



# TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ

YASAMA DÖNEMİ

24

YASAMA YILI

3

## SIRA SAYISI: 454

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK  
ARTAN ŞİDDET OLAYLARININ  
ARAŞTIRILARAK ALINMASI GEREKEN  
ÖNLEMLERİN BELİRLENMESİ  
AMACIYLA KURULAN

MECLİS ARAŞTIRMASI KOMİSYONU  
RAPORU

Ocak 2013





## İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER .....	İ
TABLOLAR DİZİNİ .....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
KISALTMALAR .....	IX
KOMİSYON BAŞKANININ SUNUŞU .....	1
ÖNERGE METİNLERİ .....	5
TAKDİM YAZISI.....	35

### BİRİNCİ BÖLÜM KOMİSYONUN KURULUŞU VE ÇALIŞMALARI

1. KOMİSYONUN KURULUŞU VE ÇALIŞMALARI .....	39
1.1. Meclis Araştırması Önergelerinin Özeti.....	39
1.2. Komisyonun Kuruluşu.....	41
1.3. Komisyonun Görev, Yetki ve Süresi.....	42
1.4. Komisyonun Çalışmaları .....	42
1.4.1. Komisyon Toplantıları.....	45
1.4.2. Komisyonun Çalışma Ziyaretleri.....	48
1.4.2.1. Gaziantep Çalışma Ziyareti.....	48
1.4.2.2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışma Ziyareti .....	50
1.4.2.3. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) Çalışma Ziyareti .....	51
1.4.2.4. Beyaz Kod Çalışma Ziyareti .....	52
1.4.3. Sağlık Bakanına Gönderilen Mektup.....	54

## İKİNCİ BÖLÜM TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ VE POLİTİKALARI

2. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ VE POLİTİKALARI .....	57
2.1. Sağlık, Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sistemi.....	57
2.2. Türkiye Sağlık Sistemi ve Politikaları.....	65
2.2.1. Arka Plan .....	65
2.2.2. Yönetim, Düzenleme ve Örgütlenme .....	70
2.2.3. Hizmet Sunumu .....	72
2.2.3.1. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimliği ....	72
2.2.3.2. Acil Sağlık Hizmetleri .....	75
2.2.3.3. Teşhis ve Tedavi Hizmetleri .....	77
2.2.4. Finansman.....	80
2.2.5. Sağlık İnsan Kaynakları.....	87
2.2.6. Sağlık Reformları.....	95
2.2.7. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sürecinde Yaşanan Değişimler .....	97

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM ŞİDDET OLGUSU VE NEDENLERİ

3. ŞİDDET OLGUSU VE NEDENLERİ.....	103
3.1. Şiddet Nedir? .....	103
3.2. Şiddet ve Saldırganlık.....	107
3.3. Şiddet Türleri.....	108
3.3.1. Fiziksel Şiddet .....	109
3.3.2. Psikolojik (Duygusal) Şiddet.....	110
3.3.3. Ekonomik Şiddet .....	111
3.3.4. Cinsel Şiddet.....	112

3.3.5. Sözel Şiddet .....	112
3.4. Dünyada ve Türkiye’de Şiddetin Yoğun Olarak Yaşandığı Alanlar ve Şiddeti Yönetmeye Yönelik Politikalar .....	113
3.4.1. Aile İçi Şiddet .....	113
3.4.2. Sporda Yaşanan Şiddet .....	115
3.4.3. Şiddetin Yaygınlaşma Ortamı Olarak Medya ve Şiddet.....	118
3.4.4. Çalışma Yaşamında (İşyerlerinde) Yaşanan Şiddet .....	120

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET**

4. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET .....	123
4.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Kavramı .....	123
4.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Türleri.....	124
4.3. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Boyutu .....	127
4.4. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri .....	135
4.4.1. Tarafların Özellikleri, Taraflar Arasındaki Etkileşim ve İletişim .....	136
4.4.2. Örgütsel/Kurumsal Faktörler .....	137
4.4.3. Çevresel Faktörler .....	137
4.4.4. Toplumsal Faktörler.....	138
4.5. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Olası Etkileri .....	138
4.5.1. Şiddetin Sağlık Çalışanları Açısından Etkileri .....	139
4.5.2. Şiddetin Hasta/Hasta Yakınları ve Sağlık Hizmetleri Sunumu Açısından Etkileri .....	140
4.5.3. Şiddetin Sağlık Kurum ve Kuruluşları Açısından Etkileri .....	140
4.5.4. Şiddetin Toplum Açısından Etkileri .....	141
4.6. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Yönetimi.....	141

4.6.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Yönetilmesi: Risk Yönetimi.....	142
4.6.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Yönetilmesi: Kriz Yönetimi.....	144
4.6.3. Şiddetin Yönetilmesinde Ülke Örnekleri.....	144
4.6.3.1. İngiltere .....	145
4.6.3.2. İsveç .....	147
4.6.3.3. Amerika Birleşik Devletleri.....	148
4.6.3.4. Belçika, Danimarka ve Fransa .....	149
4.6.3.5. Kuzey İrlanda.....	150
4.6.3.6. Finlandiya .....	150
4.6.3.7. Almanya.....	150
4.6.3.8. İsviçre.....	151
4.6.3.9. İtalya .....	151
4.6.4. Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanlarının Hizmetten Çekilme Hakkına İlişkin Ülke Örnekleri.....	151
4.6.4.1. Almanya.....	152
4.6.4.2. Avusturya.....	152
4.6.4.3. Estonya.....	153
4.6.4.4. Finlandiya .....	153
4.6.4.5. Fransa.....	153
4.6.4.6. Hırvatistan.....	154
4.6.4.7. İngiltere .....	154
4.6.4.8. İspanya .....	154
4.6.4.9. İsrail .....	154
4.6.4.10. İsviçre.....	155

4.6.4.11. Kanada .....	155
4.6.4.12. Letonya .....	155
4.6.4.13. Litvanya .....	156
4.6.4.14. Macaristan.....	156
4.6.4.15. Polonya .....	156
4.6.4.16. Yunanistan .....	157

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

### **TÜRKİYE'DE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET**

5. TÜRKİYE'DE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET.....	159
5.1. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Boyutu.....	159
5.2. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri.....	168
5.2.1. Örgütsel/Kurumsal Faktörler .....	169
5.2.2. Toplumsal Faktörler.....	171
5.2.3. Tarafların (Hizmeti Sunan ve Hizmeti Alan) Özellikleri, Etkileşimleri ve İletişim.....	174
5.2.4. Çevresel Faktörler.....	177
5.2.5. Hukuka/Yargıya İlişkin Nedenler.....	178
5.3. Türkiye'de Sağlıkta Yaşanan Şiddetin Nedenlerini Anlamaya ve Çözüm Yolları Geliştirmeye Yönelik Olarak Yapılan Çalışmalar (Mevzuat ve Uygulamalar).....	178
5.3.1. Mevzuat, Düzenleme ve Uygulamalar .....	179
5.3.2. Toplumsal Farkındalığı Artırmaya Yönelik Faaliyetler .....	182
5.3.3. Takip, Kayıt ve Müdahale Sistemleri ve Beyaz Kod Uygulaması .....	182
5.3.4. Komisyonun Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ'a Mektubu ve Sağlık Bakanlığının Yanıtları.....	184
5.3.5. Çeşitli Meslek Örgütleri ve Sendikalarca Yapılan Çalışmalar ...	186

5.4. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete İlişkin Çözüm Önerileri .....	187
5.4.1. Örgütsel/ Kurumsal Faktörlere Yönelik Öneriler .....	187
5.4.2. Toplumsal Faktörlere Yönelik Öneriler.....	190
5.4.3. Tarafların (Hizmeti Sunan ve Alan) Özellikleri, Etkileşimleri ve İletişim .....	192
5.4.4. Çevresel Faktörlere Yönelik Öneriler.....	194
5.4.5. Cezalara ve Adli Süreçlere Yönelik Öneriler .....	194

## **ALTINCI BÖLÜM ÖNERİLER**

6. ÖNERİLER .....	199
6.1. Örgütsel/Kurumsal Faktörlere ve Cezalara Yönelik Öneriler .....	199
6.2. Toplumsal ve Çevresel Faktörlere Yönelik Öneriler.....	202
6.3. Tarafların (Hizmet Sunan ve Alan) Özellikleri, Etkileşimleri ve İletişimlerine Yönelik Çözüm Önerileri.....	204
KARAR CETVELİ .....	206
KAYNAKÇA .....	207
EKLER .....	217
Ek 1- Tutanak Özetleri .....	217
Ek 2- Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ .....	261
Ek 3- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik .....	275
Ek 4- Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik .....	280
Ek 5- Çalışan Güvenliği Genelgesi .....	285
Ek 6- Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulmasına İlişkin Genelge .....	291



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Komisyon Üyeleri.....	41
Tablo 2. Komisyon Uzmanları.....	44
Tablo 3. Komisyon Toplantıları.....	45
Tablo 4. Yıllara ve Ambulans Türlerine Göre Araç, Taşınan Hasta Sayısı, Sağlık Bakanlığı, Türkiye.....	76
Tablo 5. Yıllara ve Dallara Göre Hastane Sayıları, Türkiye.....	78
Tablo 6. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayılarının Dağılımı, Türkiye.....	79
Tablo 7. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların 2013 Yılı Merkezi Yönetim Bütçesi, (Milyon TL), Türkiye.....	86
Tablo 8. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayısı Dağılımı, Tüm Sektörler, Türkiye. .	88
Tablo 9. Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2011. ....	89
Tablo 10. Öğretim Yıllarına Göre Tıp Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları, Türkiye.....	91
Tablo 11. 2012 Yılı Sonu İtibariyle, İl Bazında Sağlık Bakanlığına Bağlı Kurumlarda Çalışan Güvenlik Görevlileri Sayılarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı, Türkiye.....	93
Tablo 12. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Oranları (Dünya Örnekleri).....	131
Tablo 13. Türkiye’de Yapılan Çalışmalara Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Sıklığı.....	160
Tablo 14. Beyaz Kod Bildirimlerinin Türü ve Sayısı.....	183
Tablo 15. Şiddete Maruz Kalanların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	184
Tablo 16. Şiddete Maruz Kalanların Unvanlara Göre Dağılımı.....	184
Tablo 17. Şiddet Olayının Gerçekleştiği Birim.....	184

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması .....	71
Şekil 2. Yıllara Göre Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı.....	74
Şekil 3. Yıllara Göre Aile Hekimine Müracaat Sayısı, Türkiye .....	74
Şekil 4. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Ambulans Sayısı, Türkiye.....	76
Şekil 5. 10.000 Kişiye Düşen Hasta Yatağı Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması, 2010.....	80
Şekil 6. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%), Türkiye .....	81
Şekil 7. OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%), 2010.....	82
Şekil 8. Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, ABD Doları Cinsinden, Türkiye.....	83
Şekil 9. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, Kamu ve Özel, Satın Alma Gücü Paritesi, ABD Doları Cinsinden, 2010 .....	84
Şekil 10. Yıllara Göre Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı, (%), Türkiye .....	85
Şekil 11. Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, ABD Doları Cinsinden, Türkiye.....	86
Şekil 12. Sağlık Bakanlığı Personel Sayısındaki Net Değişim .....	87
Şekil 13. 100.000 Kişiye Düşen Doktor Sayılarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2010.....	89
Şekil 14. 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayılarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2010 .....	90
Şekil 15. Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Öğretim Üyesi Başına Düşen Tıp Fakültesi Öğrenci Sayıları.....	92
Şekil 16. Eğitim Durumlarına Göre Güvenlik Görevlileri Sayıları, Sağlık Bakanlığı, 2012, Türkiye .....	95
Şekil 17. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenlerine/Kaynağına Yönelik Kavramsal Bir Model.....	136
Şekil 18. Sağlık İşyerinde Şiddet Yönetim Kümeleri .....	142

## KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
age	Adı Geçen Eser
AHEF	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
ATUDER	Acil Tıp Uzmanları Derneği
Av.	Avukat
DB	Dünya Bankası
DGT	Doğrudan Gözetimli Tedavi
Dr.	Doktor
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
Doç.	Doçent
ECPRD	European Centre for Parliamentary Research and Documentation
EGM	Emniyet Genel Müdürlüğü
EKG	Elektrokardiyografi
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayrisafi Yurtiçi Hâsıla
HAKSEN	Kamu Çalışanları Halk Sendikaları Konfederasyonu
HAYASAD	Hasta ve Hasta Yakını Haklarını Savunma Derneği
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
IMF	Uluslararası Para Fonu
İTS	İlaç Takip Sistemi
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
KSGM	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
MHRS	Merkezi Hastane Randevu Sistemi

Mobbingder	Mobbing ile Mücadele Derneği
NHS	İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
PAR-DER	Paramedik Derneği
Prof.	Profesör
RTÜK	Radyo ve Televizyon st Kurulu
s.	Sayfa
SABİM	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SAğLIK HAK-SEN	Sağlık ve Sosyal Hizmet alışanları Hak Sendikası
SAğLIK-İş	Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası
SAğLIK SEN	Sağlık ve Sosyal Hizmet alışanları Sendikası
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SES	Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası
SİM	Sağlık İletişim Merkezi
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TDB	Türk Dişhekimleri Birliği
TEB	Türk Eczacıları Birliği
THD	Türk Hemşireler Derneği
TİG	Teşhis İlişkili Gruplar
TTB	Türk Tabipleri Birliği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TÜM SAğLIK-SEN	Tüm Sağlık ve Sosyal Hizmet alışanları Sendikası
TÜRK SAğLIK SEN	Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolu Kamu Görevlileri Sendikası
UMKE	Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi
YK	Yükseköğretim Kurulu

## KOMİSYON BAŞKANININ SUNUŞU

İnsanların acılarını dindirmek, dertlerine derman olmak, zor ve zahmetli ancak bir o kadar da erdemli bir hizmettir. Bu hizmeti en iyi şekilde sunmaya çalışan sağlık çalışanları, insanların en zor günlerinde, en ıstıraplı anlarında yanlarında bulunur ve en mahrem anlarına tanıklık ederler.

Sağlık çalışanlarının gece ve gündüz tanımayan fedakârca çalışmalarına ve sağlık hizmetinin sunulmasındaki tüm gayretlere rağmen, hastanın veya hastalığın özellikleriyle sağlık kurumlarının veya sağlık çalışanlarının imkânlarındaki kısıtlılıklardan dolayı beklentilerin tam olarak karşılanamadığı durumlar yaşanabilmektedir. Ancak, beklentilerin karşılanamamasının sorumlusunun hiçbir şekilde sağlık çalışanları olmadığını bilinmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetinin sunumunda hastalar, hasta yakınları ve sağlık çalışanları arasında geleneksel olarak karşılıklı saygıya dayanan bir ilişki yaşanmaktadır. Ancak, son zamanlarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının arttığı görülmekte, yaşanan her şiddet olayı ise bizleri derinden yaralamaktadır. 17 Nisan 2012 tarihinde Gaziantep’te yaşanan menfur bir olayda, Dr. Ersin ARSLAN kardeşimiz hayatını kaybetmiştir. Yaşanan olayların üzerine, Türkiye Büyük Millet Meclisinde grubu bulunan dört siyasi parti grubunun ortak iradelerini yansıtan 10 Meclis Araştırması önergesi birleştirilerek görüşülmüş ve sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla Komisyonumuz kurulmuştur.

Komisyonumuz araştırma konusu kapsamında tüm paydaşların görüşlerini almış ve bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı, meslek örgütleri, sendikalar, STK’lar ve konuyla ilgili akademisyenleri dinlemiştir. Komisyonun çalışma süresi içinde 4 çalışma ziyareti düzenlenmiş ve çeşitli hastaneler, Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi, Beyaz Kod Birimi gibi merkezler ziyaret edilerek uygulamaya ilişkin gözlemler yapılmış, ayrıca sağlık çalışanlarının bilgilerine başvurulmuştur. Komisyonumuzun ilk resmî faaliyeti ise Gaziantep’e düzenlenen ve merhum Dr. Ersin ARSLAN’ın ailesine taziye amacıyla gerçekleştirilen çalışma ziyareti olmuştur.

Komisyonumuz çalışma süresini sadece toplantı ve ziyaretlerle değerlendirmemiş, ayrıca 17 Üyesinin imzasıyla dönemin Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ'a, detaylarına Raporda yer verilen bir mektup göndermiştir. Mezkûr mektupta Komisyonun çalışma süresinin ve rapor yazımının bitmesi beklenmeden tespit edilen ve müstaceliyet taşıyan hususlara yer verilmiş ve konuyla ilgili gereken önlemlerin alınması istenmiştir.

Komisyonumuz, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sorununun sadece bir güvenlik sorunu olmadığını bilinciyle çalışmış ve sağlığın bir hak olduğunu ancak bu hakka ulaşmak için şiddete başvurmanın kesinlikle mazur görülemeyeceğini çalışmalarının her aşamasında vurgulamıştır. Bu duygu ve düşüncelerle; titizlikle hazırlamaya çalıştığımız Raporun, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesine yönelik olarak belirlenecek politikalar açısından bir yol haritası niteliğinde olacağına, Raporda yer verilen tespit ve önerilerin de konunun tarafları ve ilgili kurumlar tarafından hayata geçirileceğine olan inancımız tamdır.

Raporun, Ülkemize ve Milletimize hayırlı olmasını diler; Komisyonumuzun kurulmasına vesile olan Adalet ve Kalkınma Partisi, Cumhuriyet Halk Partisi, Milliyetçi Hareket Partisi ve Barış ve Demokrasi Partisi Meclis Gruplarına, Komisyonumuzun çalışmalarının yürütülmesinde desteklerini esirgemeyen Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanı Sayın Cemil ÇİÇEK'e ve Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Sekreteri Sayın İrfan NEZİROĞLU'na, Komisyonumuza bizzat sunum yapan ve sorularımızı cevaplayan dönemin Sağlık Bakanı Sayın Recep AKDAĞ'a; Komisyonumuza sunum yapan, bilgi ve belge sunan ve çalışmalarımıza katkı sağlayan tüm diğer bakanlıklara, kurum ve kuruluşlara, meslek örgütlerine, sendikalara, STK'lara ve akademisyenlere; Komisyonumuzun çalışmalarını yakından takip ederek kamuoyuyla paylaşmamıza katkı sağlayan medyaya ve bu kapsamda titiz çalışmalarından ötürü Parlamento muhabirlerine; bu Raporun ortaya çıkmasındaki gayretli çalışmaları, emekleri ve fikirleri dolayısıyla Üye milletvekillerimize; mesai mefhumu gözetmeksizin büyük bir emek ve gayretle çalışan Komisyon uzmanlarımıza en içten teşekkürlerimi sunarım.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR  
Adana Milletvekili  
Komisyon Başkanı

**Dönem: 24**

**Yasama Yılı: 3**

**TBMM**

**(S. Sayısı: 454)**

**İstanbul Milletvekili Ferit Mevlüt ASLANOĞLU ve 22 Milletvekilinin (10/49),  
Tokat Milletvekili Reşat DOĞRU ve 20 Milletvekilinin (10/113),  
Mersin Milletvekili Aytuğ ATICI ve 26 Milletvekilinin (10/118),  
Tekirdağ Milletvekili Candan YÜCEER ve 24 Milletvekilinin (10/252),  
İstanbul Milletvekili Mahmut TANAL ve 24 Milletvekilinin (10/253),  
İzmir Milletvekili Hülya GÜVEN ve 22 Milletvekilinin (10/254),  
Mersin Milletvekili MHP Grup Başkanvekili Mehmet ŞANDIR ve 19  
Milletvekilinin (10/255),  
Ankara Milletvekili Cevdet ERDÖL ve 37 Milletvekilinin (10/256),  
Bingöl Milletvekili İdris BALUKEN ve 22 Milletvekilinin (10/257),  
Mersin Milletvekili Aytuğ ATICI ve 20 Milletvekilinin (10/258),**

**Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması  
Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Bir Meclis Araştırması Açılmasına  
İlişkin Önergeleri ve (10/49, 113, 118, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258) Esas  
Numaralı Meclis Araştırması Komisyonu Raporu**





## ÖNERGE METİNLERİ

**1. İstanbul Milletvekili Ferit Mevlüt Aslanoğlu ve 22 Milletvekilinin, Doktorların ve Diğer Sağlık Personelinin Çalışma Ortamlarının Güvenliği ile İlgili Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Bir Meclis Araştırması Açılmasına İlişkin Önergesi (10/49)**

### TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmanın; çalışanın yaşam süresini uzatması, çalışma etkinliğini arttırması, işe devamlılığını sağlaması gibi pek çok yararı vardır. Bunun yanında, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak sadece çalışanın sağlığının sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi ile sınırlı değildir. Aynı zamanda çalışanın, sosyal yaşamından hizmet sunduğu alana kadar iyilik halinin devamını ve iş veriminin artmasını da sağlar.

Son senelerde artış gösteren doktorlara şiddet içerikli saldırılar, toplumsal bir sorun haline gelmiştir. Bu durumun nedenleri ise sadece güvenlik boyutuyla açıklanamayacak kadar derindir. Hastaların hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması, ekonomik olarak yaşanan sorunların sosyo-psikolojik olarak dışavurumu, hastane çalışanları için yeterli güvenliğin olmaması ve daha da önemlisi çoğu zaman sağlık sistemindeki bozuklukların tek nedeninin doktorlar olduğunun yetkililer tarafından ifade edilmesi gibi nedenler doktorları hedef haline getirmektedir.

Ülkemizde yaşanan üzücü olaylar sağlık personelinin moralini bozmakta, çalışma şevkini kırmakta ve sağlık personelinin yıpratmaktadır. Sağlık personeli, hasta ve hasta yakınlarının fiziki ve sözlü saldırılarına maruz kalmaya devam etmektedir. Hastane kampüsü içerisinde bu tür olaylara müdahale edecek bir polis noktası bulunmaması, hastanelerde bulunan polislerin sadece hastaneye intikal eden adli vakalarla ilgilenmesi ve genellikle taşeron şirket elemanı olan hastanelerdeki güvenlik görevlilerinin yeterli yetkiye sahip olmaması sorunun güvenlik kısmının ne derece ciddi bir boyutta olduğunu göstermektedir.

Sağlık hizmetinin kaliteli ve huzurlu bir şekilde sunulması toplum sağlığının gelişmesi açısından olmazsa olmaz bir ilkedir. Sağlık personeli ve özellikle doktorların, saldırıya uğrayacağı düşüncesiyle hareket ederek hizmet vermeye çalışması, toplum sağlığının gelişmesine yeterli katkıyı sunmasına engel olacaktır. Doktorların verimli çalışmaması, sadece toplum sağlığının değil ülke ekonomisinin de ciddi bir kaybıyla sonuçlanacaktır.

Özellikle son senelerde, hastanın ölümü sonucunda hasta yakınlarının doktorlara dönük uyguladığı şiddet, küçük saldırıların ötesinde ölümlere; ölümle sonuçlanmasa dahi sakat kalarak mesleklerinden uzaklaşmalarına neden olmuştur. Doktorlar; tehdit altında olduklarını ve mesleklerini yapamaz hâle geldiklerini sık sık vurgulamaktadırlar.

Doktorların güvenlik açısından yaşadıkları sorunların altında yatan nedenlerin ve çözüm yollarının çok boyutlu olması, bu konunun daha ayrıntıyla araştırılmasını gerekli kılmaktadır. Bundan dolayı, doktorların maruz kaldığı şiddet olaylarının nedenlerinin ve çözüm yollarının tespiti amacıyla Anayasa'nın 98. ve T.B.M.M. İçtüzüğü'nün 104 ve 105. maddeleri uyarınca Meclis Araştırması açılmasını saygılarımla arz ederim.

- |                           |             |
|---------------------------|-------------|
| 1) Ferit Mevlüt Aslanoğlu | (İstanbul)  |
| 2) İhsan Özkes            | (İstanbul)  |
| 3) Candan Yüceer          | (Tekirdağ)  |
| 4) Atilla Kart            | (Konya)     |
| 5) Erdal Aksünger         | (İzmir)     |
| 6) Veli Ağbaba            | (Malatya)   |
| 7) Kamer Genç             | (Tunceli)   |
| 8) Mehmet Şeker           | (Gaziantep) |
| 9) Sinan Aydın Aygün      | (Ankara)    |
| 10) Mevlüt Dudu           | (Hatay)     |
| 11) Ramazan Kerim Özkan   | (Burdur)    |
| 12) Mehmet Ali Ediboğlu   | (Hatay)     |
| 13) Kazım Kurt            | (Eskişehir) |
| 14) Salih Fırat           | (Adıyaman)  |

- |                              |            |
|------------------------------|------------|
| 15) Aytuğ Atıcı              | (Mersin)   |
| 16) Özgür Özel               | (Manisa)   |
| 17) Nurettin Demir           | (Muğla)    |
| 18) Mustafa Sezgin Tanrıkulu | (İstanbul) |
| 19) Ali Özgündüz             | (İstanbul) |
| 20) Ali Rıza Öztürk          | (Mersin)   |
| 21) Celal Dinçer             | (İstanbul) |
| 22) Mehmet Şevki Kulkuloğlu  | (Kayseri)  |
| 23) Malik Ecdar Özdemir      | (Sivas)    |

**2. Tokat Milletvekili Reşat Doğru ve 20 Milletvekilinin, Sağlık Sisteminin ve Sağlık Personelinin Sorunlarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Bir Meclis Araştırması Açılmasına İlişkin Önergesi (10/113)**

**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA**

Türkiye'deki her geçen gün artan sağlıktaki sıkıntıların nedenlerinin araştırılarak, alınması gereken tedbirler konusunda, Anayasanın 98. Türkiye Büyük Millet Meclisi İçtüzüğü'nün 104 ve 105. maddeleri gereğince Meclis Araştırması açılmasını arz ve teklif ederiz.

- |                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| 1) Reşat Doğru             | (Tokat)          |
| 2) Mehmet Şandır           | (Mersin)         |
| 3) Oktay Vural             | (İzmir)          |
| 4) Ali Öz                  | (Mersin)         |
| 5) Mesut Dedeoğlu          | (Kahramanmaraş)  |
| 6) Muharrem Varlı          | (Adana)          |
| 7) Süleyman Nevzat Korkmaz | (Isparta)        |
| 8) Ruhsar Demirel          | (Eskişehir)      |
| 9) Kemalettin Yılmaz       | (Afyonkarahisar) |
| 10) Özcan Yeniçeri         | (Ankara)         |
| 11) Erkan Akçay            | (Manisa)         |
| 12) Ali Halaman            | (Adana)          |
| 13) Sümer Oral             | (Manisa)         |
| 14) Hasan Hüseyin Türkoğlu | (Osmaniye)       |
| 15) Mustafa Erdem          | (Ankara)         |
| 16) Mehmet Erdoğan         | (Muğla)          |
| 17) Enver Erdem            | (Elâzığ)         |
| 18) Sinan Oğan             | (Iğdır)          |
| 19) Durmuşali Torlak       | (İstanbul)       |
| 20) Seyfettin Yılmaz       | (Adana)          |
| 21) Ahmet Duran Bulut      | (Balıkesir)      |

Gerekçe:

“Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik hâlidir.”

İnsan sağlığına hizmet gibi kutsal bir görev yürüten doktor, eczacı, diş hekimi, ebe, hemşire, sağlık memuru ve tüm sağlık çalışanlarımız vatandaşlarımıza sağlık hizmetlerini tam ve kesintisiz olarak ulaştırabilmek için imkânsızlıklar içinde görevlerini yerine getirmeye çalışmaktadırlar.

Sosyal yaşamlarında ve aile hayatlarında fedakârlık yaparak gece gündüz çalışan sağlık personelinin ek ödenek ücretleri düzenli ödenmemekte ebe ve hemşire açığı nedeniyle ebe ve hemşirelerimiz normal izinlerini dahi kullanamamakta ve bu yorgunluk sağlık sektöründe ciddi sorunlara neden olmaktadır.

Son yıllarda sağlık bakanlığı sağlık çalışanlarının çalışma saatlerini ve çalışma koşullarına yeni düzenlemeler getirerek çalışanlar içinde statü farklılıkları yaratarak sağlık çalışanları arasında huzursuzluklara neden oluyor. Yıllardır söz verilen ara elaman kadroları ile ilgili düzenlemeler yapılmıyor geçici ve sözleşmeli çalışan ebe ve hemşirelere özlük haklarını iyileştirici adımlar atılmıyor.

Sağlık bakanlığı tam gün yasası adı altında muayenehaneleri kapatıyor devlet hastaneleri ve üniversitelerdeki hekimleri istifaya zorluyor. 657 sayılı devlet memuru kanununun 12. maddesinde 650 sayılı kanun hükmünde kararnameyle yapılan değişiklikle devlet memuru olan hekimlerin özel mesleki faaliyetlerini yasaklamış ve düzenleme 26.08.2011 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

Bakanlık İl Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla hekimlere özel mesleki faaliyetlerinize devam ederseniz devlet memurluğundan, kamu hizmetinden ayrılacaksınız ve iş yerleriniz kapatılacak demıştır. Birçok hekim özlük hakları saklı kalmak kaydıyla istifa etmiştir.

Ancak bilinmesi gereken muayenehaneleri kapatmak sağlıkta sorunları çözmeyeceği gibi ülkemizde giderek artan işsizlerin arasına muayenehane çalışanlarının da katılmasıyla sadece işsiz sayısını artıracaktır.

Bunun yanı sıra üniversite hastanelerinde öğretim üyelerinin istifaları hastaların yeterli sağlık hizmeti almasını engellemekle beraber, hekim seçme haklarını kısıtlamakta ve asistan doktorların eğitimlerini aksatmaktadır. Aksayan eğitim yarınlarda canımızı teslim edeceğimiz sağlık çalışanlarının mesleki niteliği konusunu sorgulamamıza neden olacaktır.

Bugün hastanelerde katkı payı adı altında hastalardan para alınmaktadır ve bunun tahsilatı da eczacılara yaptırılmaktadır. Ne eczacılar Sağlık Bakanlığının tahsilat memurudur, ne de vatandaş bir hak olan sağlık hizmetini kamu kurumundan alırken ücret ödemeye mecburdur. Çünkü sağlık bir haktır ve Anayasa hükümleri gereği sosyal devlet olmak bu hakkı vatandaşa sunma zorunluluğunu getirir. Asgari ücretle ya da emekli maaşıyla geçim mücadelesi veren vatandaş kronik hastalık ya da sürekli muayene gerektiren durumlarda maaşının önemli bir bölümünü katkı payı adı altında ödemek zorunda kalıyor.

Şiddet konusu son günlerde sıklıkla konuşuluyor. Başta acil sağlık çalışanları olmak üzere 24 saat görev başında bulunan sağlık personeli pek çok defa hasta yakınları tarafından şiddete maruz bırakılıyor. Hatta saldırı sonucu burnu kırılan, beyin kanaması geçiren sağlık çalışanları bulunmaktadır. Sağlık personelinin uğradığı şiddeti önlemek konusunda sağlık bakanlığı hangi tedbirleri almaktadır?

Doktordan, hemşiresine, ebeye, yardımcı sağlık personeline kadar bütün sağlık personeli emekli olmaktan korkmaktadır. Çünkü emekli olunca ellerine çok az para geçmektedir. Acilen döner sermaye kararıyla verilen ücretler emekliliğe sayılmalı, emeklinin alacağı maaşa eklenmelidir.

Herkes bilmeli ki tüm bu yaşananların sorumlusu ne hastalar ne hekimler ne de diğer sağlık çalışanlarıdır. Sorumlu kafası karışık bakanlık yöneticileridir. Hatırlayınız domuz gribi aşısı konusunda yaşananlar bakanlığın bilgi ve becerisini ölçmede örnek vakadır.

Özetle sağlık çalışanları huzursuz, mutsuz, geleceklerinden endişelidir. Tüm bu gerekçelerle araştırma önergemiz hazırlanmıştır.

**3. Mersin Milletvekili Aytuğ Atıcı ve 26 Milletvekilinin, Doktorların ve Diğer Sağlık Personelinin Güvenlik Sorunlarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Bir Meclis Araştırması Açılmasına İlişkin Önergesi (10/118)**

**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA**

Ülkemizde, hekime ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Giderek yaygınlaşan ve telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğuran şiddet olayları yüzünden sağlık çalışanlarının sağlığı bozulmuştur. Şiddet olaylarının nedenlerinin araştırılması, çözüm yollarının bulunması ve şiddeti önleyici politikaların oluşturulması amacıyla TBMM İçtüzüğü'nün 104 ve 105. maddeleri uyarınca Meclis araştırması açılmasını arz ve teklif ederiz.

Saygılarımızla.

- |                             |            |
|-----------------------------|------------|
| 1- Aytuğ Atıcı              | (Mersin)   |
| 2- Tolga Çandar             | (Muğla)    |
| 3- Özgür Özel               | (Manisa)   |
| 4- Ramazan Kerim Özkan      | (Burdur)   |
| 5- Mustafa Sezgin Tanrıkulu | (İstanbul) |
| 6- Atilla Kart              | (Konya)    |
| 7- Aylin Nazlıaka           | (Ankara)   |
| 8- İzzet Çetin              | (Ankara)   |
| 9- Bülent Tezcan            | (Aydın)    |
| 10- Celal Dinçer            | (İstanbul) |
| 11- Muharrem Işık           | (Erzincan) |
| 12- Bülent Kuşoğlu          | (Ankara)   |
| 13- Veli Ağbaba             | (Malatya)  |
| 14- Salih Fırat             | (Adıyaman) |
| 15- Gürkut Acar             | (Antalya)  |
| 16- Mehmet Şevki Kulkuloğlu | (Kayseri)  |
| 17- Arif Bulut              | (Antalya)  |
| 18- Hurşit Güneş            | (Kocaeli)  |
| 19- Erdal Aksünger          | (İzmir)    |

20- Muhammet Rıza Yalçınkaya	(Bartın)
21- Ali İhsan Köktürk	(Zonguldak)
22- Ahmet Toptaş	(Afyonkarahisar)
23- Aykut Erdoğan	(İstanbul)
24- Selahattin Karaahmetoğlu	(Giresun)
25- Ramis Topal	(Amasya)
26- Ali Serindağ	(Gaziantep)
27- Doğan Şafak	(Niğde)

Gerekçe:

AKP Hükûmetinin “Sağlıkta Dönüşüm” adıyla yürüttüğü sağlık politikası yerleştikçe, sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel, sözlü, psikolojik ve ekonomik şiddet olayları giderek artmakta ve bu konudaki haberler yazılı ve görsel basında giderek artan sayıda yer almaktadır.

Tabip odalarına ve diğer sağlık meslek kuruluşlarına başvurarak şiddete uğradığını bildiren ve destek isteyen sağlık çalışanı sayısı çığ gibi büyümüştür. Sağlıkta şiddet sağlık çalışanlarının ve kamuoyunun gündeminde üst sıralara yerleşmiştir. Nedeni ne olursa olsun şiddetin mazur görülmesi olası değildir.

Ne yazık ki Sağlık Bakanının ve zaman zaman Başbakanın ucuz politikalarla ve gerçekleri saptırarak sağlık çalışanlarını hedef göstermesi nedeniyle sağlık alanında yaşanan sorunlar sağlık emekçilerine mal edilmiştir. Şiddete maruz kalan ve sürekli olarak şiddete uğrama korkusuyla yaşayan sağlık çalışanlarının çalışma şevkleri kırılmıştır. Bu durum “defansif tıp uygulamaları” adı verilen bir durumu ortaya çıkarmış ve sağlık çalışanları hastalara dokunmaktan âdeta korkar hâle gelmiştir. Tüm bu sorunlardan hastalar zarar görmektedir.

Sağlık çalışanlarında, risk almamak adına tedavisi zor olan hastaları başka merkezlere gönderme eğilimleri başlamıştır. Bununla birlikte diğer branşlardan daha çok konsültasyon isteme, daha çok tetkikle kendi savunma dosyasını sağlam tutma gayreti gibi maliyet-fayda oranlarının sınırlarını zorlayan yöntemlere başvurma eğiliminin de arttığı görülmektedir. Yani sağlık çalışanları sadece hastasını düşünmek yerine şiddete uğrama korkusuyla gereksiz birçok şeyi düşünür hâle getirilmiştir.



AKP iktidarının ürünü “Sağlıkta Şiddet” bilimsel kongre ve sempozyumların konusu olacak kadar önemli bir boyut kazanmıştır. Hatta bu sempozyumların bir kısmına Sayın Sağlık Bakanı da katılmıştır.

AKP iktidarının sağlıkta dönüşüm adıyla hekime dayattığı “düşük ücret ve performans uygulaması”, vatandaşa dayattığı “katkı payı uygulaması” sonucunda, hastaların yaklaşık üçte biri acil servislere başvurmaya başlamıştır. Böylece gerçekten acil sorunu olan hastaya verilen hizmetin kalitesi düşmüştür. Bu uygulamalarla acil servislerde hastaların bekleme süresi giderek artarken, doktorların hastalara ayırdığı zaman azalmaktadır. Bu durum şiddeti artıran en önemli nedenlerden biridir.

Sonuç olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın toplumu hasta ettiği bunun sonucu olarak, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığı anlaşılmaktadır. Sağlık çalışanlarının güvenlik kaygılarının topluma sağlık sorunu olarak geri dönmesi büyük önem arz etmektedir.

**4. Tekirdağ Milletvekili Candan Yüceer ve 24 Milletvekilinin, Doktorlara Yönelik Şiddet Olaylarının Nedenlerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Bir Meclis Araştırması Açılmasına İlişkin Önergesi (10/252)**

**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞI'NA**

Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmanın; çalışanın yaşam süresini uzatması, çalışma etkinliğini arttırması, işe devamlılığını sağlaması gibi pek çok yararı vardır. Bunun yanında, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak sadece çalışanın sağlığının sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi ile sınırlı değildir. Aynı zamanda çalışanın, sosyal yaşamından hizmet sunduğu alana kadar iyilik halinin devamını ve iş veriminin artmasını da sağlar.

Son senelerde artış gösteren doktorlara ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet içerikli saldırılar, toplumsal bir sorun haline gelmiştir. 2009 yılında 23, 2010 yılında 27, 2011 yılında ise 49 sağlık emekçisi şiddete maruz kalmıştır. Ne yazık ki rakamlar yıllara göre şiddet olaylarının giderek arttığını göstermektedir. Bu durumun nedenleri ise sadece güvenlik boyutuyla açıklanamayacak kadar derindir. Uygulanan sağlık politikaları nedeniyle doktorluk mesleğine olan saygının ortadan kalkması, hastane çalışanları için yeterli güvenliğin olmaması ve daha da önemlisi çoğu zaman sağlık sistemindeki bozuklukların tek nedeninin doktorlar ve sağlık çalışanları olduğunun yetkililer tarafından ifade edilmesi gibi nedenler onları hedef haline getirmektedir.

Ülkemizde yaşanan üzücü olaylar sağlık personelinin moralini bozmakta, çalışma şevkini kırmakta ve sağlık personelinin yıpratmaktadır. Sağlık personeli, hasta ve hasta yakınlarının fiziki ve sözlü saldırılarına maruz kalmaya devam etmektedir. Bunun en son örneği ise Diyarbakır Eğitim ve Araştırma hastanesinde yaşanmış, Dr. Rodin Sarı Polat hasta yakınları tarafından feci şekilde dövülerek yaşamsal tehlike geçirmiştir. Bu olayla birlikte son bir yıl içinde yalnızca Diyarbakır'da şiddete maruz kalan sağlık çalışanı sayısı 5'e yükselmiştir.

Sağlık hizmetinin kaliteli ve huzurlu bir şekilde sunulması, toplum sağlığının gelişmesi açısından olmazsa olmaz bir ilkedir. Sağlık personeli ve özellikle doktorların, saldırıya uğrayacağı düşüncesiyle hareket ederek hizmet vermeye

çalışması, toplum sağlığının gelişmesine yeterli katkıyı sunmasına engel olacaktır. Doktorların verimli çalışmaması, sadece toplum sağlığının değil, ülke ekonomisinin de ciddi bir kaybıyla sonuçlanacaktır.

Özellikle son senelerde, hastanın ölümü sonucunda ya da keyfi nedenlerle hasta yakınlarının doktorlara dönük uyguladığı şiddet, küçük saldırıların ötesine geçmiştir. Önceki senelerde hasta yakını tarafından öldürülen, ölümle sonuçlanmasa dahi sakat kalarak mesleklerinden uzaklaşan sağlık çalışanları olmuştur. Doktorlar ve sağlık çalışanları, tehdit altında olduklarını ve mesleklerini yapamaz hale geldiklerini sık sık vurgulamaktadırlar.

Doktorların güvenlik açısından yaşadıkları sorunların altında yatan nedenlerin ve çözüm yollarının çok boyutlu olması, bu konunun daha ayrıntıyla araştırılmasını gerekli kılmaktadır. Bundan dolayı, doktorların maruz kaldığı şiddet olaylarının nedenlerinin ve çözüm yollarının tespiti amacıyla Anayasa'nın 98. ve TBMM İçtüzüğü'nün 104 ve 105. maddeleri uyarınca Meclis Araştırması açılmasını saygılarımızla arz ederiz.

- 1) Candan Yüceer (Tekirdağ)
- 2) Mustafa Sezgin Tanrıkulu (İstanbul)
- 3) Mehmet Şeker (Gaziantep)
- 4) Atilla Kart (Konya)
- 5) Celal Dinçer (İstanbul)
- 6) Mehmet Ali Ediboğlu (Hatay)
- 7) Muharrem Işık (Erzincan)
- 8) Hülya Güven (İzmir)
- 9) Gürkut Acar (Antalya)
- 10) İlhan Demiröz (Bursa)
- 11) Erdal Aksünger (İzmir)
- 12) İhsan Özkes (İstanbul)
- 13) Ali Rıza Öztürk (Mersin)
- 14) Ali Serindağ (Gaziantep)
- 15) Yıldırım Sapan (Antalya)
- 16) Mustafa Serdar Soydan (Çanakkale)

- |                         |              |
|-------------------------|--------------|
| 17) Haluk Eyidoğan      | (İstanbul)   |
| 18) Fatma Nur Serter    | (İstanbul)   |
| 19) Metin Lutfi Baydar  | (Aydın)      |
| 20) Tolga Çandar        | (Muğla)      |
| 21) Turgut Dibek        | (Kırklareli) |
| 22) Malik Ecder Özdemir | (Sivas)      |
| 23) Mahmut Tanal        | (İstanbul)   |
| 24) Uğur Bayraktutan    | (Artvin)     |
| 25) Ali Özgündüz        | (İstanbul)   |

**5. İstanbul Milletvekili Mahmut Tanal ve 24 Milletvekilinin, Şanlıurfa'daki Hastanelerde Görev Yapan Doktorların Uğradıkları Saldırıların Nedenlerinin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Bir Meclis Araştırması Açılmasına İlişkin Önergesi (10/253)**

**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA**

Şanlıurfa'daki hastanelerde meydana gelen doktorlara saldırıların nedenlerinin araştırılması ve önlenmesi için gerekli tedbirlerin ivedilikle alınması amacıyla Anayasanın 98. Türkiye Büyük Millet Meclisi İçtüzüğü'nün 104 ve 105'nci maddeleri uyarınca Meclis Araştırması açılması hususunda gereğini saygılarımla arz ederiz.

- |                              |             |
|------------------------------|-------------|
| 1) Mahmut Tanal              | (İstanbul)  |
| 2) Ali Serindağ              | (Gaziantep) |
| 3) Haydar Akar               | (Kocaeli)   |
| 4) Bülent Tezcan             | (Aydın)     |
| 5) Ayşe Nedret Akova         | (Balıkesir) |
| 6) Muharrem Işık             | (Erzincan)  |
| 7) Turgay Develi             | (Adana)     |
| 8) Hasan Akgöl               | (Hatay)     |
| 9) Kadir Gökmen Öğüt         | (İstanbul)  |
| 10) Erdal Aksünger           | (İzmir)     |
| 11) Tolga Çandar             | (Muğla)     |
| 12) Malik Ecdar Özdemir      | (Sivas)     |
| 13) Arif Bulut               | (Antalya)   |
| 14) Doğan Şafak              | (Niğde)     |
| 15) Haluk Eyidoğan           | (İstanbul)  |
| 16) Levent Gök               | (Ankara)    |
| 17) Ramazan Kerim Özkan      | (Burdur)    |
| 18) Gürkut Acar              | (Antalya)   |
| 19) Mustafa Sezgin Tanrıkulu | (İstanbul)  |
| 20) Mehmet Hilal Kaplan      | (Kocaeli)   |
| 21) İhsan Özkes              | (İstanbul)  |
| 22) Hurşit Güneş             | (Kocaeli)   |

- |                        |             |
|------------------------|-------------|
| 23) Ali Sarıbaş        | (Çanakkale) |
| 24) Kamer Genç         | (Tunceli)   |
| 25) Birgül Ayman Güler | (İzmir)     |

Gerekçe:

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesinde son zamanlarda artan hastane baskınları ve doktorlara karşı uygulanan saldırılar Şanlıurfa'nın ve Türkiye'nin gündeminde yer bulmakta ve Şanlıurfa'da kamu düzeninin en çok olması gereken hastanelerde bozulduğu görülmektedir. En son çıkan haberlere göre, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma hastanesinde bir doktor ile başhekim yardımcısı arasında çıkan tartışmaya başhekimin de katılmasının ardından, hastaneye tarafların yakını olduklarını öne süren çok sayıda sarıklı ve sakallı kişi gelmiştir. Bu kişiler hastane koridorlarını doldurmuş ve orada bir kargaşa yaratmıştır. Yine aynı şekilde, başka bir grup da tartışmaya dâhil olarak, koridorları doldurmuştur. En sessiz ve sakin olması gereken hastanelerde bu tür olayların yaşanması elim ve üzüntü verici olmasının yanı sıra kamu düzeni ve bireylerin kişilik haklarına yönelik bir saldırdır.

Diğer bir olay ise, son bir ay içerisinde Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde görev yapan üç sağlık çalışanı görevi başındayken bıçaklanmış, darp edilmiş, sözlü ve fiili saldırılara maruz kalmıştır. Devlet, her bireyini olduğu gibi sağlık çalışanlarını da korumakla yükümlüdür.

Sağlıkta yaşanan sorunların ve aksaklıkların sorumlusunun hekimler ve sağlık çalışanlarının olduğu algısı sağlık çalışanlarına hemen her gün polikliniklerde, acil servislerde, hastane koridorlarında şiddet olarak geri dönmektedir.

Şiddet, ülkemizin içinde bulunduğu toplumsal süreçte her alanda hızla artarken; şiddetin oluşmasını önleyici tedbirler ne yazık ki alınmamaktadır. Toplumsal şiddetin artışına paralel olarak sağlık çalışanları ve hekimler de son zamanlarda çok boyutlu olarak şiddet ile karşı karşıya kalmaktadır. Sağlık kurumlarında çalışmak diğer işyerlerine göre şiddete uğrama yönünden daha da riskli hâle gelmiştir. Hastalar kadar diğer hasta yakınları da sağlık çalışanlarına şiddet uygulama eğilimindedir. Bunun canlı örneği, 16.09.2011 tarihinde Balıklıgöl Devlet Hastanesinde yakını vefat ettiği için hekim, nöbetçi hemşire, laborant, güvenlik görevlisi ve kısaca önüne çıkan tüm sağlık çalışanlarına hasta yakınları tarafından yapılan sözel ve fiziksel şiddettir.

Diğer bir husus ise, sorumluların bu kayıtsızlığı sonucu hastalar tarafından şiddet öncelikli hizmet almak için bilinçli uygulanır hâle gelmiştir. Şiddet olaylarına bağlı olarak hekimler ve sağlık çalışanları hasta ya da hasta yakını tarafından şiddete uğrayacağı algısını taşımakta ve de mesleğini gereği gibi yapamaz duruma gelmişlerdir. Hekimler ve sağlık çalışanları, yaşadıkları şiddet olayları karşısında ilgililerin konuya duyarsız kalmaları sonucu kurumlarına karşı güvensizlik duymaktadır.

Tüm bu gerekçelerle, Şanlıurfa'daki hastanelerde meydana gelen doktorlara saldırıların nedenlerinin araştırılması ve önlenmesi için gerekli tedbirlerin ivedilikle alınması amacıyla Anayasanın 98, Türkiye Büyük Millet Meclisi İçtüzüğü'nün 104 ve 105'inci maddeleri uyarınca Meclis araştırması açılması hususunda gereğini saygılarımızla arz ederiz.

**6. İzmir Milletvekili Hülya Güven ve 22 Milletvekilinin, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Bir Meclis Araştırması Açılmasına İlişkin Önergesi (10/254)**

**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA**

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet; “hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı veya cinsel saldırı” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri sunulan ortamlarda hekime ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet son yıllarda artış göstermektedir. Hastaneler sağlık çalışanları için tehlikeli ortamlar haline gelmekte, bu nedenle de sağlık çalışanları kendilerini güvende hissetmemektedir.

Sağlık Bakanı Sayın Recep Akdağ 6 Aralık 2011 tarihli Meclis 29. Birleşiminde sağlık personeline yönelik fiziksel şiddetin kontrol altına alınması için yönetmelik yayınladıklarını ve "beyaz kod sistemi" denilen güvenlik görevlilerinin erken müdahalesine imkân veren erken uyarı sistemi geliştirdiklerini belirtmiştir.

Ancak sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti inceleyen bilimsel çalışmalar tarandığında sorunun fiziksel önlemlerle yapılan bir düzenleme ile çözümlenemeyeceği, daha kapsamlı çözümler gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Hekime Yönelik Şiddet Nasıl Önlenir Çalıştayı sorumluları hazırladıkları anketle 01.02.2009 tarihinde İstanbul Tabip Odasına (İTO) kayıtlı 12.296 hekimden, hekim ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sebeplerini kısa başlıklar halinde ve önem sırasına göre yazmalarını istemiştir. Alınan yanıtlarda şiddetin nedenleri olarak 10 başlık öne çıkmaktadır:

- “1) Sağlıkta Dönüşüm Programı,
- 2) Sağlık çalışanlarının siyasi iktidar tarafından hedef gösterilmesi,
- 3) Toplum eğitim düzeyinin düşük olması,
- 4) Sağlık çalışanları hakkında medyada çıkan olumsuz, yalan haberler ve yorumlar,
- 5) İletişim becerilerinde yetersizlik,



- 6) Yetişmiş insan gücü ve fiziki kapasite yetersizliği,
- 7) Aşırı iş yükü ve iş duyumsuzluğu ve tükenmişlik,
- 8) Toplumsal nedenler ve şiddete eğilimin artması,
- 9) şiddeti önleyici yasal düzenlemelerin yetersizliği ve etkin güvenlik önlemlerinin alınamaması,
- 10) alışma ortamı ve mimari yapılanmanın uygunsuzluğu.”

Sağlık kurumları üzerinde yrtilen çalışmaların bulgularından sağlık ortamında şiddetin diğer iş yerlerine göre oldukça fazla olduğu ve az kayda alındığı ortaya çıkmaktadır. şiddeti ölçmek için sağlık kurumlarında şiddetin sıklığına bakılmaktadır. Buna göre sağlık çalışanlarının sözel şiddete fiziksel şiddetten daha fazla maruz kaldıkları ortaya çıkmaktadır.

Sağlık çalışanlarından, gruplarına göre birinci sırada hemşirelerin, ikinci sıklıkta pratisyen hekimlerin, daha sonra uzman hekimler ve diğer personelin şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Kadın alışanların daha sık şiddete maruz kaldıkları belirtilmektedir.

şiddetin gerçekleştiği yerin özelliği birinci sıklıkta acil servislerin, ikinci sıklıkta psikiyatri klinikleri olmasıdır. Servisler ve poliklinikler de güvenli ortamlar değildir.

Acil servisler acil müdahale gerektiren vakaların geldiği ve hayati risk taşıyan hastaların bulunduğu yerlerdir. Bu nedenle acil servis çalışanları, hasta ve hasta yakınları streslidir. Hasta yakınları çeşitli sebeplerden dolayı saldırganlaşma eğilimi gösterebilmektedir. Yakın zamanda acil hasta tanımına ilişkin getirilen düzenleme hasta ve hekimi karşı karşıya getirmektedir. Acile başvuruyu azaltmak için acil hasta tanımı da hekime bırakılmıştır.

Etkili güvenlik eğitimleri, 24 saat güvenlik, güvenlikli kapılar, kameralar, metal detektörler, kontrol noktaları, koruyucu pencereler ve panik alarmlar gibi önlemlerin fiziksel şiddeti bugüne dek tek başına önleyemediği grlmştr. Bu türden önlemlerin sağlık çalışanlarının en sık maruz kaldıkları sözel şiddeti önlemede de etkisiz yöntemler olduğu açıktır.

Sağlık personeline yapılan sözlü saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler genel hükümlere tabi tutulmaktadır. Bugüne kadar çıkarılan yönetmeliğin tek başına bir yararının olmadığı ve şiddetin giderek arttığı açıktır. Sağlık çalışanlarının şiddetten korunmasına yönelik alınacak önlemlerin ne olması gerektiği ve sebeplerinin daha detaylı olarak araştırılması gerekmektedir. Bu nedenle Anayasamızın 98. maddesi ve TBMM İçtüzüğü'nün 104 ve 105. maddeleri gereğince bir Araştırma Komisyonu kurulmasını saygılarımızla arz ederiz.

- |                             |              |
|-----------------------------|--------------|
| 1) Hülya Güven              | (İzmir)      |
| 2) Metin Lütfi Baydar       | (Aydın)      |
| 3) Ayşe Nedret Akova        | (Balıkesir)  |
| 4) Alaattin Yüksel          | (İzmir)      |
| 5) Gürkut Acar              | (Antalya)    |
| 6) Recep Gürkan             | (Edirne)     |
| 7) Kadir Gökmen Öğüt        | (İstanbul)   |
| 8) Mustafa Sezgin Tanrıkulu | (İstanbul)   |
| 9) İhsan Özkes              | (İstanbul)   |
| 10) İdris Yıldız            | (Ordu)       |
| 11) Mehmet Ali Susam        | (İzmir)      |
| 12) Dilek Akagün Yılmaz     | (Uşak)       |
| 13) Emre Köprülü            | (Tekirdağ)   |
| 14) Veli Ağbaba             | (Malatya)    |
| 15) Mehmet Siyam Kesimoğlu  | (Kırklareli) |
| 16) Ali Haydar Öner         | (Isparta)    |
| 17) Hurşit Güneş            | (Kocaeli)    |
| 18) Süleyman Çelebi         | (İstanbul)   |
| 19) Mustafa Moroğlu         | (İzmir)      |
| 20) Mustafa Serdar Soydan   | (Çanakkale)  |
| 21) Rahmi Aşkın Türeli      | (İzmir)      |
| 22) Ahmet İhsan Kalkavan    | (Samsun)     |
| 23) Candan Yüceer           | (Tekirdağ)   |

**7. Mersin Milletvekili MHP Grup Başkanvekili Mehmet Şandır ve 19 Milletvekilinin, Hasta ve Hasta Yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Uyguladıkları Şiddetin Sebep ve Sonuçlarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Bir Meclis Araştırması Açılmasına İlişkin Önergesi (10/255)**

**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA**

“Hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanları üzerinde uyguladıkları şiddetin sebepleri ve sonuçlarının araştırılarak alınması gereken tedbirlerin belirlenmesi” amacıyla, aşağıda belirtilen gerekçelerle Anayasa’mızın 98’inci, Türkiye Büyük Millet Meclisi İçtüzüğü’nün 104’üncü ve 105’inci maddeleri gereğince Meclis araştırması açılmasını arz ve teklif ederiz.

