'te diğer kurumlardan geçici olarak görevlendirilen personelin taleplerini halinde kuruma kadrolarıyla geçiş sağlanmıştır.

'Veri hazırlama' kadrosu bekleyen kurum çalışanlarının

maaş ve özlük haklarında artış sağlayacak bu imkanı kavuşmaları için kurum içi hazırlıklar tamamlanmış, Bakanlar Kurulu kararı beklenmektedir.

Kurumun meslek elemanları ihtiyacının hizmet almaya yönlü karşılanmasını sona ermesi ve kadrolu personel alınması talebidir.

Maliye Bakanlığının emrine sunulmuştur. Kısaca, kurum çalışanlarının uzun yıllar çözümü beklediği sorunlardan önemli bir bölümü çözüme kavuşturulmuştur." diye konuştu.



Sağlıkta Vizyon Sempozyumu

Sağlık Bakanı Recep Akdağ, "Görevde bulunduğumuz süre zarfında Sağlık Bakanlığının olarak istediğimiz sağlık çalışanlarını sayı 150 bini geçti" dedi. Bakan Akdağ, Sağlık-Sen tarafından Ankara'nın Kırklıcahan'daki Aya Tertül Otel'de düzenlenen, sağlık çalışanlarının sorunlarını tartıştığı "Sağlıkta Vizyon" sempozyumuna açılışını yaptı. Bakan Akdağ, sağlık alanında yaptıkları yeniliklerle sendikaların önemini katıldıkları sempozyumda vurguladı.

Bakan Akdağ, "Biz yeni seneyle, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda sözünü tutmuş olmanın bir başarıya yaklaşıyoruz. Önemli için bütün müddetle hazırlama, beyaz özlüklerle, beyaz özlüklerle ile birlikte insanların sağlığı için geçici görevlendirilen

katın viz sağlık çalışanlarına çıkarılması sunuyor" dedi. Düzenlenen sempozyumun Türkiye'de bir ilk olduğunu belirten Bakan Akdağ, "Burada bir yıl geçiren katılımcılar çıkacak bir de ona göre karar vereceğiz. Sağlık hizmetleri ise en çok köyde gitmiş mecburiyetimiz var, dolayısıyla farklı çalışma biçimleri ve farklı istihdam modellerini bir çatı altında toplayabiliyor muyuz? Bunun yine ilgili sendikamızla çalışıyoruz" dedi. Bakan Akdağ, görevde bulunduğu süre içerisinde artırlan emekliler sağlık çalışanlarının sayısını 150 bini geçtiğini anımsatarak, "Çerçeve görüşülen çalışanların haklarını bulduklarını konuşarak, onların motivasyonlarını yükselttiklerini çalışmalarını devam edecek" dedi. (AA)

Sağlıkçılara bir müjdeli haber daha

ASLAN DEĞİRMENCI / ANKARA
Sağlık Bakanlığının, çalışanların nöbet ücretlerinin zamanında ödemesi konusunda gelişme yayınıdır. Bakanlık genelgesine göre, nöbet ücretleri, nöbet tutulan ayı takip eden ay içerisinde ödenecek. Memur-Sen, Konfederasyonuna bağlı Sağlık-Sen, Bakanlık yetkilileri ile gerçekleştirdiği Kurum İdari Kurul toplantısında, aylarca ödenmeyen nöbet ücreti sorununu gündeme getirdi. Kurum İdari Kurul toplantısında alınan karar çerçevesinde, Sağlık Bakanlığının Müsteşarı Nihat Tosun imzasıyla il müdürlükleri-

mut Kaçar ise, Sağlık Bakanlığının Kurum İdari Kurul toplantısında alınan kararın uygulanması geçirme konusundaki çayretlerine tepkilerle ederek bu değerlendirmede bulundu: "Kurum İdari Kurul toplantıları, Bakanlık ile çalışanların var olan sorunları paylaşacağı yasal en üst buluşma zemini. Sendikamızın yetki dönemi ile birlikte İKİ toplantılarının işlevselliği ve etkinliği artmıştır. Mutabakata aldığımız pek çok konudaki gelişmelerin geçmişte olduğu gibi kaç-çıktır üzerinde kalmaması hedefliyle mücadele ediyoruz. Kurum İdari Kurul toplantıları,

memurlar.net

SAĞLIK-SEN "Sağlıkta Kadın Emeli Türkiye Araştırması" sonuçlarını açıkladı

Sağlık-Sen'in araştırması... (text continues)

BUGÜN TÜRKÇE MÜZİĞİN KEYFİ

... (text continues)

Sağlık çalışanlarına iyi haber

Darıytaş'ın sağlık çalışanlarına iyi haber geldi...