- |                            |             |
|----------------------------|-------------|
| 1) Mehmet Şandır           | (Mersin)    |
| 2) Durmuşali Torlak        | (İstanbul)  |
| 3) Oktay Vural             | (İzmir)     |
| 4) Alim Işık               | (Kütahya)   |
| 5) Reşat Doğru             | (Tokat)     |
| 6) Sadir Durmaz            | (Yozgat)    |
| 7) Mustafa Kalaycı         | (Konya)     |
| 8) Ahmet Kenan Tanrikulu   | (İzmir)     |
| 9) Sümer Oral              | (Manisa)    |
| 10) Koray Aydın            | (Trabzon)   |
| 11) Münir Kutluata         | (Sakarya)   |
| 12) Muharrem Varlı         | (Adana)     |
| 13) Emin Çınar             | (Kastamonu) |
| 14) Hasan Hüseyin Türkoğlu | (Osmaniye)  |
| 15) Enver Erdem            | (Elâzığ)    |
| 16) Ruhsar Demirel         | (Eskişehir) |
| 17) Özcan Yeniçeri         | (Ankara)    |
| 18) Yıldırım Tuğrul Türkeş | (Ankara)    |
| 19) Erkan Akçay            | (Manisa)    |
| 20) Yusuf Halaçoğlu        | (Kayseri)   |

Gerekçe:

Doktor, bir insanın en önemli varlığı diye nitelendirilen sağlık alanında uzun yıllar hem teorik hem de pratik eğitim göyerek, insanlara bu alanda hizmet veren bir meslek erbabıdır. İnsanoğlu var olduğu sürece doktorluk mesleğine olan ihtiyaç bitmeyecektir. İnsan hayatıyla doğrudan ilgili her meslekte olduğu gibi doktorluk mesleği de kutsal mesleklerden sayılmaktadır.

Doktorlar, gece gündüz demeden, ırk, din, dil gözetmeden kutsal bir görev yapsa da nihayetinde o da bir insandır.

Hastanelerin, özellikle acil servislerine getirilen hastalarla ilgilenen doktorlar, ayrıca hastaların yakınları ile de bir şekilde ilgilenmek durumunda kalmaktadırlar. Tahlilleri devam eden hastanın sonuçları çıkana kadar, hasta yakınları sabırsızlıkla sonuçların ne olduğunu öğrenmek istemektedirler.

Hasta yakınlarının bu şekildeki davranışları, insan hayatıyla doğrudan bir meslek icra eden doktorların, hastalarına daha kaliteli hizmet vermesini engellemektedir.

Asli görevi o anda hasta ile ilgilenmesi gereken doktorlar, işlerini yapmayı engelleyecek kadar ileri giden bazı hasta yakınları ile de uğraşmak durumunda kalmaktadır.

Birtakım sorularının cevapsız kalması neticesinde, hastalarıyla ilgilenilmediği kanısına kapılan hasta yakınları daha agresif olmaktadır.

Sonuç olarak, hemen her gün yazılı ve görsel medyada hasta yakınlarının hatta hastaların bir doktoru ya da bir sağlık görevlisini darp ettiği, şiddet uyguladığı haberlerine rastlamak rutin bir hâl almıştır.

Doktorluk mesleği karşılıklı saygı ve güven temeli üzerine kuruludur. Bu saygı ve güven bir anda kazanılmış olmayıp, uzun yılların birikimi olarak ortaya çıkmıştır. Hasta ile sağlık çalışanları arasındaki güven ve saygı temelli ilişkinin, üçüncü şahıslar tarafından zedelenmeye çalışılması uzun vadede toplumsal bir yaraya yol açacaktır.

Hasta-doktor ya da hasta-sağlıkçı arasındaki saygı ve güvene dayalı ortamdaki dejenerasyon, ileride tamiri zor, zahmetli ve maliyetli bir sorunu beslemektedir.

Sağlık alanında hasta ve hasta yakınlarının sağlıkçılar üzerinde uyguladıkları şiddetin sebepleri ve sonuçlarının araştırılarak alınması gereken tedbirlerin belirlenmesi amacıyla Anayasanın 98'inci, TBMM İçtüzüğü'nün 104 ve 105'inci maddeleri gereğince Meclis Araştırma Komisyonu kurulmasını arz ve teklif ederiz.

**8. Ankara Milletvekili Cevdet Erdöl ve 37 Milletvekilinin, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Bir Meclis Araştırması Açılmasına İlişkin Önergesi (10/256)**

**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA**

Ülkemizde Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Araştırılması ve Gerekli Önlemlerin Belirlenmesi amacıyla, Anayasanın 98 inci ve Türkiye Büyük Millet Meclisi İçtüzüğü'nün 104 ve 105 inci maddeleri gereğince Meclis Araştırması açılmasını arz ve teklif ederiz.

- |                           |              |
|---------------------------|--------------|
| 1) Cevdet Erdöl           | (Ankara)     |
| 2) Mehmet Domaç           | (İstanbul)   |
| 3) Muhammed Murtaza Yetiş | (Adıyaman)   |
| 4) Vural Kavuncu          | (Kütahya)    |
| 5) Ahmet Haldun Ertürk    | (İstanbul)   |
| 6) Mahmut Kaçar           | (Şanlıurfa)  |
| 7) Türkan Dağoğlu         | (İstanbul)   |
| 8) Necdet Ünüvar          | (Adana)      |
| 9) Tülay Bakır            | (Samsun)     |
| 10) İsmail Tamer          | (Kayseri)    |
| 11) İsmail Güneş          | (Uşak)       |
| 12) Kemalettin Aydın      | (Gümüşhane)  |
| 13) Mustafa Baloğlu       | (Konya)      |
| 14) Oğuz Kağan Köksal     | (Kırıkkale)  |
| 15) Şenol Gürşan          | (Kırklareli) |
| 16) Ali Turan             | (Sivas)      |
| 17) İdris Bal             | (Kütahya)    |
| 18) Şirin Ünal            | (İstanbul)   |
| 19) İsmail Aydın          | (Bursa)      |
| 20) Mehmet Erdoğan        | (Gaziantep)  |
| 21) Sevim Savaşer         | (İstanbul)   |
| 22) Temel Coşkun          | (Yalova)     |

23) Yaşar Karayel	(Kayseri)
24) Ertuğrul Soysal	(Yozgat)
25) Ahmet Öksüzkaya	(Kayseri)
26) Mahmut Mücahit Fındıklı	(Malatya)
27) Alpaslan Kavaklıoğlu	(Niğde)
28) Şuay Alpay	(Elâzığ)
29) Fuat Karakuş	(Kilis)
30) Muzaffer Aslan	(Kırşehir)
31) Abdullah Çalışkan	(Kırşehir)
32) İsmail Kaşdemir	(Çanakkale)
33) Hüseyin Şahin	(Bursa)
34) Mehmet Müezzinoğlu	(Edirne)
35) Muzaffer Yurttaş	(Manisa)
36) Mehmet Kerim Yıldız	(Ağrı)
37) Mehmet Doğan Kubat	(İstanbul)
38) Akif Çağatay Kılıç	(Samsun)

Gerekçe:

Sağlık bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir. Ülkemiz insanının sağlığı için hizmet eden, bu yönde kutsal bir görev yapan tüm sağlık çalışanlarımız, vatandaşlarımıza sağlık hizmetlerini tam ve kesintisiz olarak ulaştırabilmek için her türlü şartta, gece gündüz görevlerini yerine getirmeye çalışmaktadırlar.

Zaman zaman sağlık çalışanlarına yönelik münferit de olsa şiddet olayları olmaktadır. Fedakârca görev yapan sağlık personeli, bazen hasta bazen de hasta yakınlarının sözlü veya fiilî şiddetine maruz kalabilmektedir.

Sağlık hizmetinin kaliteli bir şekilde sunulması, toplum sağlığının gelişmesi açısından olmazsa olmaz bir ilkedir. Sağlık personeli ve özellikle doktorların şiddete uğrayacağı düşüncesiyle hareket etmesi, toplum sağlığının gelişmesine yeterli katkıyı sunmalarına engel olmaktadır. Ayrıca hekimlerin verimli çalışmaması, sadece toplum sağlığını değil ülke ekonomisini de olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Münferit olsa bile, bu tür üzücü olaylar sağlık personelinin moralini bozmakta, çalışma şevkini kırmaktadır. Nedeni ne olursa olsun şiddetin hiçbir türü hiçbir kimseye karşı ve hele sağlık çalışanlarına karşı asla mazur görülemez.

Verilen bu önerge ile sağlık çalışanlarına yönelik münferit de olsa şiddet olaylarının araştırılması varsa gerekçelerinin bilimsel olarak tespit edilmesi ve çözümleri konusunda politika geliştirilmesi arzu edilmektedir.



**9. Bingöl Milletvekili İdris Baluken ve 22 Milletvekilinin, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Bir Meclis Araştırması Açılmasına İlişkin Önergesi (10/257)**

**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞI'NA**

Hekimler ve sağlık emekçilerine yönelik gerçekleştirilen ve özellikle son dönemlerde artan şiddet olaylarının araştırılması, söz konusu şiddet saldırılarının önlenmesine yönelik gerekli tedbirlerin alınması amacıyla Anayasa'nın 98'inci, TBMM İçtüzüğü'nün 104 ve 105'inci maddeleri uyarınca Meclis Araştırması açılmasını arz ederim.

Gerekçe:

AKP hükümetinin başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmetlerinin özelleştirildiği ve paran kadar sağlık anlayışının yerleştirilmeye çalışıldığı gün gibi ortadadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kaliteli ve parasız hizmet üretimi yerine, hekimlerin özlük haklarını ve saygınlıklarını azaltmış, halkın sağlığa ulaşımı yönünde maddi ve manevi engelleri arttırmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin yarattığı olumsuz sağlık ortamı ve zorlaştırılmış çalışma koşullarını önemli ve belirleyici bir etken olması, Performans sisteminin baskısı altında olan hekim, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) verilen hizmete yaptığı ödemeleri sınırlandırması, hekimin mesleki özerkliğini ortadan kaldırması, daha çok hasta bakabilmek için hastalarına daha kısa süre ayırmak zorunda kalması, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yoluyla hekimlerin yurttaşlara karşı deyim yerindeyse günah keçisi ilan edilmesi gibi hükümetin sağlık politikalarından kaynaklanan piyasacı, paran kadar sağlık anlayışının yapısal olarak ortaya koyduğu nedenlerdir.

Tüm bu piyasacı sağlık anlayışı modelinden hareketle, halüsinasyon yaratmak amaçlı hükümet yetkililerince sağlık alanına ilişkin pembe tablolar çizilmektedir. Sağlık politikalarının iflası gün geçtikçe gün yüzüne çıkmakta ve AKP hükümeti bu iflası hem örtmek hem de iflasın sebebini hekimler ve sağlık emekçilerine fatura

etmeye çalışmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki niteliksel sorunlar ve piyasacı sağlık anlayışına karşın hükümet, sürekli sağlık hizmetlerine ulaşımında sorun yaşanmadığı, ücretsiz ve kaliteli sağlık hizmeti verildiğini belirterek, bir anlamda halk ile hekimler ve sağlık emekçilerini karşı karşıya getirip kendi üretimi olan neoliberal piyasacı sağlık anlayışının sorunlarını örtmeye çalışmaktadır.

Tüm bu AKP iktidarı dönemi politikalarından dolayı, hekimler ve sağlık çalışanları olumsuz her türlü koşulda halkın karşısına çıkarılmaktadır. Dolayısıyla hekimler ve sağlık emekçileri ciddi şiddet içerikli saldırılara maruz kalmaktadır.

Bunlardan hareketle; hekimlerin ve sağlık emekçilerinin çalışma şartlarından kaynaklı meydana gelen sorunlarını, çalışma ortamından kaynaklı meydana gelen sorunlarını, genel sağlık politikalarından kaynaklı meydana gelen sorunlarını ve tüm bunların çözüm yollarını ortaya koymak amacıyla bir Meclis araştırması talep ediyoruz.

- |                            |              |
|----------------------------|--------------|
| 1) İdris Baluken           | (Bingöl)     |
| 2) Pervin Buldan           | (İğdır)      |
| 3) Hasip Kaplan            | (Şırnak)     |
| 4) Sırrı Sakik             | (Muş)        |
| 5) Murat Bozlak            | (Adana)      |
| 6) Halil Aksoy             | (Ağrı)       |
| 7) Ayla Akat Ata           | (Batman)     |
| 8) Hüsamettin Zenderlioğlu | (Bitlis)     |
| 9) Emine Ayna              | (Diyarbakır) |
| 10) Nursel Aydoğan         | (Diyarbakır) |
| 11) Altan Tan              | (Diyarbakır) |
| 12) Adil Kurt              | (Hakkari)    |
| 13) Esat Canan             | (Hakkari)    |
| 14) Sırrı Süreyya Önder    | (İstanbul)   |
| 15) Sebahat Tuncel         | (İstanbul)   |
| 16) Mülkiye Birtane        | (Kars)       |
| 17) Erol Dora              | (Mardin)     |
| 18) Ertuğrul Kürkçü        | (Mersin)     |

- |                    |              |
|--------------------|--------------|
| 19) Demir elik    | (Muş)        |
| 20) İbrahim Binici | (Şanlıurfa)  |
| 21) Nazmi Gür      | (Van)        |
| 22) Özdal Üçer     | (Van)        |
| 23) Leyla Zana     | (Diyarbakır) |

**10. Mersin Milletvekili Aytuğ Atıcı ve 20 Milletvekilinin, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Bir Meclis Araştırması Açılmasına İlişkin Önergesi (10/258)**

**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA**

Ülkemizde, hekime ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının sayısı gün geçtikçe artmaktadır. En son Gaziantep'te bir meslektaşımız cinayete kurban gitmiştir. Giderek yaygınlaşan ve telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğurduğu görülen şiddet olayları yüzünden sağlık çalışanlarının sağlığı bozulmuştur. Hekimler hizmet veremez hale gelmiştir. Şiddet olaylarının nedenlerinin araştırılması, çözüm yollarının bulunması ve şiddeti önleyici politikaların oluşturulması amacıyla TBMM içtüzüğü'nün 104 ve 105. maddeleri uyarınca Meclis Araştırması açılmasını arz ve teklif ederiz.

Saygılarımızla.

- |                          |             |
|--------------------------|-------------|
| 1) Aytuğ Atıcı           | (Mersin)    |
| 2) Nurettin Demir        | (Muğla)     |
| 3) Mustafa Serdar Soydan | (Çanakkale) |
| 4) Aykut Erdoğan         | (İstanbul)  |
| 5) Melda Onur            | (İstanbul)  |
| 6) Ahmet Haluk Koç       | (Samsun)    |
| 7) Sena Kaleli           | (Bursa)     |
| 8) Binnaz Toprak         | (İstanbul)  |
| 9) Ayşe Eser Danişoğlu   | (İstanbul)  |
| 10) Osman Kaptan         | (Antalya)   |
| 11) Ali Sarıbaş          | (Çanakkale) |
| 12) Veli Ağbaba          | (Malatya)   |
| 13) Kamer Genç           | (Tunceli)   |
| 14) Mehmet Ali Susam     | (İzmir)     |
| 15) Celal Dinçer         | (İstanbul)  |
| 16) Gürkut Acar          | (Antalya)   |
| 17) Haluk Eyidoğan       | (İstanbul)  |

- |                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| 18) Vahap Seçer             | (Mersin)  |
| 19) Ümit Özgümüő            | (Adana)   |
| 20) Selahattin Karahmetoğlu | (Giresun) |
| 21) Ramazan Kerim Özkan     | (Burdur)  |

Gerekçe:

AKP Hükümeti'nin "Sağlıkta Dönüşüm" adıyla yürüttüğü sağlık politikası yerleştikçe, sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel, sözlü, psikolojik ve ekonomik Şiddet olayları giderek artmakta ve bu konudaki haberler yazılı ve görsel basında giderek artan sayıda yer almaktadır. Sonunda cinayet haberleri de sağlıkla beraber anılır olmuştur.

Tabip odalarına ve diğer sağlık meslek kuruluşlarına başvurarak Şiddete uğradığını bildiren ve destek isteyen sağlık çalışanı sayısı çığ gibi büyümüştür. Sağlıkta Şiddet sağlık çalışanlarının ve kamuoyunun gündeminde üst sıralara yerleőtmiőtir. Nedeni ne olursa olsun Şiddetin mazur görülmesi olası değildir.

Ne yazık ki Sağlık Bakanının ve zaman zaman Başbakanın ucuz politikalarla ve gerçekleri saptırarak sağlık çalışanlarını hedef göstermesi nedeniyle sağlık alanında yaşanan sorunlar sağlık emekçilerine mal edilmiştir. Şiddete maruz kalan ve sürekli olarak Şiddete uğrama korkusuyla yaşayan sağlık çalışanlarının alıőma Şevkleri kırılmıőtir. Bu durum "defansif tıp uygulamaları" adı verilen bir durumu ortaya ıkarmıőt ve sağlık çalışanları hastalara dokunmaktan âdeta korkar hale gelmiştir. Tüm bu sorunlardan hastalar zarar görmektedir.

Sağlık alıőanlarında, risk almamak adına tedavisi zor olan hastaları başka merkezlere gönderme eğilimleri baŐlamıőtir. Bununla birlikte diğer branşlardan daha çok konsültasyon isteme, daha çok tetkikle kendi savunma dosyasını sağlam tutma gayreti gibi maliyet-fayda oranlarının sınırlarını zorlayan yöntemlere başvurma eğiliminin de arttığı görülmektedir. Yani sağlık çalışanları sadece hastasını düşünmek yerine Şiddete uğrama korkusuyla gereksiz birçok Şeyi düşünür hale getirilmiştir.

AKP iktidarının ürünü “Sağlıkta Şiddet” bilimsel kongre ve sempozyumların konusu olacak kadar önemli bir boyut kazanmıştır. Hatta bu sempozyumların bir kısmına Sayın Sağlık Bakanı da katılmıştır.

AKP iktidarının sağlıkta dönüşüm adıyla hekime dayattığı “düşük ücret ve performans uygulaması”, vatandaşa dayattığı “katkı payı uygulaması” sonucunda, hastaların yaklaşık üçte biri acil servislere başvurmaya başlamıştır. Böylece gerçekten acil sorunu olan hastaya verilen hizmetin kalitesi düşmüştür. Bu uygulamalarla acil servislerde hastaların bekleme süresi giderek artarken, doktorların hastalara ayırdığı zaman azalmaktadır. Bu durum şiddeti artıran en önemli nedenlerden biridir.

Sağlık çalışanına karşı uygulanan şiddetin maruz kalana avukatlık hizmeti vererek, hastanede uygulanan “kod” uygulamasına giderek önlenemeyeceğini, ne yazık ki hekimler, meslektaşlarını cinayete kurban vererek görmüşlerdir.

Sonuç olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın toplumu hasta ettiği bunun sonucu olarak da, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin arttığı anlaşılmaktadır. Sağlık çalışanlarının güvenlik kaygıları, topluma sağlık sorunu olarak geri dönebilecek olması büyük önem arz etmektedir.

## TAKDİM YAZISI



### TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması  
Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu  
(10/49, 113, 118, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258)

Sayı : 85513808-130.05-118796

14.01.2013

Konu : Komisyon Raporu

### TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞINA

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması  
Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan (10/49, 113, 118, 252, 253,  
254, 255, 256, 257, 258) Esas Numaralı Meclis Araştırması Komisyonu Anayasa'nın  
98'inci ve İçtüzük'ün 104 ve 105'inci maddeleri çerçevesinde çalışmalarını  
tamamlamış bulunmaktadır.

19.06.2012 tarihinde göreve başlayan Komisyonun yaptığı çalışmalar  
sonucunda düzenlediği rapor ilişikte sunulmuştur.

Gereğini arz ederim.

Saygılarımla.

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR  
Adana Milletvekili  
Komisyon Başkanı

Ek:

1- Komisyon Raporu





**Sağlık alışanlarına Yönelik Artan şiddet  
Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken  
Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan  
(10/49, 113, 118, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258)  
Esas Numaralı Meclis Araştırması Komisyonu  
Raporu**



## BİRİNCİ BÖLÜM

### KOMİSYONUN KURULUŞU VE ÇALIŞMALARI

#### 1. KOMİSYONUN KURULUŞU VE ÇALIŞMALARI

##### 1.1. Meclis Araştırması Önergelerinin Özeti

24'üncü Yasama Döneminde Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonunun kurulmasına dayanak teşkil eden; İstanbul Milletvekili Ferit Mevlüt ASLANOĞLU ve 22 milletvekilinin, doktorların ve diğer sağlık personelinin çalışma ortamlarının güvenliği ile ilgili alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla (10/49); Tokat Milletvekili Reşat DOĞRU ve 20 milletvekilinin, sağlık sisteminin ve sağlık personelinin sorunlarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla (10/113); Mersin Milletvekili Aytuğ ATICI ve 26 milletvekilinin, doktorların ve diğer sağlık personelinin güvenlik sorunlarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla (10/118); Tekirdağ Milletvekili Candan YÜCEER ve 24 milletvekilinin, doktorlara yönelik şiddet olaylarının nedenlerinin araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla (10/252); İstanbul Milletvekili Mahmut TANAL ve 24 milletvekilinin, Şanlıurfa'daki hastanelerde görev yapan doktorların uğradıkları saldırıların nedenlerinin araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla (10/253); İzmir Milletvekili Hülya GÜVEN ve 22 milletvekilinin, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla (10/254); Mersin Milletvekili MHP Grup Başkanvekili Mehmet ŞANDIR ve 19 milletvekilinin, hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına uyguladıkları şiddetin sebep ve sonuçlarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla (10/255); Ankara Milletvekili Cevdet ERDÖL ve 37 milletvekilinin, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla (10/256); Bingöl Milletvekili İdris BALUKEN ve 22 milletvekilinin, sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla (10/257);

Mersin Milletvekili Aytuğ ATICI ve 20 milletvekilinin, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla (10/258) Anayasa'nın 98'inci ve Türkiye Büyük Millet Meclisi İçtüzüğü'nün 104 ve 105'inci maddeleri gereğince bir Meclis araştırması açılmasını isteyen önergelerinin gerekçelerinde özetle;

- Fedakârca görev yapan sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarının fiziki veya sözlü şiddetine maruz kaldıkları,
  - Yaşanan şiddet olaylarının toplumsal bir sorun haline geldiği,
  - Sağlıkta Dönüşüm Programı ve performans uygulaması ile yöneticilerin söylemlerinin sağlık çalışanlarına yönelik şiddete yol açtığı,
  - Sağlık çalışanı istihdamının yetersiz olduğu, ayrıca sağlık çalışanlarının çalışma saatleri ve özlük haklarında düzenlemeler yapılması gerektiği,
  - Şiddet olaylarına bağlı olarak sağlık çalışanlarının hasta ya da hasta yakını tarafından şiddete uğrayacağı algısını taşıdığı ve mesleklerini gereği gibi yapamaz duruma geldikleri, yaşadıkları şiddet olayları karşısında ilgililerin konuya duyarsız kalmaları sonucu kurumlarına karşı güvensizlik duydukları,
  - Etkili güvenlik eğitimleri, 24 saat güvenlik, güvenli kapılar, kameralar, metal detektörler, kontrol noktaları, koruyucu pencereler ve panik alarmlar gibi önlemlerin fiziksel şiddeti bugüne dek tek başına önleyemediği, ayrıca bu türden önlemlerin sağlık çalışanlarının en sık maruz kaldıkları sözel şiddeti önlemede de etkisiz yöntemler olduğu,
  - Hasta ve sağlık çalışanı arasındaki saygı ve güvene dayalı ortamdaki dejenerasyonun, ileride tamiri zor, zahmetli ve maliyetli bir sorunu beslediği,
  - Sağlık hizmetinin kaliteli bir şekilde sunulmasının, toplum sağlığının gelişmesi açısından olmazsa olmaz bir ilke olduğu, sağlık çalışanlarının şiddete uğrayacağı düşüncesiyle hareket etmesinin, toplum sağlığının gelişmesine yeterli katkıyı sunmalarına engel olacağı, bunun ise sadece toplum sağlığını değil ülke ekonomisini de olumsuz olarak etkileyebileceği,
  - Sağlık çalışanlarının güvenlik açısından yaşadıkları sorunların altında yatan nedenlerin ve çözüm yollarının çok boyutlu olmasının, bu konunun daha ayrıntıyla araştırılmasını gerekli kıldığı,
- ifade edilmiştir.

## 1.2. Komisyonun Kuruluşu

Yukarıda metinlerine ve özetlerine yer verilen, Meclis Araştırması açılmasına ilişkin 10 ayrı Önerge (10/49, 113, 118, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258) Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 25.04.2012 tarihli 99’uncu Birleşiminde konularının benzer olması nedeniyle birleştirilerek görüşülmüş ve “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla” bir Meclis Araştırması Komisyonu kurulması kararlaştırılmıştır.

Komisyonun kurulmasına ilişkin 25.04.2012 tarihli ve 1014 sayılı Türkiye Büyük Millet Meclisi Kararı’nda, araştırmayı yapacak Komisyonun 17 üyeden oluşması, Komisyonun çalışma süresinin Başkan, Başkanvekili, Sözcü ve Kâtip seçimi tarihinden başlamak üzere 3 ay olması ve gerektiğinde Ankara dışında da çalışma yapabilmesi hususlarına yer verilmiştir. Mezkûr Karar 03.05.2012 tarihli ve 28281 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

Türkiye Büyük Millet Meclisinin 19.06.2012 tarihli 121’inci Birleşiminde Komisyona üye seçimi yapılmıştır. Aynı tarihte yapılan Komisyon toplantısında ise Komisyonun Başkan, Başkanvekili, Sözcü ve Kâtip seçimi gerçekleştirilmiştir.

Bu seçimler sonucu, Komisyon Başkanı, Başkanvekili, Sözcü, Kâtip ve üyeliklerini gösterir liste aşağıdaki şekilde oluşmuştur:

**Tablo 1. Komisyon Üyeleri**

ADI VE SOYADI	UNVANI	PARTİSİ	SEÇİM BÖLGESİ
Necdet ÜNÜVAR	BAŞKAN	AK Parti	Adana
Mustafa BALOĞLU	BAŞKANVEKİLİ	AK Parti	Konya
İsmail TAMER	SÖZCÜ	AK Parti	Kayseri
İlknur İNCEÖZ	KÂTİP	AK Parti	Aksaray
Muhammet Murtaza YETİŞ	ÜYE	AK Parti	Adıyaman
Mehmet Kerim YILDIZ	ÜYE	AK Parti	Ağrı
Semiha ÖYÜŞ	ÜYE	AK Parti	Aydın

İdris BALUKEN	ÜYE	BDP	Bingöl
Kemalettin AYDIN	ÜYE	AK Parti	Gümüşhane
Mehmet Hilal KAPLAN	ÜYE	CHP	Kocaeli
Muzaffer YURTTAŞ	ÜYE	AK Parti	Manisa
Aytuğ ATICI	ÜYE	CHP	Mersin
Ali ÖZ	ÜYE	MHP	Mersin
Nurettin DEMİR	ÜYE	CHP	Muğla
Cemalettin ŞİMŞEK	ÜYE	MHP	Samsun
Mahmut KAÇAR	ÜYE	AK Parti	Şanlıurfa
Candan YÜCEER	ÜYE	CHP	Tekirdağ

Bu seçime ilişkin 19.06.2012 tarihli ve 1018 sayılı Türkiye Büyük Millet Meclisi Kararı 23.06.2012 tarihli ve 28332 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

### **1.3. Komisyonun Görev, Yetki ve Süresi**

19.06.2012 tarihinde çalışmalarına başlayan Komisyon; Anayasa’nın 98’inci, Türkiye Büyük Millet Meclisi İçtüzüğü’nün 104 ve 105’inci maddeleri ile diğer hükümleri çerçevesinde görev yapmıştır.

3 aylık çalışma süresi (tatil ve ara vermelerde süre işlemediğinden) 14.12.2012 tarihinde dolan Komisyon, İçtüzük’ün 105’inci maddesi gereğince 1 aylık ek süre talebinde bulunmuştur. Süre uzatımına ilişkin 1029 sayılı Türkiye Büyük Millet Meclisi Kararı Genel Kurulun 04.12.2012 tarihli 33’üncü Birleşiminde alınmış ve 08.12.2012 tarihli ve 28491 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanmıştır.

### **1.4. Komisyonun Çalışmaları**

19.06.2012 tarihinde çalışmalarına başlayan Komisyon, bu tarihte yapmış olduğu ilk toplantısında çalışma programını belirlemiş ve bu çerçevede;

- Komisyonun gerekli görmesi halinde, yurt içinde ve yurt dışında, Komisyon olarak ya da oluşturulacak alt komisyonlar marifetiyle mahallinde inceleme ve araştırmalar yapmasına,

- Komisyon toplantılarında ve Ankara dışı çalışmalarda tam tutanak tutulmasına,
- Komisyonun Genel Kurul çalışma saatlerinde de çalışma yapabilmesi için İçtüzük'ün 35'inci maddesi uyarınca Başkanlık Divanından izin istenmesine,
- Komisyon çalışmalarını kamuoyuna duyurabilmek ve elektronik iletişim kurabilmek amacıyla internet sitesi kurulmasına ve elektronik posta adresi alınmasına,
- Komisyon çalışmaları süresince ilgili kurum ve kuruluşlardan konuyla ilgili uzman görevlendirilmesi ile ilgili işlemlerin ve yazışmaların yapılmasında, davet edilecek kişi ve kurumların tespiti hususlarında Komisyon Başkanlığının yetkili kılınmasına,
- Komisyonun Ankara dışı çalışmalarına katılan Komisyon Üyesi milletvekillerinin yasama çalışmalarından izinli sayılmasına,
- Çalışma yapılacak yurt içi ve yurt dışı merkezlere ulaşımında havayolu, karayolu ve diğer nakil vasıtalarından yararlanılmasına,
- Yapılacak Ankara dışı inceleme ziyaretleri ve çalışmalara Komisyon uzmanları ile kamu kurum ve kuruluşlarından görevlendirilen personelin katılmasına,
- Ankara dışı inceleme ziyaretleri ve çalışmalara katılacak milletvekillerine, uzmanlara ve diğer kurum ve kuruluşlarından görevlendirilecek personele Harcırah Kanunu hükümlerinin uygulanmasına,
- Yurt dışı inceleme ve araştırmalarla ilgili yazışmaların Türkiye Büyük Millet Meclisi Dış İlişkiler ve Protokol Başkanlığı tarafından yapılmasına,
- Komisyona verilen 3 aylık süre içerisinde çalışmaların bitmemesi halinde 1 aylık ek süre istenmesine,
- Rapor yazımında Komisyon Başkanlığına redaksiyon yetkisi verilmesine, karar vermiştir.

Söz konusu kararlara uygun olarak Komisyon, 14.01.2013 tarihinde sona eren 4 aylık çalışma süresi içerisinde 24 resmî toplantı yapmış ve araştırma konusu hakkında bilgi edinmek üzere akademisyenler, ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile sivil toplum örgütlerinden yetkililer davet ederek görüşler almış, rapor yazımında değerlendirmek üzere yazışmalar yoluyla bilgi ve belge temin etmiştir. Komisyon ayrıca, yerinde 4 çalışma ziyareti gerçekleştirmiş ve çalışmaları devam ederken 17 Üyesinin imzasıyla Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ'a bir mektup göndermiştir.

Komisyon çalışmalarına ve rapor yazımına katkıda bulunmak üzere aşağıda adı, soyadı, unvanı ve kurumu belirtilen kişiler Komisyonda uzman olarak görev almışlardır.

**Tablo 2. Komisyon Uzmanları**

ADI-SOYADI	KURUMU	UNVANI
Ahmet BOZKURT	Türkiye Büyük Millet Meclisi Kanunlar ve Kararlar Başkanlığı	Yasama Uzmanı
Eyüp ÖZTÜRK	Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırma Hizmetleri Başkanlığı	Yasama Uzman Yardımcısı
Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü	Öğretim Üyesi
Doç. Dr. Mustafa Necmi İLHAN	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Öğretim Üyesi
Dr. Duygu CENGİZ	Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Daire Başkanı
İlker ILGIN	Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu	Başkanlık Müşaviri
Aslıhan ARDIÇ ÇOBANER	Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü	Hemşire/İletişim Uzmanı
Ayhan Barış ÇEVİK	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hastane Müdür Yardımcısı
Abdullah DEĞİRMENCİ	Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Sağlık Memuru
Hatice ÖZTÜRK	Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	Ebe/Sağlık İdarecisi
İbrahim Alper TABANOĞLU	Adalet Bakanlığı	Tetkik Hâkimi
Mustafa MERT	Emniyet Genel Müdürlüğü	Komiser Yardımcısı
Gürol VURAL	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	Uzman



### 1.4.1. Komisyon Toplantıları

Çalışma süresi içinde 24 toplantı yapan Komisyon, aşağıdaki tabloda gösterilen kamu kurum ve kuruluşları, sivil toplum örgütleri, akademisyenler ve diğer ilgililerden bilgi almıştır.

**Tablo 3. Komisyon Toplantıları**

Toplantı Sırası ve Tarihi	Gündem-Kurum, Kuruluş ve Sivil Toplum Örgütleri	Bilgi/Brifing Alınan Kişiler
1'inci Toplantı 19.06.2012	Komisyon Başkanlık Divanı Seçimi	-
2'nci Toplantı 27.06.2012	Komisyonun Çalışma Takviminin, Bilgisine Başvurulacak Kişi ve Kurumlar ile Uzmanların Belirlenmesi	-
3'üncü Toplantı 10.10.2012	Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı	- Prof. Dr. Nihat TOSUN, Müsteşar - Prof. Dr. İrfan ŞENCAN, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü - Dr. Hasan GÜLER, Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı - Dr. Abdullah ÖZTÜRK, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanı
4'üncü Toplantı 11.10.2012	Türk Tabipleri Birliği	- Prof. Dr. Gülriz ERİŞGEN, 2.Başkan - Dr. Bayazıt İLHAN, Genel Sekreter - Dr. Osman ÖZTÜRK, Merkez Konseyi Üyesi - Dr. Özden ŞENER, Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı - Dr. Hasan OGAN, Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu Direktörü - Avukat Ziyet ÖZÇELİK, TTB Hukuk Bürosu
5'inci Toplantı 17.10.2012	Türk Eczacıları Birliği	- Uzman Eczacı Harun KIZILAY, Genel Sekreter - Eczacı Murat YÜRÜR, Denetleme Kurulu Başkanı - Eczacı Nevin TAŞLIÇAY, Denetleme Kurulu Üyesi - Eczacı Kerem ZABUN, Antalya Eczacı Odası Başkanı - Ayşen YALMAN, Basın Danışmanı
	Türk Dişhekimleri Birliği	- Doç. Dr. Serdar SÜTÇÜ, Kamuda Çalışanların Özlük Hakları Komisyonu Üyesi - Diş Hekimi Helin ARAS TEK, Ankara Dişhekimleri Odası Genel Sekreteri

6'ncı Toplantı 18.10.2012	Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (SAĞLIK SEN)	- Metin MEMİŞ, Genel Başkan - Semih DURMUŞ, Genel Sekreter - Ekrem YAVUZ, Mevzuat Sekreteri - Fatih SEYRAN, Genel Başkan Danışmanı - Avukat Özlem TİTREK ÇAĞLAYAN, Hukuk Müşaviri - Bayram AVCIBAŞI, Sağlık Çalışanı
7'nci Toplantı 31.10.2012	Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolu Kamu Görevlileri Sendikası (TÜRK SAĞLIK SEN)	- Önder KAHVECİ, Genel Başkan - Zafer YILDIRIM, Genel Başkan Yardımcısı - Ahmet KIZMAZ, Genel Başkan Danışmanı
8'inci Toplantı 01.11.2012	Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES)	- Çetin ERDOLU, Genel Başkan - Hasan KALDIK, Genel Örgütlenme Sekreteri
9'uncu Toplantı 07.11.2012	Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Hak Sendikası (SAĞLIK HAK-SEN)	- Ayhan ÇİVİ, HAKSEN Genel Başkanı - Selahattin KARACA, SAĞLIK HAKSEN Genel Başkanı - Umut YANARDAĞ, Yönetim Kurulu Üyesi - Yusuf KARAÇAR, Yönetim Kurulu Üyesi
	Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası (SAĞLIK-İŞ)	- Hasan ÖZTÜRK, Genel Başkan - Halit KAYALI, Yönetim Kurulu Üyesi
10'uncu Toplantı 14.11.2012	Tüm Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (TÜM SAĞLIK-SEN)	- Okay ERÖZGÜN, Genel Başkan - Yüksel KILIÇ, Genel Sekreter - Fevziye CANSEVER, Genel Mali Sekreter - Faruk ÇELİK, Genel Teşkilatlandırma Sekreteri
	Mobbing ile Mücadele Derneği	- Hüseyin GÜN, Yönetim Kurulu Başkanı - Yrd. Doç. Dr. Nermin GÜRHAN, Bilim Kurulu Üyesi - Avukat Nilay KILIÇ, Üye
11'inci Toplantı 15.11.2012	Türk Hemşireler Derneği	- Prof. Dr. Saadet ÜLKER, Genel Başkan - Prof. Dr. Besti ÜSTÜN, Şiddet Komisyonu Üyesi - Uzman Hemşire Hatice UÇAK, Şiddet Komisyonu Üyesi
12'nci Toplantı 21.11.2012	Emniyet Genel Müdürlüğü	- Mehmet SARIBUVA, Özel Güvenlik Hizmetleri Şube Müdürü (3. Sınıf Emniyet Müdürü) - Ali KAYA, Polis Merkezleri ve Suç Önleme Şube Müdürü (4. Sınıf Emniyet Müdürü)
13'üncü Toplantı 22.12.2012	-	- Prof. Dr. Erol GÖKA, Psikiyatrist
14'üncü Toplantı 29.11.2012	Acil Tıp Uzmanları Derneği	- Prof. Dr. Başer CANDER, Yönetim Kurulu Başkanı - Prof. Dr. Cuma YILDIRIM, Üye - Doç. Dr. İbrahim İKİZCELİ, Başkan Yardımcısı - Doç. Dr. Mehmet GÜL, Resüsitasyon Çalışma Grubu Başkanı

15'inci Toplantı 05.12.2012	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu	- Dr. Murat GİRĞİNER, Yönetim Kurulu Başkanı - Dr. Akif Emre EKER, 2'nci Başkan - Dr. H. Şenol ATAKAN, Yönetim Kurulu Üyesi - Dr. Kazım TIRPAN, Bilimsel Araştırma Komisyonu Başkanı
16'ncı Toplantı 06.12.2012	-	- Prof. Dr. Ayla OKAY, İletişimci/Öğretim Üyesi
17'nci Toplantı 12.12.2012	Hasta ve Hasta Yakını Haklarını Savunma Derneği	- Avukat İlhan YETİŞGİN, Genel Başkan - Ramazan ACAR, Genel Başkan Yardımcısı - Avukat Kübra ÖZDEMİR, Genel Başkan Yardımcısı - Doğa YAŞAR, Bilim Kurulu Üyesi
	-	- Doç. Dr. Mustafa Necmi İLHAN, Öğretim Üyesi
18'inci Toplantı 13.12.2012	-	- Prof. Dr. Ümit BİÇER - Prof. Dr. Ahmet Tamer AKER
19'uncu Toplantı 18.12.2012	-	- Doç. Dr. İnci ÇINARLI, İletişimci/Öğretim Üyesi - Doç. Dr. Abdulrezzak ALTUN, İletişimci/Öğretim Üyesi - Gülben ŞAHİN YALÇIN, Gazeteci - Yeşim SERT KARAARSLAN, Gazeteci - Esra ÖZ, Gazeteci
20'nci Toplantı 20.12.2012	-	- Dr. Mehmet Özgür NİFLİOĞLU, Asistanhekim.org internet sitesi yöneticisi
21'inci Toplantı 02.01.2013	-	- Dr. Ayça GELGEÇ BAKACAK, Sosyolog/Öğretim Üyesi
22'nci Toplantı 03.01.2013	Komisyon Çalışmaları Değerlendirme Toplantısı	
23'üncü Toplantı 09.01.2013	Sağlık Bakanlığı	- Prof. Dr. Recep AKDAĞ, Sağlık Bakanı - Dr. İsmail DEMİRTAŞ, Müsteşar Yardımcısı - Prof. Dr. İrfan ŞENCAN, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü - Mine TUNÇEL, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürü - Adem KESKİN, I. Hukuk Müşaviri - Erol GÖKDÖL, Hukuk Müşaviri - Dr. Hasan GÜLER, Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı - Dr. Yasin AKAR, Bakan Danışmanı
24'üncü Toplantı 10.01.2013	Paramedik Derneği	- Halit Umut UĞUREL, Yönetim Kurulu Başkanı - Nejmiye TOKER, Temsilciler Sorumlusu - Hasan Basri KIZILDAĞ, Üye - İbrahim ÇATAK, Üye - Süleyman YAVUZ, Üye

### **1.4.2. Komisyonun Çalışma Ziyaretleri**

Komisyon, 19.06.2012 tarihli 1'inci toplantısında aldığı karar kapsamında, sorunların yerinde tespiti ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddete karşı alınan önlemlerin uygulamasını görmek üzere detayları aşağıda anlatılan dört çalışma ziyareti gerçekleştirmiştir.

#### **1.4.2.1. Gaziantep Çalışma Ziyareti**

Komisyon, ilk çalışma ziyaretini menfur bir saldırı sonucu hayatını kaybeden merhum Dr. Ersin ARSLAN'ın memleketi olan Gaziantep'e düzenlemiştir. 05.10.2012 tarihinde gerçekleştirilen ziyarete Komisyon Başkanı Adana Milletvekili Necdet ÜNÜVAR, Komisyon Başkanvekili Konya Milletvekili Mustafa BALOĞLU, Komisyon Üyesi Mersin Milletvekili Aytuğ ATICI, Komisyon Üyesi Mersin Milletvekili Ali ÖZ, Komisyon Üyesi Muğla Milletvekili Nurettin DEMİR ve Yasama Uzmanı Ahmet BOZKURT katılmıştır.

#### ***Merhum Dr. Ersin ARSLAN'ın Ailesini Ziyaret***

Söz konusu çalışma ziyareti kapsamında, öncelikle merhum Dr. Ersin ARSLAN'ın eşi ve ailesine taziye ziyaretinde bulunulmuştur. Taziye ziyareti basına kapalı olarak gerçekleştirilmiştir. Ziyarete Dr. Ersin ARSLAN'ın babası Ramazan ARSLAN, abisi Erkan ARSLAN ve eşi Dr. Sibel ARSLAN ile görüşülürken, Komisyona, Gaziantep Vali Yardımcısı Mehmet TAŞDÖĞEN, İl Sağlık Müdürü Prof. Dr. Metin KARAKÖK ve Şehitkamil Kaymakamı Mehmet AYDIN eşlik etmiştir. Ayrıca Gaziantep-Kilis Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Savaş GÜRSOY da ziyarete katılmıştır.

Ziyaretin başında, Komisyon Başkanı Necdet ÜNÜVAR tarafından bu ziyaretin siyasi bir ziyaret olmadığı, Ersin ARSLAN'ın topluma mal olduğu, herkesten bir parça olduğu belirtilmiş; yaşanan bu elim olay üzerinden sağlık çalışanlarına uygulanan şiddeti çözenin yollarının aranacağı ve burada yaşanan acının paylaşılacağı ifade edilmiştir. Aile ise ziyaret dolayısıyla Komisyona teşekkür etmiş ve yaşanan olaya ilişkin bilgi vermiştir.

***Şahinbey Belediyesi Dr. Ersin ARSLAN Parkını Ziyaret***

Komisyon, aileyi ziyaretinden sonra Şahinbey Belediyesinin Dr. Ersin ARSLAN'ın adını verdiği parkta incelemelerde bulunmuştur. Heyete bu ziyarette Şahinbey Belediye Başkanı Mehmet TAHMAZOĞLU ve Şahinbey Kaymakamı Uğur TURAN eşlik etmiştir.

***Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesini Ziyaret***

Komisyon, yaşanan acı olaydan sonra merhum Dr. Ersin ARSLAN'ın adının verildiği Hastaneyi ziyaret ederek, olayın gerçekleştiği yerde incelemelerde bulunmuş, Hastanenin fiziki koşullarını ve güvenlik önlemlerini yerinde incelemiş ve Başhekim Dr. Ali Güven FİNCAN ile diğer yöneticilerden bilgi almıştır.

Başhekim tarafından verilen bilgilere göre, 616 yataklı olan Hastanede 72 güvenlik kamerası ve 60 güvenlik elemanı bulunmakta, Hastaneye günde 15 ila 20 bin arasında hasta ve hasta yakını gelmekte, giriş ve çıkışlar 17 ayrı kapıdan yapılmaktadır. Yaşanan menfur saldırıdan sonra Hastanede adliyeye yansıyan 3 şiddet olayının daha gerçekleştiği öğrenilmiş, adliyeye yansımaya şiddet olayı sayısı konusunda bilgi edinilememiştir. Yine alınan bilgilere göre, güvenlik kameraları yaşanan olaydan önce de Hastanede bulunmaktadır. Hastane yöneticileri sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sebeplerinden bahsederken, bu durumun toplumda artan şiddetle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

Toplantı sırasında Gaziantep-Kilis Tabip Odası Genel Sekreteri Dr. Şaban ALAGÖZ tarafından kısa bir sunum yapılmıştır. Bu sunumda şiddetin önlenmesi amacıyla, şiddet potansiyeline sahip kişilerin sekreter-özel güvenlik-polis gibi ilk aşama duraklarında tespit edilmesine yönelik eğitimlerin verilmesi önerilmiştir.

***Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesini Ziyaret***

Komisyon, Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesinden sonra Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesini ziyaret etmiştir.

Heyet, Hastanede Başhekim yardımcıları Prof. Dr. Bülent TUNÇÖZGÜR, Doç. Dr. Belgin ALAŞEHİRLİ ve Doç. Dr. Metin KILINÇ ile görüşmüştür.

Toplantıda, Üniversite Hastanesinde şiddetin daha çok asistan hekimler ve hemşirelere yöneldiği ifade edilmiş; hastaların hekimi şikâyet hakkı olduğu ancak hekimin hastayı şikâyet edemediği belirtilmiştir.

Toplantıda ayrıca İl Sağlık Müdürü Prof. Dr. Metin KARAKÖK tarafından “Sağlık Alanında Çalışan Hakları ve Güvenliği” başlıklı bir sunum yapılmıştır. Sunumda Beyaz Kod uygulaması anlatılmıştır. Anılan uygulamaya göre, bir şiddet olayı yaşandığında mağdur şikâyetçi olmasa bile olay savcılığa intikal ettirilmektedir. Sunumun sonunda şiddetin önlenmesine yönelik güvenlik görevlisi sayısının artırılması, acil panik butonu uygulaması, hasta haklarının yanı sıra sorumluluklarının da gündeme getirilmesi gibi yöntemleri içeren 15 maddelik bir öneri paketine yer verilmiştir.

#### ***Gaziantep Valiliğini Ziyaret***

Heyet Gaziantep’te son olarak Gaziantep Valiliğini ziyaret etmiştir. Bu ziyarette Gaziantep Valisi Erdal ATA, Vali Yardımcısı Mehmet TAŞDÖĞEN, Emniyet Müdürü Ömer AYDIN ve İl Sağlık Müdürü Metin KARAKÖK ile toplantı gerçekleştirilmiştir. Toplantıda ziyarete ilişkin değerlendirmeler yapılmış, sağlıkta şiddet önlenmesi için yapılabilecekler tartışılmıştır.

#### **1.4.2.2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışma Ziyareti**

Komisyon, 08.11.2012 tarihinde Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesine bir çalışma ziyareti düzenlemiştir. Ziyarete Komisyon Başkanı Adana Milletvekili Necdet ÜNÜVAR, Komisyon Başkanvekili Konya Milletvekili Mustafa BALOĞLU, Komisyon Sözcüsü Kayseri Milletvekili İsmail TAMER, Komisyon Üyesi Kocaeli Milletvekili Mehmet Hilal KAPLAN, Komisyon Üyesi Mersin Milletvekili Aytuğ ATICI, Komisyon Üyesi Muğla Milletvekili Nurettin DEMİR ile Komisyon uzmanları katılmıştır.

Ziyaret kapsamında, ilk olarak Hastane Başhekimisi Prof. Dr. Nurullah ZENGİN’in sunumu dinlenmiştir. Sunumda; Komisyon çalışmalarının şiddetin azalmasına sağlayacağı katkıya yönelik beklenti belirtilmiş, Hastane bünyesinde çalışan hakları ile ilgilenen bir birim kurulduğu ve birimde bir psikoloğun da

istihdam edildiği, Hastanede şiddetin daha sık görüldüğü riskli bölümlerin belirlendiği, Beyaz Kodun Hastanede de uygulandığı, Hastane çalışanlarını şiddet konusunda bilinçlendirme toplantılarının yapıldığı, internetin de bu amaçla kullanıldığı, şiddete maruz kalan personel hizmetten çekilme hakkını kullandığında döner sermaye gibi haklarından mahrum kaldığı, bu durumun hakkın kullanım oranını azalttığı, daha çok sözel şiddetin yaşandığı, şiddet olaylarının defansif tıp yaklaşımına sebep olabildiği, şiddetin önlenmesinde medyanın sağlık çalışanlarına yönelik haber dilinin değişmesi, şiddet olayları sonrası adli prosedürlerin azaltılması ve bu konuda Sağlık Bakanlığı ile Adalet Bakanlığının ortak tavır almasının etkili olabileceği ifade edilmiştir.

Yapılan sunumun ardından Heyet, Hastanenin konferans salonunda Hastane personeli ile bir araya gelmiştir. Toplantıda personel, sağlık çalışanlarına yönelik şiddete ilişkin kişisel görüşlerini; sözlü şiddetin fiziksel şiddete oranla daha çok yaşandığı, medyanın haber dilinin toplumu sağlık çalışanlarına karşı tahrik ettiği, toplumda sağlık çalışanlarının saygınlıklarının azaldığı, hastaların yüksek beklentilere sahip olduğu, sağlık çalışanı istihdamının ve hastalara ayrılan sürenin yetersiz olduğu cümleleriyle ifade etmiştir. Hastane personelinin çözüm önerileri ise; şiddet uygulayanların veya teşebbüs edenlerin bir ortak ağda listelenmesi, sağlık çalışanlarının toplumdaki saygınlıklarının artırılmasını sağlayacak önerilerin belirlenmesi amacıyla bir çalıştayın düzenlenmesi, hasta yakınlarının poliklinik dışında doktorlara ulaşmasının engellenmesi, performans sisteminde değişikliğe gidilmesi şeklinde sıralanmıştır. Konferans salonunda ayrıca Hastane Güvenlik Müdürü tarafından, güvenlik görevlilerinin yılda iki defa eğitime tabi tutulduğu ve 185 güvenlik görevlisinin en az 130'unun 4 yıldır Hastanede çalıştığı ifade edilmiştir.

Hastane personeliyle yapılan toplantının ardından, Hastane Acil Servisinde gerçekleştirilen incelemeler ile çalışma ziyareti sona ermiştir.

#### **1.4.2.3. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) Çalışma Ziyareti**

Komisyon, 28.11.2012 tarihinde Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezine (SABİM) bir çalışma ziyareti düzenlemiştir. Ziyarete Komisyon Başkanı Adana Milletvekili Necdet ÜNÜVAR, Komisyon Sözcüsü Kayseri Milletvekili İsmail TAMER,

Komisyon Üyesi Manisa Milletvekili Muzaffer YURTTAŞ, Komisyon Üyesi Mersin Milletvekili Ali ÖZ, Komisyon Üyesi Muğla Milletvekili Nurettin DEMİR ile Komisyon uzmanları katılmıştır.

Çalışma ziyaretinde ilk olarak Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürü Mine TUNÇEL sunum yapmıştır. Sunumda SABİM'in amacı, çalışma sistemi ve genel işleyişine ilişkin bilgilerin yanında istatistiki verilere de yer verilmiş; SABİM'in faaliyete başladığı Ocak 2004'ten bu yana Merkeze 6 milyon çağrının ulaştığı, SABİM'in bir şikâyet hattı olmadığı, gelen çağrılarının %0,5'inin şikâyet, %75'i bilgi talebi, %15'i öneri ve %6'sının teşekkür amaçlı olduğu, SABİM'in sağlık çalışanlarına ceza verme veya soruşturma açma yetkisi bulunmadığı, Merkezde 200 personelin çalıştığı, günde ortalama 6000 çağrının karşılandığı, gelen çağrılarının %90'ının 24 saat içinde sonuçlandırıldığı ve vatandaşa geri dönüldüğü ifade edilmiştir. Yapılan sunumun ardından Heyet, Merkeze gelen bir çağrı örneği üzerinden sırasıyla yapılan işlemleri incelemiş, Merkez çalışanlarından bilgi almıştır.

#### **1.4.2.4. Beyaz Kod Çalışma Ziyareti**

Komisyon, 19.12.2012 tarihinde sağlık personeline yönelik şiddeti önlemeyi amaçlayan acil durum yönetim aracı olan “*Beyaz Kod*” uygulamasını yerinde incelemek amacıyla Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Sağlık Bakanlığına bir çalışma ziyareti düzenlemiş, ayrıca Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ ile öğle yemeğinde bir araya gelmiştir. Söz konusu çalışma ziyaretine Komisyon Başkanı Adana Milletvekili Necdet ÜNÜVAR, Komisyon Başkanvekili Konya Milletvekili Mustafa BALOĞLU, Komisyon Sözcüsü Kayseri Milletvekili İsmail TAMER, Komisyon Üyesi Adıyaman Milletvekili Muhammet Murtaza YETİŞ, Komisyon Üyesi Kocaeli Milletvekili Mehmet Hilal KAPLAN, Komisyon Üyesi Manisa Milletvekili Muzaffer YURTTAŞ, Komisyon Üyesi Muğla Milletvekili Nurettin DEMİR, Komisyon Üyesi Tekirdağ Milletvekili Candan YÜCEER ile Komisyon uzmanları katılmıştır.

#### ***Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesini Ziyaret***

Çalışma ziyareti kapsamında öncelikle Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi ziyaret edilmiş ve Hastane Yöneticisi Dr. Mesut KOÇAK'ın Beyaz Kod



uygulamasına ilişkin sunumu dinlenmiştir. Sunumda, şiddete maruz kalan sağlık personelinin dâhili telefonda 1111'i kodlaması ve dâhili numarayı girerek Beyaz Kod çağrısı yapmasıyla güvenlik görevlilerinin olay yerine intikal ettiği, mağdur ve olaya şahit olan personelin olaya ilişkin tutanakları imzaladığı ve hukuki prosedürün başlatıldığı ifade edilmiştir. Sunumda son olarak 2012 yılında Hastanede 47 Beyaz Kod uygulamasının olduğu ifade edilmiştir.

Heyet, sunumun ardından acil servisi ziyaret ederek incelemelerde bulunmuştur. Bu inceleme sırasında Komisyon üyelerinin isteği üzerine bir Beyaz Kod çağrısı verilmiş, habersiz yapılan bu çağrı üzerine 30 saniye içinde 7 güvenlik görevlisinin çağrının yapıldığı yere intikal ettiği gözlenmiştir.

### ***Sağlık Bakanlığını Ziyaret***

Hastane ziyaretinden sonra geçilen Sağlık Bakanlığında, Beyaz Kod Birimi ziyaret edilerek Birim çalışanlarından bilgi alınmıştır. Çalışanlarla yapılan görüşmenin ardından Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Prof. Dr. İrfan ŞENCAN, Heyete bir sunum yapmıştır. Sunumda Beyaz Kod Biriminin 7 gün 24 saat hizmet verdiği, birimde psikolog, sosyal hizmet uzmanları ile hukukçuların çalıştığı, Birime 14 Mayıs-17 Aralık 2012 tarihleri arasında 1498'i fiziksel şiddet olmak üzere 4688 şiddet başvurusunun intikal ettiği, Birim tarafından olayların titizlikle takip edildiği ve Birimin şiddet mağdurlarına verilen hukuki desteğin koordinasyonunu sağladığı anlatılmıştır.

### ***Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ ile Görüşme***

Heyet, yaptığı ziyaretlerin ardından dönemin Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ ile Hekimevi'nde verilen öğle yemeğinde bir araya gelmiştir. Bakan AKDAĞ, yaptığı konuşmada yakın zamanda Komisyon tarafından kendisine gönderilen mektupta yer alan hususlara katıldığını, Komisyonun yaptığı çalışmalarla kendilerine yol göstereceğini ifade etmiş; Komisyon Başkanı Necdet ÜNÜVAR ise, Komisyonun toplantılar yaparak sadece rapor yazan bir komisyon olmadığını, tespit edilen hususlara ilişkin acil önlemler alınabilmesi amacıyla bu hususların hemen yetkililerle paylaşıldığını belirtmiştir.

### **1.4.3. Sağlık Bakanına Gönderilen Mektup**

Komisyon, alışmaları devam ederken tespit ettiği hususların bir kısmını konunun mstaceliyetine binaen dönemin Sağlık Bakanı Recep AKDAğ ile paylaşmayı uygun görmüş ve bu doğrultuda aşağıda metnine yer verilen mektubu 13.12.2012 tarihinde 17 üyenin imzasıyla Bakana göndermiştir.

Sayı: A.01.1.GEÇ.0.00.00.00-10/49-120.10/97973  
Konu: Öneriler

13.12.2012

Sayın Recep AKDAĞ

Sağlık Bakanı

*Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu, 19.06.2012 tarihinde çalışmalarına başlamıştır.*

*Komisyonumuz çalışmalarına devam etmekte ve rapor yazım aşamasında bulunmaktadır. Ancak, konunun önemine binaen aşağıda belirtilmiş hususların sizinle paylaşılması uygun görülmüştür:*

- *Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle ceza hukuku kapsamında yürütülmekte olan işlemler ve davalarda sağlık çalışanlarına sağlanan hukuki yardımın, hastanelerde hizmet alımı ile çalıştırılan özel şirket elemanlarına da yapılmasının temini,*
- *Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı personele karşı işlenen suçların cezalarının artırılması ve daha caydırıcı hale getirilmesi, ayrıca özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait sağlık kurum ve kuruluşlarında istihdam edilen personele karşı hizmet dolayısıyla işlenen suçların da kamu görevlilerine karşı işlenen suçlar gibi cezalandırılabilmesi amacıyla, 5237 sayılı Türk Ceza Kanununda gerekli değişikliklerin yapılmasına yönelik çalışmaların başlatılması (Hazırlanacak kanun teklifinin Komisyonumuzu teşkil eden 17 Üye tarafından imzalanarak Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığına sunulması düşünülmektedir.),*
- *Şiddete karşı kamuoyu bilinci oluşturacağı ve caydırıcılık sağlayacağı cihetle, sağlık çalışanlarına yönelik olarak işlenen suçların yargılaması sonucunda verilen mahkûmiyet kararlarının medya yoluyla halka duyurulması,*
- *Sağlık çalışanlarının saygınlığının ve şiddete karşı toplumsal bilincin artırılmasına yönelik olarak, toplumca sevilen ve saygı duyulan isimlerin rol aldığı kamu spotlarının hazırlanması; reklam, film ve dizilerde sağlık çalışanları konusunda doğru mesajların verilmesi konusunda gerekli girişimlerin yapılması,*
- *İlköğretimden başlayarak eğitim ve öğretimin her kademesinde sağlık çalışanları ile sağlık kurum ve kuruluşlarının işleyişine yönelik eğitimlerin verilmesine ilişkin çalışmaların yapılması,*
- *Bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında, söz konusu kurum veya kuruluşun güvenlik kameralarıyla izlendiğine ilişkin uyarıcı yazılara yer verilmesi hususunda gerekli çalışmaların yapılması,*
- *Hastanelerde görevli güvenlik görevlilerine iletişim eğitimi gibi gerekli hizmet içi eğitimlerin verilmesinin temini,*
- *Maruz kaldığı şiddet nedeniyle iş göremeyen sağlık çalışanlarının uğradıkları maddi kayıpların telafi edilebilmesi amacıyla mevzuatta gerekli düzenlemelerin yapılması,*
- *Sağlık çalışanlarına yönelik olarak görsel ve yazılı medyada yer alan yanıltıcı haberlere ilişkin cevap ve düzeltme hakkının etkin kullanımının sağlanması,*

- Sağlık kurum ve kuruluşlarında yer alan hasta haklarına ilişkin bilgilendirici yazıların yanında hasta ve hasta yakınlarının sorumluluklarına ilişkin bilgilendirici yazılara da yer verilmesi,

hususları müstaceliyet taşımakta ve Komisyon çalışmalarının ve rapor yazımının bitmesi beklenmeden tarafınızla paylaşılmasında fayda mülahaza edilmekte olup, belirtilen hususlarla ilgili olarak gerekli çalışmaların başlatılmasını saygılarımızla arz ederiz.

*Necdet ÜNÜVAR*  
*Adana Milletvekili*  
*Komisyon Başkanı*

*Mustafa BALOĞLU*  
*Konya Milletvekili*  
*Başkanvekili*

*İsmail TAMER*  
*Kayseri Milletvekili*  
*Sözcü*

*İlknur İNCEÖZ*  
*Aksaray Milletvekili*  
*Katip*

*Muhammet*  
*Murtaza YETİŞ*  
*Adıyaman*  
*Milletvekili*  
*Üye*

*Mehmet Kerim*  
*YILDIZ*  
*Ağrı Milletvekili*  
*Üye*

*Semiha ÖYÜŞ*  
*Aydın Milletvekili*  
*Üye*

*İdris BALUKEN*  
*Bingöl Milletvekili*  
*Üye*

*Kemalettin AYDIN*  
*Gümüşhane*  
*Milletvekili*  
*Üye*

*Mehmet Hilal*  
*KAPLAN*  
*Kocaeli Milletvekili*  
*Üye*

*Muzaffer YURTTAŞ*  
*Manisa Milletvekili*  
*Üye*

*Aytuğ ATICI*  
*Mersin Milletvekili*  
*Üye*

*Ali ÖZ*  
*Mersin Milletvekili*  
*Üye*

*Nurettin DEMİR*  
*Muğla Milletvekili*  
*Üye*

*Cemalettin ŞİMŞEK*  
*Samsun Milletvekili*  
*Üye*

*Mahmut KAÇAR*  
*Şanlıurfa Milletvekili*  
*Üye*

*Candan YÜCEER*  
*Tekirdağ*  
*Milletvekili*  
*Üye*

Komisyonun Bakanı dinlediği 09.01.2013 tarihli toplantısında Bakan, sunumunda mektuba da yer vermiş ve mektupta Bakanlığa önerilen hususların bir kısmının yerine getirildiğini, diğer öneriler içinse ön hazırlıkların ve araştırmaların yapıldığını belirtmiştir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ VE POLİTİKALARI

#### 2. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ VE POLİTİKALARI

Türkiye sağlık sistemini ve politikalarını ortaya koymadan önce bu Bölümde tüm Rapora ışık tutacak, sağlık alanına ilişkin kavramsal bir çerçeveyi ortaya koymakta yarar görülmektedir. Bu kavramsal çerçeveyi ortaya koymak, hem Türkiye sağlık sistemini ve politikalarını hem de incelememize konu olan şiddetin meydana geldiği sağlık ortamını anlamaya yardımcı olacaktır.

##### 2.1. Sağlık, Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sistemi

İnsanın en değerli sermayesi olan ve elverdiği ölçüde de diğer sermaye birikimlerinin de temeli olan sağlık kavramı çeşitli disiplinler ve kesimler tarafından farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde anlaşılmış ve tanımlanmıştır. Tanımın böyle yapılması, hastalık kavramını ön plana çıkarmış, kişilerin veya toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli yakınmaları ya da sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir. Günümüzde sağlık kavramı farklı şekillerde tanımlanmakla birlikte en çok kabul gören ve evrensel olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımdır. Bu tanıma göre sağlık “yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir”.<sup>1</sup> Bu iyilik halinden sapma ise “hastalık” olarak değerlendirilmektedir.

Sağlığı etkileyen veya belirleyen çok sayıda faktör olmakla birlikte, sağlığın belirleyicileri genel olarak dört ana grup faktör çerçevesinde ele alınarak incelenmektedir. Buna göre sağlık; kalıtımın, yaşam tarzının, çevresel faktörlerin ve

---

<sup>1</sup> WHO, 1978, Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf), Erişim Tarihi: 10.12.2012.

sağlık hizmetlerinin bir fonksiyonudur. Görülebildiği üzere sağlığın temel belirleyicilerinden birisi de, küresel ölçekteki ve ulusal düzeydeki ekonomi, siyaset, kültür, tarih, teknoloji ve izlenen politikalar gibi değişkenlerin bir yansıması olan “sağlık hizmetleri sistemi ve politikaları” olmaktadır.

Çok genel olarak belirtmek gerekirse sağlık hizmetleri, sağlığı korumak, geliştirmek, hastalananları ve sakatları tedavi ve rehabilite etmek amacı ile sunulan hizmetlerin tamamı olarak tanımlanabilir.<sup>2</sup> Başka bir ifade ile sağlık hizmetleri; kişilerin sağlığının korunması, tanı, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak, kamu ya da özel kurum ve kişilerin vermiş olduğu hizmetler olarak daha kapsamlı bir biçimde de tanımlanabilir.<sup>3</sup>

Sağlık hizmetleri genel olarak; koruyucu/önleyici sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört ana grupta sınıflandırılmaktadır.

*Koruyucu sağlık hizmetleri*, hastalık hali oluşmadan kişilerin ve toplumun sağlığını korumak için verilen hizmetlerin tümünü kapsar. Bir toplumda, hastalıkları önleme ve toplumun sağlık düzeyini yükseltebilmenin en etkili yolu bu tür hizmetler olmaktadır. Hastalık daha ortaya çıkmadan önce alınan her türlü önlem ve mücadeleyi içerir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tüketimi sonucu ortaya çıkan fayda, onu tüketen dışında toplumun diğer üyelerine de fayda sağlar. Dolayısıyla koruyucu sağlık hizmetleri sosyal faydası özel faydasından daha yüksek bir sağlık hizmetidir. Ana ve çocuk sağlığı, aile planlaması, hastalanma riski taşıyan grupların aşılınması, dengeli beslenme koşullarının oluşturulması, gıda denetimi ve kontrolü vb. hizmetlerden oluşmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içerisinde iki şekilde sınıflandırılabilir. *Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri*, çevre sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin giderilerek, sağlıklı çevresel bir ortam yaratılması hizmetlerini içermektedir. *Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri*, bağışıklama (aşılama gibi), beslenmeyi düzenleme, teşhis ve tedavi, güvenli üreme sağlığı, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi hizmetlerinden oluşmaktadır.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> Dilaver Tengilimoğlu, Oğuz Işık ve Mahmut Akbolat, Sağlık İşletmeleri Yönetimi, 2. Baskı, Ankara, Nobel Yayın, 2009, s.35.

<sup>3</sup> Yavuz Odabaşı, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2001, s. 25.

<sup>4</sup> Çoşkun Can Aktan, A.Kadir Işık, Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>, 2004, Erişim Tarihi: 15.12.2012.

*Tedavi edici sağlık hizmetleri*, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturan ve alt kademedeki korucuyu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içeren bir hizmet türüdür. Hastalıkların tedavisi sonucu ortaya çıkan verimlilik artışı gibi nedenlerden dolayı sosyal fayda da içermektedir. Hastalık veya hastalık belirtileri ortaya çıktıktan sonra, hastalığın tanı-teşhis-tedavi edilmesi sürecini kapsayan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri bireyin ortalama ömrünü uzattığı gibi verimliliğini artırarak milli gelir artışına katkıda bulunur. Tedavi edici sağlık hizmetleri kendi içinde birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç gruba ayrılmaktadır.<sup>5</sup>

*Rehabilitasyon hizmetleri*, sağlık hizmetlerinde özel bir yeri kapsamaktadır. Kaza, ruhsal bozukluklar, vücudun organlarının etkili bir şekilde kullanılmasına engel olan kısıtlılık koşullarının ortadan kaldırılmasını kapsamaktadır. Bu hizmetlerin amacı söz konusu kısıtlılık haliyle karşılaşan bireylerin bu halleriyle yaşama alıştırılmaları, kendileri ve ailelerinin yaşadıkları acıyı hafifletme amacını taşımaktadır. Doğuştan veya kaza sonucu oluşan sakatlıkların hareket kabiliyetlerinin yükseltilmesi, engellilerin topluma uyum sağlaması gibi hizmetler rehabilitasyon hizmetlerine örnek olarak verilebilir. Bu hizmetlerin kapsamında tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon yer almaktadır.<sup>6</sup>

*Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri*, hastalık veya kaza sonrasında güçsüzleşen organın, fizik tedavi vb. tıbbi yöntemlerle yeniden güçlendirilmesi ya da tamamen kaybedilen organ yerine ortez-protez takılmak suretiyle kişiye o organın işlevini kısmen kazandırma türünden hizmetlere ifade etmek için kullanılır. Bu hizmetler sonunda kişi, sınırlı da olsa, günlük yaşam ve işlerini devam ettirebilme olanağına kavuşmuş olur. Adından ve türlerinden de anlaşıldığı üzere, tıbbi esenlendirme hizmetleri sağlık sektörü ve çalışanları tarafından yürütölen hizmetlerdir.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Çoşkun Can Aktan, A.Kadir Işık, 2004, age., s.3.

<sup>6</sup> Çoşkun Can Aktan, A.Kadir Işık, 2004, age., s.3.

<sup>7</sup> Recep Akdur, Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyum, (Gözden Geçirilmiş ve Güncellenmiş 2. Baskı), Ataum Araştırma Dizisi no:25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2006, s.20, [www.recepakdur.com/getfile.asp?file...pdf](http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file...pdf), Erişim Tarihi: 04.01.2013.

Fiziki veya psikolojik hasarlı kişilerin geçimlerini sağlayacak bir iş bulması güçtür. Oysa yaşamlarını ailesine ve topluma yük olmadan devam ettirebilmeleri durumlarına uygun bir işe yerleşmelerine bağlıdır. Aynı şekilde, önceden sağlıklı olan ve çalışan bir kişinin daha sonra herhangi bir hastalık ya da kaza nedeniyle engelli hale gelmesi durumunda da kendisine yapabileceği diğer bir işin verilmesi/işinin değiştirilmesi gerekir. Hiç çalışamayacak durumda olan veya o hale gelen kişilerin bir kurumda bakılmasına gereksinim vardır. İşte bu ve benzeri türden hizmetlerin hepsine toplumsal veya sosyal esenlendirme (toplumsal rehabilitasyon) hizmetleri adı verilir. Toplumsal esenlendirme hizmetleri kendiliğinden olamaz, bunları yapacak bir takım toplumsal kurum ve örgütlenmelere gereksinim vardır. Ad ve türlerinden de anlaşılacağı üzere, toplumsal esenlendirme hizmetleri, toplumsal ve sosyal hizmetler kurum ve personeline yürütülen hizmetlerdir.<sup>8</sup>

*Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri*, sağlıklı kişilerin sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk bireylerdedir. Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün birçok hastalığın bireylerin yaşam tarzlarından ve alışkanlıklarından kaynaklandığı bilinmektedir. Kişiler kendi yaşam biçimlerini geliştirerek sağlık durumlarını daha üst seviyelere çıkarabilirler. Örneğin kişinin spor yapması, sigara ve alkol kullanmaması, sağlığı bozucu rafine gıdaların tüketiminden uzak durması ve kişisel hijyen sağlanması sağlık seviyesinin yükselmesine katkı sağlamaktadır.<sup>9</sup>

Sağlık ve sağlık hizmetleri doğası gereği diğer mal ve hizmetlerden çeşitli açılardan farklılaşmaktadır. Sağlık ve sağlık hizmetleri alanının bu karakteristik özellikleri nedeniyle ki, sonraki bölümlerde de ayrıntılı bir şekilde ortaya konulduğu üzere, diğer sektörler ile karşılaştırıldığında 16 kat daha fazla şiddetin yaşandığı bir sektör konumundadır. Sağlık ve sağlık hizmetlerinin nevi şahsına münhasır (kendine özgü/has) bu özellikleri aşağıda özetlenmektedir.<sup>10, 11, 12</sup>

---

<sup>8</sup> Recep Akdur, 2006; age., s. 20.

<sup>9</sup> Dilaver Tengilimoğlu, Oğuz Işık ve Mahmut Akbolat, 2009, age., s.49.

<sup>10</sup> Dilaver Tengilimoğlu, Oğuz Işık ve Mahmut Akbolat, 2009, age., s.39-40.

<sup>11</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım. Sağlık Sigortacılığı. Anadolu Üniversitesi AÖF Yayını, Eskişehir, 2012.

<sup>12</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. Amme İdaresi Dergisi. Mart, 1999, 32/1: 123-134.



*Sağlık hizmetlerinde risk ve belirsizlik yüksektir, dolayısıyla sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır.* Kimin ne zaman hastalanacağı, hastalandığında kime ve hangi kuruma başvuracağı, hangi sağlık ve mal ve hizmetlerini talep edeceği ve kullanacağı önceden bilinemediği için sağlık mal ve hizmetlerinin tüketimi belirsiz ve tesadüfidir. Başka bir ifade ile çoğu sağlık hizmetlerinin tüketiminin ani ve/veya beklenmedik ve çok pahalı olması gibi nedenlerden dolayı sağlık hizmetleri ihtiyacı, talebi ve tüketilmesi noktasında belirsizlikler söz konusudur.

*Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur.* Sağlık hizmetleri kişiye ve hastalığa özgü olduğu için ihtiyaç duyulan sağlık mal ve hizmeti dışında başka bir sağlık mal ve/veya hizmeti kullanmak mümkün değildir.

*Sağlık hizmetlerinin tüketimi normal şartlarda ertelenemez.* Sağlık hizmetlerinin depolanma özelliği olmadığından yerinde ve üretilmesi anında da tüketilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmeti talep edildiği anda olanaklar ölçüsünde verilmesi gerekmektedir. Çünkü ucunda ölüm-kalım meselesi vardır veya hastalığın ilerlemesi söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.

Bu *ölüm-kalım meselesi ve hastalığın iyileşmeme ihtimali* iledir ki; sağlık hizmetlerini alan/kullanan kişiler ve yakınları; stresli, kırılgan, endişeli, çökkün, agresif ve yüksek beklentinin eşlik ettiği bir ruh haline sahiptirler. Sağlık hizmetini talep eden hasta ve yakınları bu ruh hali ile sağlık hizmetleri üretim sürecine dâhil olurlar. Hizmeti alanların bu olumsuz ruh halleri sağlık hizmetini üreten ve sunan çalışanlara da sirayet ederek sağlık işyeri ortamını gergin ve stresli bir ortam haline getirir. Sağlık hizmetlerinin hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlı olması da hesaba katıldığında bu stres bir kat daha artmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde hizmeti alan ile hizmeti verenler arasında ve bu kesimlerin kendi aralarında yoğun bir iletişim ve etkileşim süreci yaşanır. Ancak sağlık alanının doğası, bu iletişimi ve etkileşimi sekteye uğratabilmektedir.

*Sağlık hizmetlerinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim belirler.* Sağlık mal ve hizmetlerinde ilk talebi hizmetten yararlanan belirlerken, ilk talepten sonraki talebi ve tüketimi hizmeti kullanan adına vekil-müvekkil ilişkisi çerçevesinde sağlık çalışanı, hasta ile arasındaki yazılı olmayan ama oldukça güçlü bir vekâlet ilişkisi çerçevesinde, vekâleten hasta adına sağlık hizmetlerinin talebini, kullanımını ve tüketimini şekillendirir. Bu durum sağlık hizmetlerinde başta hekim olmak üzere sağlık çalışanını eşsiz ve de oldukça da güçlü bir pozisyona sokar.

Bir önceki paragrafla bağlantılı olarak belirtmek gerekirse, *sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi söz konusudur ve sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları rasyonel değildir.* Sağlık hizmetleri piyasası söz konusu olduğunda arz (hekim) ile talep (hasta) tarafı arasında talep kanadı aleyhine bir bilgi açığı söz konusudur. Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran temel özellik, hizmet sunucu (hekim) ile tüketici (hasta) arasında var olan bu bilgi asimetrisi olmaktadır.<sup>13</sup> Rasyonel tüketici; ihtiyacını bilen, bu ihtiyacını giderecek alternatif kullanımların farkında olan, bunlar arasından çıkarını maksimize edecek tercihte bulunabilen tüketicidir. Ancak sağlık mal ve hizmetlerini kullanan tüketiciler, sağlık ve sağlık hizmetlerinin doğası gereği, ne tür sağlık sorunları ve ihtiyaçları olduğunu, sahip olduğu bilgi düzeyi ile bilebilecek bir konumda değildir. Bu cümleden hareketle ki, sağlık hizmetlerinde hizmeti alan ile hizmeti veren arasında hizmeti veren lehine bir bilgi asimetrisi (açığı) söz konusudur. Dolayısıyla hasta ve yakınları “edilgen müşteri” konumundadır.

*Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur.* Çok genel olarak belirtmek gerekirse kalite, ürün veya hizmetin müşteri beklentilerini karşılayabilme kapasitesidir. Diğer mal ve hizmetlerin aksine, sağlık hizmetlerinde kaliteyi önceden belirlemek çok olanaklı değildir. Çünkü sağlık hizmetlerinin üretimi ve tüketimi eş zamanlı olarak gerçekleşmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmeti tüketicilerden sonra belirlenebilmektedir. Sağlık hizmetlerinde

---

<sup>13</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, 2012, age.

kalite genellikle iki boyutta ele alınmaktadır: *Algılanan kalite* ve *teknik kalite*. Sağlık kurum ve kuruluşlarının ürettiği sunduğu hizmetlerin hizmeti alanlar tarafından nasıl karşılandığı ve değerlendirildiği müşteri algısına bağlı olup bu *algılanan kalite* olarak adlandırılmaktadır. Dolayısıyla algılanan kalite, daha ziyade sağlık hizmetini alan kişilerin aldıkları hizmete ilişkin, hastanenin otelcilik hizmetleri ve çalışanların iletişimlerine dayalı olarak yaptıkları sübjektif değerlendirmelerdir. Diğer tarafta *teknik kalite* ise, sağlık alanı ile ilgili bilimsel bilgi birikiminin ve teknolojinin uygun yer ve zamanda hazır bulundurulması ve tüketilmesidir. Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir. Sağlık hizmetlerinin çıktısının tanımlanması ve ölçümü güçtür. Hizmet standartlaştırılmaz. Her hasta müstakil bir proje olduğu için her hasta için o hastaya özel bir süreç izlenir.

*Sağlık hizmetinin en temel özelliği, toplumsal özelliğe sahip olması ve tüm nüfusu ilgilendirmesidir. Sağlık hizmetleri dışsallıklar ve kamu malları özelliklerine sahiptir.* Sağlık hizmetleri toplumdaki herkese ve her kesime dokunan bir alandır. Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır. Kimi sağlık hizmetleri, özellikle de bireysel olmayan koruyucu sağlık hizmetleri, kamu malı özelliğine sahiptir. Örneğin sanitasyon hizmetlerinden toplumdaki bireylerin bir kısmı dışlanamaz. Kamu malı olma ve dışsallık özelliğine sahip sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve tüketilmesi serbest piyasa koşullarında mümkün olmamakta ve devletin müdahalesi gerekli olmaktadır. Kamu malı örneği olarak; ulusal savunma, ulusal parklar, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, itfaiye hizmetleri vb. verilebilir.

*Sağlık hizmetleri alanı emek yoğun bir sektördür.* Her ne kadar sağlık hizmetlerinin üretimi ve tüketiminde teknolojiden yoğun bir şekilde yararlanılıyorsa da, sağlık hizmetleri emeğin yoğun kullanımı ile üretilen ve tüketilen hizmetlerdir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir. Ayrıca sağlık çalışanları arasında kadın çalışanların sayısı da oldukça fazladır.

*Sağlık hizmetleri 7 gün 24 saat verilmesi gereken hizmetlerdir.* Bundan dolayı başta acil sağlık hizmetleri veren birimler olmak üzere diğer ilgili birimler sürekli hizmet vermektedirler. Dolayısıyla özellikle de geceleri bu birimler her türlü tehlikeye açık mahaller konumundadır.

Belirtilen karakteristik özelliklere sahip sağlık ve sağlık hizmetlerinin üretimi ve tüketimi ise yukarıda da ifade edildiği üzere toplumsal dinamiklerin şekillendirdiği sağlık sistemleri/sektörleri ve politikaları aracılığıyla gerçekleştirilmeye çalışılır. *Sağlık sektörü/sistemi*, sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere, çok geniş bir alanı kapsayan sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü ürünü üretmek/arz etmek ve talep etmek/tüketmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ile bunların içinde yer alan kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün ve benzerlerinin tümünü belirtmek için kullanılan, genel ve kapsayıcı bir ifade/kavram<sup>14</sup> olarak tanımlanabilir. Başka bir ifade ile bir sağlık sistemi; birincil amacı doğrudan sağlığı geliştirmek veya iyileştirmek olan finansman, düzenleme ve sunum faaliyetleri ile ilgili olan kuruluşlar, aktörler ve kaynakların yer aldığı tüm faaliyetleri kapsayan bir çerçeveye sahiptir.<sup>15</sup> Bu çerçevede üretilen ve uygulanan politikalar da *sağlık politikaları* olarak adlandırılmaktadır.

Herhangi bir sağlık sisteminin temel amaçları; sağlığın geliştirilmesi, beklentilerin karşılanması ve adil finansmandır. Bir sağlık sisteminin performansını, başka bir ifade ile amaç başarımını etkileyen temel dinamiklerden birisi de sistemin kendisini oluşturan unsurlar ile bu unsurların birbirleri ile iletişim ve etkileşim, yani yapılanma biçimleri gelmektedir. Sağlık sisteminin fonksiyonları veya unsurları; yönetim, örgütlenme ve düzenleme (stewardship), hizmet sunumu, finansman, kaynaklar ve reformlar olarak belirtilebilir.<sup>16</sup>

Sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık sistemini çok kısa olarak bu şekilde ortaya koyduktan sonra aşağıda Türkiye sağlık sistemi bu çerçeve temelinde ele alınmaktadır.

---

<sup>14</sup> Erdal Sargutan, 1993, Türk Sağlık Sektörünün Yapısı. Sağlık-İş Yayınları, Ankara.

<sup>15</sup> WHO, 2000, age., Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye, İmaj Yayınevi, Ankara, 2011.

<sup>16</sup> WHO, 2000, age.; Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, 2011, age.

## 2.2. Türkiye Sağlık Sistemi ve Politikaları

### 2.2.1. Arka Plan

Çağdaş Türkiye sağlık sisteminin ve politikalarının kökenleri Tanzimat Reformlarına kadar uzanmaktadır. Ancak günümüzdeki yasal, fiziksel ve insan gücü bağlamındaki kurumsallaşma ve örgütlenme anlayışının somut kökenleri, Mayıs 1920’de Sağlık Bakanlığının sınırlı kaynaklarla kurulması ile atılmıştır.<sup>17</sup> Sağlık Bakanlığı başlangıçta, savaş sonrasında yeniden yapılanmaya ve ülke sağlık sistemini kurmak için kilit mevzuatın oluşturulması konularına odaklanmıştır. Türkiye’deki mevcut halk sağlığı sisteminin temelleri, 1923-1946 yılları arasında atılmıştır. Bu dönemde, sağlık programlarının planlanması, düzenlenmesi ve uygulanmasından sorumlu olan Sağlık Bakanlığının görev ve işlevlerini açık ve kesin bir şekilde ortaya koyan birçok yasa çıkmıştır. Koruyucu halk sağlığı programlarına; tüberküloz, sıtma ve cüzzam gibi bulaşıcı hastalıkların kontrolüne yönelik programlara ağırlık verilmiştir. Bu dönemde, teşkilat modeli “dikey” örgütlenmiştir. İlçe düzeyinde tanı ve tedavi merkezleri kurulmuş; Ankara, Diyarbakır, Erzurum ve Sivas gibi illerde tam teşekküllü hastaneler açılmıştır.<sup>18</sup>

1946-1960 yılları arasındaki dönemde, Türkiye toplumuna entegre sağlık hizmetleri sunması beklenen sağlık ocakları kurulmuş; tüm hastaneler, yerel yönetimlerden Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Sosyal Sigortalar Kurumu, özel sektörde çalışan işçilere ve kamu sektöründeki mavi yakalılara sağlık sigortası sağlamak üzere 1946 yılında kurulmuştur.<sup>19</sup>

1961 yılında, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kabul edilmiştir. Bu Kanun, Türkiye’de ulusal sağlık hizmetlerinin kurulmasına zemin hazırlamıştır. Bu Kanun’da, sağlık hizmetlerinin tarafsız bir biçimde, sürekli ve halkın ihtiyaçları doğrultusunda sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Bu durum, Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi’nin oluşturulmasına

---

<sup>17</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, 2010, Türkiye Sağlık Politikaları ve Reformları: Tarihsel Bir Bakış. Türkiye Demokrasi Vakfı Enstitüsü Dergisi, Şubat 2010: 28-33.

<sup>18</sup> OECD, 2008, OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye, OECD and the World Bank, Paris.

<sup>19</sup> OECD, 2008, age.

öncülük etmiştir. Bu Kanun ile tüm vatandaşlara ücretsiz – ya da kısmen ücretsiz – sağlık hizmetinin sağlanması hedeflenmiştir. Burada amaç, koruyucu sağlık ve çevre sağlığı hizmetleri ile ülkenin her yerinde sağlık eğitimi de dâhil olmak üzere sağlık hizmetlerini genişletebilecek bir altyapının geliştirilmesini üstlenmek ve herkesin bu altyapıya kolayca erişmesini sağlamaktır. Sağlık ocakları – önceki dönemde kurulan – kavramı, köy düzeyindeki sağlık ocakları ile birlikte bölge hastanelerini de kapsayacak şekilde daha da genişletilmiştir. Ancak, bu tür bir genişlemenin gerektirdiği büyük miktardaki sermaye yatırımları yapılmamıştır. Kaynakların çoğu personel giderlerine tahsis edilmiş ve hizmet vermek için gerekli olan altyapı, tıbbi ekipman ve diğer ihtiyaçlar geri planda kalmıştır.<sup>20</sup> Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 15 yıllık bir sürede tüm ülkeye yaygınlaştırılması planlanmasına rağmen, bu sağlanamamıştır. Ancak 1983 yılında tüm ülkenin kapsama alındığı deklare edilmiştir. 1980'lere kadar Türkiye'deki sağlık politikası pratikleri bu yasaya göre şekillenmiştir. Bu bağlamda bir temel sağlık hizmetleri yapısının tüm Türkiye'ye yaygınlaştırıldığı belirtilebilir.<sup>21</sup>

Sosyalizasyon politikalarına dayalı programlar aynı zamanda kendisi de 1960 askeri müdahalenin bir sonucu olan birinci beş yıllık kalkınma planında da yer almıştır. Yıllarca sürecek olan Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile ilgili tartışmalar 1960'larda başlamıştır.<sup>22</sup> Daha sonra, genel sağlık sigortası fikrini destekleyen GSS Yasası taslak olarak hazırlanmıştır; bu yasa ancak 1971'de TBMM'ye sunulabilmiş, fakat kabul edilmemiştir. 1974 yılında yasa tekrar Meclise sunulmuş; ancak hiçbir zaman görüşülmemiştir. 1978 yılında, kamuda çalışan hekimlerin tam gün çalışmasına ilişkin bir Kanun kabul edilmiş ve doktorların özel sektörde çalışması engellenmiştir. 1980 yılında ise bu Kanun'u iptal eden yeni bir Kanun getirilmiştir (Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun). Bu Kanun, asıl olarak, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin özel sektörde de olmak üzere yarı zamanlı çalışmasına izin vermiştir.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> OECD, 2008, age.

<sup>21</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, 2010, age.

<sup>22</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, 2010, age.

<sup>23</sup> OECD, 2008, age.

Eylül 1980’de Türkiye diğer bir askeri müdahaleye maruz kalmıştır. Bu müdahale Türkiye ekonomik ve politik sisteminde yeni bir döneme yol açmış olup ağırlıklı olarak da liberalizasyon ve deregülasyonca karakterize edilen bir süreç girilmiştir. Devletin temel rolü hizmet sunumundan, hizmetlerin düzenlenmesi veya kolaylaştırılmasına doğru kaymıştır. Özel sektörün rolü ise özellikle de hizmet sunumu anlamında artmaya başlamıştır.<sup>24</sup>

1980-2002 yılları arasında, Türkiye vatandaşlarına sosyal sigorta ve sağlık hizmetlerine erişime ilişkin çok önemli anayasal haklar tanınmıştır. 1982 Anayasası’na göre, tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkı vardır ve Devlet tüm vatandaşlarına sosyal sigorta sağlamak için gerekli adımları atmalıdır. Anayasa’da aynı zamanda sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde Devletin rolünü güçlendiren maddeler ve bunun yanı sıra GSS uygulanmasına ilişkin maddeler bulunmaktadır. 1986-1989 yılları arasında Hükümet, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nu (1987) ve Bağ-Kur yoluyla Sağlık Sigortası Başlatma Yasası’nı kabul etmiştir. Temel Sağlık Hizmetleri Yasası’nda aynı zamanda hakkaniyete ve sağlık hizmetlerine erişime vurgu yapılmış ve 1960 Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi’ndeki eksikliklerin düzeltilmesi amaçlanmıştır. Entegre Sağlık Hizmetleri Sistemi’nin işlememesinin nedenlerinden birinin kaynak sıkıntısı olduğu göz önüne alınarak, Temel Yasa ile sağlık sektörüne sağlanan finansmanın artırılması amaçlanmıştır. Ancak, Temel Yasa’nın başarısı sınırlı kalmıştır. Ne sistemsel reformları destekleyebilecek uygun yasalar ne de kapsamlı bir sağlık politikası benimsenmiştir. Sağlık sektörünü yeniden canlandırma konusundaki çabalar tamamlanamamıştır.<sup>25</sup>

1988-1993 yılları arasında Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı, ihtiyaçları anlamak ve reform yapılacak yönleri belirlemek için büyük bir sağlık reformu çalışması gerçekleştirmiştir. Ulusal Sağlık Politikası, 1990 yılında Hükümet tarafından resmî olarak kabul edilmiştir. Bu dokümanlarda Genel Sağlık Sigortasının ve aile hekimliğinin Türkiye’de uygulanmasına yer verilmiştir. Bu politika belgesinde, ulaşılmaması gereken belirli hedefler ortaya konmuş ve ana çocuk sağlığı

---

<sup>24</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, 2010, age.

<sup>25</sup> OECD, 2008, age.

gibi sağlık ile ilgili temel öncelikler belirlenmiştir.<sup>26</sup> Bu tartışmalara dayalı olarak sağlık reformları için öneriler içeren ve reformları tanımlayan Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı ortaya konulmuştur.<sup>27</sup>

1992 yılında düzenlenen Birinci Ulusal Sağlık Kongresinde, Genel Sağlık Sigortası uygulamasının başlatılması konusu yeniden ele alınmış; ama herhangi bir ilerleme kaydedilememiştir. Ancak, aynı yıl, Yeşil Kart programının başlatılması ile birlikte, sigortasız nüfusun sağlık harcamalarının karşılanması konusunda çok önemli bir gelişme meydana gelmiştir. 1993 yılında Hükümette bir değişiklik olmuş ve Ulusal Sağlık Politikası arka planda kalarak hayata geçirilememiştir. 1993-1997 yılları arasında Türkiye’de altı farklı Sağlık Bakanı görev yapmış ve sağlık politikaları açısından istikrar çok az olmuştur.<sup>28</sup>

Kasım 2000 ve Şubat 2001’de, Türkiye büyük çaplı bir ekonomik kriz ile karşı karşıya kalmıştır: Para birimi %100’den fazla değer kaybetmiş, enflasyon oranı %68 olmuş ve ekonomi %8 oranında küçülmüştür. İşsizlik oranı arttıkça, ekonomik kriz sağlık anlamında yoksulluk getirmiş ve sosyal etkileri olmuştur. Artan gıda fiyatları ve enflasyon, daha önceleri korunan haneleri yoksulluğa karşı korunmasız hale getirmiştir. Sağlık sektörü üstündeki en önemli etkisi ise kayıtlı sigortalıların sayısında düşüş ve Yeşil Kart sahiplerinin sayısında bir artış olmasıdır.<sup>29</sup>

2000’li yılların başlarına kadar bu dönemde öngörülen hemen hemen hiçbir reform girişimi uygulanamamıştır. Girişimler, temelde politik istikrarsızlık (örneğin koalisyon hükümetleri), ekonomik istikrarsızlık (örneğin ekonomik krizler), demokratik kültürün eksikliği, çıkar gruplarının muhalefeti, toplumsal destek yetersizliği ve entelektüel kapasitedeki eksiklikler gibi yapısal problemlerle sekteye uğratılmıştır. Bu durumlar bu dönemde sağlık reformlarının kanunlaşması ve uygulanmasında başarısızlığa yol açmıştır.<sup>30</sup>

---

<sup>26</sup> OECD, 2008, age.

<sup>27</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, 2010, age.

<sup>28</sup> OECD, 2008, age.

<sup>29</sup> OECD, 2008, age.

<sup>30</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, 2010, age.



Kasım 2002'deki genel seçimleri kazanan ve tek parti hükümeti kuran AK Parti Hükümeti, genel anlamdaki reform çerçevesini Acil Eylem Programı ve onun sektörel ürünü olan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile ortaya koymuştur. Acil Eylem Programı ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık sektöründeki ana konuları ve sağlık sistemindeki tüm unsurları (finansman, hizmet sunumu, yönetim ve organizasyon gibi) ortaya koymuştur. Türkiye'deki sağlık reformlarının nedenleri çok genel olarak; maliyetlerin artışı, toplumun sağlık sistemine yönelik memnuniyetsizlikleri, sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetsizlik, nüfusun önemli bir kesiminin sağlık güvencesinden yoksun olması, kaynakların verimsiz kullanımı, uluslararası çevrelerin (özellikle de DB ve IMF olmak üzere) etkisi ve yönlendirmesi ve dünya genelinde görülen global sağlık reformlarının yansımaları şeklinde belirtilebilir.

SDP'nin amaçları; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Bu üçüncü dalga sağlık reformlarının temel köşe taşları; daha iyi kaynak tahsisi ve kullanımını sağlamak üzere hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması; sağlık hizmetlerinde hakkaniyeti ve erişimi sağlamak üzere genel sağlık sigortasının kurulması; verimliliği sağlamak ve yönetimi güçlendirmek üzere kamu hastanelerine finansal ve yönetsel özerklik verilmesi; birinci basamağın güçlendirilmesi ve tedavide sürekliliği sağlamak üzere aile hekimliğinin başlatılmasıdır.<sup>31</sup> Sağlıkta Dönüşüm Programı'na ilişkin ayrıntılı bilgi ilerleyen kısımlarda "Sağlık Reformları" başlığı altında verilmektedir.

Dinamik ve gelişen bir piyasa ekonomisi olan Türkiye; Avrupa, Ortadoğu ve Asya arasında stratejik bir noktada olup; yaklaşık 76 milyon nüfusa ev sahipliği yapmaktadır. DSÖ'nün 2009 yılı verilerine göre Türkiye'de kişi başına milli gelir 8.214 Dolar; doğurganlık hızı 2,12; 15 yaş üstü nüfusun okuryazarlık oranı 90,8; doğuştan beklenen yaşam süresi 71,9; bebek ölüm hızı binde 11,09 ve anne ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 19,2 olmuştur.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, 2010, age.

<sup>32</sup> WHO, Health for All Database 2013; Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, 2012.

### 2.2.2. Yönetim, Düzenleme ve Örgütlenme

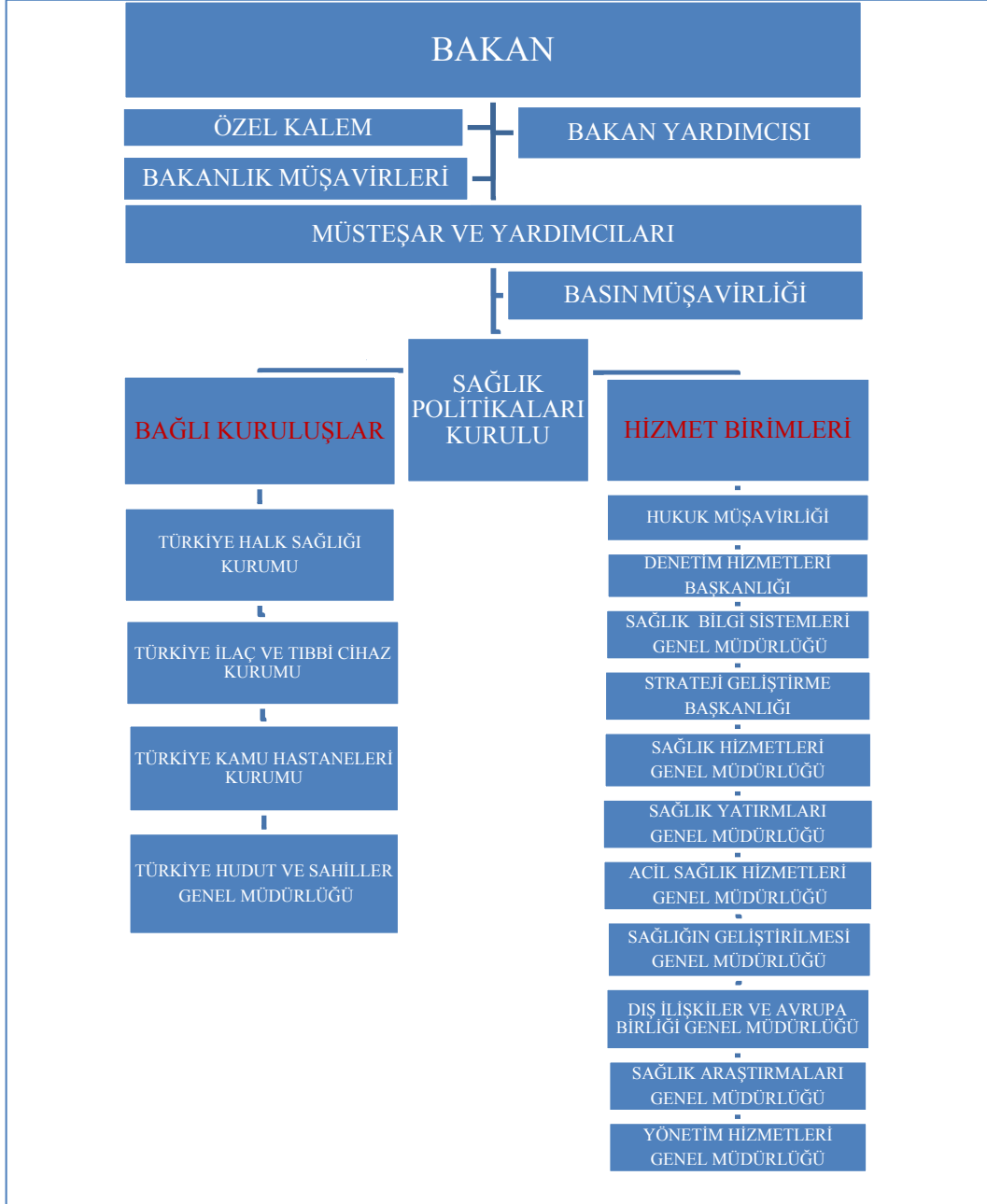
Türkiye’de sağlık yönetiminde ve sağlık politikası oluşturma sürecinde Devlet; planlama, koordinasyon, finansal açıdan destek ve sağlık sisteminin kurumlarının geliştirilmesi açısından temel sorumluluğunu Sağlık Bakanlığı, askeri kurumlar, Parlamento, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu ve diğer ilgili kurum ve kuruluşlar aracılığı ile yerine getirmektedir. Bunlara ek olarak, sendikalar, meslek örgütleri ve sivil toplum kuruluşları da Türkiye’de sağlık politikası oluşturma sürecindeki aktörler arasında yer almaktadır.<sup>33</sup>

02.11.2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’ye göre; halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi hizmetlerinin sunumundan Sağlık Bakanlığı sorumludur. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’ye göre Sağlık Bakanlığının görevi; herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’ye göre Sağlık Bakanlığı; strateji ve hedefleri belirler; planlama, düzenleme ve koordinasyon yapar. Sağlık Bakanlığı teşkilatı; merkez teşkilat, taşra teşkilatı ve bağlı kuruluşlardan meydana gelmektedir (Şekil 1).

---

<sup>33</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, 2013, Türkiye Sağlık Politikaları ve Reformları. İçinde: Mete Yıldız, (Editör), Kamu Politikası, Ankara (hazırlık aşamasında).

**Şekil 1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Şeması**



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2012, “Faaliyet Raporu”, Ankara, s. 19, [http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet\\_raporu\\_2011/index.html](http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet_raporu_2011/index.html), Erişim Tarihi: 04.01.2013.

Bakanlığın taşra teşkilâtı illerde kurulan il sağlık müdürlükleri ile ihtiyaca göre ilçelerde kurulan ilçe sağlık müdürlüklerinden oluşur. İl sağlık müdürleri Bakanlığın ildeki temsilcisi ve valinin sağlık müşaviridir. İl sağlık müdürlüğü, bağlı kuruluşların il teşkilatının koordinasyonunu yapar ve uyumlu çalışmasını gözetir. Sağlık hizmetleri yönünden ilin durumunu Bakanlıkça belirlenen aralıklarla Bakanlığa rapor

eder. Acil sağlık hizmetleri il ve ilçe sağlık müdürlükleri tarafından yürütülür. İl ve ilçe sağlık müdürlüğü yetki devri çerçevesinde Bakanlıkça yrtlen görevleri il ve ilçe düzeyinde yerine getirir. Birden fazla ildeki sağlık hizmetlerinin bir arada değerlendirilmesi, gelişmişlik farklarının giderilmesi ve hizmetlerin ve ihtiyaçların müşterek planlanması amacıyla Bakanlıkça belirlenen illerdeki müdürlerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir. İlçe sağlık müdürlüğünün kurulmadığı yerlerde sağlık grup başkanlıkları oluşturulabilir.

### **2.2.3. Hizmet Sunumu**

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu-özel karışımı bir yapılanma söz konusudur. Ana hizmet sağlayıcıları arasında Sağlık Bakanlığı, niversite hastaneleri ve özel sektör yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin ana hizmet sağlayıcısı ve aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinin de tek sağlayıcısı konumundadır. Özel sektör de; hastaneler, klinikler ve poliklinikler, muayenehaneler, eczaneler, laboratuvarlar, medikal ve ilaç üretimi aracılığıyla sağlık hizmetlerini üretmektedir.<sup>34</sup>

#### **2.2.3.1. Koruyucu ve Temel Sağlık Hizmetleri, Aile Hekimliği**

2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı, vatandaş merkezli bir program olup birinci basamak sağlık hizmetinin planlanması ve sunumunda bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almaktadır. Bu programın önemli bileşenlerinden birisi, birinci basamak sağlık hizmetinin ağdaş uygulama şekli olan aile hekimliğidir. Aile hekimi, anne karnındaki bebekten, ailenin en yaşlı bireyine kadar ailenin bütün fertlerinin sağlığından ve her türlü sağlık sorunlarından sorumludur. Sorumluluğunu üstlendiği kişinin hastalıklardan korunması için gerekli tedbirleri alır. Hastalık halinde bilgi ve tecrübesi çerçevesinde ayaktan tedaviyi gerçekleştirir. Aile hekimliği öncesinde birinci basamak sağlık tesislerinde 17.800 hekim görev yaparken, geçiş sonrasında 2010 yılı sonu itibariyle, 6.367 aile sağlığı merkezinde 20.185 hekim, 961 toplum sağlığı merkezinde 2.167 hekim olmak üzere toplam 22.352 hekim görev yapmaktadır. Böylece vatandaşların hekime daha kolay ulaşabilmesi

---

<sup>34</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım, 2013, age.

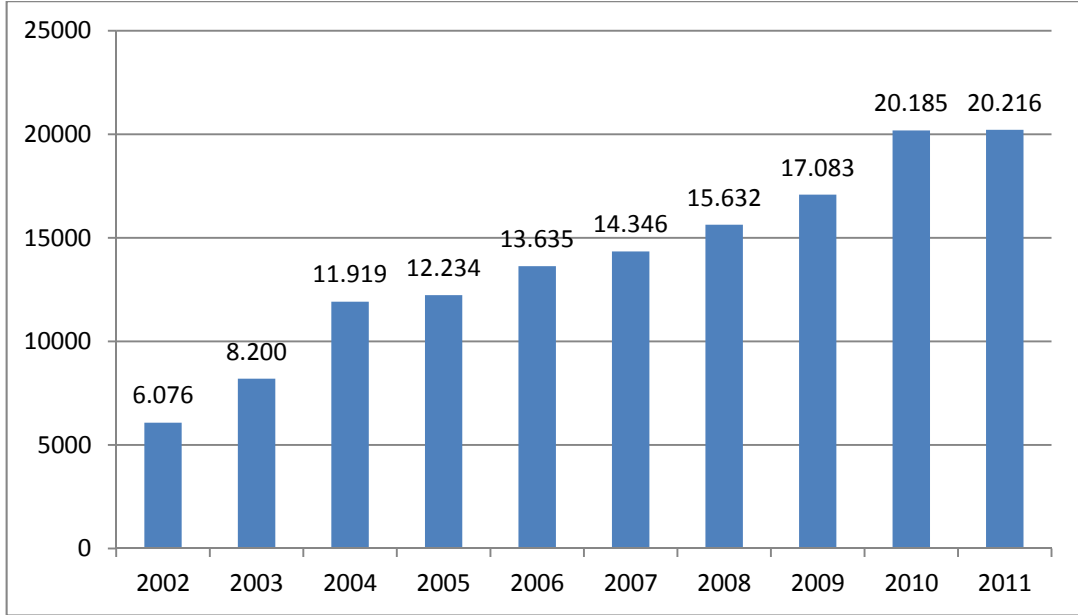
sağlanmıştır. 2010 yılı sonu itibariyle 3.600 kişiye bir aile hekimi hizmet vermektedir. Aile hekimliği hizmeti, kişilerin sağlık sigortası olup olmamasına bakılmaksızın herkes için ücretsiz olarak verilmektedir. Ebe, hemşire ve sağlık memurları (toplum sağlığı) aile sağlığı elemanı olabilirken, 2010 yılında yapılan değişiklikle acil tıp teknisyenlerine de bu imkân tanınmıştır. Aile hekimleri kırsal bölgede yaşayanlara periyodik aralıklarla gezici sağlık hizmeti vermektedir. 2010 yılında yapılan değişiklikle, huzurevi, cezaevi ve çocuk bakımevi gibi yerlerde yaşayanlara yerinde sağlık hizmeti, yatalak hastalara ise evde bakım hizmeti aile hekimlerince verilmeye başlanmıştır. Ayrıca aşılama, bebek ve gebe izlemleri, 15-49 yaş kadın izlemleri, tarama programları, D vitamini ve demir desteği, belli yaş gruplarına yönelik periyodik sağlık kontrolleri, ulusal hastalık kontrol programları gibi birçok koruyucu sağlık hizmeti aile hekimlerinin sorumluluğunda yürütülmektedir.<sup>35</sup>

Yıllara göre aile sağlığı merkezi muayene odası sayısı Şekil 2’de görülmektedir. 2002 yılında 6.076 olan muayene odası 2011’de 20.216’ya çıkarak 3 kattan fazla artış göstermiştir.

---

<sup>35</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, age., s.64-65,  
[http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye\\_saglikta\\_donusum\\_programi\\_degerlendirme\\_raporu\\_\(2003\\_2011\).pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf), Erişim Tarihi: 14.01.2013.

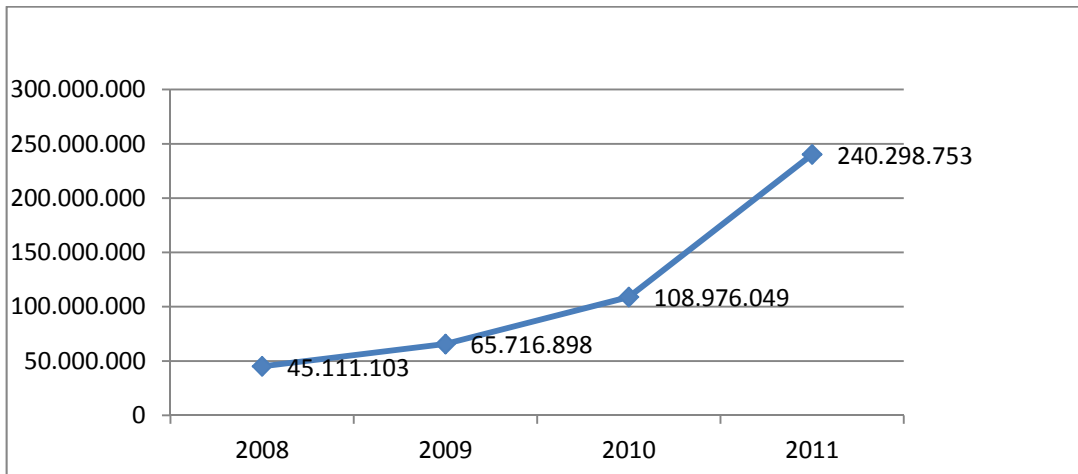
**Şekil 2. Yıllara Göre Aile Sağlığı Merkezi Muayene Oda Sayısı**



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2012, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, Ankara, [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi: 10.01.2013.

Yıllara göre aile hekimine müracaat sayısı Şekil 3’te görülmektedir. Aile hekimine müracaat sayısı 2008 yılında 45 milyon iken, 2011 yılında 240 milyona çıkmıştır. Aile hekimine müracaat sayısında yaklaşık 5 kat artış gerçekleşmiştir.

**Şekil 3. Yıllara Göre Aile Hekimine Müracaat Sayısı, Türkiye**



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2012, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, Ankara, [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi: 10.01.2013.