... (text continues)

Sağlık çalışanlarının kâbusu bulaşıcı hastalık

Sağlık çalışanlarının kâbusu bulaşıcı hastalık... (text continues)



"Sözleşmeli personel mevzuatı çağdışı"

DANIŞTAY, kamuda sözleşmeli personel çalıştırılmasına dair kurulların, sözleşmeli personelin haklarını çağdaş koşullarda korumaktan uzak olduğunu görüşünü açıkladı. Sağlık-Sen'in, sözleşmeli personel hizmet sözleşmesindeki bazı maddelerin hukuk devleti ilkeleriyle bağdaşmadığı ge-

Hemşirelerin döner sermayesi artacak

DANIŞTAY, sağlık görevlilerinin mesai dışı çalışmalarını döner sermaye hesabında dikkate almayan yönetmeliği iptal etti. Kararın ardından sağlıkçıların tuttukları nöbetler de döner sermaye ödemesine dahil edilecek.

SA YAZAR ANKARA
Danıştay'dan yayımlanan 300 bini sağlık çalışanlarına evdenlerin karar: Sağlık çalışanlarının mesai dışı çalışmalarını döner sermaye hesabında dikkate alınmayan yönetmeliği iptal edildi. Böylelikle hemşire, sağlık memuru ve laborant gibi sağlık çalışanlarının nöbet tuttukları süreler, mesai hesabında dikkate alınacak. Daha önce tıvandırdıkları döner sermaye almayan sağlık çalışanları, yeni düzenleme ile bu parayı tıvandıran alacak.

Sağlık Bakanlığının Nisan 2009'da yönetmeliği değişikliğine giren döner sermaye hesabını düzenledi. Değişiklikle doktor dışında kalan sağlık çalışanlarının döner sermaye giderleri hesaplanırken nöbetleri süreleri hariç tutuldu. Buna karşılık olarak ise mesai dışı çalışmaları nöbet ücreti ödemeleri gerekçe gösterildi. Yetkili sendika

Sağlık-Sen, yönetmeliğin değişikliğini yapıya taşıdı. Ancak Danıştay II. Dairesi, sendikaların başvurmasını reddetti. Sağlık çalışanlarına müjdeli haber, Sağlık-Sen'in istediği ücrette üst mahkeme olan Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu'ndan geldi. Kurul, istenen ücrette bulamaz yönünde değişikliklerin yürürlüğe girdiğini bildirdi. Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu'nun kararında 209 sayılı Döner Sermaye Hakkında Kurum'da mesai dışı mesai dışı istenir yapılmadıkça personelin ek ödeme yapılmasının öngörülmesine karar verildi.

Düzenleme, sağlık çalışanları için önemli bir ücret artış anlamına geliyor. Nöbet süreleri dikkate alınarak döner sermaye hesaplaması yapılacak için çalışanların eline daha fazla ücret geçecek. Örneğin 50 saat nöbet tutan bir üniversite çalışanı hemşire, 648 lira döner ser-

maye alıyordu. Danıştay'ın kararından sonra, bu hemşirenin döner sermayeden alacağı ücret, hesaba nöbet süreleri dahil olacak için 750 liraya çıkacak. Bu hesaplama, sağlık çalışanlarının her birinin için farklılık göstermekle birlikte 100 liraya kadar çıkabilecek.

Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, değişikliğin 24 Nisan 2009'da yapıldığına şaşırtıcı olduğunu söyledi. Sağlıkçıların geçire dönük yalıda 3 yıllık fark olacak dedi. Ortalama 100 liralardan hesaplandığı sağlık çalışanlarının eline 1.200 liraya kadar fark ödemesi gerekecek. Sağlık çalışanları eline geçecek para, eğitim durumu ve nöbet süreleri göre değişiklik gösterebilecek.



Danıştay kararını ardından laborant, hemşire, sağlık memuru gibi sağlık çalışanları için mesai dışı çalışmalarını döner sermaye hesabına dahil edecek. Personelin eline daha fazla tuttukları 100 TL geçecek.



Sağlık çalışanları NÖBET parasını zamanında alacak

Gökhan Kaya ANKARA ■ Sağlık-Sen ve Sağlık Bakanlığı yetkililerinin gerçekleştirdiği Kurum İdari Kurul toplantısında nöbet ücreti problemi gündeme geldi. Toplantının

ardından Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Nihat Tosun imzasıyla il sağlık müdürlüklerine gönderilen genelgede nöbet ücretlerinin takip eden ay içerisinde ödenmesi istendi.



Kızılcahanım'da düzenlenen "Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Çözüm Sempozyumu"na Sağlık Bakanı Recep Akdağ ile Memur-Sen Başkanı Ahmet Gündoğdu ile katıldı.

Açılımda Bediüzzaman'dan ilham alınmalı

MEMUR-SEN Genel Başkanı Ahmet Gündoğdu, Kızılcasabunu Kirt vatanı için düzenlenen "Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Çözüm Sempozyumu"na Sağlık Bakanı Recep Akdağ ile Memur-Sen Başkanı Ahmet Gündoğdu ile katıldı. Bediüzzaman Said Nursi'nin "Arıza vafat, Türkler için, Kirtçe vafat" sözüne atıfta bulunarak, açılımın bu görüşle ilham alınarak devam ettirilmesi gerektiğini ifade etti.