### 2.2.3.2. Acil Sağlık Hizmetleri

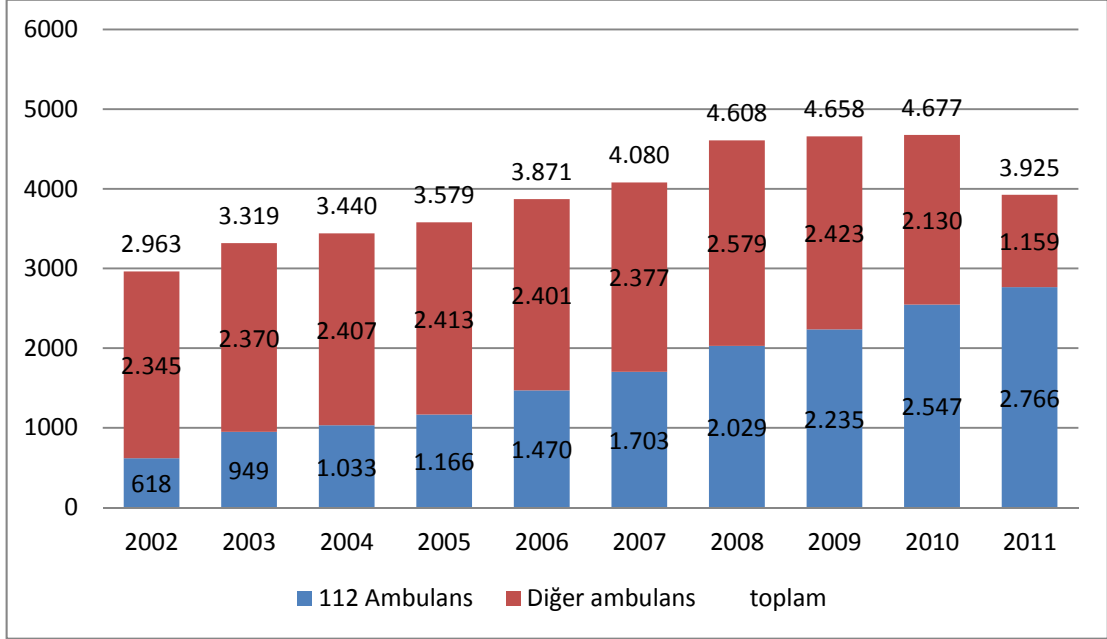
Acil hastalık ve yaralanma hallerinde en kısa sürede bir sağlık ekibiyle birlikte olay yerine ulaşmak, yerinde ilk müdahaleyi yapmak ve kişiyi gerekiyorsa en kısa sürede ihtiyacı olan sağlık yardımını alabileceği bir merkeze ulaştırmak amacıyla acil sağlık hizmetleri verilmektedir. Bugün kırsalda yaşayanların tamamı bu hizmetten yararlanmaktadır. Şehirlerde vakaların %94'üne ilk on dakikada, kırsal alanda vakaların %96'sına ilk otuz dakika içinde ulaşılmaktadır.

2002 yılı sonunda 618 olan tam donanımlı 112 ambulansı sayısı 2011 yılı sonu itibariyle 2.766'ya ulaşmıştır. 2002 yılı sonunda 481 olan 112 istasyon sayısı ise dokuz yıl içinde 1.710'a çıkarılmıştır. Aralık 2011 itibariyle coğrafi ve iklim şartları sebebiyle ulaşımda güçlük çekilen bölgelerde 224 adet "kar paletli ambulans" hizmet vermektedir. Bunların yanında, sokak darlığı ya da trafik yoğunluğu gibi sebeplerle özellikle standart ambulansların ulaşamadığı durumlarda hizmet vermek üzere Aralık 2011 itibariyle 52 adet motosiklet ile büyük şehirlerde hizmet verilmektedir. 2007 yılında hizmete başlayan 4 adet deniz ambulansı İstanbul, Çanakkale, Balıkesir ve Gökçeada'da hizmet vermeye devam etmektedir. Hava ambulans sistemi ülkemizde 2008 yılından itibaren faaliyete geçirilmiştir. Aralık 2011 itibariyle ülke geneline hizmet verecek şekilde 19 ambulans helikopteri 15 il merkezine konuşlandırılmıştır.<sup>36</sup> Yıllara göre Sağlık Bakanlığı ambulans sayısında da ciddi artışlar gerçekleşmiştir. 2002 yılı ile kıyaslandığında özellikle de 2008, 2009 ve 2010 yıllarında ambulans sayısında yaklaşık olarak 1,5 kat kadar bir artış olmuştur (Şekil 4).

---

<sup>36</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, age., s.67 -68,  
[http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye\\_saglikta\\_donusum\\_programi\\_degerlendirme\\_raporu\\_\(2003\\_2011\).pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf), Erişim Tarihi: 10.01.2013.

**Şekil 4. Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Ambulans Sayısı, Türkiye**



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012), “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, Ankara, s. 78, [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi:10.01.2013.

Yıllara ve ambulans türlerine göre araç sayısında ve taşınan hasta sayısında da artışlar gözlenmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4. Yıllara ve Ambulans Türlerine Göre Araç, Taşınan Hasta Sayısı, Sağlık Bakanlığı, Türkiye**

	2007		2008		2009		2010		2011	
	Araç Sayısı	Nakledilen Hasta Sayısı	Araç Sayısı	Nakledilen Hasta Sayısı	Araç Sayısı	Nakledilen Hasta Sayısı	Araç Sayısı	Nakledilen Hasta Sayısı	Araç Sayısı	Nakledilen Hasta Sayısı
Ambulans Helikopter					17	2.475	17	4.770	19	3.264
Uçak Ambulansı							2	612	4	1.400
Kar Paletli Ambulans	64	66	64	102	114	130	114	193	224	537
Deniz Ambulansı	4	132	4	162	4	159	4	165	4	356

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012), “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, Ankara, s. 80, [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi:10.01.2013.



### 2.2.3.3. Teşhis ve Tedavi Hizmetleri

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hedeflerinden biri olan verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi olarak tanımlanmaktadır. Programda insan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarının bu esas çerçevesinde değerlendirileceği vurgulanarak, ülkemizin bütün sektörel kaynaklarının sistem içine alınması ve entegrasyonunun sağlanması yoluyla verimliliğin artırılması hedeflenmektedir. Bu çerçevede hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi ile sağlık hizmeti sunumunda rol alan bütün kaynakların halkın hizmetine seferber edilmesi amaçlanmıştır. Bir diğer adım ise, özel sektörün gerçekleştirdiği yatırımların sisteme katılarak, hastaların kendi sosyal güvenceleri kapsamında buralardan yararlanmasına fırsat verilmesidir.

Devlet hastanelerinin özel sektörle rekabet içinde hizmet sunması, sağlık hizmetlerinde kalitenin top yekûn artmasında etkilidir. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının kamu sigortası kapsamındaki vatandaşlara da hizmet sunması devlet hastanelerinin iş yükünü azaltıcı bir etkidir. Diğer yandan özel sağlık sektörü bu uygulamayla yeni ivme kazanmıştır. Bu alanda önemli ölçüde yatırım gerçekleşmiştir. Acil ve yoğun bakım tedavileri kamu ve özel tüm hastanelerde ücretsiz vermeye başlanmıştır. Özel hastanelerde yanık, kanser, yeni doğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp damar cerrahisi işlemlerinden ilave ücret alınmaması sağlanmıştır.<sup>37</sup> Tablo 5 incelendiğinde dallara göre yıllar itibariyle özellikle de genel dal hastane sayılarında bir artış olduğu görülmektedir (Tablo 5).

---

<sup>37</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, age., s.92-93, [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye\\_saglikta\\_donusum\\_programi\\_degerlendirme\\_raporu\\_\(2003\\_2011\).pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf), Erişim Tarihi: 10.01.2013.

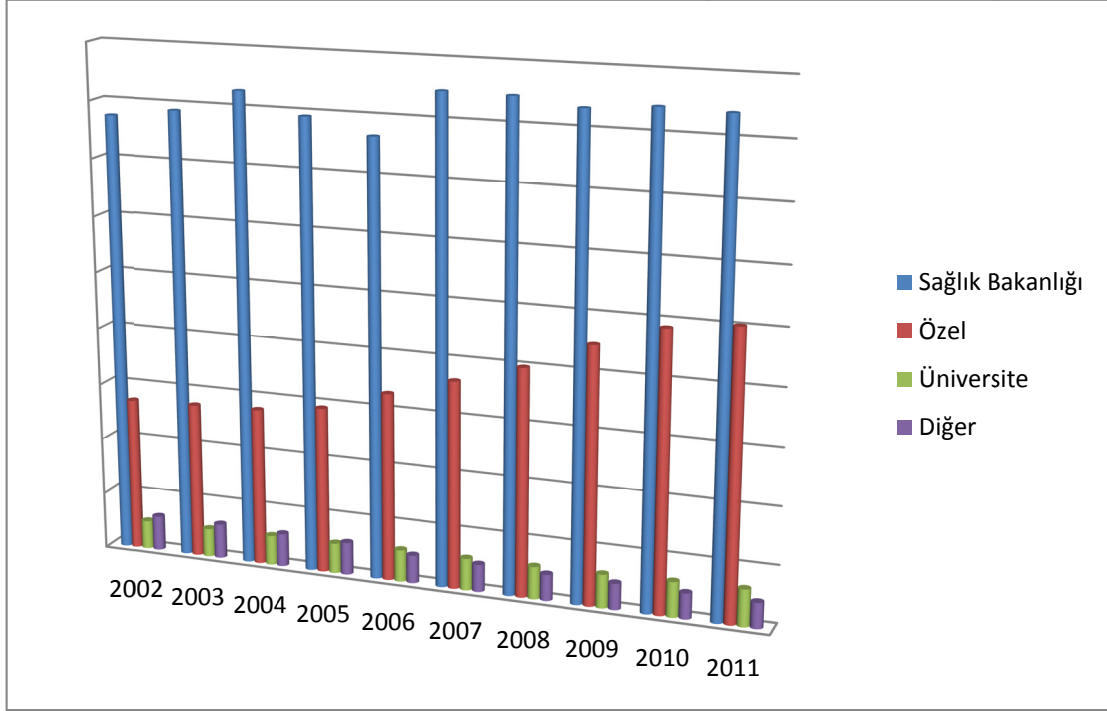
**Tablo 5. Yıllara ve Dallara Göre Hastane Sayıları, Türkiye**

DALLAR	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Genel Hastane	987	1.001	1.050	1.025	1.032	1.140	1.171	1.219	1.266	1.304
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	64	65	62	70	71	73	74	63	63	50
Göz Hastalıkları Hastanesi	8	8	8	9	10	15	18	24	26	25
Göğüs Hastalıkları Hastanesi	28	27	27	24	23	22	22	19	18	17
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri	15	16	15	14	14	13	12	12	14	14
Psikiyatri Hastanesi	9	9	9	9	10	10	11	12	12	11
Diş Hastanesi	1	3	3	3	3	4	3	5	5	8
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	9	9	10	10	10	10	8	6	7	6
Kalp Damar Cerrahisi Merkezleri	6	6	6	6	6	6	7	11	11	6
Onkoloji Hastanesi	5	6	6	6	4	4	4	5	5	4
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Meslek Hastalıkları Hastanesi	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi	7	6	5	5	5	5	5	3	2	1
Lepra Hastanesi	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1
Zührevi Hastalıklar Hastanesi	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Diyabet Hastanesi	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0
Kardiyoloji Hastanesi	5	6	5	4	5	5	5	1	1	0
<b>Toplam</b>	<b>1.156</b>	<b>1.174</b>	<b>1.217</b>	<b>1.196</b>	<b>1.203</b>	<b>1.317</b>	<b>1.350</b>	<b>1.389</b>	<b>1.439</b>	<b>1.453</b>

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012), "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011", Ankara, s. 63, [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi:10.01.2013

Mülkiyetine göre bakıldığında yıllar itibariyle özellikle özel sektör hastanelerinde ciddi bir artış olduğu gözlenmektedir (Tablo 6).

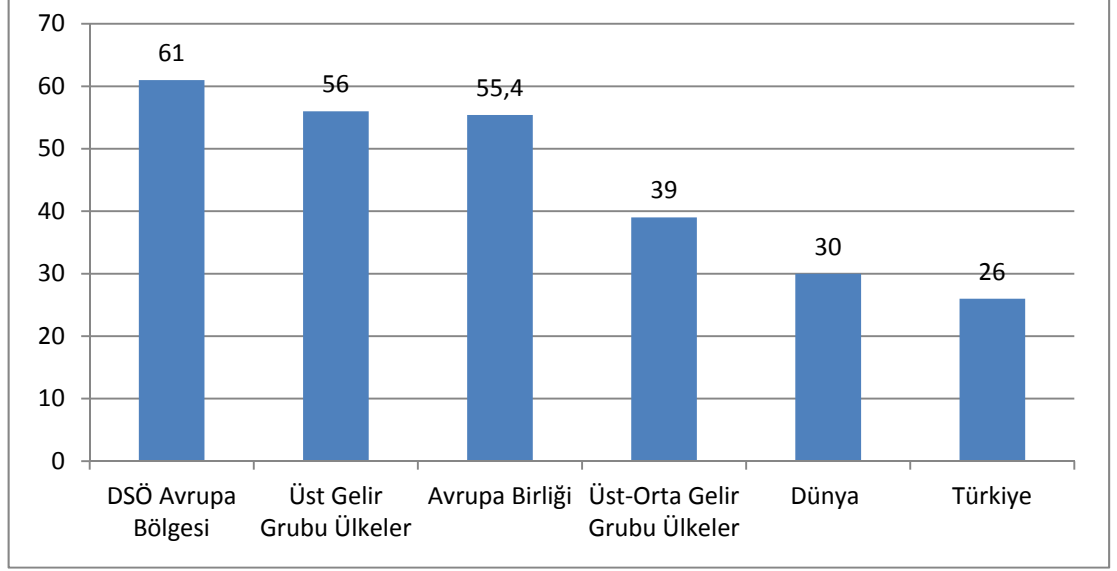
**Tablo 6. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayılarının Dağılımı, Türkiye**



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012), “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, Ankara, s. 63,  
[http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi:10.01.2013.

10.000 kişiye düşen hasta yatağı sayısı açısından Türkiye ile diğer ülke grupları arasında bir karşılaştırma yapıldığında Türkiye'nin düşük düzeyde kaldığı belirtilebilir (Şekil 5).

**Şekil 5. 10.000 Kişiye Düşen Hasta Yatağı Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması, 2010**

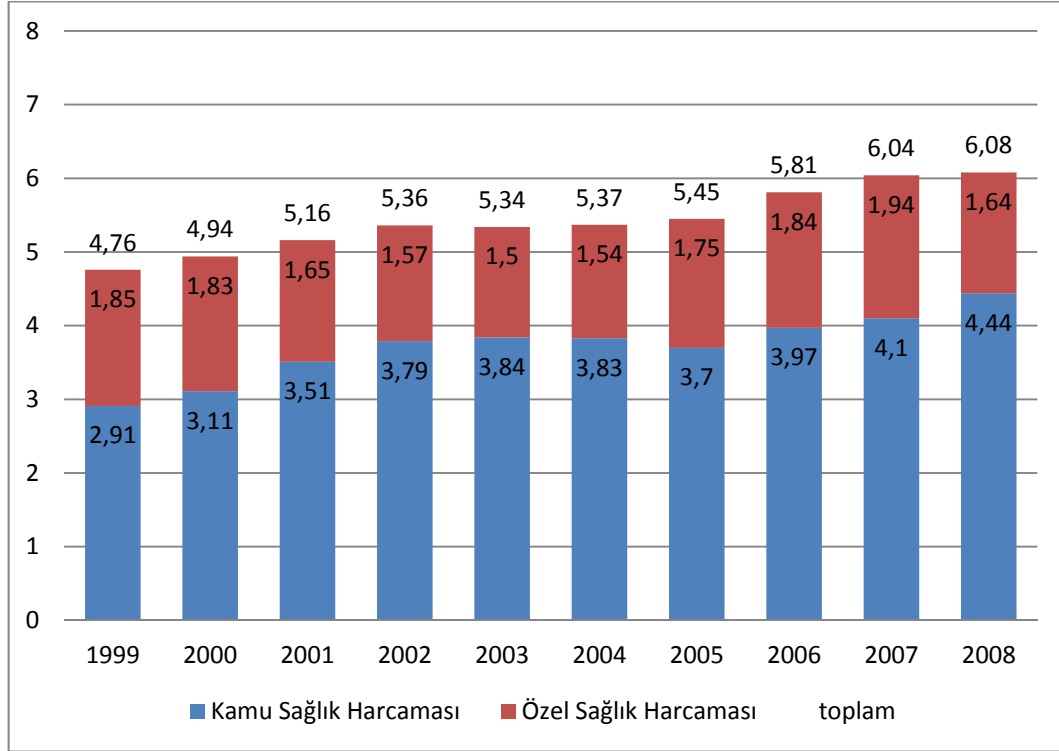


Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012), “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, Ankara, s. 67, [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi:10.01.2013.

#### **2.2.4. Finansman**

Kamu sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasılaya oranı 1999 yılında % 2,91 iken 2002 yılında %3,79'a ulaşmıştır. 2008 yılında ise bu rakam %4,44 olmuştur. Toplam sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık harcamalarının payı 1999 yılında %1,85 iken 2002 yılında % 1,57, 2008 yılında 1,64 olarak gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamalarının gayrisafi milli hasılaya oranı ise 2008 yılında %6,08 olmuştur (Şekil 6).

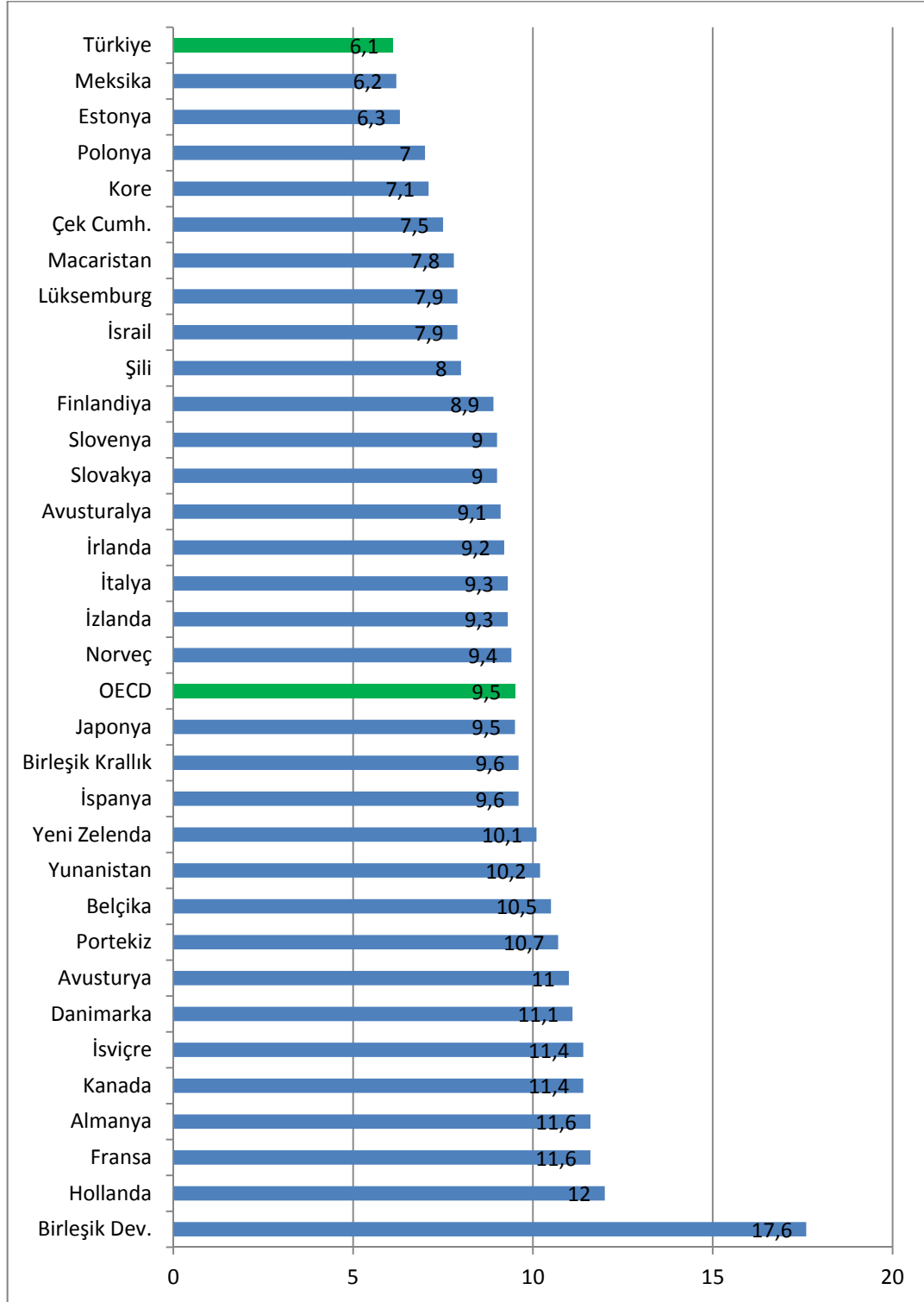
**Şekil 6. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%), Türkiye**



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012), “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, Ankara, s. 146,  
[http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi:10.01.2013.

2010 yılı verilerine göre OECD ülkeleri ortalama olarak GSYİH’ten sağlığa %9,5 harcarken, Türkiye’de bu oran %6,1’dir (Şekil 7).

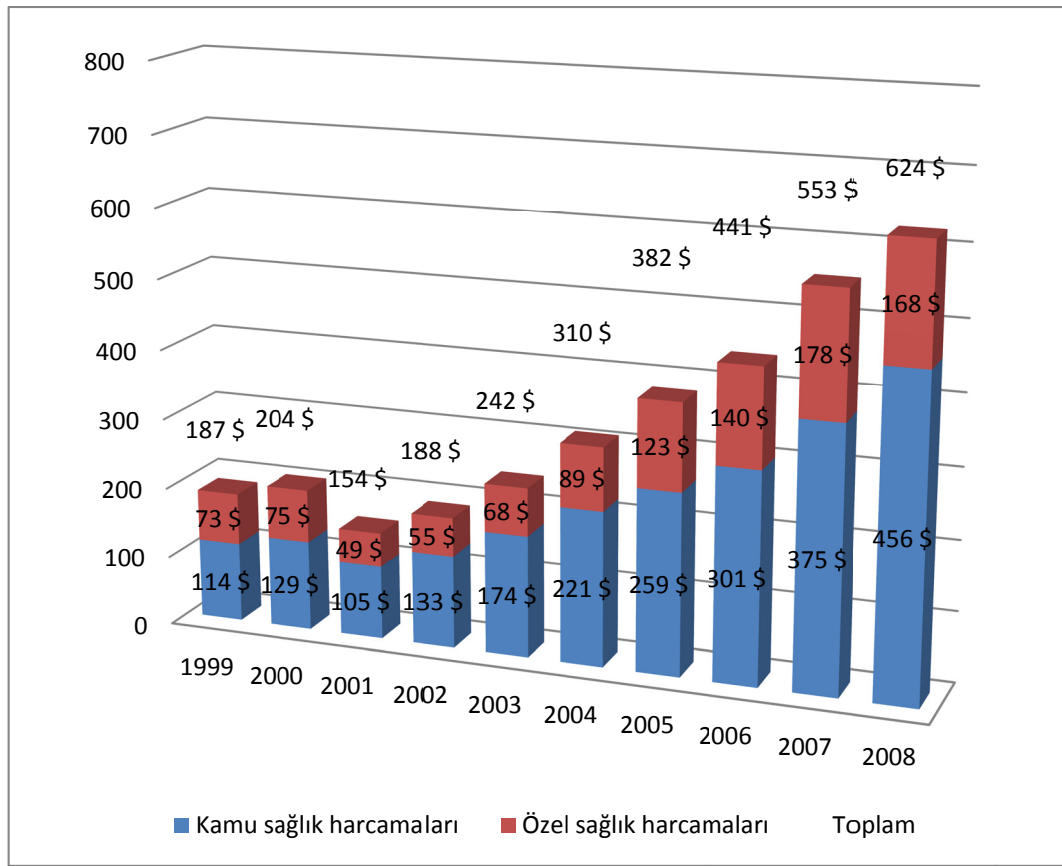
**Şekil 7. OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (%), 2010**



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012), "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011", Ankara, s. 146,  
[http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi:10.01.2013.

Türkiye’de kişi başı kamu sağlık harcaması 1999 yılında 114 ABD Doları iken, özel sağlık harcaması 73 ABD Doları olarak gerçekleşmiştir. 2008 yılı için kişi başı kamu sağlık harcaması 456 ABD Doları, özel sağlık harcaması 168 ABD Doları seviyelerine ulaşmıştır. Satın alma gücü paritesine göre ise 2008 yılı için kişi başı kamu sağlık harcaması 667 ABD Doları, özel sağlık harcaması 246 ABD Doları ve toplam sağlık harcaması 913 ABD Doları olarak gerçekleşmiştir (Şekil 8).

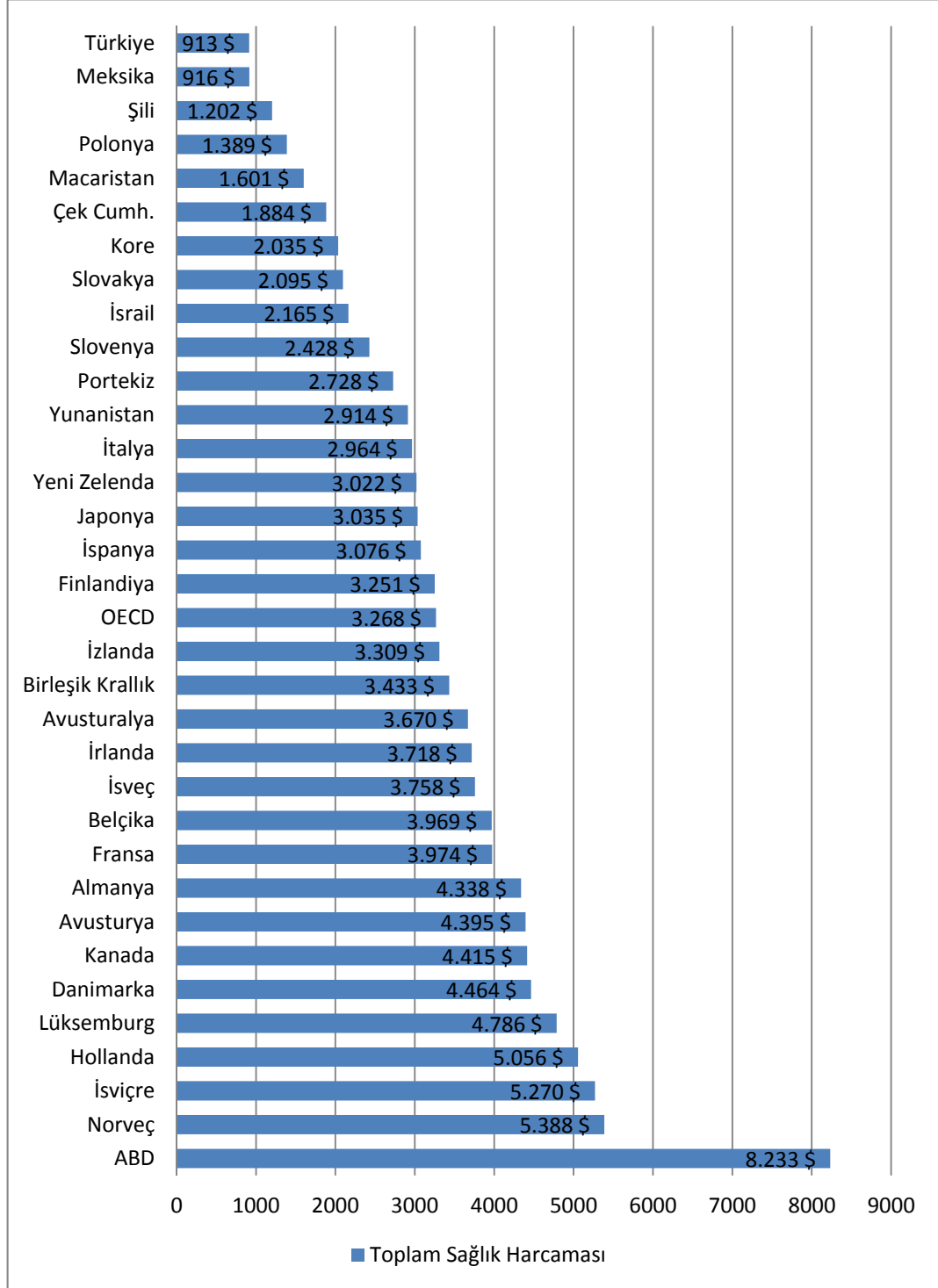
**Şekil 8. Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, ABD Doları Cinsinden, Türkiye**



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012), “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, Ankara, s. 148, [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi:10.01.2013.

2010 yılı verilerine göre Türkiye kişi başı 913 Dolar sağlık harcaması gerçekleştirirken, bu rakam OECD ülkelerinde ortalama 3.268 Dolardır (Şekil 9).

**Şekil 9. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, Kamu ve Özel, Satın Alma Gücü Paritesi, ABD Doları Cinsinden, 2010**

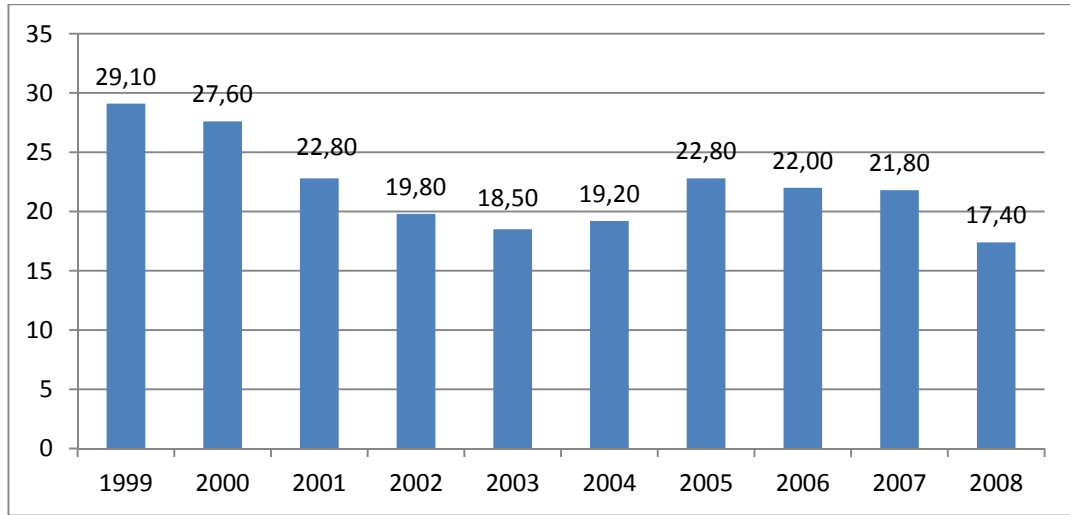


Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012), "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011", Ankara, s. 149,  
[http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi:10.01.2013.



1999 yılında cepten yapılan sağlık harcamalarının tüm harcamalar içindeki oranı % 29,1 iken 2008 yılında bu oran % 17,4 olarak gerçekleşmiştir (Şekil 10).

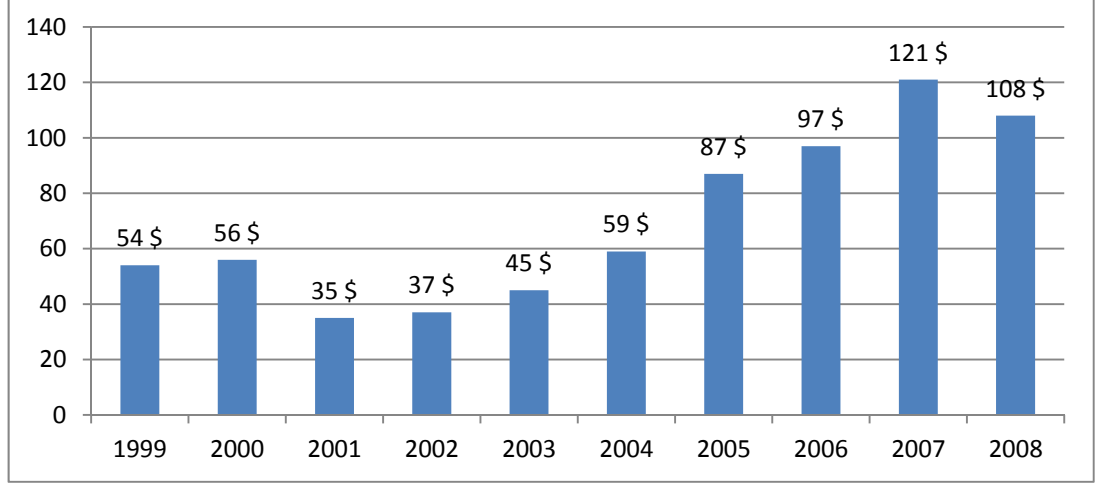
**Şekil 10. Yıllara Göre Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı, (%), Türkiye**



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2012, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, Ankara,  
[http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi:10.01.2013.

Yıllara göre kişi başı cepten yapılan sağlık harcamaları giderek artış eğilimi göstermiştir. 1999 yılında cepten yapılan sağlık harcaması 54 Dolar iken bu rakam 2008 yılında 108 Dolar olmuştur (Şekil 11).

**Şekil 11. Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, ABD Doları Cinsinden, Türkiye**



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012), “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, Ankara, [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi: 10.01.2013.

Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının 2013 yılı Merkezi Yönetim Bütçesi Tablo 7’de verilmektedir.

**Tablo 7. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların 2013 Yılı Merkezi Yönetim Bütçesi, Milyon TL, Türkiye**

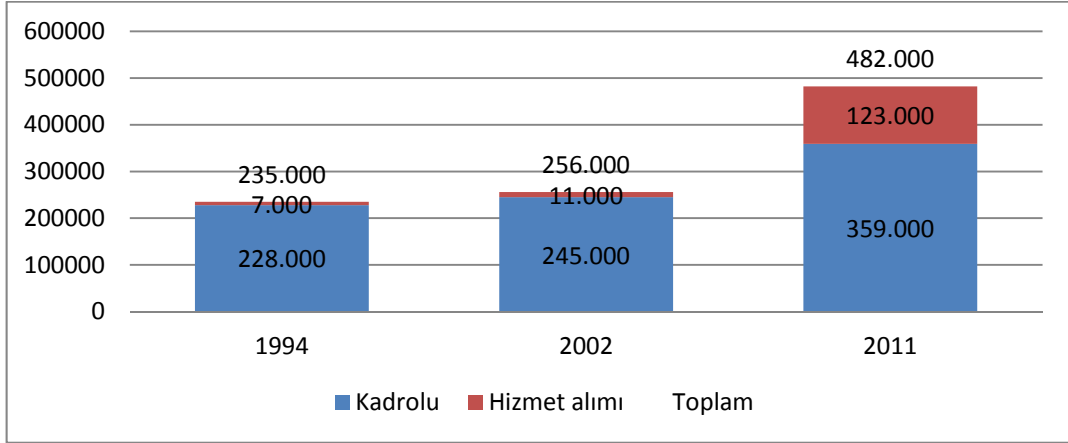
Birimler	Personel Ödenekleri	Diğer Cari Ödenekler	Yatırım Ödenekleri	Toplam
SAĞLIK BAKANLIĞI	1.288	201	1.001	2.490
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU	7.451	229	440	8.120
TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU	1.437	4.600	41	6.078
TÜRKİYE HUDUT VE SAHİLLER GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	24	10	93	127
TÜRKİYE İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ KURUMU	27	22	30	79
<b>Toplam</b>	<b>10.227</b>	<b>5.062</b>	<b>1.605</b>	<b>16.894</b>

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2012), 2013 Mali Yılı Bütçesi’nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonuna Sunumu, "Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programının 10. Yılı". Ankara. s. 156, [http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/haberler/201211/2013butce\\_baski\\_2013\\_11\\_21\\_v1.pdf](http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/haberler/201211/2013butce_baski_2013_11_21_v1.pdf), Erişim Tarihi: 10.01.2013.

### 2.2.5. Sağlık İnsan Kaynakları

2002 yılında Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumuna ait sağlık kuruluşlarında hizmet veren personel sayısı 256.000 iken, 2011 yılı sonunda 482.000 rakamına ulaşılmıştır (Şekil 12).

**Şekil 12. Sağlık Bakanlığı Personel Sayısındaki Net Değişim**



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2012, "Faaliyet Raporu", Ankara, s. 35, [http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet\\_raporu\\_2011/index.html](http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet_raporu_2011/index.html), Erişim Tarihi: 10.01.2013

Yıllara göre sağlık personeli sayısının ayrıntılı dağılımı Tablo 8'de verilmektedir. Buna göre toplamda personel sayısında yaklaşık 1,7 kat bir artış yaşanmıştır. Hizmet alımı yolu ile çalıştırılan personel sayısında ise yaklaşık 2,5 kat bir artış yaşanmıştır (Tablo 8).

**Tablo 8. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayısı Dağılımı, Tüm Sektörler, Türkiye**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Uzman Hekim	45.457	47.108	48.687	49.477	52.868	54.439	56.973	60.656	63.563	66.064
Pratisyen Hekim	30.900	32.019	32.679	34.886	33.383	34.559	35.763	35.911	38.818	39.712
Asistan Hekim	15.592	15.339	15.844	16.490	18.224	19.404	20.415	22.075	21.066	20.253
<b>Toplam Hekim</b>	<b>91.949</b>	<b>94.466</b>	<b>97.110</b>	<b>100.853</b>	<b>104.475</b>	<b>108.402</b>	<b>113.151</b>	<b>118.641</b>	<b>123.447</b>	<b>126.029</b>
Diş Hekimi	16.371	17.744	17.893	18.149	18.332	19.278	19.959	20.589	21.432	21.099
Eczacı	22.289	22.371	22.608	22.756	23.140	23.977	24.778	25.201	26.506	26.089
Hemşire	72.393	74.483	75.753	78.182	82.626	94.661	99.910	105.176	114.772	124.982
Ebe	41.479	41.662	43.229	43.541	44.483	47.175	47.673	49.357	50.343	51.905
Diğer Sağlık Personeli	50.106	57.416	60.959	62.035	67.514	79.441	89.540	93.550	99.302	110.862
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	83.964	101.229	111.646	131.223	150.053	167.585	169.763	197.386	198.694	209.126
<b>TOPLAM PERSONEL SAYISI</b>	<b>378.551</b>	<b>409.371</b>	<b>429.198</b>	<b>456.739</b>	<b>490.623</b>	<b>540.519</b>	<b>564.774</b>	<b>609.900</b>	<b>634.496</b>	<b>670.092</b>

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012), "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011", Ankara, s. 121, [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi:10.01.2013.

Sağlık personelinin sektörlere ve unvanlara göre dağılımı Tablo 9'da verilmektedir. Genel olarak belirtmek gerekirse personel dengesi açısından hemşire sayısının hekim sayısından fazla olması beklenirken, Türkiye'de hemşire sayısı halen hekim sayısından daha azdır (Tablo 9).

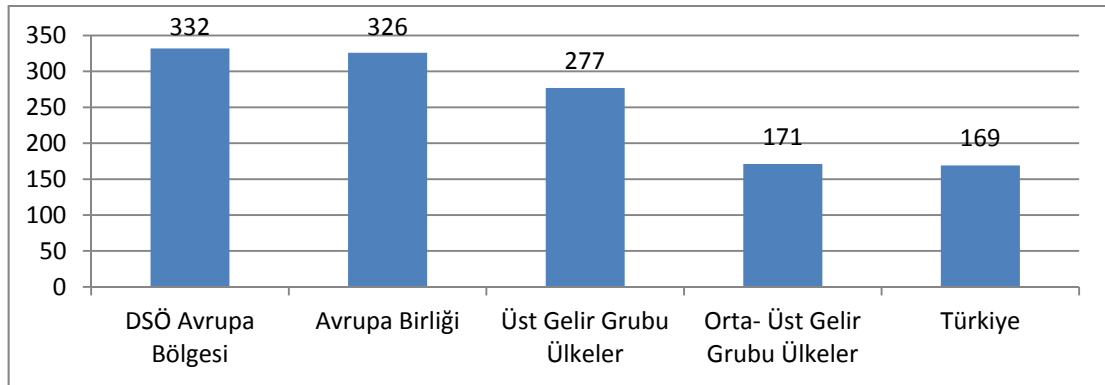
**Tablo 9. Sağlık Personelinin Sektörlere Ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2011**

2011	SAĞLIK BAKANLIĞI	ÜNİVERSİTE	ÖZEL SEKTÖR	TOPLAM
Uzman Hekim	32.623	13.094	20.347	<b>66.064</b>
Pratisyen Hekim	33.523	277	5.912	<b>39.712</b>
Asistan Hekim	7.236	13.017	0	<b>20.253</b>
Toplam Hekim	<b>73.382</b>	<b>26.388</b>	<b>26.259</b>	<b>126.029</b>
Diş Hekimi	7.225	1.134	12.740	<b>21.099</b>
Eczacı	1.891	245	23.953	<b>26.089</b>
Hemşire	89.314	17.530	18.138	<b>124.982</b>
Ebe	46.944	663	4.298	<b>51.905</b>
Diğer Sağlık Personeli	82.201	7.011	21.650	<b>110.862</b>
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	181.295	8.991	18.840	<b>209.126</b>
<b>TOPLAM PERSONEL SAYISI</b>	<b>482.252</b>	<b>61.962</b>	<b>125.878</b>	<b>670.092</b>

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012), “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, Ankara, s. 121, [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi:10.01.2013.

Aralık 2011 itibariyle ülkemizdeki toplam hekim sayısı 126.029 olup yüz bin kişiye düşen hekim sayısı 169, pratisyen hekim sayısı 53, uzman hekim sayısı 88, diş hekimi 28, eczacı 35, ebe ve hemşire 237'dir. Uluslararası karşılaştırmalara bakıldığında Türkiye'nin hekim eksikliğinin olduğu belirtilebilir (Şekil 13).

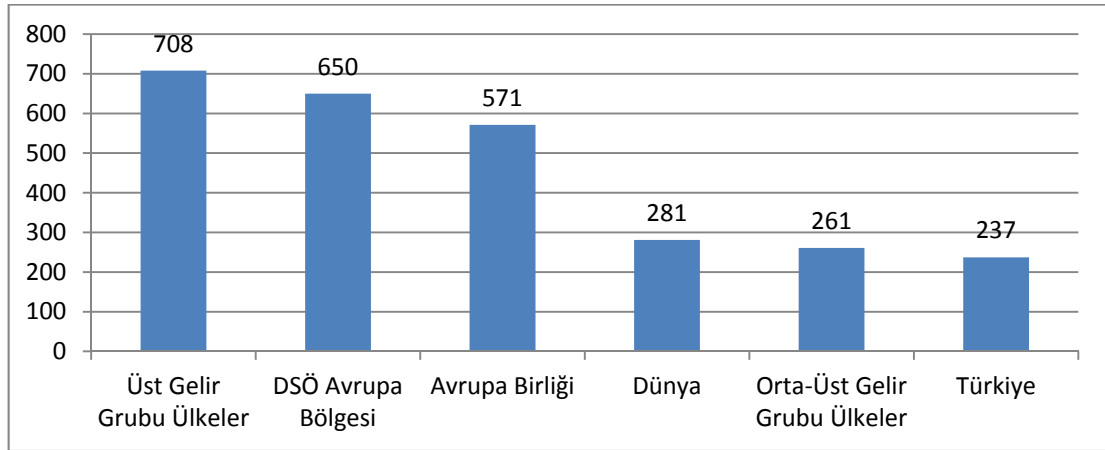
**Şekil 13. 100.000 Kişiye Düşen Doktor Sayılarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2010**



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012), “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, Ankara, s. 123, [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi:10.01.2013.

100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayılarının uluslararası karşılaştırılması Şekil 14’te verilmektedir. Hekim sayısında olduğu gibi Türkiye 100.000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı bakımından da diğer ülke gruplarının ortalamalarının gerisinde yer almaktadır (Şekil 14).

**Şekil 14. 100.000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayılarının Uluslararası Karşılaştırılması, 2010**



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012), “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, Ankara, s. 128, [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi:10.01.2013.

2011 yılı sonu itibariyle tıp fakültelerinde toplam 41.664 kayıtlı öğrenci mevcut olup toplam öğretim üyesi sayısı 9.970'dir. Öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı 4'tür (Tablo 10).

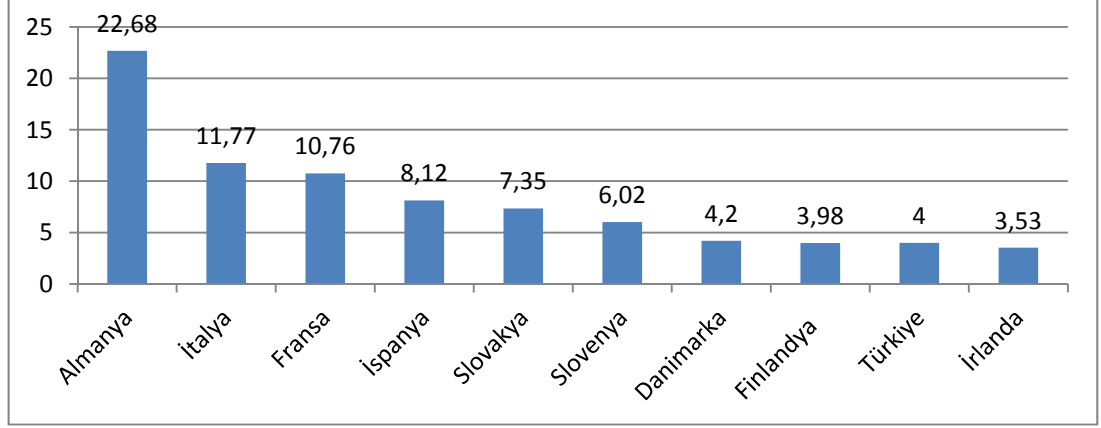
**Tablo 10. Öğretim Yıllarına Göre Tıp Fakültesi, Öğrenci ve Öğretim Üyesi Sayıları, Türkiye**

Öğretim Yılı	Fakülte Sayısı	ÖĞRENCİ SAYISI			Öğretim Üyesi Sayısı
		Yeni Kayıt Yapılan	Halen Eğitimde Olan	Mezun Olan	
1993-1994	26	5.115	33.143	4.888	3.798
1994-1995	26	5.232	33.191	4.792	3.881
1995-1996	30	5.155	34.065	4.191	4.293
1996-1997	32	4.796	34.162	4.264	4.528
1997-1998	33	4.479	34.185	4.408	4.724
1998-1999	38	4.698	34.317	4.467	5.036
1999-2000	39	4.648	32.957	5.105	5.748
2000-2001	40	4.749	32.250	5.174	6.284
2001-2002	40	4.801	31.786	4.925	6.798
2002-2003	44	4.945	31.719	4.380	7.172
2003-2004	46	5.130	32.118	4.487	7.794
2004-2005	46	5.090	32.552	4.494	7.881
2005-2006	46	4.957	32.985	4.532	8.077
2006-2007	47	5.117	33.537	4.899	8.512
2007-2008	49	5.253	33.782	4.872	9.182
2008-2009	56	6.655	35.454	4.753	9.192
2009-2010	61	7.877	38.369	5.087	9.479
2010-2011	69	8.438	41.664	5.138	9.970

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2012), "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011", Ankara, s. 135,  
[http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi:10.01.2013.

Bazı Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'de öğretim üyesi başına düşen tıp fakültesi öğrenci sayıları Şekil 15'te verilmektedir. Buradan da görülebildiği üzere Türkiye, İrlanda hariç diğer ülkelerden sayısal olarak daha iyi durumdadır.

**Şekil 15. Avrupa Ülkelerinde Ve Türkiye’de Öğretim Üyesi Başına Düşen Tıp Fakültesi Öğrenci Sayıları**



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010)”, Ankara, s. 193, [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye\\_saglikta\\_donusum\\_programi\\_degerlendirme\\_raporu\\_\(2003\\_2011\).pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf), Erişim Tarihi: 10.01.2013.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 4’üncü maddesinin (B) fıkrasına göre özellikle personel sıkıntısı çekilen bölge ve kurumlarda istihdamı sağlamak için sözleşmeli statüde personel istihdamı sağlanmaktadır. Bu kapsamda, özellikle beş ve altıncı hizmet bölgelerinde olmak üzere sözleşmeli statüde 84.838; 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun’a göre ise 19.755 sağlık personeli görevlendirilmiştir. Diğer bir istihdam modeli ise, hizmet alımı yoluyla temin edilen temizlik, bilgi-işlem, koruma-güvenlik ve yemek gibi işlerde çalışan personelin istihdamıdır. Bu personelin sayısı 2002 yılında 16.000 civarında iken 2010 yılında 118.000 rakamına ulaşmıştır.<sup>38</sup> Bu bağlamda güvenlik tedbirlerinin artırılması amacıyla, 2002 yılında 905 olan güvenlik personeli sayısı 2012 yılında 13.761’e ulaşmıştır. 10 yıllık bir zaman diliminde güvenlik görevlileri sayılarında yaklaşık 15 katlık bir artış olmasına rağmen, mevcut sayının nitelik ve nicelik bakımından yeterli olduğunu belirtmek mümkün değildir (Tablo 11 ve Şekil 16).<sup>39</sup>

<sup>38</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003; age., s. 205.

[http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslararasi\\_acilimler\\_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslararasi_acilimler_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf), Erişim Tarihi: 07.01.2013.

<sup>39</sup> Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Nihat Tosun’un “Sağlık Çalışanlarına Şiddetin Sebepleri, Bu Konudaki İstatistikler ve Alman Önlemler” konulu 10.10.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu, Slayt No. 45.



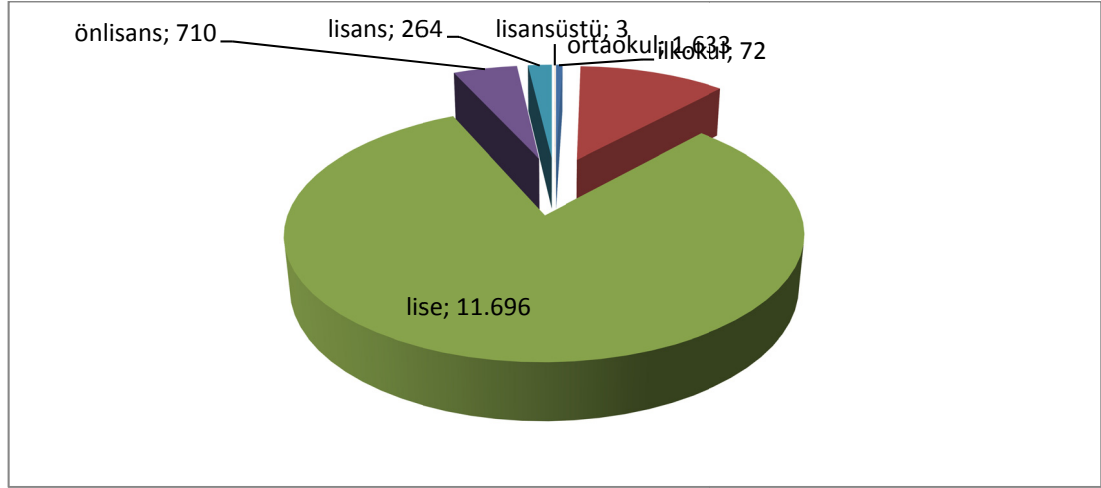
**Tablo 11. 2012 Yılı Sonu İtibariyle, İl Bazında Sağlık Bakanlığına Bağlı Kurumlarda Çalışan Güvenlik Görevlileri Sayılarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı, Türkiye**

İL BAZINDA KURUMLAR	TOPLAM ÇALIŞAN	ÖĞRENİM DURUMU					
		İlkokul	Ortaokul	Lise	Önlisans	Lisans	Lisansüstü
ADANA	426	0	31	372	11	12	
ADYAMAN	102		6	94	2		
AFYONKARAHİSAR	88	1	4	78	4	1	
AĞRI	112		17	84	11		
AKSARAY	57		6	49	2		
AMASYA	77		11	63	1	2	
ANKARA	1.463	20	192	1.146	60	43	2
ANTALYA	238		8	203	25	2	
ARDAHAN	20		2	16	2		
ARTVİN	19	1		16	2		
AYDIN	181		22	141	15	3	
BALIKESİR	176		14	140	13	9	
BARTIN	46			29	17		
BATMAN	151		18	127	6		
BAYBURT	18			18			
BİLECİK	42		2	37	2	1	
BİNGÖL	47		1	44	2		
BİTLİS	77		14	59	4		
BOLU	98		8	79	9	2	
BURDUR	50		4	38	4	4	
BURSA	487		112	346	15	14	
ÇANAKKALE	71		1	62	6	2	
ÇANKIRI	71		9	60	2		
ÇORUM	93		15	75	3		
DENİZLİ	152		10	129	9	4	
DİYARBAKIR	338	2	53	271	10	2	
DÜZCE	42		8	32	2		
EDİRNE	73		5	62	5	1	
ELAZIĞ	130		4	121	4	1	
ERZİNCAN	50		1	47	2		
ERZURUM	226		2	214	7	3	
ESKİŞEHİR	134		25	97	7	5	
GAZİANTEP	240		29	202	7	2	
GİRESUN	65		5	55	5		
GÜMÜŞHANE	32	1	4	26		1	
HAKKARİ	85		8	66	11		
HATAY	295	1	45	233	10	5	1
İĞDIR	46		1	42	2	1	
ISPARTA	95	1	2	88	3	1	
İSTANBUL	2.264	15	377	1.745	84	43	
İZMİR	722	1	68	587	43	23	

İL BAZINDA KURUMLAR	TOPLAM ÇALIŞAN	ÖĞRENİM DURUMU					
		İlkokul	Ortaokul	Lise	Önlisans	Lisans	Lisansüstü
KAHRAMANMARAŞ	167	6	9	145	7		
KARABÜK	56		2	53	1		
KARAMAN	40		2	31	6	1	
KARS	60		10	44	5	1	
KASTAMONU	62		11	49		2	
KAYSERİ	146		36	105	5		
KIRIKKALE	68		4	58	6		
KIRKLARELİ	77		7	60	6	4	
KİRŞEHİR	35		5	25	2	3	
KİLİS	5			5			
KOCAELİ	320	8	58	229	22	3	
KONYA	383		12	332	27	12	
KÜTAHYA	101		3	88	7	3	
MALATYA	132		10	116	5	1	
MANİSA	260		48	192	15	5	
MARDİN	105		6	99			
MERSİN	371		23	318	24	6	
MUĞLA	116	1	13	89	9	4	
MUŞ	79		14	65			
NEVŞEHİR	68	2	7	54	4	1	
NİĞDE	79		1	77	1		
ORDU	131	3	15	103	8	2	
OSMANİYE	99	1	9	81	8		
RİZE	110		18	86	3	3	
SAKARYA	144	1	18	119	5	1	
SAMSUN	246		22	203	18	3	
SİİRT	69		3	63	3		
SİNOP	27			24	3		
SİVAS	135		9	118	7	1	
ŞANLI URFA	259		19	220	17	3	
ŞIRNAK	124		12	106	5	1	
TEKİRDAĞ	89		15	68	4	2	
TOKAT	97	1	7	83	6		
TRABZON	242		17	205	16	4	
TUNCELİ	19			16	3		
UŞAK	81			77	3	1	
VAN	252	3	24	216	6	3	
YALOVA	33	3		26	2	2	
YOZGAT	85		1	83	1		
ZONGULDAK	157		8	139	7	3	
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Merkez Müdürlüğü	50		11	33	4	2	
<b>TOPLAM</b>	<b>14.378</b>	<b>72</b>	<b>1.633</b>	<b>11.696</b>	<b>710</b>	<b>264</b>	<b>3</b>

Kaynak: Veriler S.B. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Tıbbi Hizmet Alımları ve Tedarik Yöntemleri Düzenleme Daire Başkanlığı tarafından kullanılan İşçi Tespit Sisteminden alınmıştır.

**Şekil 16. Eğitim Durumlarına Göre Güvenlik Görevlileri Sayıları, Sağlık Bakanlığı, 2012, Türkiye**



Kaynak: Veriler S.B. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Tıbbi Hizmet Alımları ve Tedarik Yöntemleri Düzenleme Daire Başkanlığı tarafından kullanılan İşçi Tespit Sisteminden alınmıştır.

### 2.2.6. Sağlık Reformları

Sağlık Bakanlığının 01.07.2003 tarihinde başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), geçmişteki reform ve proje çalışmalarını değerlendirerek geçilmesi düşünülen sağlık sistemini tasarlayacak ve bu sisteme geçişi kolaylaştıracak değişiklikleri yapmayı hedeflemiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi ve finansmanının sağlanmasını hedef almıştır.

SDP kapsamında uygulanacak politikalar, halkın sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumundaki en büyük hedef, hastalıkları tedavi etmekten çok, insanların hastalanmasını engelleyecek koruyucu önlemlerin alınması olarak belirlenmiştir. Kaynaklar uygun şekilde kullanılarak maliyetin düşürülmesi, aynı kaynakla daha fazla hizmet üretilmesi planlanmıştır. İnsan kaynaklarının dağılımının, malzeme yönetiminin, akılcı ilaç kullanımının, sağlık işletmeciliğinin ve koruyucu hekimlik uygulamalarının bu esas çerçevesinde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu kapsamda halkın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları lusnde ulaşabilmesi ve hizmetlerin finansmanına, maddi güçleri oranında katkıda bulunması düşünülmüştür.<sup>40</sup>

Sağlıkta Dönüşüm Programı aşağıda belirtilen temel esaslar/ilkeler üzerine kurulmuştur.<sup>41</sup>

1. İnsan merkezlik
2. Sürdürülebilirlik
3. Sürekli kalite gelişimi
4. Katılımcılık
5. Uzlaşmacılık
6. Gönüllülük
7. Gler ayrılığı
8. Desantralizasyon
9. Hizmette rekabet

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bileşenleri aşağıda özetlenmektedir.<sup>42</sup>

1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi
4. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
5. Etkili, kademeli sevk zinciri
6. İdari ve mali açıdan daha verimli yönetilen sağlık kurumları
7. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
8. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları

---

<sup>40</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, age., s. 25,  
[http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasaciilimler\\_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasaciilimler_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf),  
Erişim Tarihi: 07.01.2013.

<sup>41</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, age., s. 25,  
[http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasaciilimler\\_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasaciilimler_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf),  
Erişim Tarihi: 07.01.2013.

<sup>42</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003, age. s. 26-36,  
[http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasaciilimler\\_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasaciilimler_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf),  
Erişim Tarihi: 07.01.2013.

9. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
10. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
11. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim

### **2.2.7. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sürecinde Yaşanan Değişimler**

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmaya başlanması ile sağlık hizmetleri alanında yaşanan değişim süreci ve bu sürece ilişkin mevzuat aşağıda özetlenmektedir.<sup>43</sup>

06.01.2005 tarihli ve 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun” ile kamu hastaneleri tek çatı altında toplanarak 37 milyon Sosyal Sigortalar Kurumu iştirakisinin kamu hastanelerinden hizmet almasının n açılmıştır.

31.05.2006 tarihli ve 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” kapsamında, vatandaşların sağlık sigortalarıyla özel hastaneler ve tıp merkezlerinden hizmet alması, sigortalı olsun veya olmasın herkesin salgın hastalık, iş kazası ve meslek hastalığı durumlarında her türlü sağlık yardımlarından ücretsiz yararlanması, yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda tüm sigortalılar için yurt dışında tedavi olabilme imkânı sağlanmışır.

17.04.2008 tarihli ve 5754 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile Sosyal Sigortalar Kurumu ve Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız alışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu iştirakçilerinin sağlık hizmeti alabilmeleri için yüz yirmi gün olan prim ödeme süreleri otuz güne indirilmiştir.

14.07.2004 tarihli ve 5222 sayılı “deme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ve 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile yeşil kartlıların, tıpkı diğer sigortalılar gibi, kamu

---

<sup>43</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, age., s. 63-68,  
[http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye\\_saglikta\\_donusum\\_programi\\_degerlendirme\\_raporu\\_\(2003\\_2011\).pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf), Erişim Tarihi: 14.01.2013.

sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi, ilaçlarını istedikleri eczaneden alabilmeleri, ayakta tedavilerinde muayene, tetkik-tahlil, ilaç, diş çekimi ve protezi, gözlük ve acil tedavi giderlerinin ödeme kapsamına alınması, diş kanal ve dolgu tedavisi hizmetlerinden ücretsiz faydalanmaları sağlanmıştır.

24.11.2004 tarihli ve 5258 sayılı “Aile Hekimliği Kanunu” ile aile hekimliği uygulaması hayata geçirilmiştir.

16.05.2006 tarihli ve 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile tüm vatandaşların birinci basamak sağlık hizmetlerini ücretsiz alması sağlanmıştır.

21.01.2010 tarihli ve 5947 sayılı “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile kamuda çalışan sağlık personelinin çalışma esasları yeniden düzenlenmiştir.

10.07.2003 tarihli ve 4924 sayılı “Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” ve 20.10.2005 tarihli ve 5413 sayılı “Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” ile mahrumiyet bölgeleri için sözleşmeli personel uygulamasına geçilmiştir.

21.06.2005 tarihli ve 5371 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile sağlık çalışanlarının tazminat ve çalışma esasları düzenlenmiştir.

11.04.2007 tarihli ve 5624 sayılı “Kan ve Kan Ürünleri Kanunu” ile kan ve kan ürünleri ihtiyacının karşılanmasına yönelik düzenlemeler yapılmıştır.

Sağlık hizmetleri alanında yaşanan değişim süreci aşağıda kronolojik olarak da sıralanmaktadır:

### **2003**

112 acil hizmetleri tamamen ücretsiz hale gelmiştir.

Ücretsiz gezici sağlık hizmetleri tüm kırsala yaygınlaştırılmaya başlanmıştır.

Vatandaşlar sağlık sigortalarıyla özel hastaneler ve tıp merkezlerinden hizmet almaya başlamışlardır.

Performansa dayalı ek ödeme sistemine geçilmiştir.

### **2004**

Ücretsiz Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) açılmaya başlanmıştır.

Bireysel performansa dayalı ödeme sistemi uygulanmaya başlanmıştır.

Yeşil Kart sahipleri ayakta tedavi kapsamına alınmıştır.

Hekim seçme hakkı hastanelerde uygulamaya konulmuştur.

Eğitim ve kuruluş işlemlerine 2003 yılında başlanan Ulusal Medikal Kurtarma Ekibinin (UMKE) kuruluş aşaması tamamlanmıştır.

İlaçta referans fiyat sistemi uygulamasına geçilmiştir.

Sağlık Bilgi İletişim Merkezi (SABİM) hizmete girmiştir.

Mahrumiyet bölgeleri için sözleşmeli personel uygulamasına geçilmiştir.

### **2005**

Kamu hastaneleri tek çatı altında birleştirilerek Sosyal Sigortalar Kurumu iştirakçilerinin kamu hastanelerinden hizmet alması sağlanmıştır.

Yeşil kartlıların, tıpkı diğer sigortalılar gibi, kamu sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi ve ilaçlarını istedikleri eczaneden alabilmeleri sağlanmıştır.

Düzce İlinde Aile Hekimliği pilot uygulaması başlamıştır.

Tüm hastanelerde Hasta Hakları birimleri kurulmuştur.

### **2006**

Sağlık Bakanlığı hastaneleri için global bütçe uygulamasına başlanmıştır.

5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu'nun (sosyal güvenlik kurumlarının entegrasyonu) uygulamasına başlanmıştır.

Kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşıları rutin aşılama programına dâhil edilmiştir.

Verem hastaları için Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) uygulaması tüm yurttan yaygınlaştırılmıştır.

Hipotiroidi Tarama Programı başlatılmıştır.

## **2007**

Birinci basamak sağlık hizmetleri tamamen ücretsiz hale getirilmiştir.

Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağkur iştirakçileri için Sağlık Bakanlığı hastanesinden üniversite hastanesine sevk zorunluluğu kaldırılmıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli tüm Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde fatura başına ödeme yerine teşhise dayalı vaka başına ödeme yöntemine geçilmiştir.

Yeşil kartlıların ayakta tedavilerinde muayene, tetkik-tahlil, ilaç, diş çekimi ve protezi, gözlük ve acil tedavi giderleri ödeme kapsamına alınmıştır.

Ambulans hizmetlerinin kışın erişimi zor alanlarda daha erişilebilir olması için kar paletli ambulanslar temin edilmiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli hastanelerin yatan hastalar için ilaç ve tıbbi malzemelerinin ücretsiz sağlanması uygulamasına başlanmıştır.

## **2008**

Acil ve yoğun bakım tedavileri kamu ve özel tüm hastanelerde ücretsiz verilmeye başlanmıştır.

Özel hastanelerde, yanık, kanser, yeni doğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp damar cerrahisi işlemlerinden fark ücreti alınmaması uygulamasına geçilmiştir.

18 yaşın altındaki tüm nüfus ve eğitim görenler sosyal güvence aranmaksızın Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır.

Sigortalı olsun veya olmasın herkesin acil durumlarda, salgın hastalık, iş kazası ve meslek hastalığı durumlarında her türlü sağlık yardımlarından ücretsiz yararlanması sağlanmıştır.

Hava ambulans sistemi uygulamaya konulmuştur.

Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağkur iştirakçilerinin sağlık hizmeti alabilmeleri için gerekli prim ödeme süreleri otuz güne indirilmiştir.



Yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda tüm sigortalılar için yurtdışında tedavi olabilme imkânı getirilmiştir.

Özel sağlık tesislerinin hekim ve bazı tıbbi cihaz planlamaları Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmeye başlanmıştır.

Açık ve kapalı kamu alanlarında sigara içilmesini yasaklayan 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” kabul edilmiştir.

Ulaşım problemi olan yerlerde anne adaylarını doğum öncesi misafir ederek sağlıklı doğum yapmalarını sağlamak amacıyla, “Misafir Anne Projesi” başlatılmıştır.

## **2009**

İlaç Takip Sistemi (İTS) pilot uygulamasına başlanmıştır.

Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) pilot uygulamasına başlanmıştır.

Eczane bulunmayan kırsal bölgelerde de ilaca ulaşımın kolaylaştırılması amacıyla mobil eczane uygulaması başlatılmıştır.

## **2010**

Yeşil kartlıların, özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakım hizmetlerinden ücretsiz faydalanmaları sağlanmıştır.

Yeşil kartlıların, dış kanal ve dolgu tedavisi hizmetlerinden ücretsiz faydalanmaları sağlanmıştır.

Evde sağlık hizmetleri verilmeye başlanmıştır.

İlaç Takip Sistemi (İTS) uygulaması tüm yurtda yaygınlaştırılmıştır.

Aile Hekimliği uygulaması tüm yurtda yaygınlaştırılmıştır.

Hava ambulansı filosuna uçak ambulanslar dâhil edilmiştir.

Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) ödeme sistemi uygulamaya başlanmıştır.

Kamuoyunda “Tam Gün Yasası” olarak bilinen 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun kabul edilmiştir.

**2011**

663 Sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname Resmî Gazete’de yayımlanmıştır

**2012**

Kamu Hastane Birlikleri oluşturulmuştur.

Bu Bölümde sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık sistemi ve Türkiye sağlık sistemi sistematik bir çerçevede ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu çerçeve sonraki bölümlere ışık tutacaktır. İzleyen üçüncü Bölümde genel olarak şiddet olgusu ve nedenleri ortaya konulmaktadır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### ŞİDDET OLGUSU VE NEDENLERİ

#### 3. ŞİDDET OLGUSU VE NEDENLERİ

##### 3.1. Şiddet Nedir?

İnsanlık tarihi kadar eski olan şiddet olgusu, birçok bireysel ve toplumsal öge ile birlikte karmaşık bir yapı sergiler. Bu karmaşıklığından dolayı da şiddeti tanımlamak kolay değildir. Çünkü şiddet kendini çok farklı formlarda ortaya koymaktadır. Baskı, eziyet, korkutma, sindirme, öldürme, cezalandırma, tehditler, sözlü hareketler ve fiziksel saldırılar şeklinde ortaya çıkan şiddet her toplumda farklı derecelerde fakat sürekli bir biçimde gündelik yaşamda yer almaktadır.<sup>44</sup> “Şiddet nedir, ne değildir”, “hangi koşullar altında şiddettir, hangi koşullarda değildir”; şiddetin birçok boyutundan söz etmek (ekonomik, toplumsal, antropolojik, sosyal psikolojik ve biyolojik gibi) aslında şiddeti belirsizlikten ve tanımlama güçlüğünden kurtarmanın bir yoludur.

Dilimize Arapçadan giren bir sözcük olan şiddet “peklik”, “sıklık”, “sertlik” anlamına gelmektedir.<sup>45</sup> Türk Dil Kurumunun Büyük Türkçe Sözlüğü’nde “şiddet” kavramı: “1. Bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğlilik, sertlik. 2. Hız. 3. Bir hareketten doğan güç: Rüzgârın şiddeti. 4. Karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma. 5. mec. Kaba güç. 6. mec. Duygu veya davranışta aşırılık.” olarak tanımlanmaktadır.<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> Faruk Kocacık, 1996, Şiddet Olgusu Üzerine, C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 2, Sayı 1, s. 1-7, <http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/88.pdf>, Erişim Tarihi: 04.01.2013.

<sup>45</sup> Osmanlıca Türkçe Sözlük, Bilgi Yayınevi, “şiddet” maddesi, 1977.

<sup>46</sup> Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara, 2005, s.1866.

Şiddetin etimolojik incelemesinde Yunan-Latin-İngiliz kökenine göre, sözcüğün “kuvvet”, “güç” gibi hemen hemen her dildeki anlamının yanı sıra “çiğneme”, “ihlal etme”, “bozma” gibi bir anlamı ile de karşılaşılmaktadır.<sup>47</sup>

Günümüzde şiddet/saldırganlık olgusunu; biyoloji, psikoloji, psikiyatri ve sosyoloji gibi farklı disiplinler tarafından analiz eden ve anlamaya çalışan birçok farklı yaklaşım vardır. Şiddet ve saldırganlığın bu disiplinlerin her biri tarafından ayrı ayrı çözümlenmesi, şiddet davranışının çok boyutlu ve karmaşık bir karakteristiğe sahip olduğunu göstermektedir.<sup>48</sup>

Şiddete yönelik yaklaşımlardan her biri, şiddet olgusunu farklı açılardan çözümlenmektedir. Bu yaklaşımlardan bir kısmı biyolojik belirlenim ve insan doğasıyla ilişki kuran yaklaşımlardır. Biyolojik yaklaşım, şiddet davranışının temelinde genelde beynin işleyişine bağlı olarak kimyasal ve hormonal etkileşimleri görmektedir. Bu yaklaşım şiddetin zaten insan doğasında mevcut olan bir güdü olduğunu, bunun zaten var olduğunu ve doğal olduğunu çeşitli şekillerde vurgular. Ayrıca diyetler, alerjiler, hormonal düzensizlikler gibi biyokimyasal faktörler ile beyin bozuklukları ve tümör gibi nöropsikolojik faktörler ile genetik faktörler üzerinde durulur.<sup>49</sup>

Şiddetin doğallığını vurgulayan ve böylece şiddeti meşrulaştıran görüşlerin, ikinci adımda vardıkları nokta bunun doğal bir olgu olduğu, doğada da var olduğudur. İnsanın toplumsal özelliği ve irade unsuru göz önünde bulundurularak insanın şiddetini diğer canlıların şiddetinden ayırmak gerekir. Bu yüzden şiddetin doğallığı tezini kabul etmek doğru değildir.<sup>50</sup>

Şiddet ile irade arasında bağ kurulduğu ve şiddete yönelik biyolojik bakış açısı bağının zayıflığının dile getirildiği oranda şiddet ve sosyokültürel faktörler arasındaki ilişkiyi vurgulayan yaklaşımlar önem kazanmaktadır. Sosyokültürel

---

<sup>47</sup> Yücel Dursun, 2011, Şiddetin İzini Sürmek: Şiddet Nedir?, Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi, 2011 Güz, Sayı:12, s. 1-18. <http://www.flfsdergisi.com/sayi12/1-18.pdf>, Erişim Tarihi: 04.01.2013.

<sup>48</sup> Zahir Kızmaz, 2006, “Şiddetin Sosyo-Kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım” Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2006, Cilt:16, Sayı:2, S. 247-267, <http://web.firat.edu.tr/sosyalbil/dergi/arsiv/cilt16/sayi2/247-267.pdf>, Erişim Tarihi: 07.01.2013.

<sup>49</sup> Zahir Kızmaz, 2006, age., s.248.

<sup>50</sup> Ali Ergur, “İnsan ve Şiddet”, Hekime Yönelik Şiddet Çalıştayı, TTB, İstanbul Tabip Odası, Mayıs 2009, s.1-4, <http://www.ttb.org.tr/siddet/images/file/itocalistay.pdf>, Erişim Tarihi: 04.01.2013.

kuramlar şiddet davranışını, toplumda öğrenilen ve paylaşılan değerlerin/davranışların sonucu olarak görmektedir. Bu yaklaşım, bazı toplumlardaki kültürel yapının, şiddet eylemlerini teşvik eden niteliğini anlamaya yardımcı olmaktadır.

Bireyler arası ilişkilerin yapısı veya bireylerin soruna yönelik çözüm arayışları önemli ölçüde sosyokültürel dinamikler tarafından belirlenmektedir. Şiddet pratiklerinin genelde, sorun çözme stratejilerinin bir parçası olarak görülmesi, şiddetin kültürel kaynaklarının irdelenmesini gerektirmektedir. Çünkü bireylerin sorunları algılama biçimleri ve çözme yönünde geliştirdikleri inisiyatif, toplumun sosyokültürel faktörlerinden bağımsız düşünülemez. Şiddet genelde, bireylerin engellenmeleri sonucunda öfke ile birlikte gerçekleşen bir davranış tarzıdır. Ancak bu engellenmelerin bireylerde şiddete yönelme davranışı geliştirmesinin nedenleri çocukluk ve ergenlik dönemindeki sosyalleşme biçimlerinde aranmalıdır.<sup>51</sup>

Sosyokültürel faktörler yaklaşımı; ahlaki bilinçliliğin ve aileye ilişkin değerlerin güçlü olmayışı ile şiddet olgusu arasında bir ilişki kurmaya çalışırken, yapısal yaklaşımlar da; şiddet olgusunu; ekonomik, eğitimsel ve bireyin yaşam biçimini olumsuz olarak etkileyen diğer statü kaynaklarını da içeren sosyoekonomik dezavantajlar ve etkileşimler ile açıklamaktadır. Etkileşimler; bireylerin aile, okul ve topluluk/cemaat ortamlarında sürekli olumsuz deneyimlere ve unsurlara maruz kalma durumunu ifade eder.

Şiddete yönelik sosyokültürel faktörleri dikkate alan sosyolojik bakış açısı, şiddet olgusunun en iyi, toplumsal ilişkilerin dinamikleri içinde, bütüncül bir yaklaşımla ele alınabileceğini savunmaktadır. Çünkü çatışmalar daha çok birbirleriyle ilişki içerisinde olan bireyler ve gruplar arasında olmaktadır. Bir toplumda hangi davranışın şiddet olarak kabul edildiği, o toplumun toplumsal yapı özelliklerine göre, diğer bir ifade ile kültürel yapı ve geçerli olan değer yargıları ile yakından ilgilidir.<sup>52</sup>

Bütün bunlar şiddet tanımını oldukça genişletmektedir. Bugün literatüre bakıldığında şiddet kavramına ilişkin gerek geniş, gerekse dar anlamda çok sayıda

---

<sup>51</sup> Zahir Kızmaz, 2006, age., s.249.

<sup>52</sup> Faruk Kocacık, 1996,age., s. 2.

tanım ile karşılaşılabilmektedir. Şiddetin mutlak bir tanımını yapmanın güç olmasına karşın, şiddeti bütünüyle belirsiz bir kavram olarak da düşünmemek gerekmektedir. Şiddetin çeşitli tanımları ile karşılaşılmaktadır. Bu tanımlara aşağıda yer verilmektedir.

Şiddet kavramı; sertlik, sert ve katı davranış, kaba kuvvet kullanma; insanları sindirmek, korkutmak için yaratılan olay ya da girişimler olarak tanımlanmaktadır.<sup>53</sup>

Şiddet; “bedene zor uygulama”, “bedensel zedelenmeye neden olma”, “kişisel özgürlüğü zor yoluyla kısıtlama”dır.<sup>54</sup>

Şiddetle ilgili davranışlar; kanuna uymamak, kişiye zarar vermek, hakaret etmek, onuru kırmak, huzura son vermek, birbirinin haklarını çiğnemek, hırpalamak, incitmek, zor kullanmak şeklinde de tanımlanmaktadır.<sup>55</sup>

Şiddet; “aşırı duygu durumunu, bir olgunun yoğunluğunu, sertliğini, kaba ve sert davranışı nitelendirirken; özel olarak saldırgan davranışları, kaba kuvveti, beden gücünün kötüye kullanılmasını, yakan, yıkan, yok eden eylemleri; taşlı, sopalı, silahlı, saldırıları; bireye ve topluma zarar veren etkinlikleri belirtir. Saldırgan davranışlar, yüz mimiğinden ya da bir sözcükten; doğayı, canlıyı yakan, yıkan şiddet eylemlerine kadar geniş bir yelpaze içinde yer alır”.<sup>56</sup>

Günümüzde yapılan tüm şiddet tanımlarını kapsayan oldukça kapsamlı bir şiddet tanımı Michaud’a aittir;

“Bir karşılıklı ilişkiler ortamında taraflardan birinin ya da birkaçının doğrudan veya dolaylı, toplu veya dağınık olarak, diğerlerinin veya bir kaçının bedensel bütünlüğüne veya mallarına veya simgesel ve kültürel değerlerine oranı ne olursa olsun zarar verecek şekilde davranmasıdır.”<sup>57</sup>

---

<sup>53</sup> Ünsal, 1996’dan akt. Faruk Kocacık, (1996), age., s. 2.

<sup>54</sup> Mark Hobart, 1996, Şiddet ve Susku: Bir Eylem Siyasetine Doğru, Cogito, Sayı:6-7, s. 51-64.

<sup>55</sup> Nilay Çabuk Kaya, 1996, Şiddetin Sosyal Dinamikleri Yoksulluk, İşsizlik ve Göç,Toplumsal Bir Sorun Olarak Şiddet Sempozyumu, [http://www.egitimsen.org.tr/ekler/3761265687fbd1ab9e74037ca40fe7b\\_ek.pdf](http://www.egitimsen.org.tr/ekler/3761265687fbd1ab9e74037ca40fe7b_ek.pdf), Erişim Tarihi: 11.01.2013,

<sup>56</sup> Özcan Köknel, 1996, Bireysel ve Toplumsal Şiddet, Altın Kitapları, İstanbul.

<sup>57</sup> Yves Michaud, 1991, Şiddet, İstanbul İletişim Yayınları.

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre şiddet:

*“Kişinin kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması”*dır.<sup>58</sup>

Yine Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ya göre sözel/psikolojik ve fiziksel şiddet şöyle tanımlanmıştır:

*“Bir kişi veya gruba karşı fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde fiziksel güç kullanımı ve güç kullanımı tehdididir. Kötü söz ve taciz de bu kapsamda değerlendirilir.”*<sup>59</sup>

Şiddetin tüm tanımlarını incelediğimizde, şiddetin bireylere fiziksel zarar veren tüm yaklaşımları içermesinin yanı sıra; duygusal olarak da ruhsal zarar veren her türlü edimi içerdiği ve bu nedenle geniş bir anlam kazandığı görülmektedir.

Özetle şiddet, temel özellikleri ne olursa olsun, zamana ve topluma göre değişen toplumsal bir olgudur. Bir şiddet olayı farklı toplumlarda farklı anlamlandırılabilir gibi, aynı toplumda farklı zamanlarda farklı algılanabilir. Toplumlar değiştiği gibi toplumsal normların da değişmesi doğaldır. Şiddet tek bir nedene dayanmayan çok yönlü bir olay olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddet olayında ekonomik, psikolojik, toplumsal boyutların birlikteliği söz konusudur. Şiddetin tek bir nedene indirgenerek algılanması, sorunun doğru tanımlanmasını ve doğru çözüm yolları geliştirilmesini güçleştirici bir nitelik taşımaktadır.

### **3.2. Şiddet ve Saldırganlık**

Şiddet, saldırgan (agresif) davranışın ulaştığı en uç nokta; bir kişiye, hayvana, nesneye ya da kuruma zarar vermek ya da yok etmek amacıyla güç kullanmak anlamını taşımaktadır.<sup>60</sup> Şiddet, amacı aşırı zarar vermek olan bir saldırganlıktır. Her şiddet bir saldırganlıktır fakat saldırganlığın birçok örneği şiddet olarak nitelendirilmemektedir. Saldırganlık ve şiddet birbirinin yerine kullanılan kelimeler

---

<sup>58</sup> World Health Organization: Violence and Health: Task Force on Violence and Health. Cenevre, WHO, 1998.

<sup>59</sup> Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002, Geneva.

<sup>60</sup> Öngören, Yanık ve ark. akt. Faruk İşiker, 2011, age., s. 7.

olmakla birlikte anlamlarının farklılaştığı ve şiddetin kin, nefret, öfke gibi duygulara dayanan, nitelikli ve daha fazla zarar verici bir saldırganlık hali olduğu görülmektedir. Saldırganlık ise şiddeti de kapsayan daha geniş anlamli ve üst bir kavramdır.<sup>61</sup>

Bireysel ve toplumsal şiddetin, aralarında sınırsız ilişki ve etkileşim bulunan doğal, bedensel, ruhsal, toplumsal birçok nedeni vardır. Saldırgan davranışlar ve şiddet eylemleri öfke, kaygı, korku gibi duygu durumları sonucu oluşmaktadır. Şiddet; kızgınlık, öfke, kin, nefret, düşmanlık gibi duygu durumlarının etkinlik kazandığı bir saldırganlık biçimi olarak da tanımlanabilir.<sup>62</sup>

### 3.3. Şiddet Türleri

Şiddet farklı biçimlerde sınıflandırılabilir. Bunun nedeni şiddetin çok yönlü bir olgu olmasıdır.

1. *Failin tipine göre*; şiddet bireysel ya da kolektif olabilir. Kolektif şiddet; profesyonel çeteler, kabileler, etnik gruplar, toplumsal sınıflar ve devlete kadar uzanan bir çeşitlilik gösterir.

2. *Güdülenmeye göre*; şiddet baskı, kan davası, ayrıca namusa yönelik algılamalardan kaynaklanan “namus cinayeti” gibi sebeplerden kaynaklanabilir.

3. *Suça yönelik olup olmamaya göre*; suç sayılan şiddet: cinayet, hırsızlık, silahlı saldırı, soygun, tecavüz, soykırım gibi. Suç sayılmayan şiddet: yoksulluk, eğitimsizlik, yönetimde kayırma, trafik kazaları, çevre tahribi gibi.<sup>63</sup>

4. *Kapsamına göre; dar anlamda*; fiziksel şiddet insanların bedensel bütünlüğüne karşı dışarıdan yöneltilen sert ve acı verici edimdir. Yaralama, tecavüz, yağma, adam kaçırmaya gibi başkasına yönelik eylemlerin yanında intihar girişimi gibi bireyin kendisine yönelik eylemleri de söz konusudur. Geniş anlamda şiddet ise; insan üzerindeki fiziksel ve ruhsal etkisi açıkça ölçülemeyen, dolaylı ya da somut bir biçimde hissedilen çeşitli baskılar, ekonomik şiddet, medya terörü, enflasyon işsizlik, doğanın tahribi, trafik korsanlığı, sağlıksız kentleşme vb. olarak tanımlanır.<sup>64</sup>

---

<sup>61</sup> Anderson ve Bushman'dan akt. Faruk İşiker, 2011, age., s. 7.

<sup>62</sup> Köknel'den akt. Faruk İşiker, 2011, age., s. 7.

<sup>63</sup> Ergil, 2001'den akt. Nilay Çabuk Kaya, 1996, age., s. 107.

<sup>64</sup> Ünsal, 1996 ve Erten ve Ardalı, 1996'dan akt. Nilay Çabuk Kaya, 1996, age., s. 107.



Tek bir neden şiddeti doğurmaz. Şiddet toplumsal bir sorundur ve bu nedenle tek bir nedene indirgenerek anlaşılması mümkün değildir. Bireysel ve toplumsal şiddetin doğal, bedensel, ruhsal, toplumsal birçok nedeni ve bu nedenler arasında sınırsız ilişki ve etkileşim vardır.<sup>65</sup>

Şiddetin türlerini tanımlamaya yönelik bir başka çaba da şiddeti; fiziksel şiddet, psikolojik (duygusal) şiddet, cinsel şiddet, sözel şiddet ve ekonomik şiddet başlıkları altında sınıflandırmaktadır.

### 3.3.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet eylemleri, tanımlanması en kolay ve en sık karşılaşılan şiddet türüdür. Yaygın olarak, şiddet kavramı, fiziksel şiddet ile aynı anlamda kullanılmaktadır.

Fiziksel şiddetin tanımına bakıldığında, dar anlamıyla fiziksel şiddet; insanların bedensel bütünlüğüne karşı dışarıdan yöneltilen, sert ve acı verici eylemler olarak tanımlanmaktadır. Başkalarına yönelik şiddet eylemleri dışında intihar gibi insanın kendine yönelttiği ve bedensel bütünlüğüne zarar veren eylemler de şiddet eylemleri içerisinde sayılmaktadır.<sup>66</sup>

Toplumda yaşanan şiddet olayları cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve mesleki statülerine göre farklılaşmaktadır. Ancak genel olarak fiziksel şiddet “güçlü konumda olandan” “güçsüze” yönelik olmaktadır. Örneğin, ailede şiddet daha çok erkekten kadına, ebeveynlerden çocuklara ve gençlere yönelen fiziksel şiddet biçiminde ortaya çıkmaktadır. Dayak ya da tokatlama, yumruklama, tekmeleme, iteleme, boğazını sıkma gibi kötü davranışlar fiziksel şiddetin biçimlerini oluşturmaktadır.<sup>67</sup>

---

<sup>65</sup> Özcan Köknel, 1996, age., s. 15-20.

<sup>66</sup> Özcan Köknel, 1996, age., s. 31.

<sup>67</sup> Şiddeti Önleme Platformu, “Medya ve Şiddet Alt Çalışma Grubu Raporu”, [http://www.athgm.gov.tr/upload/mce/eskisite/files/SIDDETI\\_ONLEME\\_PLATFORMU\\_MEDYA\\_V\\_E\\_SIDDET\\_CALISMA\\_GRUBU\\_RAPORU\\_05.DOC](http://www.athgm.gov.tr/upload/mce/eskisite/files/SIDDETI_ONLEME_PLATFORMU_MEDYA_V_E_SIDDET_CALISMA_GRUBU_RAPORU_05.DOC), Erişim Tarihi: 12.01.2013.

Toplumda yaşanan şiddet olaylarının bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve mesleki statülerine göre farklılaşmasının eğitilmiş, kültürlü, önemli mesleki statü kazanmış kısaca sosyal ve kültürel açıdan belirli bir düzeye ulaşmış bireylerin şiddetin mağduru veya aktörü olmayacağı anlamına gelmediği de unutulmamalıdır.

### 3.3.2. Psikolojik (Duygusal) Şiddet

Bireyin psikolojik sağlık durumunu bozan, üzen, inciten, sarsan, kendisini baskı ve tehdit altında hissetmesine neden olan her türlü tutum psikolojik şiddet olarak değerlendirilmektedir.

Psikolojik (duygusal) şiddet, kurbanın kendine yönelik değer duygusuna, benliğine, saygısına zarar vermeyi, korkutmayı hedefleyen; kendisini güçsüz ve aciz hissetmesine neden olan ve şiddete başvuran kişinin şiddetin mağdurunu kontrol altına aldığı hissetmesini amaç edinmiş bir şiddet türüdür. Ayrımcılık yapmak, küçük düşürmek, manevi baskıda bulunmak, görmezlikten gelmek psikolojik (duygusal) şiddet davranışlarına örnek olarak sayılabilir. Şiddeti Önleme Platformu Medya ve Şiddet Çalışma Grubu, psikolojik (duygusal) şiddetin temellerine, olağanlaştırılmasına ve meşrulaştırılmasına yönelik şu değerlendirmelerde bulunmuştur:

*“Duygusal şiddet daha çok psikolojik temellere dayanmaktadır. Bu şiddet türü de yine güç ilişkisine dayanmaktadır. Daha çok duygusal sınırlamaları, psikolojik yıpratmaları ve en önemlisi şiddete maruz kalan birey (ya da grup üzerinde) görünmez ‘kontrol’ mekanizmalarını içermektedir. Hem fiziksel hem de duygusal şiddet, yaşam boyunca süreklilik kazanmakta, yine çocuklar üzerinden bir davranış biçiminde bir nesilden diğerine aktarılmaktadır. Öyle ki şiddete maruz kalan birey bu durumu içselleştirmekte, hatta durumu ‘normal’, ‘kendi suçu’ şeklinde algılamakta, yakınmamakta ve yardım talebinde bulunmamaktadır. Bazı durumlarda ise yardım talebinde bulunsa bile duygusal şiddeti ‘normal’ gören toplumsal değerlerle karşılaşmaktadır.”<sup>68</sup>*

---

<sup>68</sup> Şiddeti Önleme Platformu, age.

Psikolojik şiddet içerisinde sayılabilecek şiddet türlerinden birisini de mobbing oluşturmaktadır. Mobbing bir işyerinde hedef seçilen bir çalışana, asıl maksat gizlenerek, bir kişi ya da bir grup tarafından insan onuru ile bağdaşmayan eylem ve işlemlerle sürekli ve/veya sistematik olarak belirli bir süre hukuk ve etik dışı yollarla yapılan ve mağdurun psikolojik, ekonomik veya sosyal statüsünde olumsuzluklar meydana getiren uygulamaların bütünüdür.<sup>69</sup>

Mobbing, bir işyerinde genelde üstler tarafından olmak üzere, meslektaşlar ve astlar tarafından hedef seçilen bir çalışana ender olarak da birkaç çalışana karşı belirli bir süre tekrarlanan eylemler aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- Dışlama,
- Bağırma,
- Sadece mağdura ses düzeyini yükselterek konuşma,
- Sürekli hedef değiştirme,
- Faaliyetlerini kısıtlama,
- Hakkında dedikodu yapma.<sup>70</sup>

### 3.3.3. Ekonomik Şiddet

Yüksek enflasyon oranları, işsizlik düzeyi ve yetersiz sosyal güvenlik olanaklarının bir çeşit ekonomik şiddet olarak değerlendirilmesi mümkündür. Çok düşük düzeydeki ücretler ve kronik enflasyon insanca yaşamı tehdit eder. Bu durum, insanları daha sorunlu ve gerilimli yaptığı için, olağan şiddete de katalizör etkisi yapar ve saldırgan davranışları artırır.<sup>71</sup>

Ekonomik şiddetin mağduru insanlar yoksul, yoksun veya engellenmiş bireylerdir ve fiziksel şiddet uygulamaya eğilimlidir. Birey, ekonomik olarak beslenme ve barınma gibi temel fiziki ihtiyaçlarını dahi karşılayamaz bir durumda ise şiddet ve saldırgan davranışlar artmakta ve şiddet, en olası çözüm yöntemi olmaktadır.

---

<sup>69</sup> Mobbing İle Mücadele Derneği, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>70</sup> Mobbing İle Mücadele Derneği, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>71</sup> Faruk İşiker, 2011, "Televizyon Yayınlarında Şiddet", Radyo ve Televizyon Üst Kurulu Uzmanlık Tezi. <http://www.rtuk.org.tr/upload/UT/21.pdf>, Erişim Tarihi: 04.01.2013.

Kent yoksulluğu ve şiddetin bir arada değerlendirildiği, özellikle yoksulluğun ne zaman şiddete dönüşebileceği ve hangi yoksulların şiddete eğilim gösterdikleri üzerinde derinlemesine çalışılan konulardır. Günümüzde yoksulluk çalışmalarının ortak özelliği; 1980’ler sonrası yaşanan yoksulluk şekillerindeki farklılaşmalar, işsizlik ve göç olguları üzerine yoğunlaşmalarıdır. 1980 sonrası küreselleşmeci politikaların etkisi ile yoksulluk giderek artan ölçüde sadece “geçim araçlarına erişememek” ya da “asgari temel ihtiyaçları karşılayamamak” nitelikleri ile değil; “toplumsal dışlanma”, “marjinalleşme”, “sınıf-altı (underclass)” boyutları ile ele alınmaktadır.<sup>72</sup>

### 3.3.4. Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet; çocuğa, gence, kadına ve diğer bireylere yönelik olarak laf atma, el kol hareketi yapmakla başlayıp tecavüze kadar varan geniş bir yelpazede gerçekleşen cinsel taciz ve saldırıdır. Cinsel içerikli sözler söyleme, sarkıntılıktaki bulunma, elle rahatsız etme, sıkıştırma, cinsel ilişki için baskı kurma ve tecavüz cinsel şiddete örnek olarak sayılabilir. Cinsel şiddet eylemlerinin önemli bir bölümü aynı zamanda fiziksel şiddet içermektedir.<sup>73</sup>

### 3.3.5. Sözel Şiddet

Sözel şiddet; bağırma, kötü konuşma, küfür, hakaret, azarlama, aşağılama şeklinde uygulanan bir şiddet türüdür. Sözel şiddette, korku unsuru önemli bir olgudur. Bu durumda sözler ve hareketler korkutma, sindirme, istediğini yaptırma amacıyla kullanılmaktadır. Hakaret etme, küçük görme, aşağılama, ağır sözler, söyleme, güveni sarsarak psikolojik açıdan istismara yol açan uygulamalar, sözel şiddet olarak algılanmaktadır. Toplumsal yaşamda, terbiye ve disiplin amacıyla bir yöntem olarak kullanılan sözel şiddet, bireylerde ruhsal zarara yol açmakta ve şiddet davranışlarına eğilimi artırmaktadır.<sup>74</sup>

---

<sup>72</sup> Nilay Çabuk Kaya, 1996, age., s. 111.

<sup>73</sup> Faruk İşiker, 2011, age., s. 15.

<sup>74</sup> Faruk İşiker, 2011, age., s. 15-16.

Psikolojik ve sözel şiddet yakından ilişkilidir. Sözel şiddet davranışlarının önemli bir bölümü psikolojik şiddete de yol açmaktadır. Sözel şiddetin çoğunlukla fiziksel şiddeti uyardığı görülmektedir.

### **3.4. Dünyada ve Türkiye’de Şiddetin Yoğun Olarak Yaşandığı Alanlar ve Şiddeti Yönetmeye Yönelik Politikalar**

Gündelik yaşamın sürdürüldüğü ve insan etkileşiminin gerçekleştiği her alanda şiddet karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde yoğunluk kazanan şiddet pratiklerini; aile içinde, okullarda, stadyumlarda, kitle iletişim araçlarında, çalışma ortamlarında, sokaklarda, kulüplerde vb. yerlerde yoğun olarak gözlemlemek mümkündür. Ülkemizde şiddet olgusu özellikle namus cinayetleri, kan davası, futbol fanatıklığı, kapkaç, cinayet, tecavüz veya soygun olaylarının yoğunluk kazandığı dönemlerde daha çok dikkati çekmekte ve tartışılmaktadır.<sup>75</sup>

Şiddetin yoğun olarak yaşandığı alanları; kadına ve çocuğa yönelik şiddet olgusunun gerçekleştiği *aile içi şiddet*; daha yoğun olarak futbol fanatizminin yaşandığı *sporda şiddet*; şiddetin yayıldığı ve yeniden üretildiği alanlar olarak *medyada şiddet* ve iş yeri ve çalışma koşulları ile doğrudan ilgili olan *çalışma yaşamında şiddet* olarak gruplandırabiliriz. Her bir şiddet ortamının kendine özgü koşulları ve dinamikleri var olmakla birlikte çözüm yolları ve stratejileri bu özgül koşulların değerlendirilmesi ve politikalar geliştirilmesi ile belirlenebilir.

#### **3.4.1. Aile İçi Şiddet**

Aile içi şiddet aile içerisinde çoğunlukla kadını ve çocuğu hedef alan şiddet ortamıdır. Aslında aile, çocukları ve aile bireylerini şiddetten koruyan ve şiddetten korunmayı öğreten en önemli ortamlardan birisi olmalıdır. Ancak ailenin bizzat kendisi şiddetin kaynaklarından ve yoğun olarak yaşandığı alanlardan birisi olabilir.

---

<sup>75</sup> Nilay Çabuk Kaya, 1996, age., s. 108.

İlk ve temel sosyalleşme işlevini gören kurum olan aile, aynı zamanda çocukların şiddet davranışını kazanmalarında da önemli bir faktör işlevi görmektedir. Bu çerçevede, yetersiz veya yanlış bir sosyalleşme biçimi, bireyin gelecekte şiddet davranışını gerçekleştirme olasılığını artırabilmektedir. Çalışmalar, şiddet davranışı gösteren bireylerin şiddet davranışı göstermeyen bireylere nispeten daha çok aile içi şiddete maruz kaldıkları veya daha çok şiddet davranışının sergilendiği ortamda büyüdüklerini göstermektedir.<sup>76</sup>

Çocuklara karşı aile içi şiddet çoğunlukla kişisel, ailevi, toplumsal, ekonomik ve kültürel etkenlerin bileşiminin sonucu olmakta ve çocukların sağlıklı gelişimleri üzerinde ömür boyu sürecek sonuçlar oluşturmaktadır. Çocuklara yönelik aile içi şiddetin görünür ve sonuçları ölümcül olan ve olmayan yaralanmalar, bilişsel bozukluklar, büyüme bozuklukları, psikolojik ve duygusal zararları olabilir.

Dünyada ve ülkemizde kadını ve çocuğu hedef alan aile içi şiddeti önemli bir insan hakları sorunu olarak kabul ederek, aile içi şiddet olgusunu anlamaya ve önlemeye yönelik birçok çalışma yapılmıştır. UNICEF (2003) tarafından yapılan bir çalışmada, kadına yönelik aile içi şiddeti çok boyutlu bir sorun olarak ele alınmış ve bu bağlamda sorunun sosyal, kültürel, ailevi ve bireysel boyutları tanımlanmıştır.

Kadına yönelik aile içi şiddetin ortaya çıkışını etkileyen faktörler bireysel faktörler, ilişki faktörleri, yakın çevreye ilişkin faktörler ve toplumsal faktörler olarak dört temel yapıda açıklanmıştır:

1. Bireysel faktörler arasında eşlerin erken yaşta evlenmeleri, depresyon ya da kişilik bozuklukları, düşük gelire sahip olmaları ve çocukken şiddete maruz kalmaları ya da tanık olmaları sayılabilir.

2. İlişki faktörleri arasında evlilikte çatışma, yaşama ve ilişki problemlerini çözememe, ailede erkek hâkimiyetinin baskın olması, ailenin koruma ve destekleme işlevini yerine getirememesi belirtilebilir.

3. Yakın çevreye ilişkin faktörler arasında ise yakın çevrenin şiddeti olağan sayarak desteklemesi ve aile içi şiddete karşı yakın çevrenin yatırımlarının yetersiz olması gösterilebilir.

---

<sup>76</sup> Faruk Kocacık, 1996, age., s. 258.

4. Toplumsal faktörler bağlamında, geleneksel toplumsal cinsiyet normları ve şiddeti destekleyen sosyal normlar sayılabilir.<sup>77</sup>

Birleşmiş Milletler (BM) aile içi şiddeti önleme noktasında pek çok çalışma yapmıştır. Birleşmiş Milletler Güven Fonu içerisinde aile içi şiddeti önleme doğrultusunda 2015 vizyonu oluşturulmuştur. Bu vizyon ile, kağıt üzerinde verilen sözlerin uygulamaya sokulması, kadına yönelik şiddete karşı bilgi temelli bir politika yapılması, Birleşmiş Milletlerin küresel, bölgesel ve ülke bazındaki politikalarının güçlendirilmesi ve ülkelere kadına yönelik şiddete karşı strateji uygulamalarında yardım edilmesi hedeflenmiştir. Ancak hala uluslararası alanda da kadına yönelik şiddet aynı derecede ciddiyetini muhafaza etmektedir. ABD Kongresi için hazırlanan bir rapora göre: kadına yönelik şiddetin ekonomik maliyeti zor da olsa bazı gelişmiş ülkeler tarafından hesap edilmektedir. Bu maliyetler, sağlık ve yasal maliyetler, işgücü kaybı ve verimlilik azalışından kaynaklanmaktadır. Üzüntü ve acı gibi soyut olayları da hesaba kattığımızda kadına yönelik şiddetin topluma maliyeti bir hayli fazladır.<sup>78</sup>

Ülkemizde de aile içi şiddetin önemli bir alanı olduğu gerçeğinden hareketle 2011 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu bünyesinde bir Alt Komisyon oluşturulmuş ve Komisyonun çalışmaları sonucunda bazı çözüm önerileri belirlenmiştir. Bu kapsamda, aile fertlerinin eğitimi; eşlerin ekonomik seviyelerini yükseltilmesi; basın ve medya kuruluşlarının basılı ve görsel yayınları yolu ile aile bireylerinin eğitilmesi, kadını koruma amaçlı adliye ve emniyet süreçlerinin etkinleştirilmesi ve bir Stratejik Eylem Planı'nın hazırlanması gibi önerilere yer verilmiştir.<sup>79</sup>

### 3.4.2. Sporda Yaşanan Şiddet

Dünyada ve ülkemizde şiddetin en yoğun yaşandığı alanlardan birisi de spor alanlarıdır. Spor sahalarındaki saldırganlık, 13. yüzyıla değin uzanan eski bir sorundur. Sporda saldırganlık ve şiddet konusundaki kuramsal çalışmalar daha çok,

---

<sup>77</sup> KSGM, 2008, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi.

<sup>78</sup> TBMM, 2011a, Kadına ve Aile Bireylerine Yönelik Şiddet İnceleme Raporu, İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu Alt Komisyonu Raporu.

<sup>79</sup> TBMM, 2011a, age., s.53.

futbolda şiddetin yaygın olduğu ülkelerde yapılmaktadır. Bu nedenle futbolun beşiği olarak kabul gören İngiltere’de daha fazla araştırmanın yapıldığını söylemek olasıdır. Buna karşın, diğer Avrupa ülkelerinde de değişik çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan en önemlileri sporda şiddeti bir seyirci şiddeti ve saldırganlığın yeni bir sosyal formu olarak ele alan psikiyatrik nitelikli çalışmalardır. Bu çalışmalarda grup dinamiğinin sosyal gücü üzerinde durulmuştur. Ayrıca sporda yaşanan şiddeti ataerkillik ve erkek şiddetinin dışa vurumu ile açıklayan sosyolojik yaklaşımlar ile alt-sınıfsal bağları, özel kültürel ve tarihsel süreçlere ile açıklayan yaklaşımlar da olmuştur.<sup>80</sup>

Sporda yaşanan şiddeti ortak saldırganlık davranışı olarak açıklayan ve kalabalığın şiddeti olarak tanımlayan çalışmalar da vardır. Bu çalışmalara göre saldırgan davranışlar; grubun içindeki dostluk, diğer grup üyelerinin nasıl değerlendirildiği, diğer takımların taraftarlarının nasıl tanımlandığı ve kalabalığın üyelerin benlik saygılarına olan katkıları ile belirlenmekle birlikte, grubun üyeleri birbirini tanımasa bile gerçekleşebilmektedir. Kalabalığın şiddeti üzerine yapılan çalışmaların çoğu, holigan olarak bilinen, Avrupa’daki futbol taraftarları ile yapılmıştır. Holigan ya da holiganizm tanımları üzerinde net bir birlik yoktur. Daha önce ele alındığı gibi araştırmacılar, holiganizmi ortak saldırganlık ve şiddet gibi olumsuz davranışlarla ilişkilendirme eğiliminde olsalar da, tanım aynı zamanda kalabalığın şiddet içermeyen, dışa dönük davranışlarını da kapsamaktadır; şarkı söyleme, dalga geçme, tezahürat yapma ve bağırma gibi. Taraftarlar arasında bu tür davranışlar cesaretlendirilmekte ve bu davranışları sergileyen kişiler, diğer grup üyelerince pekiştirildiği için benlik saygıları ve gruba aidiyetleri artmaktadır. Holigan davranışları artırmada medyanın da önemli bir payı olduğu da kabul edilmektedir. Genel olarak sporda şiddeti etkileyen faktörler çevresel ve sosyal faktörler olarak belirtilse de özelde medyanın saldırganlığı arttırıcı etkileri, alkol ve kötüye kullanımın şiddeti arttırdığı ve tribün liderlerinin saldırganlığı etkilediği üzerinde durulmaktadır.<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> TBMM, 2011b, “Spor Kulüplerinin Sorunları İle Sporda Şiddet Sorunsalının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu”.

<sup>81</sup> TBMM, 2011b, age., s.733.



Dünyada birçok ülkede sporda yaşanan şiddet olaylarını önlemeye yönelik politika geliştirme çabaları mevcuttur. Bu anlamda özellikle Avrupa Birliği'nin sporda şiddetin önlenmesine yönelik çalışmaları ve önerileri önem arz etmektedir. 2007 yılında Avrupa Komisyonunca yayımlanan Spor Üzerine Beyaz Kitap'taki sporda şiddetin ve ırkçılığın önlenmesine dair yaklaşım iki sütun üzerine inşa edilmektedir. Bunlar hukuki yaptırım mekanizmalarının çalışması ve önlemlerin etkin uygulanmasıdır. Komisyon, Beyaz Kitap ile birlikte, konunun çok disiplinli bir yaklaşımla, kulüpler ve taraftar derneklerini de içerecek şekilde tüm paydaşlarla iş birliği içerisinde etkin biçimde ele alınması gerektiğini vurgulamıştır. 2011'de "Sporda Avrupa Boyutunu Geliştirme" başlıklı Tebliğ ise seyirci şiddetinin Avrupa çapında bir sorun olduğunu, spor karşılaşmalarında risklerin azaltılması için Avrupa yaklaşımını içeren uzlaşmacı tedbirlere ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır. Bu bağlamda, Tebliğ'de Avrupa Konseyi ile Avrupa Birliği iş birliğinin önemine dikkat çekilmekte; hukuki yaptırım ve önleyici tedbirlerin oluşturulması ve uygulanması ile başta kolluk kuvvetleri, yargı otoriteleri, spor ve taraftar kuruluşları, kamu otoriteleri olmak üzere paydaşlar arası etkin iş birliğinin gerekliliğine odaklanılmaktadır<sup>82</sup>.

Ülkemizde de spor alanında yaşanan şiddet olaylarını önlemeye yönelik olarak 2011 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisinde Araştırma Komisyonu (Spor Kulüplerinin Sorunları İle Sporda Şiddet Sorunsalının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu) kurulmuştur. Anılan Meclis Araştırması Komisyonu tarafından yapılan çalışmalar sonucunda belirlenen çözüm önerileri ve geliştirilecek stratejiler şu başlıklar altında toplanmıştır:

1. Ulusal spor politikalarının ülke öncelikleri ve ihtiyaçları doğrultusunda, kuruluşlar arası iş birliği içerisinde geliştirilmesini, izlenip değerlendirilmesini sağlayacak ve yerel yönetimlerle sivil toplum kuruluşlarının sistem içindeki etkinliğini artıracak yeni bir ulusal spor sisteminin geliştirilmesi,

2. Kulüp ve federasyonların kurumsallaşması ve mali yapılarının iyileştirilmesi,

3. Spor kültürünün geliştirilmesinin, sporun geniş kitlelerce benimsenmesinin ve farklı spor dallarının gelişiminin sağlanması,

---

<sup>82</sup> TBMM, 2011b, age., s.733.

4. Spor eğitim sisteminin iyileştirilmesi ve uluslararası müsabakalarda başarılı olacak sporcuların yetiştirilmesi,

5. Sporda ve spor alanlarında şiddet ve etik olmayan davranışların azaltılması.<sup>83</sup>

### 3.4.3. Şiddetin Yaygınlaşma Ortamı Olarak Medya ve Şiddet

Kitle iletişim araçlarının toplumda şiddetin artışında merkezi bir etkisi olduğu görüşü, yirminci yüzyılın başından itibaren sürekli tartışıla gelmiştir. Özellikle şiddet olaylarına medyada sıklıkla yer verilmesinin kişi ve toplum açısından pek çok olumsuz sonuçları olduğunu sergileyen sayısız araştırma yapılmıştır. Söz konusu araştırmalar genel olarak medyada şiddetin saldırganlığa karşı hoşgörüyü artırdığına, şiddetin sorunları çözmeye bir araç gibi algılanmasını güçlendirdiğine, şiddeti medyada izlemenin, okumanın saldırgan davranışlar üzerinde nedensel bir yardımcı faktör olduğuna dikkat çekilmektedir.

Medyada yer alan şiddetin bireyler üzerinde oluşturduğu etkiye ilişkin detaylı çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalarda şiddetin etkileri; psikolojik etkiler ve sosyokültürel etkiler olarak iki temel grupta sınıflandırılmıştır.

**Psikolojik Etkiler:** Medyaya karşı farklı yaklaşım ve davranışlar, grupların değer hükümleriyle ilgilidir. Bazı psikologlar televizyon ve filmlerin insanların davranışını gerçekte ne oranda etkilediği konusunu sorgulasalar da, çalışmaların çoğunluğu şiddet izlemenin özellikle çocuklarda bireylerarası saldırganlığı artırdığı sonucuna işaret etmektedir. Şiddet içerikli yayınları izlemek, şu şekilde saldırgan davranışlara yol açmaktadır.

1. Saldırgan davranma yöntemlerini göstermek: Özellikle çocuklarda ve gençlerde medyada yer alan şiddet içeriğine maruz kalma sonucu, saldırganlık ve anti sosyal davranışların öğrenilmesi söz konusudur. Ayrıca, yetişkin suçlularca da televizyonda gösterilen bazı şiddet yöntemlerinin benimsenerek suç işleme konusunda kullanıldığı çeşitli araştırmalarda ortaya konulmuştur. Türkmen'e göre medyada şiddetin sunumu, özellikle de haberlerde şiddetin sunumu çok sorunludur.

---

<sup>83</sup> TBMM, 2011b, age., s.733.