Sosyal Hizmet'tli kadroya geçiyor

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nda çalışan memurların kadro seçiş ve ihdası işlemi tamamlandı. Sağlık-Sen ile kurum yetkilileri arasındaki idari kurul to... ve meslek elemanları karıştırmaları konusunda ortak bir çalışma mekar...

Sağlıkçılara bir müjdeli haber daha

ASLAN DEĞİRMENCI / ANKARA Sağlık Bakanlığı, çalışanların nöbet ücretlerinin zamanında ödenmesi konusunda genelleğe yayınladı. Bakanlık genelgesine göre, nöbet ücretleri, nöbet tutulan ayı takip eden ay içerisinde ödenenektir. Memur-Sen Konfederasyonuna bağlı Sağlık-Sen, Bakanlık yetkilileri ile gerçekleştirdiği Kurum İdari Kurul toplantısında, aylarca ödenmeyen nöbet ücreti sorununu gündeme getirdi. Kurum İdari Kurul toplantısında alınan karar çerçevesinde, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Nihat Tosun imzasıyla il müdürlüklerine genelleğe gönderildi.

100 bin kişiye 131 hemşire düşüyor

SAGLIK-Sen'in "Sağlıkta Kadın Emeği Türkiye Araştırmaları"na göre, son 7 yılda uygulanan Sağlık Dönüşüm Programı döneminde, sağlık hizmeti talebi artarak büyürken, istihdam rakamları yarıya düşüyor. En büyük açık hemşire istihdamında yaşanırken, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, Türkiye'de 100 bin nüfusa düşen hemşire sayısının 131 olduğu dikkat çekti. Bu oranla Türkiye 53 Avrupa ülkesi listesinde son sırada yer aldı.

ZAMAN ONLINE internetin ilk Türk Gazetesi. İçerikler: Ana Sayfa, Zaman'ım, Multimedia, E-Zaman, Benim Haberler, Gündem, Ekonomi, Politika, Spor, Diğ. Haberler, Kültür Sanat, Televizyon, Raporaj, Yazılar, Yorumlar.

"Sağlıkta Vizyon" Sempozyumu Yapıldı

Sağlık Bakanı Recep Akdağ, "Görünmez bulunduklarımız süresinde Sağlık Bakanlığında oluşturulan 150 kişiye yönelik eğitim programını 150 kişiye gerçekleştirdi. Bakan Akdağ, Sağlık-Sen tarafından Ankara'da düzenlenen "Sağlıkta Vizyon" sempozyumuna katıldı. Sağlık-Sen Genel Başkanı Mehmet Kaçar, "Sağlıkta vizyon, Türkiye'nin son yıllarda yaşadığı en büyük başarıdır. Sağlık-Sen'in bu sempozyuma katılması, Bakanlık ile ortaklaşa çalıştığımızın bir göstergesidir. Sağlık-Sen'in bu sempozyuma katılması, Bakanlık ile ortaklaşa çalıştığımızın bir göstergesidir. Sağlık-Sen'in bu sempozyuma katılması, Bakanlık ile ortaklaşa çalıştığımızın bir göstergesidir."

Sözleşmeli memura harcıra hakkı doğdu

İsparta İdare Mahkemesi, sözleşmeli personele yol harcırahı ödemeyen idarenin işlemini iptal etti.

Kamuda sözleşmeli personel çalıştırma tasarı ve esasları, bir çok konuda kamu idaresi ile çalışanlar karşı karşıya geliyor. Memurların tayin durumunda yol masrafları için ödemesi zorunlu. Sözleşmeli personele ret cevabı veren idare hakkında Sağlık-Sen'in açtığı davada mahkeme, sözleşmeli personelin umutlandırılmaması için iptal etti.

AYRIMLIĞI OLMAMALI Davaya ilişkin İsparta İdare Mahkemesi, sözleşmeli personelin de Harcırahı Kanunu hükümlerinden yararlanması gerektiğine karar vererek, sözleşmeli personele yol harcırahı ödemeyen idarenin işlemini iptal etti. Sağlık-Sen Genel Başkanı Mehmet Kaçar, bu kararın, adli yargının yargı kararlarıyla ortaya konulduğuna dikkat çekti ve yasal gerekliliğin yapıldığını belirtti.

haber7.com Sağlık çalışmalarına ek ödeme müjdesi. Sağlık Bakanı Recep Akdağ, sağlık çalışanlarına ek ödeme müjdesi verdi. Müsteşarı Nihat Tosun ile yapılan görüşmelerin sonucu doğrultusunda hazırlanan ek ödeme kararının imzalandığı bildirildi.



**Şiddet ve terör
her zaman insanlık vicdanında
yok olmaya mahkumdur.**

**Tarih boyunca nefretle karşılanan
şiddet ve terörü SAĞLIK-SEN olarak
bir kez daha lanetliyoruz.**