Cinayet, intihar gibi haberlerin sunumunda olayın yöntemi ve detaylarının tekrar tekrar verilmesi medyanın bu tür olaylara bir “haber” olarak değil görsel bir malzeme olarak yaklaştığını göstermektedir. Medyanın ülkemizdeki şiddet gösterimine dair sorunlu yaklaşımını özellikle 11 Eylül’de ABD’de yaşanan terör olaylarında ABD medyasının tavrı ile açıklamak mümkündür. ABD medyası tarafından 11 Eylül terör eylemleri, ölen binlerce insana rağmen, ekranlarda hiç ceset gösterilmeden, olaylar dramatize edilmeden haberleştirilmiştir.<sup>84</sup>

2. Genel uyarılmışlık halini artırmak: Çocuklar, şiddet öğelerini içeren programları izlediklerinde, şiddet öğelerini içermeyen programları izledikleri zamanlara oranla, duygusal olarak çok daha fazla uyarılmış olurlar. Bu durum bir engellenme hali ile karşılaşılmasıyla saldırgan davranışa dönüşebilmektedir.

3. Bireyleri şiddete karşı duyarsızlaştırmak: Çocuklar ve gençler şiddet izlediklerinde duygusal olarak uyarılırlar ancak, şiddete sürekli olarak maruz kalınması fizyolojik tepkileri azaltır. Uzun süreli olarak şiddet içerikli yayınlara maruz kalma, gerek çocuklarda, gerekse yetişkinlerde haberlerdeki gerçek yasama özgü, saldırganlık karşısında duygusal tepki vermeyi azalttığını ortaya koymaktadır. Filmlerde ve televizyon programlarında, radyo, gazete, fotoğraf gibi kitle iletişim araçlarında yer alan şiddet öğelerinin etkileri, şiddetin yeni usullerini öğrenmek, saldırganlık ve şiddete karşı olan engelleyici kontrol mekanizmalarını gevşetmek ve şiddete duyarsızlaşmak gibi etkilere sahiptir.<sup>85</sup>

4. Saldırgan davranış üzerindeki kısıtlamaları azaltmak: Bireyler toplumsal hayatta saldırganlık güdülerini denetler. Birey, kızgınlık durumlarında ve kendisini tahrik eden ya da zarar veren birine zarar vermek istese bile, çok sayıda kısıtlama (bunların arasında suçluluk duygusu, karşılık görme korkusu ve toplum tarafından onaylanmama da yer almaktadır) bunu yapmaktan alıkoymak. Deneyler, saldırganca davranan birisinin gözlenmesinin, izlenmesinin bu kısıtlamaları zayıflattığını göstermektedir. Başkaları saldırgan davrandığında istenmeyen sonuçların ortaya çıkmadığını gözlemlemek bireylerin kendi düşmanlıklarını dışa vurmaya daha yatkın hale gelmesine neden olur.

---

<sup>84</sup> Cemile Türkmen, 2011, İnsan Doğurdu Medya Büyüttü, Umut Vakfı Araştırma Merkezi, 2. Hukukun Gençleri Sempozyumu Sunum Metni, 25-26 Kasım 2011. [http://www.umut.org.tr/UserFiles/CemileTurkmen\\_insan\\_dogurdu\\_medya\\_buyuttu.pdf](http://www.umut.org.tr/UserFiles/CemileTurkmen_insan_dogurdu_medya_buyuttu.pdf), Erişim Tarihi: 05.01.1013.

<sup>85</sup> Erol Göka ve Hakan Türkçapar, Gençlik ve Şiddet, <http://www.erolgoka.com/makale/007.htm>, Erişim Tarihi: 06.12.2012.

5. Çatışma çözülmesi hakkındaki görüşleri çarpıtmak: Televizyon ekranında, bireyler arası çatışmalar başka araçlardan daha çok, fiziksel saldırganlık yoluyla çözüme kavuşturulur. Öldürme etkinliğinin çoğu, kahraman tarafından gerçekleştirilir. Şiddet içeren araçlarla iyilerin, kötülerin karşısında galip geldiğini izlemek, böyle bir davranışı kabul edilebilir kılmakla kalmaz, aynı zamanda ahlaki olarak da haklı çıkarır.

**Sosyokültürel Etkiler:** Günümüzde televizyon, özellikle çocuk ve gençler için özdeşleşme ve sosyalleşme sürecinde daha önemli boyutlar kazanmıştır. Gençler izledikleri filmlerdeki ve dizilerdeki kahramanların davranışlarını bilerek ya da bilmeyerek benimserler. Onun gibi giyinmek, konuşmak, davranmak isterler. Olumlu örnekler, çocuk ve ergenin gelişimine olumlu katkılar sağlamaktadır. Ancak olumsuz örnekler süreci kötü bir biçimde yönlendirmektedir.

Yapılan araştırmalar izleyenlerin, okuyanların, dinleyenlerin şiddet gösteriminden doğrudan ve birebir etkilendiği sonucuna varmasa bile, medyadaki şiddet öykülerinin şiddeti hayatımızın bir parçası haline getirdiğini, toplumsal şiddet kodlarını yeniden ürettiğini ve gündelik hayatımızın “gerilimli” anlarında bu şiddet öykülerinin bireysel davranışlarımıza kılavuzluk ettiğini göstermiştir. Diğer taraftan medya şiddeti yansıtarak alevlendirmekte, tanımlayarak boyutlarını genişletmekte, vurgulayarak abartmakta ve tekrar tekrar yer vererek özendirilmektedir. Yani medya, şiddetin doğrudan nedeni olmasa da, şiddete yönelik davranışların ortadan kalkmaması için bir neden teşkil etmektedir.

#### **3.4.4. Çalışma Yaşamında (İşyerlerinde) Yaşanan Şiddet**

Günümüzde şiddetin gerçekleştiği alanlardan birisi de çalışma yaşamıdır. İşyerlerinde yaşanan şiddet olaylarındaki çarpıcı artış, çalışma yaşamı aktörlerinin ve araştırmacıların konuya olan ilgilerinin yoğunlaşmasına neden olmaktadır. İşyeri ve çalışma koşulları ile yakından ilişkili olan işyeri şiddetinin, küresel ölçekte yaygın bir sorun olduğu kabul edilmektedir. İşyeri şiddeti her sektör ve işyerinde görülen bir sorun olmakla birlikte, yapılan araştırmalar bu sorunun hizmet sektöründe daha sık

ve yoğun olarak yaşandığını göstermektedir. Özellikle kamu hizmetlerinin üretildiği, topluma sunulduğu ve insan ilişkilerinin yoğun olarak yaşandığı alanlarda çalışanların işyeri şiddetine daha fazla maruz kaldıkları belirtilmektedir.<sup>86</sup>

Çalışma yaşamında karşılaşılan şiddet olayları dört başlık altında kategorize edilmektedir.

1. Suça niyet ederek şiddete başvurma
2. Tüketicinin çalışana karşı uyguladığı şiddet
3. Çalışanın çalışana karşı uyguladığı şiddet
4. Kişilerarası ilişki ile ilgili şiddet.

Farklı çalışma alanlarında yukarıda sayılan şiddetin farklı kategorileri görülmektedir. Örneğin sağlık çalışanlarının dört tip şiddet biçimine maruz kalabilme olasılığı varsa da ikinci tür şiddet biçimi en sık karşılaşılan şiddet türü olmaktadır.<sup>87</sup>

İşyeri şiddetinden kasıt, kolay tanımlanabildiği ve gözlenebildiği için fiziksel güç kullanımını içeren fiziksel şiddet olmuştur. Fiziksel şiddet, bir kişiye ya da bir gruba karşı yapılan; fiziksel, cinsel veya psikolojik zararlar sonucunda fiziksel güç kullanımınıdır. Ancak son yıllarda işyeri şiddetinin, fiziksel şiddet kadar psikolojik şiddeti de içerdiği görülmüştür. Çalışma ortamında gerçekleşen her türlü duygusal taciz, korkutma, tehdit, gözdağı, alay, başkalarının önünde küçük düşürücü veya aşağılayıcı söz söyleme gibi çeşitli psikolojik saldırı türlerini içeren pek çok davranış da işyeri şiddetinin kapsamında ele alınmaktadır.<sup>88</sup>

Günümüz dünyasında sıkça karşımıza çıkan “işyerinde şiddet” küresel bir sorun haline gelmiş fakat problemin gerçek boyutu henüz netlik kazanmamıştır. Bunun yanında, işyeri şiddetinin kişi, kurum ve toplum açısından büyük bedelleri olduğu aşikârdır. Günümüzde şiddet vakasıyla hemen hemen her işyerinde karşılaşıyor olmasına rağmen özellikle bazı sektörlerde şiddet olaylarının daha sık

---

<sup>86</sup> Serap Özen Çöl, 2008, İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma, Çalışma ve Toplum, Sayı 19, 2008/4, s. 107-134, <http://www.calimatoplum.org/sayi19/serap.pdf>, Erişim Tarihi:11.01.2013.

<sup>87</sup> The University of Iowa, Workplace violence. A report to the nation (February 2001). <http://www.public-health.uiowa.edu/iprc/NATION.PDF>, Aktaran; Gaziantep-Kilis Tabip Odası, Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu-1, 2008.

<sup>88</sup> Serap Özen Çöl, 2008, age., s. 108.

yaşandığı görülmektedir. Bunun birincil nedeninin “stres” olduğunu belirten uzmanlar, stres altındaki insanlarla iletişim içinde olunan mesleklerde şiddet vakalarının daha sık görüldüğünü tespit etmişlerdir. Bu sektörlerin en başında “sağlık sektörü” gelmektedir. Dünya genelindeki araştırmalara bakıldığında tüm işyeri şiddeti vakalarının neredeyse dörtte birinden fazlasını sağlık sektörü vakaları oluşturmaktadır. Ambulans çalışanları en riskli grup olarak görülürken, hemşirelerin şiddete uğrama olasılığı diğer çalışanlara göre 3 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir.<sup>89</sup>

Bu bölümde genel olarak şiddet olgusu üzerinde durulmuştur. Görüldüğü üzere şiddetin sıklıkla yaşandığı alanlar arasında işyerinde şiddet de yer almaktadır. İşyerinde şiddetin yaşandığı temel alanların/sektörlerin başında ise sağlık alanı gelmektedir. İzleyen bölümde sağlık işyerinde şiddet konusu ayrıca ele alınmaktadır.

---

<sup>89</sup> Di Martino, V., 2002, Workplace violence in the health sector Country Case Studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian Study.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET

#### 4. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET

##### 4.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Kavramı

İşyerinde şiddet, çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olabilecek şekilde fiziksel veya sözel olarak güç kullanımı ya da saldırıya uğramasıdır. İşyerinde şiddet sağlık sektöründe de önemli bir tehlike olarak kabul edilmektedir. İşyerinde şiddetin birçok farklı boyutu ve şekli olabilir. Çalışma ortamında meydana gelen şiddet; fiziksel şiddet, taciz, sindirme veya yıkıcı/tehditkâr davranışa ilişkin herhangi bir eylem veya tehdit olabilir. Çalışanları, hizmet alanları ve yakınlarını, ziyaretçileri etkileyebilir ve kapsayabilir. İşyerinde şiddet, tehdit ve sözlü tacizden fiziksel saldırılara ve hatta cinayet işlemeye kadar varabilir.<sup>90</sup>

Sağlık işyerinde şiddet tüm dünyada küresel bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle son yıllarda giderek artan bir şekilde ilgi odağı haline gelmiş ve bu alanda birçok çalışma yapılmış ve çeşitli politikalar geliştirilmiştir. Bu çalışmaların ortak noktası, sağlık alanının insanların yoğun olarak bir arada olduğu örgütsel ortamlar olması bağlamında, doğası ve yapısı gereği şiddetin sıklıkla yaşandığı ortamlardan birisinin de sağlık işyerleri olduğudur.<sup>91</sup>

Sağlık işyerinde şiddet olgusu farklı çevrelerde ve ortamlarda farklı şekillerde tanımlanabilmektedir.<sup>92</sup> Ancak genel olarak belirtmek gerekirse sağlık işyerinde şiddet; bir veya birden fazla sağlık çalışanı, hasta/hasta yakınları veya üçüncü şahıslar ile diğer sağlık çalışanları arasında cereyan eden ve fiziksel veya ruhsal

---

<sup>90</sup> OSHA. 2013, Workplace Violence, www.osha.gov, Erişim Tarihi: 20.12.2012.

<sup>91</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, Sağlık İşyeri Ortamında Şiddet: Halkın Şiddet Algısı ve Değerlendirmeleri, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara, 2012.

<sup>92</sup> Carry L Cooper, 2002, Introduction In: Carry L Cooper and Naomi Swanson. (Eds), Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art. WHO.

olumsuz sonuç yaratan davranışlar olarak tanımlanabilir.<sup>93</sup> Başka bir tanıma göre ise sağlık işyerinde şiddet, hasta/hasta yakınları ya da diğer herhangi bir birey (diğer sağlık çalışanları veya üçüncü şahıslar gibi) ile sağlık çalışanları arasında vuku bulan ve taraflar açısından risk oluşturan, tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum olarak tanımlanabilir.<sup>94</sup>

#### 4.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Türleri

Doğuştan veya sonradan kazanılan saldırganlık içgüdüğü olarak bilinen şiddet<sup>95</sup>, *fiziksel* ve *fiziksel olmayan (psikolojik) şiddet* olarak iki ana tür olarak ele alınabilir.<sup>96</sup> Her ne kadar işyerinde şiddet denildiğinde genellikle ilk izlenim/algı, kolay tanımlanabildiği ve gözlenebildiği için fiziksel güç kullanımını ve saldırıyı içeren fiziksel şiddete ilişkin oluyorsa da; işyerinde şiddet fiziksel şiddet kadar fiziksel olmayan şiddeti de içermektedir. Fiziksel şiddet, bir kişiye ya da bir gruba karşı yapılan; fiziksel, cinsel veya psikolojik zararlarla sonuçlanan fiziksel güç kullanımınıdır.<sup>97</sup> Başka bir ifade ile fiziksel şiddet; yaralama, dayak, itme, ısırma, ateş etme, yumruk, cinsel saldırı, cinayet, ölümcül saldırı ve aletle saldırı gibi kişinin bedenine yönelen saldırı ve fiilleri içermektedir.<sup>98</sup>

İşyeri ortamında gerçekleşen her türlü duygusal ve cinsel taciz, korkutma, bağırma, küfür, tükürme, hakaret, zorbalık, tehdit, gözdağı, kabadayılık, alay, başkalarının önünde küçük düşürücü veya aşağılayıcı söz söyleme gibi çeşitli psikolojik saldırı türlerini içeren pek çok davranış, işyerinde fiziksel olmayan

---

<sup>93</sup> Ömer Sadullah, 2009, İnsan Kaynakları Yönetiminde Koruma İşlevi (İş Güvenliği ve İş Gören Sağlığı), İçinde: Cavide Uyargil ve diğerleri, İnsan Kaynakları Yönetimi, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, Bölüm 9, s. 447-490.

<sup>94</sup> JC Saines, 1999, Violence and Aggression in A&E: Recommendations for Action, Accident and Emergency Nursing, 7: 8-12; Ünal Ayrancı ve diğerleri, 2002, Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, Sayı 3, s. 147-154; Metin Aydın, 2008, Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı, Türk Tabipler Birliği Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı, Isparta.

<sup>95</sup> Özlem Aslan ve diğerleri, Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları, Gülhane Tıp Dergisi, 2005, Sayı 47(1), s. 18-23.

<sup>96</sup> Carry L Cooper, 2002, age.

<sup>97</sup> Duncan Chappell and Vittorio Di Martino, 2006, Violence at Work, ILO, Geneva; Serap Özen Çöl, 2008, İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Çalışma ve Toplum, 4: 107-134.

<sup>98</sup> Carry L Cooper, 2002; Özlem Aslan ve diğerleri, 2005, Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları, Gülhane Tıp Dergisi, 47(1): 18-23; Metin Aydın, 2008, age.



(psikolojik) şiddet kapsamında yer alan başlıca fiillerdir.<sup>99</sup> Ölçülmesindeki, tanımlanmasındaki ve algılanmasındaki zorluk nedeniyle ön plana çıkamayan psikolojik şiddetin fiziksel şiddetten daha fazla yaşandığı belirtilmektedir.<sup>100</sup>

Eğer bu psikolojik şiddet veya taciz bir işyerinde sistematik bir biçimde belirli bir kişiye veya kişilere belirli bir süre yöneltirse bunun adına da literatürde mobbing denilmektedir. Bir işyerinde genelde üstler tarafından olmak üzere, meslektaşlar ve astlar tarafından hedef seçilen bir çalışana veya çalışanlara karşı belirli bir süre tekrarlanan eylemler mobbing eylemleri olarak değerlendirilmektedir.<sup>101</sup>

WISKOW, saldırgan ve saldırganın, etkilenen işyeri ortamı veya çalışan ile ilişkilerine göre şiddeti üç farklı türe ayırmaktadır:<sup>102</sup>

*İçsel şiddet:* Bu şiddet türünde saldırgan işyerinde bizzat çalışan kimsedir. (hastane yöneticisi, hekim, hemşire gibi)

*Hizmet alandan kaynaklanan şiddet:* Bu şiddet türünde saldırgan işyeri tarafından verilen hizmetin alıcısı konumundadır. (hasta ve/veya hasta yakınları gibi)

*Dışsal şiddet:* Bu şiddet türünde saldırganın işyeri ile hiçbir bağı bulunmamaktadır. Ana hedefi hırsızlık veya diğer suçları işlemektir.

Sağlık işyerlerinde şiddetin taraflarının kim olduğuna göre temelde yedi farklı biçimde meydana geldiği belirtilebilir. Başka bir ifade ile sağlık işyerinde meydana gelen şiddetin taraflarının kim olduğu konusunda en az yedili bir tasnif yapılabilir. Bunlar;<sup>103</sup>

- 1) Sağlık çalışanları - sağlık çalışanları,
- 2) Sağlık çalışanları - hasta/hasta yakınları,
- 3) Sağlık çalışanları - üçüncü şahıslar,

---

<sup>99</sup> Özlem Aslan ve diğerleri, 2005, age.; Metin Aydın, 2008, age.; Duncan Chappell and Vittorio Di Martino, 2006, age., Serap Özen Çöl, 2008, age.

<sup>100</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, 2012, age.

<sup>101</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>102</sup> Christiane Wiskow, 2003, age.

<sup>103</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, 2012, age.

- 4) Sağlık çalışanları - hasta/hasta yakınları - üçüncü şahıslar,
- 5) Hasta/hasta yakınları - hasta/hasta yakınları,
- 6) Üçüncü şahıslar – üçüncü şahıslar
- 7) Hasta/hasta yakınları - üçüncü şahıslar.

Bu yedi farklı tasnif bağlamında değerlendirildiğinde, birinci maddedeki sağlık çalışanı ile diğer bir sağlık çalışanı arasında meydana gelen şiddet eğer amaçlı, sistematik ve belirli bir süre uygulanıyorsa, mobbing (yıldırma/işyerinde psikolojik şiddet/taciz) kapsamında değerlendirilmektedir. İkinci, üçüncü ve dördüncü maddedeki şiddet olayları genellikle sağlık çalışanlarına yönelik şiddet bağlamında değerlendirilmektedir.<sup>104</sup> Beşinci, altıncı ve yedinci madde kapsamındaki şiddet olayları ise sağlık işyerinde üçüncü grup şiddet olayları olarak ele alınabilir.

Burada kavramsal bir tartışmayı da yapmakta fayda görülmektedir. Literatüre bakıldığında “sağlık çalışanlarına yönelik şiddet”, “sağlıkta şiddet”, “sağlık işyerinde şiddet”, “sağlık ortamında şiddet”, “sağlık işyeri ortamında şiddet”, “sağlık sektöründe şiddet”, “sağlık hizmetlerinde şiddet” gibi kavramların kullanıldığı görülmektedir. Ancak “sağlık çalışanlarına yönelik şiddet” kavramının kullanılmasının birkaç açıdan yetersiz kalabileceği değerlendirilmektedir. Bunlardan birincisi, yukarıda şiddetin taraflarına göre yapılan tasnifte yer alan şiddet formlarından son üçü sağlık işyeri ortamında gerçekleşmesine rağmen, “sağlık çalışanlarına yönelik şiddet” kavramı kullanıldığında dışarıda kalmaktadır. İkincisi, “sağlık çalışanlarına yönelik şiddet” denildiğinde şiddeti başlatan tarafın sağlık çalışanı olamayacağı peşin kabulü anlamına gelir. Bu ise iki nedenden dolayı eksik bir yaklaşım olabilir. Birincisi şiddet karşılıklıdır, tek taraflı değildir. İkincisi ise pekâlâ, çok sınırlı da olsa bazı şiddet vakalarında, özellikle de psikolojik şiddette, şiddetin başlatıcısı, tetikleyicisi ya da bizzat uygulayıcısı sağlık çalışanı olabilir. Ayrıca “sağlık çalışanları” sağlık sektöründe çalışan tüm kesimleri karşılayan bir ifade de değildir. Sağlık sektöründe sağlık çalışanları dışında çalışan kesimler de vardır. Bu gerekçelerden hareketle kapsayıcı bir yaklaşım açısından “sağlık işyerinde şiddet”, “sağlıkta şiddet” veya “sağlık sektöründe çalışanlara yönelik şiddet” kavramlarından birisinin kullanılmasının daha doğru olacağı değerlendirilmektedir.

---

<sup>104</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, 2012, age.

### 4.3. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Boyutu

Son yıllarda, sağlık işyerinde şiddetin yaygın bir sorun haline geldiği belirtilmektedir. Ancak sağlık işyerinde şiddet probleminin gerçek boyutunun bilinmediği ve eldeki bilgi ve verinin ise buzdağının sadece görünen kısmını teşkil ettiği ifade edilmektedir.<sup>105</sup> İşyeri şiddeti her sektör ve işyerinde görülen bir sorun olmakla birlikte, yapılan araştırmalar bu sorunun hizmet sektöründe daha sık ve yoğun olarak yaşandığını göstermektedir. Özellikle kamu hizmetlerinin üretildiği, topluma sunulduğu ve insan ilişkilerinin yoğun olarak yaşandığı alanlarda çalışanların işyeri şiddetine daha fazla maruz kaldıkları saptanmıştır.<sup>106</sup>

Nitekim literatürde sağlık işyerinin, şiddetin en çok yaşandığı işyerleri arasında yer aldığı<sup>107</sup>, sağlık işyerindeki şiddetin, diğer sektörlerdeki şiddetten doğası gereği farklılıklar gösterdiği<sup>108</sup> belirtilmektedir. ELLIOT<sup>109</sup>, yaptığı bir çalışmada sağlık işyerlerinde çalışmanın diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğunu tespit etmiştir. Finlandiya'da 1988 yılında ulusal ölçekte örnekleme giren 13.762 kişinin verisi kullanılarak yapılan bir araştırmada; psikiyatri hemşirelerinin, hapisane gardiyanları ve polislerin ardından en çok şiddete maruz kalan üçüncü meslek grubunu oluşturduğu saptanmıştır.<sup>110</sup>

Yapılan araştırmalar gösteriyor ki, sağlıkta şiddet, sağlık sektöründe çalışan her türlü personeli ve her iki cinsiyeti de tehdit eden bir problemdir. En çok bildirilen şiddet olaylarının hemşirelere, doktorlara ve ambulans personeline yönelik olduğu görülmüştür. Tüm sağlık kurumlarında şiddet vakalarının görülme riski söz konusudur, ancak kenar mahallelerdeki sağlık merkezleri, suç oranlarının yüksek olduğu bölgelerdeki sağlık merkezleri ve daha izole kalmış bölgelerdeki sağlık merkezlerinde şiddet vakalarının görülme olasılığının daha fazla olduğu

---

<sup>105</sup> Carry L Cooper, 2002, age.

<sup>106</sup> Serap Özen Çöl, 2007, İşyerinde Psikolojik Şiddet ve Nedenleri. İŞ Güç: Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 9(3); Serap Özen Çöl, 2008, age.

<sup>107</sup> Carry L Cooper, (2002), age.; Ünal Ayrancı ve diğerleri, 2002, age.

<sup>108</sup> Feldmann TB, Holt J and Hellard S, Violence in medical facilities: a review of 40 incidents, The Journal of Kentuck Medical Association, 1997, 95(5): 183-189; Ünal Ayrancı ve diğerleri, 2002, age.

<sup>109</sup> Elliot PP., 1997, Violence in Health Care. What Nurse Managers Need to Know, Nursing Management, 28: 38- 41.

<sup>110</sup> Simo Salminen, Violence in the Workplaces in Finland, Journal of Safety Research, 1997, 3: 123-131.

belirlenmiştir. Bunun yanında yapılan araştırmalarda fiziksel şiddet uygulayanların genellikle hasta ve hasta yakınları olduğu belirlenmiştir. Psikolojik şiddeti ise daha çok işyeri çalışanlarının birbirlerine uyguladığı ve bu şiddet türünün fiziksel şiddetten daha yaygın olduğu sonucuna varılmıştır. Az gelişmekte ya da gelişmekte olan ülkelerde şiddet şekli genellikle taciz, rahatsız etme, kabadayılık ve zorbalık şeklinde olmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri İşgücü İstatistikleri Bürosu (The Bureau of Labor Statistics), 1996 ile 2000 yılları arasında sağlık hizmetlerinde altmış dokuz cinayet vakası rapor etmiştir. Ancak sağlık işyerindeki şiddetin çoğunluğu ölümcül olmayan saldırılardan oluşmaktadır. ABD İşgücü İstatistikleri Bürosu verisi, 2000 yılındaki mesleki saldırıların %48'inin sağlık ve sosyal hizmet işyerlerinde meydana geldiğini göstermektedir. Hemşireler, bakıcılar, yardımcıları ve diğer görevlilerin ölümcül olmayan şiddete en fazla maruz kaldığı tespit edilmiştir. 2000 yılında sağlık çalışanlarının şiddet ve saldırı neticesinde yaralanma oranı 10.000'de 9,3 olarak rapor edilmiştir.<sup>111</sup> Yine ABD İşgücü İstatistikleri Bürosunun verileri, 2003'ten 2007'ye kadarki tüm ölümcül olmayan saldırıların ve şiddet eylemlerinin yaklaşık %60'ının sağlık hizmetleri ve sosyal yardım alanında meydana geldiğini ortaya koymaktadır. Aynı yıllar arasında sağlık tesislerinde meydana gelen cinayet sayısı 73 olmuş, bu cinayetlerin 20'si hastanelerde meydana gelmiştir.<sup>112</sup>

ABD Hastane Güvenlik Araştırması 2011'e göre son bir yılda hastanelerin %23'ü saldırılarda artış, %10'u ise azalma bildirmiş %34'ü ise hasta ve yakınlarının acil servis çalışanlarına karşı saldırılarında bir artış olduğunu, %29'u ise diğer çalışanlara karşı hasta ve yakınların saldırısında bir artış olduğunu belirtmiştir. Başka bir araştırmada ise son bir hafta içinde acil servislerde, yoğun bakım ünitelerinde ve psikiyatrik birimlerde çalışan 10 hemşireden 1 tanesinin saldırıya uğradığı tespit edilmiştir. Saldıran kesimler arasında; işsizler, sigortasızlar, madde kullananlar ve psikolojik olarak rahatsız olanlar ön plana çıkmaktadır.<sup>113</sup>

---

<sup>111</sup> OSHA, 2004, Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration, OSHA 3148-01R, 2004.

<sup>112</sup> Harris Meyer. Hospitals Taking Steps to Quell Acts of Violence Against Staff. InBox. H&HN Hospitals & Health Networks. November, 2011.

<sup>113</sup> Harris Meyer. Hospitals Taking Steps to Quell Acts of Violence Against Staff. InBox. H&HN Hospitals & Health Networks. November, 2011.

Amerika Birleşik Devletleri Adalet Bakanlığının (The Department of Justice) Ulusal Suç Mağduriyet Araştırması 1993-1999, mesleklere göre ölümcül olmayan ortalama yıllık oranları yayımlamıştır. Buna göre tüm meslekler için yıllık ölümcül olmayan şiddet suçu oranı 1.000 çalışan başına 12,6 olmuştur. Bu oran hekimler için 16,2; hemşireler için 21,9; ruh sağlığı alanında çalışanlar için 69 olmuştur.<sup>114</sup>

ABD İşgücü İstatistikleri Bürosu verisi 2010 yılında 11.370 sağlık ve sosyal hizmet çalışanının saldırıya uğradığını rapor etmiştir. Bu saldırıların yaklaşık %19'u (yani 2.130) hemşirelik ve yataklı bakım tesislerinde meydana gelmiştir.<sup>115</sup> ABD İşgücü İstatistikleri Bürosu hesaplamalarına göre 1999 yılında sağlık çalışanlarına 2.637 ölümcül olmayan saldırı olmuştur. Bu 10.000 sağlık çalışanına 8,3 saldırı anlamına gelmektedir. Bu oran tüm özel sektördeki saldırı oranı ortalamasından yaklaşık dört kat daha fazladır. Özel sektörde bu saldırı oranı 10.000 çalışanda 2 olmuştur.<sup>116</sup>

Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen Mesleki Yaralanmalar ve Hastalıklar Araştırması 2007'ye göre; tüm ölümcül olmayan saldırıların yaklaşık %60'ı sağlık ve sosyal hizmet endüstrisinde görülmüştür. Bunların yaklaşık üçte biri ise sağlık işyerlerinde meydana gelmiştir.<sup>117</sup>

İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri Danışma Kurulu (NHS Executive, *bu kurulun görevi Nisan 2012'de sona ermiştir*) tarafından NHS tröstlerinde 1998-1999 yıllarında gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, her ay ortalama 1.000 sağlık çalışanı başına 7 şiddet olayı rapor edilmiştir. Bu her yıl yaklaşık 65.000 şiddet olayı anlamına gelmektedir.<sup>118</sup>

---

<sup>114</sup> OSHA, 2004, age.

<sup>115</sup> OSHA, 2013, Workplace Violence, OSHA.

<sup>116</sup> NIOSH, 2012.

<sup>117</sup> Jill A Janocha and Ryan T Smith, 2010, Workplace Safety and Health in the Health Care and Social Assistance Industry, 2003-07, Bureau of Labor Statistics, BLS.

<sup>118</sup> Department of Health, 1999, HSC 1999/226: Campaign to Stop Violence against Staff Working in the NHS: NHS Zero Tolerance Zone, Department of Health, London.

Diğer taraftan, sağlık çalışanlarının kendi içerisinde bir inceleme yapıldığında; acil servis ve ambulans çalışanlarının sağlık çalışanları arasında en fazla şiddete uğrayan meslek mensupları olduğu dikkati çekmektedir.<sup>119</sup> ABD Acil Hemşireler Derneğine (Emergency Nurses Association/ENA)<sup>120</sup> göre, Amerika Birleşik Devletleri'nde acil servis hemşirelerinin %50'si fiziksel şiddete, %70'i ise sözel şiddete maruz kalmaktadır. ABD Acil Hemşireler Derneğinin ABD'de ulusal düzeyde Mayıs 2009 ile Şubat 2010 tarihleri arasında acilde çalışan hemşireler üzerinde yaptığı araştırmada; fiziksel şiddetin %97,1'i hasta ve yakınlarınca, %80,6'si hasta odalarında, %38,2'si hasta triajı sırasında gerçekleşmiştir. Aynı araştırmada kadın hemşirelerin (%15) erkek hemşirelere (%10,3) nazaran daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir.<sup>121</sup> 2001 yılı verilerine göre, hemşirelik mesleğinde çalışanların şiddete maruz kalma oranı 1.000 kişide 21,9 iken, bu oran tüm mesleklerin ortalaması için 1000'de 12,6 olmuştur.<sup>122</sup> Uluslararası düzeyde ise hemşirelerin %72'si işyerinde kendisini güvende hissetmemektedir.<sup>123</sup>

Tablo 12'de görüleceği üzere; ülke karşılaştırmalarının yer aldığı bir araştırmada şiddete en fazla maruz kalan sağlık çalışanlarının Bulgaristan'da olduğu ortaya çıkmıştır. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) yaptığı ankete göre Bulgaristan'da sağlık personelinin %75,8'i, Avustralya'da %67,2'si, Güney Afrika'da %61'i, Portekiz'de %60'ı, Tayland'da %54'ü, Brezilya'da %46,7'si bir yıl içerisinde en az bir kere fiziksel ya da psikolojik şiddete maruz kalmıştır.<sup>124</sup>

---

<sup>119</sup> CM Fernandes et al, 1999, Violence in the Emergency Department: A Survey of Health Care Workers. *CMAJ*, 16: 161-170.

<sup>120</sup> ENA, 2007. Age.

<sup>121</sup> ENA. Emergency Department Violence Surveillance Study. Emergency Nurses Association Institute for Emergency Nursing Research. August 2010.

<sup>122</sup> Bureau Labor Statistics, 2001, age.

<sup>123</sup> ICN, 1999, age.

<sup>124</sup> Vittorio di Martino, Workplace Violence in the Health Sector: Country Case Studies-Brazil, Bulgaria, Portugal, Lebanon, South Africa, Thailand and Additional Australian Study. 2002 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf), Erişim Tarihi: 10.12.2012.

**Tablo 12. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Oranları (Dünya Örnekleri)**

Ülke	Çalışma Grubu	Sayı	Şiddete Maruz Kalma	
			Sayı	%
Avustralya	Tüm Sağlık Çalışanları	400	269	67.2
Brezilya	Tüm Sağlık Çalışanları	1569	733	46.7
Bulgaristan	Tüm Sağlık Çalışanları	508	385	75.8
Güney Afrika	Tüm Sağlık Çalışanları	1014	619	61
Portekiz	Tüm Sağlık Çalışanları	348	209	60
Tayland	Tüm Sağlık Çalışanları	1090	589	54

Kaynak: Vittorio di Martino, 2002, age.

Ülke anketlerine bakıldığında işyeri şiddeti güçlü bir toplumsal problem/olgu olarak karşımıza çıkmaktadır.<sup>125</sup> Örneğin, Bulgaristan'da şiddet oldukça yaygındır. Tüm sosyal tabaka, meslekler ve etnik gruplarda görülmektedir. Şiddetin psikolojik altyapısı insanların güçler hiyerarşisine bağlılığında bulunmaktadır.<sup>126</sup>

Güney Afrika'da da işyeri şiddeti oranları oldukça yüksektir ve şiddet ülkedeki sosyoekonomik gerçeklerin kökeninde yatan büyük problemlerin sonucu olarak görülmektedir. Güney Afrika'nın sağlık sistemindeki aksaklıklar, sağlık sisteminin yönetimindeki eksiklikler, etik idareye bağlılığın olmaması, sağlıkta şiddet oranını arttırmaktadır. Ayrıca, sağlık çalışanlarının psikososyal gelişimi üzerindeki toplumsal şiddetin etkisi yadsınamaz derecededir.<sup>127</sup>

Brezilya'da dengesiz küreselleşme sürecinin getirdiği toplumsal eşitsizlikler yaşanmaktadır. Bunun sonucu sağlık sektörüne negatif olarak yansımaktadır. Yoksulluk sonucu artan hastalıklar için hastanelere başvuranların sayısındaki artış doktorları stresli bir ortamda çalışmaya zorlamaktadır. Toplumsal sorunların ilaç ile çözülemeyeceğini bilmek de ayrıca doktorlar üzerinde stresli bir durum yaratmaktadır.<sup>128</sup>

<sup>125</sup> Vittorio di Martino, 2002, age.

<sup>126</sup> Vittorio di Martino, 2002, age.

<sup>127</sup> Vittorio di Martino, 2002, age.

<sup>128</sup> Vittorio di Martino, 2002, age.

Ülke araştırmalarına baktığımızda suç işleyenlerin büyük oranda hastalar olduğu görölmektedir. Bunun yanında araştırmalar fiziksel şiddet uygulayanların genellikle hastalar, psikolojik şiddet uygulayanların ise genellikle çalışanlar olduğunu göstermektedir.<sup>129</sup>

Bulgaristan'da doktora karşı fiziksel şiddet uygulayan hastaların oranı %65,8'dir. Psikolojik şiddet ise çalışan- patron çekişmesi sonucunda patronun ya da çalışanın sorumlu olduğu sözlü saldırı (%55), zorbalık (%51) veya duygusal taciz olarak görölmektedir.

Güney Afrika'da fiziksel şiddet uygulama oranı %45, Tayland'da %72'dir. Lübnan'da hastalar (%62,9) ve hasta yakınları (%25,9) fiziksel şiddet kullanarak suç işleyenler olarak kayıtlara geçmiştir. Kabadayılık, sözlü taciz, cinsel ve ırksal taciz olaylarının ise genellikle çalışanlar tarafından yapıldığı tespit edilmiştir.<sup>130</sup>

Portekiz, Avusturalya ve Brezilya'da hastaların hem fiziksel hem de psikolojik şiddet uygulayanlar olduğu görölmüştür. Avusturalya'da saldırıyı yapan hastaların genellikle bunaklık (%30), alkol veya uyuşturucu alışkanlığı (%16,2), akıl hastalığı (%12,5) bulunduğu görölmüştür. Brezilya'da hasta ve yakınları %56,3 oranında suç işlerken, çalışan personel %29,1 oranında suç işlemektedir. Sözlü saldırıyı yapanların genellikle hasta ve yakınları olduğu bildirilmiştir (%60,4).<sup>131</sup>

Kimin mağdur olduğuna gelince, genellikle kadınların daha fazla risk altında oldukları görölmektedir. Bunun en büyük nedeni de sağlık sektöründe çalışan kadınların oranının fazla olmasıdır. Avusturalya, Brezilya, Güney Afrika, Bulgaristan ve Tayland'da da bu durum böyle olmakla birlikte, özellikle Portekiz'de kadınların mağdur olma oranları oldukça yüksektir.<sup>132</sup>

---

<sup>129</sup> Vittorio di Martino, 2002, age.

<sup>130</sup> Vittorio di Martino, 2002, age.

<sup>131</sup> Vittorio di Martino, 2002, age.

<sup>132</sup> Vittorio di Martino, 2002, age.



Bunun yanında fiziksel ve psikolojik şiddetin, yoksulluk, işsizlik ve yüksek suç oranları gibi sosyoekonomik koşullar ile yakından ilgili olduğu görülmektedir<sup>133</sup>.

Bulgaristan'da yapılan araştırmalarda sağlık işyerinde şiddete neden olan faktörler şu şekilde tespit edilmiştir:<sup>134</sup>

1. Ülkedeki sosyal ve ekonomik durum,
2. Sağlık reformu,
3. Stres ve sosyal gerilim,
4. Hastanın kişilik yapısı,
5. Özel grupta olan hastalar (akıl hastaları vs),
6. Sağlık kurumundaki yönetim şekli,
7. Güvenlik ve yeterli kontrol olmaması,
8. Prosedürlerin yokluğu.

Bu faktörler arasında yer alan hastanın kişilik yapısı %36,7 ile fiziksel şiddetin ve %31,7 ile psikolojik şiddetin nedenidir. Ülkedeki sosyal ve ekonomik durum ise fiziksel şiddette %18,8 ve psikolojik şiddette ise % 26, 2 ile etkilidir.<sup>135</sup>

Güney Afrika'da sağlık işyerinde şiddete sebep olan faktörler aşağıdaki şekilde sıralanmıştır:<sup>136</sup>

1. Güvenlik sorunu,
2. Suç,
3. Hasta/hasta yakını/çalışan problemi,
4. Ekonomik problemler,
5. Ülkenin genel durumu,
6. Hukuki yetersizlik,
7. Personelle ilişkili sorunlar,
8. Irksal ve politik sorunlar,
9. Duygusal şiddet,
10. Değişim ve yenilenme,

---

<sup>133</sup> Vittorio di Martino, 2002, age.

<sup>134</sup> Vittorio di Martino, 2002, age.

<sup>135</sup> Vittorio di Martino, 2002, age.

<sup>136</sup> Vittorio di Martino, 2002, age.

11. Politikaların olmaması,
12. Stres,
13. Yeterli yatak bulunmaması,
14. AIDS hastalığı.

Bulgaristan'da ülkenin içinde bulunduğu reform sürecinden dolayı hem sağlık personelleri hem de hastalar stres altındadır. Bu yüzden her 9 kişiden biri fiziksel şiddete ve her 5 kişiden biri de psikolojik şiddete maruz kalmaktadır.<sup>137</sup>

Tayland'da hastaneler çalışma sistemlerini yenilemekte oldukları için büyük bir kısım sağlık personeli değişim ve yoğun iş yükü yaşamakta ve bu da strese sebep olmaktadır. Yoğun stres de beraberinde şiddeti getirmektedir.<sup>138</sup>

Yukarıda atıf yapılan uluslararası çalışmalar, sağlık işyerinde şiddete dair global ölçekte bir fikir verebilse de, sağlık işyerinde şiddetin gerçek boyutunu ortaya koymak oldukça zordur. Çünkü;

- Sağlık işyerinde yaşanan şiddet olaylarının yeterli ve sağlıklı bir şekilde rapor edildiğini veya bildirildiğini belirtmek mümkün değildir. Örneğin yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %40'ının şiddet olaylarının özel sorun olduğunu öne sürerek bildirmekten kaçındıkları tespit edilmiştir.<sup>139</sup> Çünkü sadece yaralanma gibi ciddi olaylar şiddet olarak algılanmakta ve diğerleri önemsenmemektedir.<sup>140</sup>

Ayrıca;

- Farklı kurum ve kuruluşlarca benimsenen farklı işyeri şiddeti tanımları vardır.
- Farklı şiddet türleri için farklı veri toplama sistemleri vardır.<sup>141</sup>
- Gerek ulusal gerekse de uluslararası düzeyde kapsamlı çalışmalar yok denecek kadar azdır.

---

<sup>137</sup> Vittorio di Martino, 2002, age.

<sup>138</sup> Vittorio di Martino, 2002, age.

<sup>139</sup> Ronet Bechman, 1994, Violence and Theft in the Workplace, Crime Victimization Survey. NCJ-148194, Washington, DC, U.S. Department of Justice.

<sup>140</sup> Stephen Barrett, 1997, Protecting Against Workplace. Public Management, 79: 9-12; Gates DM. 1995, Workplace Violence, AAOHN Journal, 43: 536-543; Leon J Warshaw, 1996, Workplace Violence: Preventive and Interventive Strategies, JOEM, 38: 993-1005.

<sup>141</sup> Leon J Warshaw and Jacqueline Messite, 1996, age; Carry L Cooper and Naomi Swanson, 2002, Executive Summary. In: Carry L Cooper and Naomi Swanson, (eds), Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art.

#### 4.4. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Sağlık işyerinde şiddetin nedenlerini ortaya koymadan önce bir hususu belirtmekte fayda vardır. Sağlık işyerinde şiddetin sebeplerini/nedenlerini anlamak üç faktörden dolayı oldukça zordur: Birincisi, karmaşık örgütsel yapılar içinde istihdam edilen sağlık çalışanları, çok farklı görevleri ve sorumlulukları yerine getirerek çalışırlar. İkincisi, sağlık işyerindeki şiddet çoklu kaynaklardan (hasta/hasta yakınları, diğer çalışanlar ve dış saldırganlar) gelebilmektedir. Üçüncüsü, sağlık işyerinde şiddet çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Bu biçimlerin kimi kasıtlı (örneğin hırsızlık ilişkili saldırı), kimi kasıtsız (örneğin bilişsel bozukluğu olan bir hastaya bakım esnasında), kimi fiziksel (örneğin itme, ateş etme, ısırma) ya da sözel veya duygusal (örneğin küfretmek gibi) olabilmektedir.<sup>142</sup>

Sağlık işyerinde şiddetin nedenlerini CURBOW;<sup>143</sup>

- Taraflar arasındaki etkileşim,
- Örgütsel faktörler,
- Çevresel faktörler,
- Toplumsal faktörler,

olmak üzere dört ana grupta ele alarak incelemektedir (bakınız Şekil 17). Başka bir ifadeyle sağlık işyerinde şiddet; taraflar arasındaki etkileşimin, örgütsel faktörlerin, çevresel faktörlerin ve toplumsal değişkenlerin karmaşık etkileşiminin bir sonucudur.<sup>144</sup>

Sağlıkta şiddetin sebeplerinin kurumsal, toplumsal ve kişisel olmak üzere bu üç farklı düzeyden kaynaklandığı düşünülmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün anketine katılanların verdiği cevaplara göre şiddetin görülme sebeplerinin başında ülkenin sosyal ve ekonomik durumu ile işyerinin organizasyon ve çalışma şartlarının durumu gelmektedir. Kişisel, toplumsal ve kurumsal sebeplerin üçünün de aynı derecede önem arz ettiği fakat kurumsal sebeplerin kilit rol oynadığı görülmektedir.<sup>145</sup>

---

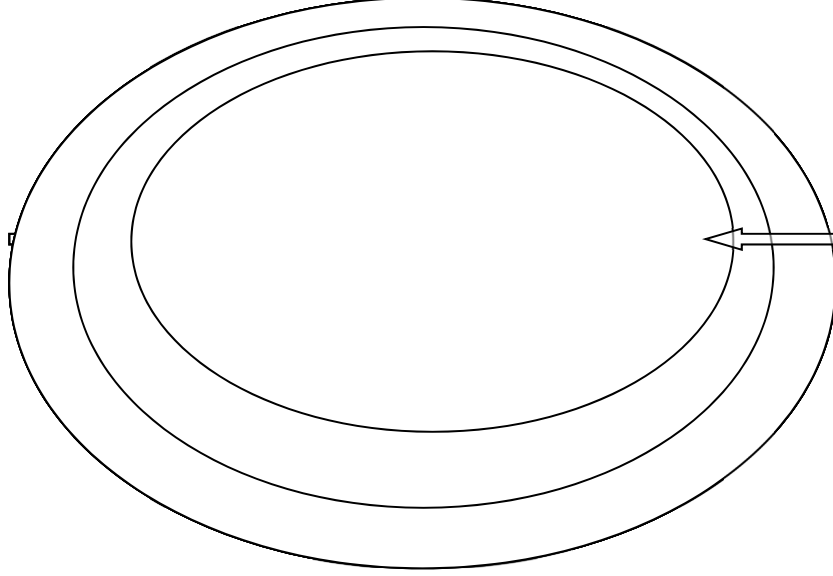
<sup>142</sup> Barbara Curbow, 2002. Origins of Violence at Work. In: Carry L Cooper and Naomi Swanson, (eds). Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art, WHO.

<sup>143</sup> Barbara Curbow, 2002, age.

<sup>144</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, 2012, age

<sup>145</sup> ILO. ILO Fact Sheet Workplace Violence in Health Services. 2003, ILO.

**Şekil 17. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenlerine/Kaynağına Yönelik Kavramsal Bir Model<sup>146</sup>**



#### **4.4.1. Tarafların Özellikleri, Taraflar Arasındaki Etkileşim ve İletişim**

Hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları karmaşık ilişkiler yumağı içeren bir etkileşim süreci içerisindeyler. Bu etkileşimi sağlıklı bir zeminde sürdürmek ve karşılıklı anlayış sağlayabilmek için insanların bilgi alışverişinde bulunmaları, bir başka deyişle duygu, düşünce ve bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılmasını ifade eden iletişim sürecini gerçekleştirmeleri gerekmektedir.<sup>147</sup> Ancak, sağlık çalışanları ile hasta/hasta yakınları arasında genellikle açık ve etkili bir iletişimin gerçekleşmediği ve bazı iletişimsel sorunların yaşandığı bilinmektedir.<sup>148</sup> Bu iletişimsel sorunların dört temel nedenine aşağıda yer verilmektedir:

- Ortamsal özellikler (fiziksel ortam ve gürültü gibi);

---

<sup>146</sup> Barbara Curbow, 2002, age.

<sup>147</sup> Doğan Cüceloğlu 2000, İnsan İnsana, Remzi Kitabevi, İstanbul.

<sup>148</sup> Mustafa Yağbasan ve Fatih Çakar, 2006, Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15: 609-629.

- Tarafların bireysel özellikleri (sicilinde şiddet davranışı olan, ruhsal rahatsızlık öyküsü olan, alkol veya uyuşturucu kullanma öyküsü olan hasta/hasta yakınları ve/veya sağlık çalışanları, toplumsal cinsiyet, buyurgan tutum, iletişim becerisindeki yetersizlikler, sabırsızlık, empati becerisinden yoksunluk, aktif dinlemeyi uygulayamama gibi);
- Hasta ve hastalık psikolojisi (maruz kalınan hastalık, sakatlanma veya ölüm olayı ya da tehdidi nedeniyle hasta/hasta yakınları genellikle kederli, isyankâr, gergin, paniklemiş, endişeli, ağırlı ve bitkin haldedirler);
- Sağlık çalışanlarının kullandığı tıbbi terminoloji ve dil.<sup>149</sup>

#### 4.4.2. Örgütsel/Kurumsal Faktörler

Fiziksel çevre ve altyapı, insan kaynakları ve işyeri kültürü ve iklimi gibi faktörler şiddeti belirleyen örgütsel faktörler arasında yer almaktadır.<sup>150</sup> Sağlık kurumlarında altyapı ve donanım eksiklikleri, personel yetersizliği veya kötü yönetimden kaynaklanan uzun beklemler, uzayan kuyruklar, geciken randevular, aşırı iş yükü, olumsuz çalışma koşulları, hastalara yeterince zaman ayıramama, boş yatak bulunmaması, hastalar için asgari konfor ve güvenliğin sağlanmaması, hastane güvenliğinin yetersizliği, iltimas ve adam kayırmacılık<sup>151</sup>, park olanaklarının yetersizliği ve hastanelerin yedi gün yirmi dört saat halka açık olması ve hizmet vermesi gibi örgütsel faktörler şiddete zemin hazırlayabilmektedir.

#### 4.4.3. Çevresel Faktörler

Bir sağlık işyerinin içinde faaliyet gösterdiği çevresel ortamdaki istikrarsızlığa yol açan kültürel yapı ve işleyiş faktörleri (suç düzeyi, yoksulluk düzeyi, uyuşturucu kullanım seviyesi, ateşli silahların kullanımı, nüfus yoğunluğu, barınma olanakları ve çete olayları gibi)<sup>152</sup>, başka bir ifade ile örgütsel yapıyı çevreleyen toplumdaki fertlerinin olumsuz davranışları sağlık işyeri ortamına sirayet edebilmektedir.<sup>153</sup>

---

<sup>149</sup> Carry L Cooper and Naomi Swanson, 2002, age; Mustafa Yağbasan ve Fatih Çakar, 2006, age.; Metin Aydın, 2008, age.

<sup>150</sup> Barbara Curbow, 2002, age.

<sup>151</sup> Metin Aydın, 2008, age.

<sup>152</sup> Barbara Curbow, 2002, age; Carry L Cooper and Naomi Swanson, 2002, age.

<sup>153</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, 2012, age.

#### 4.4.4. Toplumsal Faktörler

Sağlık işyerinde gözlenen şiddetin toplumdaki profilin bir yansıması olduğu unutulmamalı ve şiddet toplumsal faktörlerden bağımsız olarak değerlendirilmemelidir.<sup>154</sup> Sağlık işyerindeki şiddet, sosyal yaşamın çeşitli alanlarındaki şiddetin artan fenomeni ve genel şiddetin bir yansıması olarak ele alınmalıdır.<sup>155</sup> Hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların içinde yaşadığı mevcut ekonomik ve toplumsal koşulların yarattığı sosyal ve psikolojik ortamda, sağlık çalışanları ve hastaların birbirleriyle olumsuz etkileşimlere girmesi ve mevcut olumsuz etkileşimlerin bir süre sonra şiddete dönüşmesi olasıdır.<sup>156</sup> Ayrıca toplumdaki hâkim medya kültürü ve sağlık alanına ilişkin bilgilerin/olguların medyada yer alma biçimi de şiddeti körükleyebilmektedir.<sup>157</sup>

#### 4.5. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Olası Etkileri

Ruhsal ve fiziksel etkileriyle ortaya çıkan şiddetin<sup>158</sup> birey, işyeri ve toplum için gerçek maliyeti giderek daha da belirgin hale gelmektedir.<sup>159</sup> Sağlık işyerinde vuku bulan şiddetin; sağlık çalışanları, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık kurum ve kuruluşları, sağlık sektörü ve toplum<sup>160</sup> üzerinde ciddi sosyoekonomik etkileri olabilmektedir.<sup>161</sup>

---

<sup>154</sup> Metin Aydın, 2008, age.

<sup>155</sup> Carry L Cooper, 2002, age.

<sup>156</sup> Emin Baki Adaş, Osman Elbek ve Kemal Bakır 2008, Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu-I. TTB Gaziantep-Kilis Tabip Odası.

<sup>157</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, 2012, age.

<sup>158</sup> Ünal Ayrancı ve diğerleri, 2002, age.; Metin Aydın, 2008, age.; Emin Barış Adaş, Osman Elbek ve Kemal Bakır 2008, age.

<sup>159</sup> Carry L Cooper, 2002, age.

<sup>160</sup> Elizabeth A Stanko, 2002, Knowledge about the Impact of Violence at Work in the Health Sector. In: Cooper CL and Swanson N. (Eds), Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art. WHO.

<sup>161</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, 2012, age.

#### 4.5.1. Şiddetin Sağlık Çalışanları Açısından Etkileri

Şiddet, çalışanlar açısından işyerinde önemli bir mesleki sağlık ve güvenlik sorunudur.<sup>162</sup> Bu bağlamda şiddetin sağlık çalışanları üzerinde psikolojik, fiziksel, finansal ve kariyer anlamında etkileri olabilmektedir.<sup>163</sup> Örneğin, İngiltere’de işyerindeki tüm saldırıların yaklaşık yarısı morluklardan tutun da kemik kırıklarına kadar uzanan bir yelpazede bir dizi fiziksel yaralanma ile sonuçlanmıştır. İşyeri şiddetine maruz kalan çoğu mağdur aynı zamanda şiddet olayından duygusal anlamda olumsuz olarak etkilendiklerini rapor etmiştir. Fiziksel ve duygusal şiddete maruz kalan kişilerin yaşadığı duygusal deneyimler arasında; öfke, şok, korku, şaşkınlık, tükenmişlik, güven kaybı, depresyon, anksiyete, öğrenme güçlükleri, sosyal ilişkilerden çekilme ve uyku bozukluğu yer alabilmektedir. Ayrıca, işyerinde şiddet, çalışanların kariyerini etkileyebilmektedir ve işyerinde şiddetle karşılaşanların kurumlarından ayrılması çok daha muhtemeldir.<sup>164</sup> Nitekim Kanada’da yapılan bir çalışmada acil serviste şiddete maruz kalanların %38’inin sağlık alanı dışında başka bir işe geçmeyi istedikleri, yaklaşık %18’inin acil serviste çalışmak istemedikleri, bir kısmının da işlerinden ayrıldıkları belirtilmiştir.<sup>165</sup> İşyerinde şiddetin bireylerin finansal durumları üzerindeki etkisi konusunda ise kayda değer bir bilgi bulunmamaktadır.<sup>166</sup>

Sağlık işyerinde şiddetin sağlık çalışanları üzerine etkilerini; fiziksel yaralanma, stres, özgüvenin yitirilmesi, şoka girme, kızgınlık, güçsüz kalma, işe devamsızlık, kişilerarası ilişkilerin bozulması, iş tatmininin ve işe bağlılığın azalması ve işgücü devrinin artışı olarak özetlemek mümkündür.<sup>167</sup>

Kayıtlara geçen şiddet olaylarında kurbanlardan %40 ila %70’inin kronik tükenmişlik, konu hakkında konuşmama, olayı hatırlamaktan rahatsızlık duyma sendromları yaşamakta oldukları görülmüştür. Ayrıca Avusturalya’da yapılan araştırmanın sonucunda stres ile şiddet arasında büyük bir bağ bulunmuş, kişideki stres durumu ne kadar fazlaysa şiddetin boyutunun da aynı oranda arttığı görülmüştür.<sup>168</sup>

---

<sup>162</sup> Ducan Chappell and Vittorio Di Martino, 2006, age; Serap Özen Çöl, 2008, age.

<sup>163</sup> Elizabeth A Stanko, 2002, age.

<sup>164</sup> Carry L Cooper and Naomi Swanson, 2002, age; Elizabeth A Stanko, 2002, age.

<sup>165</sup> Fernandes C et al. 1999, Violence in the Emergency Department: A Survey of Health Care Workers, CMAJ, 16: 161-170; Bilge Annagür, 2010, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(2): 161-173.

<sup>166</sup> Carry L Cooper and Naomi Swanson, 2002, age.

<sup>167</sup> www.ena.org, Erişim Tarihi: 15.12.2012.

<sup>168</sup> ILO, 2003, age.

#### 4.5.2. Şiddetin Hasta/Hasta Yakınları ve Sağlık Hizmetleri Sunumu Açısından Etkileri

Şiddet olgusu sağlık çalışanları kadar hasta/hasta yakınları için de ciddi bir sorun teşkil edebilmektedir ve sunulan sağlık hizmetlerini de olumsuz etkileyebilmektedir.<sup>169</sup> Nitekim şiddete uğrayan sağlık çalışanının sunduğu hizmetlerin kalitesinde dolaylı da olsa düşmeler meydana geldiği belirtilmektedir.<sup>170</sup> Sağlık çalışanları ile hasta/hasta yakınları arasında şiddet olayının yaşanması, hastaların hastalık durumunun daha da kötüleşmesine sebep olabilir, hatta tedavi sürecinin yarıda kesilmesi ile de sonuçlanabilir. Nitekim literatürde uzun süreli bakım gören agresif hastaların personel tarafından güç kullanılarak tedavi edilebildiği veya bakım verenler tarafından istismar edilebildiği belirtilmektedir.<sup>171</sup>

#### 4.5.3. Şiddetin Sağlık Kurum ve Kuruluşları Açısından Etkileri

Sağlık işyerinde şiddetin sağlık kurum ve kuruluşları açısından doğrudan ve dolaylı mali etkileri olabilmektedir. Doğrudan maliyetler; yüksek personel devir hızı, azalan iş verimi ve azalan ekip verimi<sup>172</sup>, sağlık problemlerinden dolayı personelin işe gelememesi, şiddetten korunma eğitimi maliyetleri, güvenlik personeli ve teknolojilerinin bulundurulması ile sigorta maliyetleri<sup>173</sup> şeklinde ortaya çıkmaktadır. Dolaylı maliyetler ise, şiddet problemi ile karşılaşan sağlık çalışanlarının işten ayrılmaları durumunda ortaya çıkmaktadır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde Federal Hükümet taciz problemi ile karşılaşan kişilerin, yüksek personel devir hızı, hastalık izinleri, verim kaybı ve duygusal stres nedenleriyle 1987 yılı itibariyle 267 milyon Amerikan Doları ekonomik kayba neden olduğunu belirlemiştir. Üçüncü etki ise şiddet olayının ortaya çıkması sonucu açılacak tazminat davalarıdır. Bu tazminat davaları, sağlık kurumunu mali yönden olumsuz etkilemektedir.<sup>174</sup>

---

<sup>169</sup> Kemal Aktuğlu ve İ Hamit Hancı, 1999, Acil Servislerde Şiddet Tehdidi, TTB; Ünal Ayrancı ve diğerleri, 2002, age; Metin Aydın, 2008, age.

<sup>170</sup> Christopher Fernandes et al. 1999, age; Judith E. Arnetz and Bengt B. Arnetz, 2001, Implementation and Evaluation of a Practical Intervention Programme for Dealing with Violence Towards Health Care Workers. Journal of Advanced Nursing, 31: 668-680; Carry L Cooper and Naomi Swanson, 2002, age; Bilge Annagür, 2010, age.

<sup>171</sup> Carry L Cooper and Naomi Swanson, 2002, age.

<sup>172</sup> Adnan Kısa and Sophia F Dziegielewska, 1996; Elizabeth A Stanko, 2002, age; Şahin Kavuncubaşı ve Selami Yıldırım, 2010, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.

<sup>173</sup> Elizabeth A Stanko, 2002, age.

<sup>174</sup> Adnan Kısa and Sophia F Dziegielewska, 1996, Sexual Harassment of Female Nurses in a Hospital in Turkey. Health Services Management Research, 9(4): 243-53; Şahin Kavuncubaşı ve Selami Yıldırım, 2010, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.



#### 4.5.4. Şiddetin Toplum Açısından Etkileri

Sağlık ortamında şiddet nedeniyle sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesi, sağlık çalışanlarının kurumdan veya mesleklerinden ayrılmaları ve/veya göç etmeleri, sağlık çalışanlarının fiziksel veya psikolojik açıdan zarar görmeleri nedeniyle topluma sunulan genel sağlık hizmetlerinde bir daralma ve genel maliyetlerin artması ile sonuçlanabilir. Bütün bunlar sağlık sektörünün verimliliğini ve etkililiğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.<sup>175</sup>

#### 4.6. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Yönetimi

Sağlık işyerinde şiddeti tümden ortadan kaldırmak mümkün olmadığından, sağlık işyerinde şiddetin ortaya çıkmasını mümkün olduğu kadar önlemek, geciktirmek ve/veya etkilerini hafifletmek için dinamik ve karmaşık olan şiddetin bütün paydaşların katılımı ile etkili bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir.<sup>176</sup> Sağlık işyerinde şiddetin yönetimi sürecindeki paydaşlar; komisyonlar, hükümet, işverenler, çalışanlar, meslek kuruluşları ve genel olarak halktır. Şiddetin yönetimi sürecinde bu paydaşların birbirini tamamlayan, destekleyen ve iç içe geçen nitelikteki sorumlulukları çok genel olarak aşağıdaki gibi belirtilebilir.

Hükümet ve yetkili makamları, sağlık işyerinde şiddetin azaltılması ve ortadan kaldırılması için gerekli çerçeveyi sağlamalıdır. İşveren ve işveren kuruluşları, şiddetten arınmış bir çalışma ortamı sağlamalı ve teşvik etmelidir. Çalışanlar, işyerinde şiddet ile ilişkili riskleri azaltmak ve ortadan kaldırmak için gerekli makul özeni göstermelidirler. Sendikalar, birlikler ve dernekler, işyerinde şiddet ile ilişkili riskleri azaltmak ve ortadan kaldırmak için girişimler ve mekanizmalar başlatmalı, bunlara katılmalı ve katkıda bulunmalıdırlar. Medya, araştırma ve eğitim kurumları, işyerinde şiddet uzmanları, tüketici/hasta destek grupları, polis ve diğer suç ve adalet uzmanları, işyerinde şiddet, sağlık ve güvenlik, insan hakları ve toplumsal cinsiyet geliştirme alanında faaliyet gösteren sivil toplum örgütleri işyerinde şiddet ile mücadele için girişimlere aktif bir şekilde destek vermeli ve bu girişimlere katılmalıdırlar.<sup>177</sup>

---

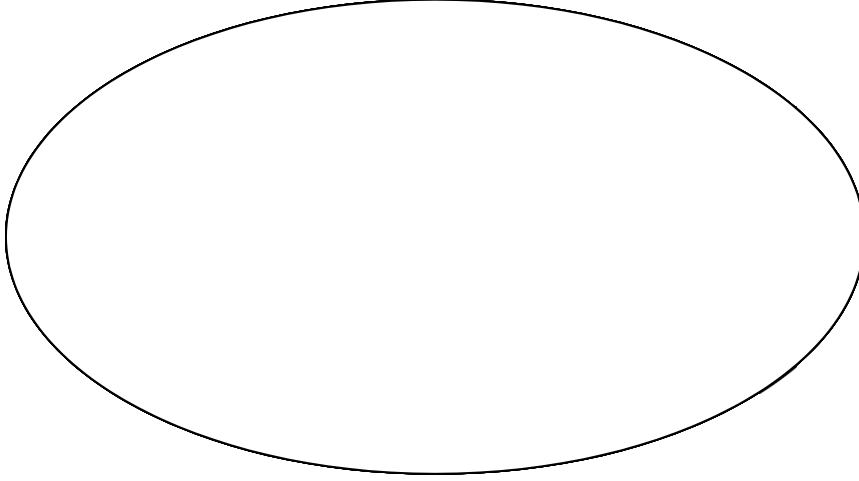
<sup>175</sup> Carry L Cooper, 2002, age.

<sup>176</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, 2012, age; Carry L Cooper and Naomi Swanson, 2002, age.

<sup>177</sup> ILO/ICN/WHO/PSI. 2002, Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector, ILO, Geneva.

Sağlık işyerinde şiddet yönetim süreci; risk yönetimi ve kriz yönetimi olmak üzere iki ana küme bağlamında ele alınarak ortaya konulmaktadır.<sup>178</sup> (Şekil 18) İki kümeli olan şiddet yönetimine dair önlem ve eylemlerin belli başlıkları aşağıda ele alınmaktadır.<sup>179</sup>

#### Şekil 18. Sağlık İşyerinde Şiddet Yönetim Kümeleri<sup>180</sup>



#### 4.6.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Yönetilmesi: Risk Yönetimi

Şiddet olayında risk yönetimi, şiddet olayı öncesi alınan önlemleri kapsamakta olup proaktif bir yaklaşımı ve davranışı gerektirmektedir. Sağlık işyerinde şiddetin önlenmesine dair gerek makro ölçekte gerekse de kurumsal ölçekte güçlü bir yönetim desteği olması gerekmektedir. Bu destek; yasal düzenlemeler, güvenlik ve risk değerlendirme ve izleme, çalışan ve yönetim eğitimi ve şiddete maruz kalanların bakımı için bir çerçeve ve yeterli kaynakların tahsisini içermelidir.<sup>181</sup> Yönetimsel sahiplenme olmadan sağlık işyerinde şiddetin yönetilmesi mümkün gözükmemektedir.<sup>182</sup>

---

<sup>178</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, 2012, age.

<sup>179</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, 2012, age.

<sup>180</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, 2012, age.

<sup>181</sup> Naomi Swanson et al. 2002, Approaches to Anti-Violence Action and Achieved Impact in the Health Sector. In: Carry L Cooper and Naomi Swanson, (eds); Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art. WHO.

<sup>182</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, 2012, age.

İşyeri sağlığı ve güvenliği için tüm personelin bilgisi dâhilinde yazılı bir program/politika belirlenmelidir. Bu program/politika; işyerinde şiddetin tanımını içermeli, işyerinde şiddete sıfır tolerans duruşunu açıkça ortaya koymalı, yönetimin çalışanların sağlığı ve güvenliği konusundaki güçlü taahhüdünü içermeli, şiddetin anında rapor edilmesini teşvik etmeli, işyerinde güvenliği sağlama ve sürdürme için bir plan içermeli ve şiddete maruz kalındığında yapılması gerekenleri içermelidir.<sup>183</sup>

Bölümler arası ve çok disiplinli yapıya sahip şiddet karşıtı bir ekip oluşturulması ve başta çalışanlar, denetçiler, yöneticiler ve güvenlik personeli olmak üzere tüm paydaşlar için eğitim ve öğretim programlarının planlanması ve uygulanması gerekmektedir.<sup>184</sup> Bu programlar iletişim becerilerini, stresle baş etme yollarını ve güvenlik önlemlerini içermelidir.<sup>185</sup>

Şiddetin ortaya çıkmasını minimize edecek şekilde yeniden örgütsel tasarıma gidilmesi gerekmektedir. Şiddet için fiziksel risk faktörlerini belirlemek ve düzeltmek (örneğin, saldırı aracı olarak kullanılabilir öğeleri ortadan kaldırmak, doğru aydınlatma, güvenlik kameraları, alarm düğmeleri gibi), idari ve iş uygulamalarını kontrol etmek ve stres kaynaklarını azaltmak için işlerin yeniden tasarlanması gerekmektedir.<sup>186</sup>

Uygun raporlama sistemleri kurulmalıdır. Önleme tedbirlerinin etkililiğini değerlendirmede kullanılabilir, bir kurumdaki yaralanmaların ve şiddetin sayılarını, türlerini ve ciddiyetini değerlendirebilecek izleme ve değerlendirme sisteminin de kurulması gerekir.<sup>187</sup>

Şiddet riskini azaltmanın en önemli yolu çalışma ortamında yeterli güvenlik önlemlerinin alınmasıdır.<sup>188</sup> Bunlar arasında; 24 saat güvenlik sağlanması, güvenli kapılar, güvenlik kameraları, metal detektörler ve kontrol noktaları, koruyucu akrilik pencere ve panik alarmları belirtilebilir.<sup>189</sup>

---

<sup>183</sup> Naomi Swanson et al, 2002, age.

<sup>184</sup> Carry L Cooper and Naomi Swanson, 2002, age.

<sup>185</sup> KI Ericsson and CG Westrin, 1995, Coercion measures in psychiatric care. Acta Psychiatr Scand 1995; 92:225-230; Bilge Annagür, 2010, age; Naomi Swanson et al., 2002, age.

<sup>186</sup> Carry L Cooper and Naomi Swanson, 2002, age; Swanson NG et al, 2002, age.

<sup>187</sup> Carry L Cooper and Naomi Swanson, 2002, age.

<sup>188</sup> Bilge Annagür, 2010, age.

<sup>189</sup> Khun W, Violence in the emergency department: managing aggressive patient in a high-stress environment. Postgrad Med 1999; 105:143-148; Bilge Annagür, 2010, age.

#### 4.6.2. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Yönetilmesi: Kriz Yönetimi

Şiddet olayında kriz yönetimi ise olay esnasında ve sonrası reaktif davranış içeren süreçleri içermektedir.<sup>190</sup> Kriz yönetimi; olası kriz durumuna karşılık, kriz sinyallerinin alınarak, değerlendirilmesi ve örgütün kriz durumunu en az kayıpla atlatabilmesi için gerekli önlemlerin alınması ve uygulanması sürecidir.<sup>191</sup> Şiddet olayı yaşandıktan sonra da kriz yönetimi kapsamında bir taraftan mağdura tıbbi bakım ve psikolojik destek sağlanırken diğer taraftan olay hakkında kritik bilgi alınmalı ve bütün yönleri ile belgelenmelidir. Multidisipliner yapıda bir ekip olayı soruşturarak rapor haline getirmeli ve ilgili otoritelere sunmalıdır. Şiddet mağduru kişi saldırgan hakkında şikâyette bulunmak isterse gerekli işlemler için idari ve hukuki destek sağlanmalıdır.<sup>192</sup>

Özetlemek gerekirse; sağlık işyerinde şiddetin başarılı bir şekilde yönetilmesi için; şiddet olayı meydana gelmeden önce, şiddet olayı esnasında ve şiddet olayı yaşandıktan sonraki süreçte uygulanacak politikalar belirlenmelidir. Bu politikalar için; bütüncül, çok disiplinli bir yaklaşımla, tüm tarafların müdahil olacağı, yasal mevzuatın oluşturulduğu, sıfır tolerans politikalarının belirlendiği, raporlama ve izleme sürecinin zorunlu hale getirildiği, personelin, hastaların ve ziyaretçilerin eğitildiği bir ulusal eylem planına ihtiyaç vardır.<sup>193</sup>

#### 4.6.3. Şiddetin Yönetilmesinde Ülke Örnekleri

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yönetilmesine dair ülke örneklerine bakıldığında, İngiltere'nin bütüncül bir yaklaşımla ulusal düzeyde devlet politikası izleyerek sağlık işyerinde şiddetin yönetimini gerçekleştirmeye çalıştığı görülmektedir. Diğer ülkeler ise daha ziyade münferit önlemler olarak olaya yaklaşmaktadırlar. Aşağıda ülke örnekleri ele alınmaktadır.

---

<sup>190</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, 2012, age.

<sup>191</sup> Halil.Can 2002, Organizasyon ve Yönetim, 6. Baskı, Ankara, Siyasal Kitabevi.

<sup>192</sup> Naomi Swanson et al, 2002, age.

<sup>193</sup> OSHA, 2004, age.

#### 4.6.3.1. İngiltere

İngiltere’de, Sağlık Bakanlığının önderliğinde 14.10.1999 tarihinde, “Ulusal Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personele Yönelik Şiddeti Durdurma Kampanyası: Ulusal Sağlık Hizmetlerinde Şiddete Sıfır Tolerans” kampanyası başlatılmıştır. Bu kampanyanın iki temel amacı bulunmaktadır. Bunlardan ilki ulusal sağlık hizmetlerinde çalışan personele karşı şiddetin kabul edilemez olduğunu halka anlatmak; ikincisi ise şiddetin kabul edilemez olduğunu ve ele alındığını tüm personele anlatmaktır. Bu kampanya paketinde şu unsurlar yer almıştır:

1. Şiddete Sıfır Tolerans Kampanyası posterleri,
2. Şiddete Sıfır Tolerans Kampanyası kartpostalları,
3. Şiddete Sıfır Tolerans Kampanyası Yöneticiler Rehberi,
4. Yöneticiler ve personel için kaynak broşürler,
5. Okuma dokümanları ve iletişim bilgileri.

Bu kampanya kapsamında yer alan eylemler ise İngiltere’deki tüm sağlık otoritelerinin (başta Ulusal Sağlık Hizmetleri Tröstleri, Sağlık Otoriteleri, Özel Sağlık Otoriteleri olmak üzere);

1. Tüm personel grupları nezdinde Ulusal Sağlık Hizmetleri Şiddete Sıfır Tolerans Kampanyasının farkındalığını artırarak kampanyaya destek vermek. Kampanya posterlerinin tüm hastane bekleme alanlarında ve personel odalarında asılmasını sağlamak.

2. Yerel düzeyde güvenli çalışma koşullarının sağlanması, risk değerlendirme ve yerel önleme ve azaltma stratejilerinin belirlenmesinde ve uygulanmasında tüm personelin katılımını sağlamak.

3. Düzgün ve çalışan bir raporlama sistemi kurmak ve personeli şiddet olaylarını raporlama konusunda teşvik etmek.

4. Yerel suç ve asayişsizlik stratejilerini belirleme ve uygulama noktasında polisle yakın işbirliği halinde çalışmaktır.<sup>194</sup>

---

<sup>194</sup> Department of Health, 1999, HSC 1999/226: Campaign to Stop Violence Against Staff Working in the NHS: NHS Zero Tolerance Zone. DoH.

İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS), diğer ülkelere kıyasla, sağlıkta şiddeti azaltmak için en özenli çalışan kurum ve ülke olarak göze çarpmaktadır. Bu açıdan İngiltere'nin sağlıkta şiddeti önleme adına ulusal düzeyde yaptığı çalışmalar ile örnek alınabilir olduğunu düşünülmektedir. Ülkede 1998 yılında başlatılan “Şiddete Sıfır Tolerans” kampanyası ile devlet otoriteleri ve kampanyayı başlatan sivil toplum kuruluşları ortak çalışmaktadır. Tüm ulusal sağlık servisi çalışanlarına bilgilendirici evraklar dağıtılmış, hastaneler ve sağlık kurumlarında şiddete sıfır tolerans kampanyasının reklamları, afişleri asılıp, ülkenin dört bir yanında yayımlanmıştır. Ek olarak, kampanya web sitesi kurulmuş ve tüm materyaller erişilebilir olarak web sitesinde yer almıştır. Kampanyanın etkisini test etmek açısından yapılan araştırmalarda 43 sağlık personeli ile anket yapılmış, kampanya hakkında yeterli bilgi alınabildiği görülmüştür. İngiltere'deki “Şiddete Sıfır Tolerans” kampanyası finansmanı Devlet bütçesi tarafından karşılanmaktadır. Kampanya dâhilinde İngiltere genelinde çalışma ortamı ile ilgili düzenlemeler yapılarak alınan önlemler aşağıdaki şekildedir:<sup>195</sup>

- Kameraların yerleştirilmesi,
- Giriş çıkışların kontrol altına alınması,
- Güvenlik elemanı alımlarının yapılması,
- Işıklandırmanın artırılması,
- İşaretlerin artırılması,
- Çalışma alanlarının genişletilmesi ve yeniden düzenlenmesi,
- Sigara içiminin yasaklanması,
- Temizlik ve hijyenin artırılması,
- Gürültünün yasaklanması,
- Oda sıcaklıklarının ayarlanması.

İngiltere'deki kampanyanın en önemli aşaması çalışanlara eğitim verilmesidir. Özellikle de alınan tedbirler konusunda özel eğitim verilen çalışanların konu ile ilgili farkındalığının artması sağlanmıştır. Eğitim 3 aşamada yapılmıştır: farkındalığın artırılması, şiddet ile ilgili detaylı bilgi verilmesi ve korunma yöntemleri.<sup>196</sup>

---

<sup>195</sup> Christiane Wiskow. Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector-Comparision of Major Known National Guidelines and Strategies: United Kingdom, Australia, Sweden, USA (OSHA and California). Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva:ILO/WHO/ICN/PSI. 2003.

<sup>196</sup> Christiane Wiskow, 2003, age.

Genel olarak eğitimde tehlikeden korunma ve gerekli tedbirlerin alınması, asabi insanlarla iletişim kurulması, işyerindeki şiddetin ve asabiyetin anlaşılması, gerçekleşen şiddet olaylarının rapor edilmesi ve araştırılması ve danışmanlık gibi konular üzerinde durulmuştur.<sup>197</sup>

İngiltere’de, psikolojik tacize (mobbing) ilişkin olarak özel bir yasa bulunmamakla birlikte, farklı yasalarda birçok hüküm bulunmaktadır. 1995 yılında yürürlüğe giren bir kanun maddesi, işverenlere çalışanların psikolojik sağlığını koruma yükümlülüğü getirmiştir. İstihdam hakları yasası iş görene, yıldırma ile karşılaşması halinde haklar tanımaktadır. Ayrıca iş görenin yıldırma ile karşılaşması, işverenin bir eksikliği olarak kabul edilmiş, mahkeme iş görene iş sözleşmesini bildirimsiz olarak feshetme hakkı tanımıştır. Tacizden Korunma Yasası ise 1997 yılında yürürlüğe girerek sadece işyerinde değil diğer alanlarda da meydana gelebilecek taciz vakalarını kapsayan genel bir düzenleme sağlamıştır.<sup>198</sup>

#### 4.6.3.2. İsveç

Örnek ülkelerden bir diğeri olan İsveç’te ise işyerinde şiddet ile ilgili iki ayrı kampanya yapılmıştır. Bu kampanyaların amacı işyerindeki şiddet probleminin etkilerini anlamak ve çözüm yolları aramaktır. İlk kampanya perakende satış sektörü üzerine yapılmış, 34.000 işyerinin konu ile ilgili yazılı bilgi alması sağlanmıştır. Bu işyerlerinin %10’u işyeri denetleme kurumları tarafından kampanya boyunca denetlenmiş, eksiklikleri tespit edilmiştir. Yapılan 2400 denetleme sonucunda işyerlerinin %19’unda güvenliğin yeterli olmadığı, %16’sında konu ile ilgili yeterli eğitim ve bilgi verilmediği, %12’sinde şiddete uğrayanların ihbarda bulunmadıkları, %11’inde ise şiddete uğrayanların gerekli destek alamadıkları belirlenmiştir. Kampanya başladıktan 3 buçuk yıl sonra 397 çalışan ile görüşülmüş, çalışanların %59’u kampanyanın güvenliği artırması açısından pozitif etkili olduğunu belirtmişlerdir.<sup>199</sup>

---

<sup>197</sup> Christiane Wiskow, 2003, age.

<sup>198</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>199</sup> Christiane Wiskow, 2003, age.

Mobbing, İsveç'te 1993 yılında yürürlüğe giren "İş Güvenliği ve İşçi Sağlığı Yasası"yla bir suç olarak tanımlanmaktadır. İsveç'te, işverenler çalışma ortamının fiziki ve psikolojik koşulların en iyi şekilde düzenlenmesi için gerekli tedbirleri almak ve çalışanlara psikolojik taciz ile karşılaştıklarında ne yapacaklarına dair bilgileri vermek zorundadırlar.<sup>200</sup>

#### 4.6.3.3. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenliğin sağlanmasının kamu tarafından yerine getirilecek bir görev olarak değerlendirilmediği, bu nedenle bina ve tesisler ile buralarda çalışanların ve hizmetlerden yararlananların güvenliğinin sağlanmasının kurum ve kuruluşlarının kendi sorumluluklarında olduğu, bu nedenle her sağlık kurum ve kuruluşunda "özel güvenlik birimi" bulunduğu ya da "özel güvenlik hizmeti satın alındığı" bilinmektedir. Ayrıca, herhangi bir nedenle geçici olarak güvenlik tedbiri isteyen bir kurum ve kuruluşa gönderilecek polis için de polis teşkilatına yapılan bir ödeme karşılığında bu geçici hizmetin verildiği, güvenliğin "her kurumun kendi güvenliğini kendisinin sağlaması" esasına dayandığı tespit edilmiştir.<sup>201</sup>

Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygın bir uygulama olmamakla birlikte münferit bazı hastanelerde K-9 köpeklerinin özellikle de acil servislerde güvenliği sağlamada kullanıldığı da görülmektedir. Örneğin, Christiana Care Health System-Christiana Hospital in Newark hastanesinde hastaların, ziyaretçilerin ve çalışanların güvenliğini sağlamak üzere üç tane K-9 köpeği kullanılmaktadır.<sup>202</sup>

Metal Detektör Sistemlerinin kullanımı ise çok yaygın değildir. Yapılan bir araştırmada katılımcıların sadece %12'si güvenlik görevlilerinin metal detektör taşıdıklarını belirtmişlerdir. %9'u hastanelerinde metal detektörleri denemeye başladıklarını ve %79'u ise metal detektörlerin kullanımı ile ilgili herhangi bir planlarının olmadığını belirtmişlerdir.<sup>203</sup>

---

<sup>200</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>201</sup> Emniyet Genel Müdürlüğü. Komisyonumuzun 30.11.2012 tarihinde Emniyet Genel Müdürlüğünden "yurtdışında sağlık kurum ve kuruluşlarında alınan güvenlik önlemleri, standartlar, güvenlik görevlilerinde aranan şartlar" hakkında bilgi talebine, Washington Emniyet Müşavirliğinin Emniyet Genel Müdürlüğü aracılığıyla verdiği cevabi yazı. 2012.

<sup>202</sup> Deborah Johnson et al. Canine Units: The Softer Side of Security. Nursing, 2005, 35(7): 54-55 (www.nursing2005.com).

<sup>203</sup> Harris Meyer. 2011, age.



ABD’de bazı hastanelerde Türkiye’deki uygulama ile benzer “*Beyaz Kod*” (panik botunu) uygulamasına ek olarak, “*Gümüş Kod*” da kullanılmaktadır. Gümüş Kod, saldırganın silahlı olduğu durumlarda bütün çalışanların, hastaların ve ziyaretçilerin saldırgandan izole olmasını sağlayan tedbirlerdir. Bu durumda, güvenlik görevlileri hariç hiç kimse saldırgan ile yakınlaşmaz. Hasta odalarının ve diğer tüm birimlerin kapıları kapatılır ve çevredekiler uygun yerlere saklanırlar.<sup>204</sup>

ABD eyaletlerinde, mobbinge yönelik özel yasalar bulunmamaktadır. Bir çalışan, işyerinde nefret suçları kapsamında bir suç sayılan dil, din, cinsiyet ve etnik köken gibi özellikleri yönünden eşit olmayan muameleye maruz kalmış ise bunu yapanlara yaptırım uygulanmaktadır. ABD Medeni Kanunu’nda çalışma ortamında çalışanlara karşı yapılan kötü muameleler de suç kapsamındadır. Bu yasaya göre bir çalışana yapılan tehdit, gözdağı, hakaret, her tür alay ve saldırganlıklar, cinsel ve ırksal olmayan saldırganlıklar suç sayılarak ceza öngörülmüştür. ABD Adalet Bakanlığı Kongreye mobbing ile ilgili olarak ağır yaptırımlar getiren bir yasa teklifi sunmuştur. ABD üniversiteleri mobbing konusunda çok kapsamlı çalışmalar yaparak konuyu kamuoyunun gündemine taşımaktadırlar.<sup>205</sup>

#### 4.6.3.4. Belçika, Danimarka ve Fransa

Belçika, Danimarka ve Fransa’da; sağlık kurum ve kuruluşlarında polis tarafından herhangi bir güvenlik tedbiri alınmamakta, özel güvenlik şirketlerinden hizmet satın alınmak suretiyle güvenlik hizmetleri verilmekte, sadece adli bir olay sağlık kuruluşuna intikal ettiğinde polis olayı soruşturmak amacıyla kuruma gitmektedir<sup>206</sup>.

Belçika’da 1996 yılında çıkarılmış olan iş görenlerin işyerindeki refahı ile ilgili kanun, işyerindeki tüm şiddet biçimlerini kapsayacak şekilde yeniden düzenlenerek 2002 yılında yürürlüğe girmiştir. Fransa’da benzer düzenlemeleri içeren kanun, çalışma ortamının düzenlenmesi, mağdurlara yönelik destek ve danışma imkânlarının

---

<sup>204</sup> Whitney LJ Howell. With Attachs Against Staff and Patients on the Rise, Administrators Rethink Security Policies in Hospitals Prevent and Protect. H&HN, January, 2011.

<sup>205</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>206</sup>Emniyet Genel Müdürlüğü. Komisyonumuzun 30.11.2012 tarihinde Emniyet Genel Müdürlüğü’nden “yurtdışında sağlık kurum ve kuruluşlarında alınan güvenlik önlemleri, standartlar, güvenlik görevlilerinde aranan şartlar” hakkında bilgi talebine, Belçika, Danimarka ve Fransa Emniyet Müşavirliklerinin Emniyet Genel Müdürlüğü aracılığıyla verdiği cevabi yazı. 2012.

sağlanması, şiddet vakalarının tespiti gibi konularda yöneticilere sorumluluk yüklemiştir. Kanuna göre her işyeri yıldırma önlemek için bir danışman buldurmak ve önleme politikaları uygulamak zorundadır. Kanuna uymayanlar 8 günden 1 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadırlar.<sup>207</sup>

Danimarka'da 2004 yılında hazırlanan yasa tasarısına, psikolojik taciz sonucunda ortaya çıkan psikolojik rahatsızlıklara ilişkin önlemler de eklenmiştir.<sup>208</sup>

Fransız Ceza Kanun'a göre psikolojik taciz yapanlara bir yıl hapis cezası verilmekte ve 15.000 Euro para cezası uygulanmaktadır. Kanun'a göre, işverenler çalışanların psikolojik tacize maruz kalmamaları için önleyici gerekli tedbirleri almak zorundadırlar. Psikolojik taciz yapanlar işten atılabilmekte, hiçbir çalışan, çalışma koşullarının kötüleşmesi nedeniyle ruhsal ve fiziki sağlığını tehlikeye düşürecek manevi taciz hareketlerine maruz bırakılmamakta, bu nedenle işten çıkarılıp cezalandırılmamaktadır.<sup>209</sup>

#### **4.6.3.5. Kuzey İrlanda**

Kuzey İrlanda'da bazı doktorlar kliniklerinde panik butonu sistemi kurduklarıdır.<sup>210</sup>

#### **4.6.3.6. Finlandiya**

Finlandiya'da 2000 yılında yürürlüğe giren İş Güvenliği ve İşçi Sağlığı Yasası'na fiziksel şiddet yanında psikolojik şiddet de dâhil edilmiştir.<sup>211</sup>

#### **4.6.3.7. Almanya**

Almanya'da mobbing bir meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir. Mağdurların kamusal alanda kurulmuş olan merkezlerden yardım alabilmektedir. Psikolojik taciz mağduru erken emekli olma hakkına sahiptir. Psikolojik taciz yapanların işine son verilmektedir. Toplu iş sözleşmelerine mobbing ile ilgili

---

<sup>207</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>208</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>209</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>210</sup> <http://bbc.co.uk/news/10144371>, Erişim Tarihi: 26.12.2012.

<sup>211</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

hükümler konulmaktadır. Mağdurun tüm tedavi masraflarını işveren ödemektedir. Özel sektör işverenleri de şirket içinde özel mobbing ile mücadele birimleri kurmaktadır. Bu konuda davalar açılmakta ve ağır yaptırımlar uygulanmaktadır. Almanya'da psikolojik taciz ders olarak da okutulmaktadır.<sup>212</sup>

#### **4.6.3.8. İsviçre**

İsviçre'de psikolojik taciz yasalarla engellenmiştir. İşverenlere sorumluluklar yükleyen yasa maddeleri titizlikle uygulanmaktadır. İşverenler psikolojik taciz yapan işçiyi veya yönetici işten çıkarabilmektedir.<sup>213</sup>

#### **4.6.3.9. İtalya**

İtalya'da mobbing konusunda çok kapsamlı araştırmalar yapılmaktadır. Bölgesel yasalar çıkarılmış olup, psikolojik tacizi önleyici, mağduru koruyucu ve yapanı cezalandırıcı yasalar mevcuttur. Psikolojik taciz İtalya'da, iş kazası kapsamında sayılmaktadır.<sup>214</sup>

### **4.6.4. Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanlarının Hizmetten Çekilme Hakkına İlişkin Ülke Örnekleri**

Şiddet olayının yaşanması durumunda sağlık çalışanlarının hizmetten çekilme haklarına ilişkin dünya örneklerinin incelenmesi amacıyla Avrupa Parlamento Araştırma ve Dokümantasyon Merkezine (European Centre for Parliamentary Research & Documentation-ECPRD) bilgi talebinde bulunulmuş ve talep doğrultusunda üye ülkelerden alınan cevaplara aşağıda yer verilmiştir.

Bu noktada bir hususun altını çizmekte yarar vardır. Sağlık çalışanlarına tanınan hizmetten çekilme hakkı sağlık çalışanlarının çeşitli sebeplerle bir hastaya sağlık hizmeti vermeyi reddedebilmesi anlamına gelmektedir. Ancak bu hakkın uygulanması için güçlü gerekçelere ihtiyaç duyulmaktadır ve bunlar ülkeden ülkeye değişkenlik gösterebilmektedir.

---

<sup>212</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>213</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>214</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

Üye ülkelerden Andorra, Bulgaristan, Güney Kıbrıs Rum Yönetimi, İsveç, İtalya, İzlanda, Karadağ, Norveç, Portekiz, Rusya, Slovakya ve Slovenya'da şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının hizmetten çekilme haklarına ilişkin herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır.<sup>215</sup> Almanya, Avusturya, Estonya, Finlandiya, Fransa, Hırvatistan, İngiltere, İspanya, İsrail, İsviçre, Kanada, Letonya, Litvanya, Macaristan, Polonya ve Yunanistan'da ise konuyla ilgili düzenlemeler bulunmaktadır ve bu ülkeler mevzuatlarında bu konuya yer vermişlerdir.

#### 4.6.4.1. Almanya

Hekimler sigortalı tüm hastalara sağlık hizmeti sunmakla yükümlüdür. Ancak bunun geçerli olmadığı istisnai durumlar bulunmaktadır. Hekimlerin şiddete maruz kalması da bu yükümlülüğü ortadan kaldıran istisnalardan bir tanesidir. Ancak acil durumlarda hekim sağlık hizmetinden hiçbir koşulda çekilemez. Hekimlerin sağlık hizmetinden çekilecekleri zaman sigorta şirketlerine konuyla ilgili, çekilme nedenini de açıklayarak bilgi vermeleri gerekmektedir. Ayrıca hizmetten çekilmek için işverenin gerekli tedbirleri almamış olması şartı da aranmaktadır.<sup>216</sup>

#### 4.6.4.2. Avusturya

Hekimler ve diğer sağlık çalışanları hastalara acil durumlar dışında sağlık hizmeti verip vermeme konusunda özgürdürler. Tüm hastalara sağlık hizmeti verme zorunlulukları bulunmamaktadır ve dolayısıyla sağlık hizmetinden çekilme hakları bulunmaktadır. Acil durumlarda ise tüm sağlık çalışanları hastaya sağlık hizmeti vermekle mesuldür. Bu haklar sağlık hizmetinin verilmesini düzenleyen Federal Yasa'ya göre uygulanmaktadır.<sup>217</sup>

---

<sup>215</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna Andorra, Bulgaristan, Güney Kıbrıs Rum Yönetimi, İsveç, İtalya, İzlanda, Karadağ, Norveç, Portekiz, Rusya, Slovakya ve Slovenya Parlamentolarının cevapları, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.

<sup>216</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna Almanya Parlamentosunun cevabı, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.

<sup>217</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna Avusturya Parlamentosunun cevabı, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.

#### 4.6.4.3. Estonya

Estonya'da hekimler bazı özel durumlarda polis gözetiminde hastaya müdahalede bulunabilir veya hastaya sağlık hizmeti vermeyebilir. Bu durum ruhsal sıkıntıları olan ve sağlık ortamında tehdit olabilecek psikiyatrik hastaların tedavisinde geçerlidir. Ayrıca acil durumlarda dahi eğer sağlık çalışanlarının hayatını veya sağlığını tehdit eden bir durum söz konusu olursa sağlık çalışanları sağlık hizmeti vermeyi reddedebilmektedir.<sup>218</sup>

#### 4.6.4.4. Finlandiya

Sağlık çalışanlarının kendi arzusu ile hizmetten çekilme hakkı bulunmamaktadır. Sağlık kurumları hastalara hizmet vermekle yükümlüdür. Şiddet durumunda başka bir sağlık çalışanı hizmeti devam ettirir ya da sağlık çalışanı koruma altına alınarak sağlık hizmeti sürdürülür.<sup>219</sup>

#### 4.6.4.5. Fransa

Sağlık çalışanları da diğer çalışanlarla aynı hakka sahiptir ve çalışanın sağlığını veya hayatını tehdit eden bir durum söz konusu olduğunda çalışan iş bırakma hakkına sahiptir. Fransa İş Yasası'nın hükümlerine göre bir çalışan sağlığını ve yaşamını tehdit eden bir durumla karşılaştığında durumu işverenine ya da amirine derhal bildirmelidir. Ancak işten çekilme hakkının kullanması için işverenin ya da amirinin onayına ihtiyacı yoktur.<sup>220</sup>

---

<sup>218</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna Estonya Parlamentosunun cevabı, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.

<sup>219</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna Finlandiya Parlamentosunun cevabı, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.

<sup>220</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna Fransa Parlamentosunun cevabı, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.

#### 4.6.4.6. Hırvatistan

Tıbbi Uygulama Yasası'na göre, acil durumlar dışında bir hekim kendisine yönelik bir şiddet ya da tehdit durumunda sağlık hizmetinden çekilebilmektedir. Acil durumlarda ise polis koruması altında ya da farklı şekillerde korunarak sağlık hizmetini devam ettirmekle yükümlüdür. Şiddet sonucu yaralanan ya da zarar gören doktorlar iş kazasına uğramış sayılır ve son üç ayda aldığı ücretin ortalaması baz alınarak ücretli hastalık iznine ayrılır.<sup>221</sup>

#### 4.6.4.7. İngiltere

İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetlerine (NHS) erişimi nelerin kısıtladığını belirleyen düzenlemeler bulunmaktadır ve şiddet içeren davranışlar bu kapsamda ele alınmaktadır. İngiliz Hükümeti 2001 yılında yayınladığı Sağlık Hizmetleri Genelgesi ile bazı şartlar altında sağlık hizmetleri ile ilgili yaptırımlar uygulanabileceğini açıkça ifade etmiştir. Normalde bu yaptırım uyarı biçiminde olmasına rağmen sağlık kuruluşlarına bu konuda kendi bağımsız politikalarını oluşturabilme yetkisi verilmiştir. Ayrıca İngiliz Hükümeti tarafından sağlık çalışanlarına şiddete başvuran hastaları reddetme konusunda açık bir hak vermek için çalışmalar yürütülmektedir.<sup>222</sup>

#### 4.6.4.8. İspanya

Bu konuya ilişkin görülen davalarda verilen mahkeme kararları göz önünde bulundurulduğunda hekimler şiddete maruz kalmaları durumunda hizmetten çekilebilmektedirler.<sup>223</sup>

#### 4.6.4.9. İsrail

Sağlık çalışanları hizmetten çekilme hakkına sahip değildir. Ancak sağlık ortamında bir şiddet vakasının görülmesi durumunda şiddeti uygulayan kişi öncelikle yazılı olarak uyarılır. Eğer on iki ay içerisinde aynı kişi tekrar şiddet olayına karışırsa, hastane yöneticileri bu kişinin acil durumlar haricinde sağlık hizmeti almasını engelleme yetkisine sahiptir.<sup>224</sup>

---

<sup>221</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna Hırvatistan Parlamentosunun cevabı, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.

<sup>222</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna İngiltere Parlamentosunun cevabı, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.

<sup>223</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna İspanya Parlamentosunun cevabı, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.

<sup>224</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna İsrail Parlamentosunun cevabı, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.

#### 4.6.4.10. İsviçre

Sağlık çalışanları hasta ya da hasta yakınları tarafından şiddet içeren bir davranışa maruz kaldığında hizmetten çekilme hakkına sahiptir. Hizmetten çekilen sağlık çalışanının yerine kimin atanacağı ise başhekim tarafından belirlenir. Bazı hastanelerin bu konuya ilişkin uyguladıkları kendi düzenlemeleri vardır ve hastane tarafından şiddet uygulayan hasta ve yakınlarına yönelik bazı yaptırımlar uygulanabilmektedir. Ayrıca aşırı durumlarda şiddete başvuran kişi çeşitli cezalara çarptırılabilir.<sup>225</sup>

#### 4.6.4.11. Kanada

Hekimler şiddete maruz kaldıklarında tedaviye devam etmeme hakkına sahiptirler. Ancak diğer sağlık çalışanları bu konuda hekimler kadar özgür değildir. Hekimler bu konuda bir ölçüde özdenetim hakkına sahiptir ve kendi kurallarını belirleyebilir. Ancak faaliyetleri cerrahlar ve hekimlerden oluşan bir heyet tarafından da denetim altındadır. Diğer sağlık çalışanları ise bu konuda hekimlerin sahip olduğu özdenetim hakkına sahip değildir ve işverenleri ve denetçileri tarafından belirlenen kurallara uymak zorundadır. Tüm sağlık çalışanları iş yeri güvenliğini düzenleyen yasalara tabidir ve bu konu eyalet yasaları ile düzenlenmektedir. Dolayısıyla eyaletler arasında konuya ilişkin çeşitli farklılıklar da görülebilmektedir.<sup>226</sup>

#### 4.6.4.12. Letonya

Tıbbi Müdahale Yasası'nın 47'nci Bölümüne göre bir sağlık çalışanı hayati tehlike altında olduğu durumlarda ilk yardım ve acil tıp hizmetleri de dâhil olmak üzere sağlık hizmeti sunmayı reddedebilir.<sup>227</sup>

---

<sup>225</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna İsviçre Parlamentosunun cevabı, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.

<sup>226</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna Kanada Parlamentosunun cevabı, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.

<sup>227</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna Letonya Parlamentosunun cevabı, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.

#### 4.6.4.13. Litvanya

Tıbbi Müdahale Kanunu'nun 9'uncu maddesinde belirtildiği üzere acil durumlar haricinde hekimin hayatını riske atacaktır herhangi bir durum oluştuğunda hekimlerin sağlık hizmetinden çekilme hakkı bulunmaktadır. Ayrıca Hasta Hakları Kanunu'nun 12'nci maddesinde hastaların yükümlülüklerini yerine getirmemesi halinde hastanın yaşamı tehdit altında değilse sağlık hizmetinin sonlandırılacağı açıkça belirtilmiştir.<sup>228</sup>

#### 4.6.4.14. Macaristan

Sağlık Yasası'nın Sağlık Çalışanlarının Hak ve Yükümlülükleri başlıklı 6'ncı Bölümünde açıkça belirtildiği üzere hekimler hakarete veya tehdide maruz kalmaları durumunda ve hayatlarının ya da fiziksel bütünlüklerinin tehlike altına girmesi halinde sağlık hizmetinden çekilme hakkına sahiptirler. Hakaret ve tehdit durumunda eğer hastanın sağlığı risk altında ise hasta başka bir hekime yönlendirilmelidir. Eğer hekimin yaşamı veya fiziksel bütünlüğü tehdit altında ise böyle bir yükümlülüğü de bulunmamaktadır.<sup>229</sup>

#### 4.6.4.15. Polonya

5 Aralık 1996 tarihli Hekimlik ve Dış Hekimliği Mesleği Yasası uyarınca doktorların hangi durumlarda sağlık hizmeti vermek zorunda olduğu belirtilmiştir. Yasa uyarınca hekimler ve dış hekimleri, acil durumlarda hizmet vermekle yükümlüdür. Bu durumlar söz konusu değilse hekimler ve dış hekimleri sağlık hizmetinden çekilebilmek için ciddi bir neden sunmalı ve amirlerinin onayını almalıdırlar. Ayrıca hastaya sağlık hizmeti alımını sürdürebileceği diğer seçenekler hakkında bilgi vermelidir.<sup>230</sup>

---

<sup>228</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna Litvanya Parlamentosunun cevabı, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.

<sup>229</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna Macaristan Parlamentosunun cevabı, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.

<sup>230</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna Polonya Parlamentosunun cevabı, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.



#### 4.6.4.16. Yunanistan

Tıp Etiği Kuralları gereği bir hekim sağlık hizmeti sunmasını imkânsız kılan herhangi bir özel sebep bulunmaksızın hastaya sağlık hizmeti vermeyi reddedemez. Ancak hekimin sağlığı ya da hayatı risk altında ise sağlık hizmetinden çekilebilmektedir. Bu durumda eğer talep edilirse hastayı kendisi yerine başka bir meslektaşına yönlendirmelidir.<sup>231</sup>

Bu bölümde küresel ölçekte sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusu bütün boyutları ve ülke örnekleri ile ortaya konulmuştur. Sonraki Beşinci Bölümde ise şiddet olgusu Türkiye ölçeğinde ele alınmaktadır.

---

<sup>231</sup> ECPRD'nin 2201 numaralı sorusuna Yunanistan Parlamentosunun cevabı, <https://ecprd.secure.europarl.europa.eu/ecprd/secured/detailreq.do?id=155381>, Erişim Tarihi: 10.01.2013.



## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TÜRKİYE’DE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET

#### 5. TÜRKİYE’DE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET

Son yıllarda Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yaygınlaştığı ve yaygınlaşan şiddetin sağlık sektörünü ciddi biçimde etkilediği birçok kez dile getirilmiştir. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin boyutları, nedenleri, etkileri ve şiddeti yönetmeye dair çözüm önerileri hakkında henüz tam ve güvenilir bir veri olmamakla birlikte, son yıllarda bu alanda yapılmış birçok yeni araştırma ve çalışma mevcuttur. Bu bölümde Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin boyutu, nedenleri ve şiddetin engellenmesine dair çözüm önerileri; yapılan çalışma ve araştırmaların ışığında, Komisyona yapılan sunumlar ve literatür göz önünde bulundurularak sistematik bir biçimde ortaya konulmaya çalışılmaktadır.

#### 5.1. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Boyutu

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin boyutunu anlamaya yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Bu araştırmalardan derlenmiş bazı sonuçlar Tablo 13’te verilmiştir. Bu çalışmalar 1990’ların sonunda yapılmaya başlanmakla birlikte 2000’li yıllardan itibaren artmıştır. Bu çalışmalar Türkiye’de şiddetin boyutunu, nedenlerini ve türlerini anlamak için çok önemli ipuçları sunmakta ancak çalışmaların örneklemeleri ve metodolojik farklılıkları nedeni ile birbirleri ile karşılaştırılmaları açısından önemli kısıtlılıklar yaşanmaktadır. Bu kısıtlılığı aşmak açısından Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili Ocak 1999-Temmuz 2010 tarihleri arasında yayınlanmış çalışmaların gözden geçirilmesini ve çalışmalardan elde edilen verilerin sistematik biçimde incelenmesini kapsayan KESER ÖZCAN ve BİLGİN’in çalışması önemli veriler sağlamaktadır.<sup>232</sup>

---

<sup>232</sup> Neslihan Keser Özcan ve Hülya Bilgin, 2011, Türkiye Klinikleri J 1446 Med Sci 2011;31(6), [http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/makale/sistematik\\_derleme.pdf](http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/makale/sistematik_derleme.pdf), Erişim Tarihi: 11.01.2013.

**Tablo 13. Türkiye’de Yapılan Çalışmalara Göre Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Sıklığı<sup>233</sup>**

Yazarlar	Çalışmanın Amacı	Örneklem büyüklüğü ve kapsamı	İncelenen şiddet türü ve süre	Sonuçlar
<b>Aslan (1999)</b>	İstanbul’da acil ünitelerinin fizik şartları ve çalışanlarının karşılaştıkları sorunları belirlemek	808 acil ünitesinde çalışan sağlık personeli (hemşire, doktor, yardımcı personel) (üç genel hastane)	Sözel ve fiziksel şiddet	Genel şiddet, hemşirelerde %70,4, doktorlarda %76,1 ve diğer sağlık çalışanlarında %43,5.
<b>Öztunç (2001)</b>	Adana’da çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları sözel ve fiziksel tacizleri belirlemek	257 hemşire (üç genel hastane)	Sözel tehdit, sözel, cinsel ve fiziksel şiddet	Sözel taciz %68,5; sözel korkutma %47,9; fiziksel saldırı %16,0; sözel cinsel taciz %10,5.
<b>Uzun, Bağ, Özer (2001)</b>	Erzurum’da çalışan hemşirelerin yaşadıkları sözel şiddet ve etkileri	314 hemşire (bir üniversite, iki devlet hastanesi)	Sözel şiddet (son altı ay)	Sözel şiddet %85,7, (%76,4 hasta, %19 hasta yakını)
<b>Ayrancı, Yenilmez, Günay ve ark. (2002)</b>	Ankara, Eskişehir ve Kütahya’da sağlık kurumlarında çalışan sağlık meslek gruplarında şiddete maruz kalanlarla kalmayanların durumlarını karşılaştırmak	1071 sağlık personeli (hemşire, pratisyen hekim araştırma görevlisi, uzman hekim, hasta bakıcı, teknisyen, öğretim üyesi, karşılama görevlisi) (birinci basamak, devlet hastanesi, üniversite hastanesi, özel sağlık kurumu)	Sözel, fiziksel şiddet (son bir yıl)	Şiddete maruz kalma %72,3 (sözel şiddet %69,5; tehdit %53,2; fiziksel şiddet %8,5).
<b>Kısa, Dziegielewski, Ateş (2002)</b>	Ankara’da çalışan hemşirelerde cinsel tacizi ve bu duruma karşı yanıtları belirlemek ve örneklemek	353 hemşire (bir üniversite, bir devlet hastanesi)	Cinsel şiddet	Cinsel şiddet (Fiziki, sözel) %73

<sup>233</sup> Neslihan Keser Özcan ve Hülya Bilgin, 2011, age.

<b>Ergör, Kılıç, Gürpınar (2003)</b>	İzmir birinci basamakta çalışan sağlık meslek gruplarının iş risklerini tanımlanmak	143 sağlık personeli (doktor ve diğer personel) (18 birinci basamak sağlık kurumu)	Sözel, fiziksel şiddet (son bir yıl)	Sözel şiddet (Dr. %80,9, diğer sağlık çalışanı %56), fiziksel şiddet (Dr. %20,5 ve diğer sağlık çalışanı %15,3)
<b>Uzun (2003)</b>	Doğu Anadolu bölgesinde çalışan hemşirelerin klinik ortamda karşılaştıkları sözel taciz ve hemşirelerin algılarını belirlemek	467 hemşire (üç genel hastane)	Sözel şiddet (son bir yıl)	Sözel şiddet %86,7, (%22,7 hasta, %59,8 hasta yakını)
<b>Alçelik, Deniz, Yeşildal ve ark. (2005)</b>	Düzce Tıp Fakültesi'nde çalışan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarını değerlendirmek	68 hemşire (bir tıp fakültesi)	Sözel ve fiziksel şiddet 8	Sözel şiddet %92,2, fiziksel şiddet %2,1
<b>Ayrancı U (2005)</b>	Kütahya, Afyon, Eskişehir, Ankara ve Bilecik'te acil serviste çalışan sağlık çalışanlarına yönelik güvenlik, sekreter, ünite koordinatörü saldırılarını belirlemek	242 sağlık personeli sekiz hemşire, doktor, pansumancı, (18 kurum acil servisi)	Tehdit, sözel, fiziksel şiddet(son bir yıl)	Sözel şiddet (hemşire %66,1, Dr. %100); fiziksel şiddet (hemşire %11,9, Dr. %22,2)
<b>Senuzun, Ergün, Karadakovan (2005)</b>	İzmir'de çeşitli hastanelerin acil ünitelerinde çalışan hemşirelere yönelik şiddeti ve olay sonrası yasal durumu belirlemek	66 hemşire (dört genel hastane acil servisleri) 8	Sözel ve fiziksel şiddet	Sözel şiddet %98,5, fiziksel şiddet %19,7
<b>Taş, Çevik (2006)</b>	Konya'da pediatri servislerinde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları şiddeti incelemek	95 pediatri hemşiresi (altı genel hastane)	Sözel tehdit, sözel, fiziksel cinsel şiddet	Sözel şiddet %67,4, fiziksel şiddet %5,3, cinsel şiddet %1,1, tehdit/psikolojik %35,8
<b>Göz, Kızıl (2006)</b>	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları şiddet içerikli davranışları belirlenmek	154 hemşire (bir üniversite hastanesi dahiliye ve cerrahi klinikleri)	Sözel, fiziksel şiddet (son bir yıl)	Sözel şiddet %95,4, fiziksel şiddet %4,6
<b>Bilgin, Buzlu (2006)</b>	İstanbul'da psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları hasta saldırılarının doğasını ve hemşirelerin bu saldırılara karşı tutumlarını belirlemek	162 psikiyatri kliniğinde çalışan hemşire ve tanıklık (bir ruh sağlığı hastanesi)	Sözel, fiziksel şiddet(son bir yıl)	Sözel şiddet (hasta %87, hasta yakını %59,2), fiziksel şiddet (hasta %52,5, hasta yakını %12,4).

<b>Ayrancı, Yenilmez, Balcı ve ark. (2006)</b>	Kütahya, Eskişehir, Ankara ve Bilecik'te sağlık bakım çalışanlarına yönelik saldırılarda risk faktörlerini belirlemek	1209 sağlık personeli (asistan doktor, hemşire, yardımcı personel, pratisyen hekim, diş hekimi, eczacı, öğretim üyesi, uzman doktor) (34 sağlık kurumu)	Sözel, fiziksel şiddet (son bir yıl)	Sözel şiddet %72,4, fiziksel şiddet %11,7
<b>Öztunç (2006)</b>	Adana'da çeşitli kliniklerde çalışan hemşirelerin karşılaştıkları sözel saldırı durumlarını belirlemek	290 hemşire (bir genel hastane)	Sözel şiddet (son bir yıl) 10	Sözel şiddet %80,3 (hasta %37,9, hasta yakını %57,2)
<b>Boz, Acar, Ergin ve ark. (2006)</b>	Denizli'de acil ünitelerinde çalışan sağlık personelinin karşılaştığı şiddet olaylarını belirlemek	79 sağlık personeli (doktor, hemşire, yardımcı personel) (üç genel hastane acil servisi)	Sözel ve fiziksel şiddet ve tanıklık (son bir yıl)	Sözel şiddet %88,6, fiziksel şiddet %49,4
<b>Mandıracıoğlu, Çam (2006) 11</b>	İzmir ve Manisa'da bakımevinde çalışanların karşılaştıkları şiddet olaylarının sıklığını tükenmişliklerini belirlemek	214 sağlık personeli (sağlık bakım çalışanları, ve ofis çalışanları, hasta bakıcı, sosyal çalışmacı, psikolog) (altı bakımevi)	Sözel, fiziksel tehdit, fiziksel, cinsel şiddet (son bir yıl)	Sözel şiddet %75, cinsel şiddet %7, tehdit %24.
<b>Yıldırım, Yıldırım (2007)</b>	İstanbul'da hemşirelerin çalıştıkları hastanelerde karşılaştıkları duygusal şiddetin sıklığı ve hemşireler üzerindeki etkisini belirlemek	505 hemşire (iki devlet, dört özel hastane)	Psikolojik şiddet (son bir yıl)	Tehdit Psikolojik şiddet %86,5
<b>Erkol, Gökdoğan, Erkol ve ark. (2007)</b>	Bolu'da çalışan sağlık personelinin karşılaştıkları saldırı olaylarının sıklığı ve etkilerini belirlemek (21 üniversite hastanesi, bir devlet hastanesi, bir özel dal hastanesi)	124 sağlık personeli (doktor, hemşire ve hizmetli)	Tehdit davranışı, sözel ve fiziksel şiddet (son beş yıl)	Sözel şiddet %50,7 (hemşire %81,8, Dr. %96,7, diğer sağlık çalışanlarına %66,6); fiziksel şiddet %15,5, tehdit %33,8
<b>Aydın, Coşkun, Balcı ve ark. (2007)</b>	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlilerinin iş ortamına ilişkin değerlendirmeleri ve beklentilerini belirlemek	226 araştırma görevlisi doktor (bir üniversite hastanesi)	Sözel, fiziksel şiddet (son bir yıl)	Sözel şiddet %53,5, fiziksel şiddet %1,8
<b>Çelik, Çelik, Ağırbaş, Uğurluoğlu (2007)</b>	Ankara'da çalışan hemşirelerin karşılaştıkları sözel ve fiziksel saldırı sıklığını, kaynaklarını ve etkilerini belirlemek	622 hemşire (sekiz hastane)	Sözel, fiziksel şiddet	Sözel şiddet %91,1, fiziksel şiddet %33

<b>Çelik, Çelik (2007)</b>	Ankara'da çalışan hemşirelerin karşılaştıkları cinsel şiddetin sıklığı, etkileyen faktörler ve sonuçlarını belirlemek	622 hemşire (sekiz hastane)	Cinsel şiddet	Cinsel şiddet %37,1
<b>Piyal, Kaya, Çelen (2007)</b>	Ankara'da 112 acilde çalışan sağlık personelinin karşılaştıkları şiddet olayları ve çeşitli değişkenlerle ilişkisini incelemek	200 sağlık personeli (doktor, diğer personel) (112 acil)	Saldırı korkusu, sözel tehdit, sözel, fizik şiddet (son bir yıl)	Şiddet korkusu %73,0; taciz %55,8; sözel şiddet (hemşire %36,4; Dr. %46,6, diğer sağlık personeli %30,1), fiziksel şiddet % 6.
<b>Canbaz, DüNDAR, Dabak ve ark. (2008)</b>	Samsun'da acil ve 112 acil çalışanlarının karşılaştıkları şiddet sıklığı ve anksiyete durumlarını belirlemek	280 sağlık personeli (doktor, hemşire, ambulans ekibi, yardımcı personel) (beş 112 acil, dört acil servis)	Sözel tehdit, sözel taciz, fiziksel şiddet ve tanıklık (son bir yıl)	Sözel şiddet hemşire %59; doktor%72,3, diğer sağlık personeli %54,2), fiziksel şiddet (hemşire %14,3; doktor%17,6, diğer sağlık personeli %41,7).
<b>Acik, Deveci, Güneş ve ark. (2008)</b>	Türkiye'de uzmanlık eğitimi boyunca şiddete maruz kalma durumunun belirlenmesi	1712 asistan doktor (yedi coğrafi bölge hastaneleri)	Sözel, fiziksel, cinsel şiddet (asistanlık boyunca)	Sözel şiddet %67, fiziksel şiddet %16, Cinsel şiddet %3
<b>Özen Çöl (2008)</b>	Muğla'da sağlık çalışanları arasındaki psikolojik şiddetin incelenmesi	272 hastane çalışanı (doktor, hemşire, idari personel, teknik eleman ve diğer) (bir devlet iki özel hastane)	Psikolojik şiddet ve tanıklık (son bir yıl)	Psikolojik şiddet (doktorlarda %35,9, diğer sağlık personeline %33,3)
<b>Gökçe, DüNDAR (2008)</b>	Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ile şiddete maruziyetin sorumluluk ve sürekli kaygı düzeylerine olan etkisinin incelenmesi	64 sağlık personeli (doktor, hemşire) (bir ruh sağlığı hastanesi)	Sözel ve fiziksel şiddet (son bir yıl)	Sözel şiddet %85,9, fiziksel şiddet %26,5
<b>Kısa (2008)</b>	Ankara'da hemşirelerde sözel şiddetin ve şiddet sonrası yaşananlarının belirlenmesi	339 hemşire (bir devlet hastanesi)	Sözel şiddet (son bir yıl)	Sözel şiddet %79,4

---

<b>Aydın, Kartal, Midik ve ark. (2009) 10.5</b>	Türkiye’de pratisyen hekimlerin karşılaştıkları şiddetin ve çözüm için önerilerin belirlenmesi	522 pratisyen doktor (48 ilde genel hastaneler devlet, sağlık ocakları ve 112 acil)	Sözel, fiziksel, cinsel, ekonomik şiddet (son üç yıl)	Sözel şiddet %89,3, fiziksel şiddet %7,9, cinsel şiddet %1,1
---	--	---	---	--

---



Tablodan da görüleceği üzere, tüm Türkiye'yi temsil eden çalışma sayısı yok denecek kadar azdır. Ülkemizde şiddet konusunda yapılan araştırmalar genellikle şiddetin daha sıklıkla yaşandığı yataklı tedavi kurumlarında yapılmış olup, devlet hastaneleri acil servis hizmetleri ve poliklinikler sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin daha fazla görüldüğü yerlerdir. Bu birimler hasta ve yakınlarının ivedi hizmet almak istedikleri ve çatışmaların sıklıkla yaşanabileceği yerlerdir. Şiddetin sıklıkla görüldüğü bir diğer hizmet birimi ise 112 Acil Sağlık Hizmetleri birimleridir. Burada da benzer biçimde acil hasta kaygısı nedeniyle, sağlık çalışanları bireylerin şiddet içeren davranışları ile karşılaşabilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ise sıklıkla poliklinik hizmetlerinde şiddet ile karşılaşmaktadır.

Çalışmalarda Türkiye'de şiddet olaylarının %79'unun acil servislerde olduğu ve %91'inin hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği ifade edilmiştir.<sup>234, 235, 236</sup> Türkiye'de şiddet çoklukla sözel olarak görülmekte, fiziksel şiddet ile daha az karşılaşmaktadır. Fiziksel şiddete erkekler, sözel şiddete kadınlar daha çok maruz kalmaktadır. Kadınlar sözel, erkekler fiziksel şiddet ile daha fazla karşılaşmaktadır.<sup>237, 238, 239, 240, 241, 242 243</sup>

Saldırganların çoğunlukla hasta/hasta yakını ve erkek olduğu pek çok çalışma ve sunumun ortak bulgusudur. Yine alkol, madde bağımlıları ve psikiyatrik bozuklukları olanların da daha çok şiddete başvurdukları gözlenmektedir.<sup>244, 245, 246</sup>

---

<sup>234</sup> Nihat Tosun, 10.10.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>235</sup> AHEF, 05.12.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>236</sup> PAR-DER, 10.01.2013 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>237</sup> Açık Y et al., 2008, Experience of Workplace Violence During Medical Speciality Training in Turkey, *Occup Med Adv Access*, 58(5):361-6.

<sup>238</sup> Aydın B et al., 2009, Violence Against General Practitioners in Turkey, *J Interpers Violence*, 24(12):1980-94.

<sup>239</sup> Piyal B et al., 2007, Occupational Correlates Among 112 Emergency and Health Workers, *AJCI* 1(1):1-6.

<sup>240</sup> Canbaz S et al., 2008, Violence Towards Workers in hospital Emergency Services and İn Emergency Medical Care Units in Samsun: An Epidemiological Study, *Ulus Tarvma Acil Cerrahi Derg*, 14(3):239-44.

<sup>241</sup> Ünal Ayrancı et al., 2002, The Frequency of Being Exposed to Violence in The Various Health Institutions and Health Profession Groups, *Journal of Anatolian Psychiatry* 3(3):147-54.

<sup>242</sup> Mustafa Necmi İlhan, 12.12.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>243</sup> Neslihan Keser Özcan ve Hülya Bilgin 2011, age.

<sup>244</sup> Nihat Tosun, 10.10.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>245</sup> Canbaz S et al., 2008, Violence Towards Workers in hospital Emergency Services and İn Emergency Medical Care Units in Samsun: An Epidemiological Study, *Ulus Tarvma Acil Cerrahi Derg*, 14(3):239-44.

<sup>246</sup> Ayrancı Ü et al., 2002, The Frequency of Being Exposed to Violence in The Various Health Institutions and Health Profession Groups, *Journal of Anatolian Psychiatry* 3(3):147-54.

Şiddet uygulayanlar daha çok 30 yaş altı, eğitimsiz, gelir düzeyi düşük, işsiz kişilerdir.<sup>247</sup>

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti araştıran çalışmaların önemli bir bulgusu da şiddetin çoklukla sağlık çalışanı tedavi, pansuman gibi hizmetleri verirken meydana gelmesidir. Bu sırada uygulanan şiddet hizmetin de aksamasına neden olmaktadır.<sup>248</sup> Türkiye’de yapılan çalışmaların çoğunda, karşılaşılan şiddetten sonra sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünün hizmet sunmaya devam ettiği ve olayı rapor etmediği görülmektedir. Fiziksel saldırı sonrası bildirim oranı, sözel saldırıya göre daha yüksektir. Şiddete uğrayanların fiziksel saldırılardan daha fazla zarar gördüğü ve bu yüzden bildirimde buldukları, diğer şiddet türlerini ise mesleğin doğasında var olan bir durum olarak kabul ettikleri ve bildirimde bulunmadıkları ya da bildirimde bulduklarında sonuç alamamaktan veya suçlanmaktan korktukları ifade edilmiştir.<sup>249</sup>

Bilindiği üzere şiddetin bir başka boyutu ise psikolojik taciz yani mobbingdir. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik mobbing konusunda yapılmış araştırma sayısı da sınırlıdır. Mevcut çalışmalarda mobbingin çoğunlukla bir üst konumdaki kişi ya da eş kıdemli kişi tarafından, hizmet sunumu sırasında uygulandığı ve Türkiye’de mobbingin yaklaşık %38-40 olarak görüldüğü belirtilmiştir.<sup>250, 251</sup> Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye ölçeğinde şiddet sıklığı ve nedenlerine ilişkin halen yürütülmekte olan araştırma içerisinde de mobbinge yönelik sorular bulunmaktadır.

2008 yılında “*Mobbingin Sağlık Çalışanlarına Etkisi Konulu*” 250 kadın ve 162 erkek sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir doktora çalışmasında mobbingin görülme sıklığının %12’den %60’a kadar çıktığı, sözlü tacizin %32 ve cinsel tacizin %12 olduğu bulunmuştur.<sup>252</sup>

---

<sup>247</sup> Mustafa Necmi İlhan, 12.12.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>248</sup> Mustafa Necmi İlhan vd., 2009, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntern Doktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler, Toplum Hekimliği Bülteni, 28(3):15-23.

<sup>249</sup> Neslihan Keser Özcan ve Hülya Bilgin, 2011, age.

<sup>250</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>251</sup> Mustafa Necmi İlhan vd., 2009, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntern Doktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler, Toplum Hekimliği Bülteni, 28(3):15-23.

<sup>252</sup> Fikret Aksoy, 2008, “Psikolojik Şiddetin (Mobbing) Sağlık Çalışanlarına Etkisi”, (Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi).

İstanbul'da özel hastanelerde çalışan hemşirelerin %70'inin mobbinge maruz kaldığı tespit edilmiştir.<sup>253</sup> Isparta'da 189 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bir araştırmada çalışanların %41,2'sinin mobbinge maruz kaldığı tespit edilmiştir.<sup>254</sup>

YILDIRIM ve YILDIRIM tarafından İstanbul'da 505 hemşire ile yapılan araştırmada özel ve kamu hastanesi arasında mobbing açısından fark olup olmadığı incelenmiş ve anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %86'sının mobbinge maruz kaldıkları ve %55,2 oranında arkalarından kötü konuşulmasının en sık, %7,3 oranında fiziksel şiddete uğranılmasının en az karşılaşılan mobbing davranışı olduğu belirtilmiştir. Mobbing karşısında gösterilen davranışsal tepkilerde %72,9 ile korku ve stres yaşama birinci sırada yer almaktadır.<sup>255</sup>

BİLGEL ve diğerleri tarafından 944 kişiyi kapsayan (sağlık, eğitim ve güvenlik sektöründe çalışanlar) bir mobbing araştırmasında katılımcıların %55'inin mobbinge maruz kaldığı, %47'sinin tanık olduğu, mobbingin %44'ünün düşey, %26'sının yatay, %24'nün dikey mobbing olduğu tespit edilmiştir.<sup>256</sup>

Türkiye'de sağlık alanında yaşanan şiddetin boyutunu ve nedenlerini tam olarak gözler önüne serilebilmek ve şiddeti önleyebilecek politikalar geliştirebilmek amacıyla; Sağlık Bakanlığı tarafından da birçok çalışma yapılmakta ve planlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı Müsteşarı tarafından Komisyona yapılan sunumda, 2011 yılında hastane yöneticilerinden yazılı form ile toplanan bilgilere göre 384 hastanenin %79'u hastanelerinde şiddet olaylarının görüldüğünü, şiddetin %56 sözlü ve fiziksel, %15 fiziksel, %29 yalnızca sözlü olduğu belirtilmiştir.<sup>257</sup>

---

<sup>253</sup> Tuna Dilman, 2007, Özel Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Duygusal Tacize Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul.

<sup>254</sup> Hüseyin Yavuz, 2007, Çalışanlarda Mobbing (Psikolojik Şiddet) Algısını Etkileyen Faktörler: SDÜ Tıp Fakültesi Üzerine bir Araştırma ( Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi).

<sup>255</sup> Aytolan Yıldırım ve Dilek Yıldırım, 2007, Mobbing in the Workplace by Peers and Managers: Mobbing Experienced by Nurses Working in Healthcare Facilities in Turkey and its Effect on Nurses. Journal of Clinical Nursing.

<sup>256</sup> Bilgel, N. Ayaç, S. Bayram, N., 2006, Bullying in Turkish White-Collar Workers. Occupational Medicine (56) 226-231.

<sup>257</sup> Nihat Tosun, 10.10.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı himayesinde ve Kırıkkale Üniversitesi koordinasyonunda 2012 yılında başlanan ve halen devam eden ‘‘Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti’’ araştıran, yaklaşık on beş bin sağlık çalışanını kapsayan ILO standartlarında bir bilimsel araştırma başlatılmıştır. Araştırmanın 26 Aralık 2012 tarihi itibarıyla son bir yıl ve 2152 kişiyi kapsayan sonuçlarına göre fiziksel şiddet %5,9 ve sözel şiddet %38,1 olarak analiz edilmiştir. Araştırma halen devam etmektedir.<sup>258</sup>

## 5.2. Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin engellenebilmesi için, temel nedenlerin iyi tespit edilip ona yönelik çözüm önerilerini içeren politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Tüm çalışmalarda ve literatürde sağlıkta yaşanan şiddetin toplumda yaşanan şiddet ve sorun çözme anlayışının bir parçası olarak sosyal bir sorun olarak kabul edilmesi gerektiği vurgulanmakla birlikte; yukarıda sözü edilen araştırmalardan derlenen sonuçlara göre sağlıkta şiddetin nedenleri şu şekilde tespit edilmiştir.<sup>259</sup>

1. Mental ve davranış bozukluğu
2. Eğitim düzeyi düşüklüğü ve kurallara uymama,
3. Çok sayıda muayene ve test yapılması,
4. Stresli hasta yakınları ve kalabalık gürültülü ortamlar,
5. Hasta ve hasta yakınlarının aşırı istekte bulunması,
6. Uzun bekleme süreleri,
7. Sağlık çalışanı yetersizliği,
8. Yanlış anlamalar, iletişim problemleri ve kişisel sorunlar.

Komisyon çalışmaları sırasında konunun tüm paydaşları, uzmanlar ve akademisyenler dinlenmiş, yerinde ziyaretlerde ve incelemelerde bulunulmuş, ayrıca konuya ilişkin literatürden de yararlanılmıştır.

---

<sup>258</sup> Recep Akdağ, 09.01.2013 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>259</sup> Keser Özcan N., Bilgin H., 2011 Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemik derleme, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 31(6):1442-56.

Yukarıda yer verilen tüm çalışmalar ışığında; bu başlıkta; Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri ve çözüm önerileri bir önceki bölümde (Dördüncü Bölüm) ifade edilen CURBOW’un sınıflaması da dikkate alınarak ortaya konulacak ve Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri dört ana başlık altında ele alınacaktır:

1. Örgütsel/kurumsal faktörler
2. Toplumsal faktörler
3. Tarafların (hizmeti sunan ve hizmeti alan) özellikleri, etkileşimleri ve iletişim,
4. Çevresel faktörler
5. Hukuka/Yargıya İlişkin Nedenler

Şiddeti doğuran sebepleri kesin çizgilerle birbirinden ayırarak sınıflamak olanaklı değilse de, teorik çerçeveye paralellik sağlamak ve bu nedenleri sistematik bir çerçevede ortaya koyabilmek adına böyle bir sınıflamaya gidilmiştir.

### **5.2.1. Örgütsel/Kurumsal Faktörler**

Sağlık hizmetinin sunulduğu alanlar, hizmetin özelliği ve çeşitliliği nedeniyle oldukça karmaşık yapılardır. Kaygı düzeyi yüksek kişiler (hasta, hasta yakınları, hasta olduğunu düşünenler) bu alanlarda hizmet almaktadırlar. Değiştirilemeyecek bu özelliğe ek olarak; bekleme alanlarının yetersizliği, havasız ve uygun ışıklandırmanın olmadığı ortamlar, yönlendirmelerin eksikliği gibi fiziki alt yapı eksiklikleri hizmet alanların ve verenlerin stres düzeyini yükseltmekte ve şiddete yol açabilmektedir.

Sağlıkla ilgili rutin ya da değişiklik yapılan uygulamaların halka tam olarak anlatılmamış olması, eksik ve hatalı bilgiler hasta ve hasta yakınlarında gerçekleştirilmesi mümkün olmayan beklentilere neden olmakta, bu beklentilerin karşılanamaması da şiddete başvurmalarına neden olabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu alanlarda yöneticilerin, hastalara yönelik süreçleri yeterince incelememeleri ve sıkıntılı süreçler düzenlemedeki yetersizlikler de hizmet alanların stres düzeyini yükselterek, şiddet eğilimlerini artırmaktadır.

Bürokratik süreçlerin zorluğu ve karmaşıklığı da şiddetin nedenleri arasında yer almaktadır.

Geri ödeme kurumunca yapılan düzenlemeler sonucu çeşitli alanlarda hastalardan tahsil edilen katılım payları da tartışmalara yol açmakta ve zaman zaman da hasta veya hasta yakınlarında da şiddete başvurma eğilimini artırmaktadır.

Artan iş yükü nedeniyle, hastaların tanı, tedavi ve bilgilendirilmesine ayrılan sürecin kısalması da şiddetin nedenleri arasında yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığının SABİM uygulamasının hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları tarafından sağlık personelinin şikâyet hattı olarak algılanması da hem hizmet sunan hem de hizmet alan tarafından şiddete eğilimi artırmaktadır. Çalışan haklarının hasta hakları kadar bilinmemesi ve SABİM hakkında yeterli bilgilendirme yapılmamış olması nedeni ile yapılan amaç dışı başvurular hizmet sunucularına ilişkin şiddet ortaya çıkaran nedenler arasında yer almaktadır.

SABİM toplumun ve sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi amacı ile kurulmuş bir iletişim merkezidir. SABİM konusunda bilgi ve farkındalığın yeterli olmaması, şikâyetlerin SABİM tarafından yeterince süzülmemesi ve SABİM incelemesi yapan kişilerin yapıcı olmayan yaklaşımlarının şiddete neden olabildiği de iddia edilmektedir.<sup>260</sup>

Yeterli ve etkili güvenlik sistemlerinin kurulamaması, özellikle yüksek riskli alanlarda fiziksel şiddete neden olabilecek araç ve gerecin kolay ulaşılabilir halde bulunması da (masa üzerinde tel, zımba, delgeç; kolayca kaldırılıp fırlatılabilecek tabure ve sandalye gibi) olası şiddetin etkisini artırabilecek nedenlerden birisidir.

Sağlık çalışanlarının sayısal yetersizliği ve dengesiz dağılımı da hastaların bekleme sürelerinin uzamasına, sağlık personelinin hastaya ayırdığı zamanın kısalmasına ve aşırı yorgunluğa bağlı olarak şiddet nedenleri arasında görülmektedir.

---

<sup>260</sup> TTB, TDB, SES; 11.10.2012, 17.10.2012 ve 01.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu sunumları.

Sağlık Bakanlığının gerek güvenlik tedbirleri, gerekse diğer pek çok uygulamayı hayata geçirmekle birlikte son yıllara kadar sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda temel bir politika oluşturmamış olması, sağlık çalışanlarının şiddete uğrama durumunda sorunu birbirinden farklı yöntemlerle çözmeye çalışmalarına neden olmuş, konuyla ilgili sistematik bir davranış modeli olmaması da hizmet alanların şiddet uygulama konusunda kendilerini rahat hissetmelerine neden olmuştur.

Silah, delici-kesici aletlerin kişisel olarak edinilmesi ve taşınması için gerekli koşulların kolaylığı, dolayısıyla bireysel silahlanmanın artması da sözel şiddetle bitebilecek bir davranışın, fiziksel şiddete dönüşmesi ve ölümle sonuçlanmasına neden olabilmektedir.

Komisyonumuza sunum yapan bazı meslek örgütleri ve sendika temsilcileri mevcut uygulama biçimi ile performansa dayalı ödeme biçiminin nitelikten ziyade niceliği ön plana çıkarmasının çalışma barışını bozabildiğini, daha fazla işlemin daha fazla performans puanını beraberinde getirdiğinden hastaya ayrılan sürenin kısa tutulabildiği ve bunların doğrudan olmasa bile dolaylı olarak şiddeti besleyebildiği fikrini savunmuşlardır.<sup>261</sup>

### 5.2.2. Toplumsal Faktörler

Bilgi ve iletişim teknolojisindeki gelişmeler gibi nedenlerden dolayı topluma ilişkin nedenler tartışılırken toplumda var olan yaygın şiddet kültürü üzerine vurgu yapmak gerekir. Şiddet konusundaki araştırmaların ulaştığı genel bir sonuç; şiddetin, bir fasit daire, bir sarmal şeklinde ilerlediği ve şiddetin şiddeti doğurduğudur.<sup>262</sup>

Toplumun ve bireyin genel şiddet eğilimindeki artış, toplumda saldırganlığın artması, gündelik yaşamda artan şiddet (kadına yönelik, trafikte, sporda, sağlık alanında...) ve hoşgörüsüzlük<sup>263</sup>, şiddetin kanıksanması, toplumda şiddete hoşgörü

---

<sup>261</sup> TTB, TDB, TÜRK SAĞLIK SEN, SES, THD, ATUDER, Ahmet Tamer AKER ve Ümit BİÇER; 11.10.2012, 17.10.2012, 31.10.2012, 01.11.2012, 15.11.2012, 29.11.2012 ve 13.12.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu sunumları.

<sup>262</sup> Erol GÖKA, ATUDER; 22.11.2012 ve 29.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu sunumları.

<sup>263</sup> TTB, SAĞLIK SEN, TÜRK SAĞLIK SEN, THD, Erol GÖKA, ATUDER, HAYASAD, Ayla OKAY, Ahmet Tamer AKER ve Ümit BİÇER, Mustafa Necmi İLHAN; 11.10.2012, 18.10.2012, 31.10.2012, 15.11.2012, 22.11.2012, 29.11.2012, 12.12.2012, 06.12.2012, 13.12.2012 ve 12.12.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu sunumları.

ile yaklaşım anlayışı ve şiddetin sorun çözme mekanizması olarak görülmesi<sup>264</sup>, bekleneceği üzere sağlık alanına da yansımıştır. Toplumda iletişim ve kendini ifade eksikliği, sorunları açıklıkla konuşma, dinleme ve empati alışkanlığının pek olmaması da şiddetin temel nedenlerinden birisidir.

Toplum giderek bilinçlenmekte ve hak arama davranışı yaygınlaşmaktadır. Bu istenen bir durum olmakla birlikte hak arama davranışının şiddet yoluyla gerçekleştirilmeye çalışılması istenmeyen bir durumdur. Bu durumunun kök nedenlerine inildiğinde temelinde şiddet uygulayan kişinin ailesinde ve eğitim sisteminde “şiddetin” bir eğitim aracı olduğu gerçeğinin yattığı tespiti yapılabilir.

Mevcut durumu ile sorunlarını çözemeyen ya da hakkının yenildiğini düşünen toplum üyeleri çevrelerinde ve medyada sık olarak gördükleri gibi şiddet uygulayarak çözüm arayışlarına gitmektedir.

Okul öncesinde, okulda, yükseköğretimde ve çalışma yaşamında fiziksel ve sözel başta olmak üzere şiddet uygulayarak sorunlarına çözüm arayan ve/veya bulan birey veya grupların varlığı da bireyleri şiddet kullanmaya teşvik etmektedir.

Toplumdaki bireylerin sağlıklı iletişim kuramamaları ve kendini ifade eksiklikleri de şiddeti doğuran nedenler arasında sayılmaktadır. Sağlıklı iletişim gerek bireylerin kendi durumlarını başkaları ile paylaşmada gerekse başkaları tarafından söylenenleri algılamada oldukça önemli bir unsurdur. Sağlıklı iletişimde bulunamayan ve kendini ifade edemeyen bireyler sağlık hizmeti taleplerinde de kendilerini ifade edemeyerek sağlık çalışanları tarafından da anlaşılammakta, böylece yukarıda belirtilen önemli nedenlerden birisi olan iletişim eksikliğinden kaynaklanan sorunlar ortaya çıkmaktadır. Hatta çoğu zaman sağlık çalışanının kasten kendisini anlamadığını düşünen bireyler, şiddeti sorun çözme aracı olarak görmekte ve şiddet uygulayarak sorun çözme yoluna gitmektedir.

Medyada sağlık çalışanlarına yönelik gerçekliği araştırılmamış olumsuz haberlerin yer alması toplumda; hekim, hemşire, 112 çalışanı gibi personele karşı olumsuz ön yargıların oluşmasına neden olmaktadır. Örneğin sürekli “ambulans geç kaldı!” haberi ile görsel ve yazılı medyada karşı karşıya kalan birey bir süre sonra “tüm ambulanslar geç kalmaktadır” gibi bir ön yargıya sahip olmaktadır.

---

<sup>264</sup> TTB, ATUDER, SAĞLIK SEN, Ahmet Tamer AKER ve Ümit BİÇER; 11.10.2012, 29.11.2012, 18.10.2012, 13.12.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu sunumları.



“Acil hasta” kavramı ülkemizde çok net olarak bilinmemektedir. Bu nedenle gerekli olmayan durumlarda da bireyler acil sağlık hizmetlerinden yararlanmak istemektedirler. Bu durum da özellikle acil servisler ve 112 acil sağlık hizmetlerinde bireyleri bir an önce hizmet alma talebi ile sözel ve fiziksel saldırıya yöneltmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusu konuşulurken sıklıkla gündeme gelen konulardan birisi de hekimliğin otonomisinin sorgulanmaya başlanmasıdır. Bilgiye ulaşma imkânlarının artması ve toplumun her konuda giderek artan bilgi talepleri de bu durumu artırmıştır.<sup>265</sup>

Medyada sağlık haberleri; yanlış, eksik, tiraj ve reyting kaygısı ile verilmektedir. Medyada sağlık çalışanlarına ilişkin olumsuz haberler yer alabilmektedir. Dizilerde sağlık çalışanların imajını zedeleyecek sahnelere yer verilmektedir. Medyada şiddet sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti teşvik eden haberlerin ve şiddeti içeren yapımların varlığı önemli bir şiddet unsurudur. Medyada gerek dizi gerek haber gerek belgesel kanallarında pek çok kez sağlık kurumları ve çalışanlarına yönelik olumsuz haberler çıkmakta, bu da toplum tarafından yanlış anlaşılabilir sağlık çalışanlarına yönelik şiddete dönüşebilmektedir. Öte yandan medyada çıkan sağlık çalışanlarına yönelik pek çok haber de aslında gerçeği yansıtmamakta, yalnızca reyting ya da tirajı artırabilmek için kullanılmaktadır. Özellikle kimi dizilerde “*hasta yaşamazsa sen de yaşamazsın doktor*” repliği gibi ifade edilen olumsuz söz ve görüntüler toplumun sağlık çalışanına yönelik şiddeti meşru gibi algılamasına neden olabilmektedir. Yine “yanlış iğne oldu, kolu kesildi” gibi çok nadiren de olsa ortaya çıkabilecek komplikasyonların sürekli bir biçimde iletişim araçları tarafından yayımlanması sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti körükleyebilmektedir.

Sağlık çalışanları konusundaki olumsuz haberlerin ilgi görmesi nedeniyle sürekli konuya ilişkin olumsuz haber yapılması, gençlerin televizyonda her gün onlarca şiddet sahnesi seyrederek yetişmeleri,<sup>266</sup> basında çıkan provokatif içerikli

---

<sup>265</sup> Ayla OKAY, 06.12.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu sunumu.

<sup>266</sup> ATUDER, 29.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu sunumu.

yanlış haberler,<sup>267</sup> haberlerin bir kısmında sağlık çalışanlarının işini iyi yapmayan kişiler olarak gösterilmesi,<sup>268</sup> televizyon dizilerinde sağlık çalışanlarına şiddet içeren sahnelerin sıklıkla yer alması ve özendirilmesi,<sup>269</sup> tiraj ve reyting kaygılı yayın politikasının egemen oluşu ve olumsuz hekimlik örneklerinin yoğun ve sürekli gündemde tutulması<sup>270</sup> da sağlık personeline yönelik şiddeti artıran nedenler arasındadır.

### **5.2.3. Tarafların (Hizmeti Sunan ve Hizmeti Alan) Özellikleri, Etkileşimleri ve İletişim**

Sağlık çalışanları, kendi meslektaşları, hastalar ve hasta yakınları olmak üzere kaygı, endişe ve beklenti düzeyleri birbirinden oldukça farklı kişi ve gruplarla sürekli iletişim ve etkileşim halinde çalışmak zorundadırlar. Bu iletişim sürecinin hasta ve hasta yakınları ile olan boyutu, iletişimin sıklığı ve niteliği anlamında çok önemli farklılıklar taşımaktadır. Sağlık personeli, sağlık hizmetinin niteliğinden dolayı yüz yüze iletişim kurmak ve hastanın özel alanına girerek iş görmek durumundadır. Bu özelleştirilmiş alan kişi için korunma, savunma ve davranışlarını düzenleme alanı olduğundan duygusallıkla yüklüdür. Dolayısıyla hastaların (psikolojik durumları da göz önünde bulundurulduğunda) tedavi gereği olarak bile olsa “özel alanlarını” sağlık personeline açmaları oldukça zor olduğu gibi her iki taraf için de zorlu bir iletişim sürecini gerekli kılmaktadır.<sup>271</sup>

Sağlık çalışanları yaptıkları işin doğası gereği zorlu iletişim alanlarında bulunmakta, acılı haber verme, kendi profesyonel alanlarıyla ilgili bilgiyi halk diline çevirerek zamanında ve doğru olarak aktarabilme gibi sorunlarla gün içerisinde defalarca karşı karşıya gelmektedir.

Sağlıkçıların kendi meslektaşları ile olan iletişimleri ise; rekabet, kötüleme, çıkar amaçlı olarak hekim ya da sağlık personeline karşı diğer sağlık çalışanlarının olumsuz söylem ve yönlendirmeleri hasta ve hasta yakınlarını şikâyete ve şiddete yönlendirebilmektedir.

---

<sup>267</sup> ATUDER, 29.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu sunumu.

<sup>268</sup> Abdülrezak ALTUN, 18.12.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu sunumu.

<sup>269</sup> AHEF, 05.12.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu sunumu.

<sup>270</sup> TTB, 11.10.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu sunumu.

<sup>271</sup> Ümit Şahin, Sağlık Hizmetlerinde İletişim, www.umitsahin.com, Erişim Tarihi: 07.01.2013.

Sağlık alanında yetiştirilen sağlık çalışanlarının lisans ve lisansüstü eğitimleri sırasında çoğunlukla iletişim becerilerine yönelik eğitim almamış olmaları, çatışma yönetimi ve öfke yönetimi konusunda çalışanlara beceri kazandırılmamış olması,<sup>272</sup> çalışma hayatlarında iletişim problemlerine neden olmakta, bu durum da şiddet nedenlerinden olabilmektedir.<sup>273</sup>

Sağlık çalışanları zaman zaman kendi iletişim eksiklerinden kaynaklanan nedenlerle şiddetle karşılaşabilmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının yeterli ve zamanında bilgilendirilmemesi, zaten kaygı içerisinde olan hasta ve yakınlarında stresi daha da artırmakta ve şiddete neden olmaktadır. Acılı haber verme durumuyla sık sık karşılaşan sağlık personelinin bunu anlatırken kullanacağı dilin ve tarzın önemi yadsınamaz. Sağlık çalışanları uzun ve yorucu çalışma süreleri, sağlık alanında çok yoğun olan psikososyal risk etmenleri ve iletişim teknikleri konusundaki eğitim eksiklikleri nedeni ile iletişim kurmada zorluk yaşayabilmektedir.

Sağlık çalışanlarının ülke genelinde dengesiz dağılımı ve nicelik olarak yetersizliği ağır çalışma koşullarına neden olmakta ve bu da sağlık çalışanlarında tükenmişlik sendromuna neden olabilmektedir. Ayrıca farklı yerlerde çalıştırılan sağlık çalışanları (örneğin gündüz aile hekimi, gece ise acil servis çalışanı) hizmet sunumunda verimli olamamakta ve yaşanan yoğun stresli ortam öfke kontrolünü ve iletişimi zora sokmakta, hasta ve hasta yakınları ile şiddete neden olabilmektedir.

Bazı sağlık kurumlarında mobbing uygulamalarının olması, zaten zor koşullarda çalışan sağlık çalışanlarını daha da olumsuz etkilemektedir. Psikolojik tacizin (mobbing) ve etkilerinin çalışanlar ve yöneticiler tarafından yeterince bilinmiyor olması<sup>274</sup> ve psikolojik tacizin bir suç olduğu ve cezasının olduğunun çalışanlar ve yöneticiler tarafından bilinmiyor olması da<sup>275</sup> şiddeti artıran nedenler arasında yer almaktadır.

---

<sup>272</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>273</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>274</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>275</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

Sağlık hizmetinin tüm unvanlarla bir ekip çalışması yapılarak sunulabileceğinin, ekip üyelerinin hizmet sürecinde ast ve üst ilişkisini belirli bir dengede tutması zorunluluğunun bilinmemesi, özellikle hekimlerin diğer personelden katıksız itaat beklmeleri, formal anlamda koçluk yapma becerilerinin kazanılmamış olması da işyerindeki stresi artıran nedenler arasındadır.

Sağlık çalışanlarının mevzuatı yeterince bilmemeleri de zaman zaman hastalar ve yakınları ile sağlık çalışanları arasında özellikle sözel şiddetin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.<sup>276</sup>

Çağımızda zamanın kıymetinin artması, hasta ve hasta yakınlarının hemen hizmet alma, hızla tedavi olma, kısa sürede işin bitmesi gibi yüksek beklenti içine girmelerine neden olmaktadır. Bu beklentinin karşılanmaması durumunda ise başvurular şiddete eğilim gösterebilmektedir. Oysa sağlık hizmetlerinin sunumunda ana tema “insan olup” bireylerin sağlık sorunları aynı hastalık söz konusu olsa dahi yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, başka hastalıkların varlığı vb. pek çok değişkene göre farklılık gösterebilmektedir. Hizmete başvuranlar ise her ne olursa olsun işlerini ivedilikle bitirme kaygısı yaşamaktadır.<sup>277</sup>

Sağlık çalışanlarının amacı tüm hastaların komplikasyonsuz iyileşmelerini sağlamak olmakla birlikte, bazı durumlarda komplikasyonlar, iyileşmeme, ölümle sonuçlanma gibi olumsuzlukların yaşanması kaçınılmazdır. Bu gibi durumları hasta ve yakınlarının anlayamaması ve sağlık kurumuna gelen herkesin sağ ve sağlıklı olarak oradan ayrılması beklentisi de şiddet nedeni olabilmektedir.

Hasta ve hasta yakınlarının kendileri ya da hastaları ile yeterince ilgilenilmediği düşüncesi sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti doğuran önemli nedenlerden birisidir. Oysaki sağlık hizmetleri sunumu profesyonellik gerektirmekte olup, hasta ve hasta yakınları ile hizmet sunucuları arasında bilgi asimetrisi vardır. Kendi bilgileri ile hastası ile yeterince ilgilenilmediğini düşünen hasta ve hasta yakınları, hastaları ile ilgilenilsin kaygısı ya da ilgilenilmediği gerekçesi ile şiddete başvurabilmektedir.

---

<sup>276</sup> Mobbingder, 14.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>277</sup> TTB, TDB, TÜRK SAĞLIK SEN, SAĞLIK HAK-SEN, Erol GÖKA, ATUDER, Ayla OKAY; 11.10.2012, 17.10.2012, 31.10.2012, 18.10.2012, 07.11.2012, 22.11.2012, 29.11.2012 ve 06.12.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu sunumları.

Akıl hastalığı olan, alkol ve/veya madde bağımlısı olan kişiler toplumsal yaşamın her alanında olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da pek çok soruna neden olabilmektedir. Bu kişiler toplumun diğer bireylerinden daha fazla şiddet uygulayabilmekte ve sorunlarını şiddet yoluyla çözme yaklaşımı içerisine girebilmektedir.<sup>278</sup>

Ülkemizde yakın iş çevresinden, akrabalardan ve komşulardan önerilen tedavilerin kullanımı yaygın görülmekte, toplumun beşte biri kendi kendine ilaç kullanmaktadır.<sup>279</sup> Başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanları birey için o anki durumuna uygun tetkik ve tedaviler önermekte, bireyler ise daha çok çevresinden kendisine önerilen ilaçların yazılmasını, tetkiklerin yapılmasını talep etmekte bu da şiddeti doğurabilmektedir.

Sistemden kaynaklanan sorunların nedeninin sağlık çalışanı olarak görülmesi, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti artıran temel etmenlerden birisidir. Özellikle de geri ödeme kurumu ile ilgili sıkıntılar buna neden olmaktadır.

Sağlık okuryazarlığının eksikliği, sağlık hizmetinden yararlanma koşullarının bilinmemesi, acil hasta kavramındaki yanlış bilgilenme de hasta ve hasta yakınlarının beklentilerini değiştirerek şiddet nedeni olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Hastane öncesi sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hasta ve hasta yakınlarının 112 ambulansının yerine geç ulaştığına yönelik hatalı zaman algısından kaynaklı nedenler ile hizmetin aksamaması ve hasta güvenliği nedeniyle hasta yakınlarının ambulansa alınmaması ve hasta yakınlarının bu konudaki ısrarlı tutumları da şiddete neden olabilmektedir.

#### **5.2.4. Çevresel Faktörler**

Ülkemizde sağlık hizmeti hastane, poliklinik gibi kapalı ve yerleşik mekânlarda verilebildiği gibi hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, aile hekimliği

---

<sup>278</sup> ATUDER, 29.11.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>279</sup> Mustafa Necmi İlhan, Self Medication with Antibiotics: Questionnaire Survey Among Primary Care Centre Attendants. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2009, 18(12): 1150-1157.

kapsamında gezici olarak da verilmektedir. Yerleşik hizmet veren birimlerin faaliyet gösterdikleri çevreye ait suç düzeyi, yoksulluk düzeyi, uyuşturucu kullanım seviyesi, barınma olanakları, çete olaylarının yoğunluğu gibi olumsuz faktörler hasta ve yakınlarının şiddete eğilimlerini artırmakta ve çevresel faktörlere bağlı şiddetin görülmesine neden olmaktadır. Gezici verilen hizmetler için de aynı sorun söz konusudur.

### **5.2.5. Hukuka/Yargıya İlişkin Nedenler**

Türkiye’de şiddet olaylarının yeterli cezayı almadığı konusunda yargıya olan güven eksikliği söz konusudur. Türkiye’de özellikle kadına şiddet konusunda olduğu gibi yargının şiddet uygulayanlara yeterli cezayı vermediği görüşü hâkimdir. Bunun yanında yargının şiddet olayları karşısında çok uzun sürede karar vermesi şiddet başvurusunun ve sonuçlanma işleminin pek çok idari uygulama ve başvuru zorluğu içermesi yargıya ilişkin nedenler arasında sayılabilir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayanlara verilen cezalar halen yeterli caydırıcılıktan uzaktır. Şiddet uygulayanlar “kahveye gitmeme” gibi caydırıcılığı olmayan cezalarla karşılaşabilmektedir.

### **5.3. Türkiye’de Sağlıkta Yaşanan Şiddetin Nedenlerini Anlamaya ve Çözüm Yolları Geliştirmeye Yönelik Olarak Yapılan Çalışmalar (Mevzuat ve Uygulamalar)**

Türkiye’de sağlıkta yaşanan şiddetin nedenlerini anlamaya ve çözüm yolları geliştirmeye yönelik olarak hem Sağlık Bakanlığı hem de çeşitli meslek örgütleri ve sendikalarca çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu bölümde ilk olarak Sağlık Bakanlığınca yapılan öncelikli olarak hizmet sunumu sürecindeki risklerin belirlenmesi ve hizmetin güvenli ortamlarda sürdürülebilmesi amacıyla gerçekleştirilen mevzuat ve uygulamalara yer verilecektir. Sağlık Bakanlığınca bu amaçla gerçekleştirilen politikaların (mevzuat ve uygulamaların) hedefi genel olarak sağlık alanında güvenli hizmet sunumunun sağlanması, hak ve sorumluluk bilincinin geliştirilmesi, sağlık çalışanlarının motivasyonlarının artırılması ve sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması olarak ifade edilmiştir.<sup>280</sup>

---

<sup>280</sup> Nihat Tosun, 10.10.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

### 5.3.1. Mevzuat, Düzenleme ve Uygulamalar

Sağlık Bakanlığının çalışan güvenliğine yönelik çalışmaları içerisinde öncelikli olarak mevzuat çalışmaları yer almaktadır. Bu çalışmalardan ilki 16.10.2009 tarihinde yürürlüğe girerek Resmî Gazete’de yayımlanan “*Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ*”dir. Bu Tebliğ’de;

- ✓ Sağlık hizmetinin verildiği kritik alanlara giriş çıkışların kontrollü olarak sağlanması,
- ✓ Yeterli sayıda güvenlik görevlisi bulundurulması,
- ✓ Ortak kullanım alanlarında kamera sistemi ile izlemenin yapılması ve gerekli önlemlerin alınması düzenlenmiştir (EK-2).

“*Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik*” 06.04.2011 tarihinde Resmî Gazete’de yayımlanmıştır. Bu Yönetmelik ile sağlık kurumlarında;

- Çalışan güvenliği programlarının hazırlanması,
- Çalışanlara yönelik sağlık taramaların yapılması,
- Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması,
- Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almalarının sağlanması,
- Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması hususlarında gerekli düzenlemelerin yapılması ve tedbirlerin alınması istenilmiştir (EK-3).

Resmî Gazete’de 28.04.2012 tarihinde yayımlanan “*Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik*” Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarda görev yapan personele, sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiilin gerçekleştirilmiş olması halinde verilecek hukuki yardımın mahiyetini düzenlemektedir (EK-4).

Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ’ın imzası ile 14.05.2012 tarihinde 81 ilde bulunan tüm kamu, üniversite, özel sağlık kurum ve kuruluşlarına gönderilen “*Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi*” ile çalışan güvenliğine ilişkin düzenlemeler ve düzenlemelerin takibi hatırlatılmıştır (EK-5).

“Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi” ile içerisinde 6’ncı madde sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde, acil verilmesi gereken hizmetler hariç olmak üzere hizmetten çekilme talebinde bulunmaları yani “hizmetten çekilme” düzenlenmiştir. Bu maddeye göre:

a) Hizmetten çekilme talebi, kurum tarafından belirlenen yöneticiye sözlü veya yazılı olarak bildirilecektir.

b) Bildirim üzerine yetkili yönetici, olayı derhal değerlendirerek hizmetten çekilme talebinin uygun olup olmadığı hakkında gecikmeksizin karar verecektir.

c) Yetkili yönetici, hizmetten çekilme talebini uygun bulduğu takdirde hastanın sağlık hizmeti almasına ve tedavisinin devamına yönelik tedbirleri güvenlik tedbirleriyle birlikte alacaktır. Bu kapsamda ilgili hastanın sağlık hizmetini devam ettirecek yeni sağlık çalışanını belirleyecek, kurum içerisinde bunun mümkün olmaması halinde hastanın hizmet alabileceği başka bir sağlık kurumuna sevkini ve hizmet alımını sağlayacaktır. Bu süreç sırasında hastanın tedavisinin aksatılmamasına özen gösterilecektir (EK 5).

İçişleri Bakanlığınca 26.04.2012 tarihinde yayımlanan “Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması” genelgesi ile yerine getirdikleri kamu görevi nedeniyle sağlık çalışanlarına karşı;

- ✓ Yaralama (TCK Madde 86-87),
- ✓ Tehdit (TCK Madde 106),
- ✓ Hakaret (TCK Madde 125),

fiillerinin işlenmesi halinde, mağdur kişinin şikâyeti aranmaksızın, sağlık kurumlarında görevli olan hastane polisleri ve kolluk kuvvetlerince doğrudan işlem tesis edilmesi, ilgili Cumhuriyet savcılığına bilgi verilmesi, gerekli soruşturmanın başlatılması görevi verilmiştir (EK-6).

Sağlık Bakanlığınca 2005 yılında yayımlanan ve 2007, 2009 ve 2011 yıllarında güncellenen “Sağlıkta Kalite Standartları” rehberleri ile hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, kamuda yılda iki kez, özel ve üniversite sağlık merkezlerinde her yıl düzenli olarak değerlendirmeler yapmak suretiyle, kurumların çalışan güvenliğine yönelik aldığı tedbirlerin uygulanmasını izlemek amaçlanmıştır.<sup>281</sup>

---

<sup>281</sup> Hastane Hizmet Kalite Standartları Kitabı (2011)

[http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/hizmet\\_kalite\\_standartlari\\_2011](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/hizmet_kalite_standartlari_2011),

Erişim Tarihi:

21.03.2013.



Hastane Hizmet Kalite Standartları 2011 Rehberi içerisinde her hastanede bir “Çalışan Güvenliği Komitesi” kurulması; Çalışan Güvenliği Komitesinde tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, bir hekim, enfeksiyon hemşiresi, güvenlik amiri, psikiyatrist veya psikolog veya sosyal hizmet uzmanı ve diğer meslek gruplarından (laboratuvar teknisyeni, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni) bir temsilci yer alması ilkesi getirilmiştir.

Çalışan Güvenliği Komitesinin görev tanımı ise şu şekilde belirlenmiştir:

- Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması,
- Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması,
- Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması,
- Kesici delici alet yaralanma risklerinin azaltılması,
- Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması,
- Sağlık taramalarının yapılması.<sup>282</sup>

Yine aynı rehber içerisinde Beyaz Kod yönetimine yönelik düzenleme yapılması; uyarı sistemi oluşturulması, tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden bir temsilci, psikolog veya sosyal hizmet uzmanı ve güvenlik amirinden oluşan sorumluların belirlenmesi standart olarak belirlenmiştir.

Yapılan Beyaz Kod müdahalesi ile ilgili kayıtların tutulması sırasında şu hususlara yer verilmesi de kararlaştırılmıştır:

- Olayın olduğu tarih ve saat,
- Olayın olduğu yer,
- Olay anında yapılan iş,
- Olayın başlama nedeni,
- Olayın oluş şekli,
- Olayda varsa kullanılan nesne,
- Olayda çevrede oluşan olumsuzluklar,
- Olaya karışanların yaş, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgiler.<sup>283</sup>

---

<sup>282</sup> Hastane Hizmet Kalite Standartları, 2011, age.

<sup>283</sup> Hastane Hizmet Kalite Standartları, 2011, age.

### 5.3.2. Toplumsal Farkındalığı Artırmaya Yönelik Faaliyetler

Sağlık Bakanlığı ve çeşitli sivil toplum örgütlerinin katılımı ile 2011 yılında “Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans Sempozyumu” gerçekleştirilmiş ve basın mensupları, iletişim uzmanları, idareciler ve sağlık çalışanlarının katılımıyla ulusal düzeyde “Şiddete Sıfır Tolerans” kampanyası başlatılmıştır.

Hasta hekim iletişimini kuvvetlendirmek amacıyla 2009 yılından itibaren 14 Mart Tıp Bayramı içerisinde “Sevgi En İyi İlaçtır” kampanyası düzenlenmekte ve hazırlanan spot filmler ve gazete ilanları ile toplumsal farkındalığı arttırmak amaçlanmaktadır.<sup>284</sup>

Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumları başlığı altında 2010 yılından itibaren illerde çeşitli toplantılar düzenlenmiş ve bu toplantılarda çalışan güvenliği ve Beyaz Kod uygulamaları anlatılmış, toplamda 6000 sağlık personeline eğitim verilmiştir. Ayrıca “Paydaş Toplantıları” adı altında 14-18 Mayıs 2012 tarihleri arasında birçok sivil toplum örgütü ile toplantılar gerçekleştirilmiş; çalışanlara yönelik şiddet konusunda mevcut durum ve alınacak tedbirler istişare edilmiştir.<sup>285</sup>

Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumlarında da dile getirildiği üzere sağlık çalışanlarının ve hastane güvenlik personelinin eğitimleri gerçekleştirilmiştir. 594 hastanede 187.202 sağlık çalışanı ve güvenlik görevlisine iletişim eğitimi verilmiştir.<sup>286</sup>

### 5.3.3. Takip, Kayıt ve Müdahale Sistemleri ve Beyaz Kod Uygulaması

Çalışan Güvenliği Genelgesi ile hastane düzeyinde Beyaz Kod uygulaması başlatılmıştır. Beyaz Kod uygulaması; sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları riskine karşı oluşturulan erken uyarı sistemidir. Beyaz Kod bildirim şiddet olayının bildirilmesi ve Beyaz Kod çağrısı (1111) verilmesini takiben olaya müdahale edilmesi ve olayla ilgili tutanak ve formların düzenlenmesi süreçlerini kapsar.

---

<sup>284</sup> Recep Akdağ, 09.01.2013 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>285</sup> Recep Akdağ, 09.01.2013 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

<sup>286</sup> Recep Akdağ, 09.01.2013 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

İllerde hukuki süreçleri birebir takip etmek üzere avukatların sorumluluğunda 81 İl Sağlık Müdürlüğünde Beyaz Kod İl Koordinatörlükleri, Bakanlık Merkezde ise şiddet olaylarını takip etmek ve süreçleri koordine etmek amacıyla Bakanlık Beyaz Kod Birimi kurulmuştur. Bakanlık Beyaz Kod Birimi 24 saat hizmet veren “113” numaralı telefon hattı ve “www.beyazkod.saglik.gov.tr” internet adresi ile koordinasyonu sağlamaktadır. Bakanlık Beyaz Kod Biriminin görevleri:

- Kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olaylarını izlemek,
- Sağlık çalışanlarına psikolojik destek sağlamak,
- Hukuki süreçlerin başlatılması ve takibi ile,
- Veri toplama ve analizdir.<sup>287</sup>

Beyaz Kod Birimine günlük ortalama 23 bildirim yapılmaktadır. Bu bildirimler sözel şiddet (sözel tehdit, küfür, mesleki bilgiye yönelik alay, hakaret içeren sözler) ve fiziksel şiddet (çalışana yönelik fiziksel şiddet, fiziksel şiddet teşebbüsü, kurum ve donanım yapılarına zarar verme) kategorilerinde analiz edilmektedir. 01 Temmuz-31 Aralık 2012 tarihi itibarıyla bu bildirimlerin analizi şu şekildedir<sup>288</sup>:

**Tablo 14. Beyaz Kod Bildirimlerinin Türü ve Sayısı**

Şiddet Türü	Sayı	%
Sözel Şiddet	2917	67
Fiziksel Şiddet	1425	33
Toplam	4342	100

<sup>287</sup> Nihat Tosun, 10.10.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu

<sup>288</sup> Recep Akdağ, 09.01.2013 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu

**Tablo 15. Şiddete Maruz Kalanların Cinsiyete Göre Dağılımı**

Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	1920	44
Kadın	2422	56
Toplam	4342	100

**Tablo 16. Şiddete Maruz Kalanların Unvanlara Göre Dağılımı**

Unvan	Sayı	%
Hekim	2408	55
Diş Hekimi	224	6
Hekim Dışı Sağlık Personeli	1312	30
Şirket Çalışanı	304	7
İdari Personel	94	2

**Tablo 17. Şiddet Olayının Gerçekleştiği Birim**

	Sayı	%
Acil Servis	1433	33
Poliklinikler	1330	31
Klinik/Servisler	702	16
Ameliyathane/Yoğun Bakım	84	2
Tetkik Bölümleri	151	3
112 İstasyonu/vaka yeri	233	6
Diğer	409	8

#### **5.3.4. Komisyonun Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ'a Mektubu ve Sağlık Bakanlığının Yanıtları**

Komisyonumuzun çalışmaları devam ederken, tespit edilen hususlar muvacehesinde, Sağlık Bakanına bir öneri metni gönderilmiş ve müstaceliyet taşıyan hususlara ilişkin olarak gerekli çalışmaların başlatılmasını Sağlık Bakanlığından talep edilmiştir. Bu hususlara aşağıda yer verilmektedir:

➤ Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle ceza hukuku kapsamında yürütülmekte olan işlemler ve davalarda sağlık çalışanlarına sağlanan hukuki yardımın, hastanelerde hizmet alımı ile çalıştırılan özel şirket elemanlarına da yapılmasının temini,

➤ Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı personele karşı işlenen suçların cezalarının arttırılması ve daha caydırıcı hale getirilmesi, ayrıca özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait sağlık kurum ve kuruluşlarında istihdam edilen personele karşı hizmet dolayısıyla işlenen suçların da kamu görevlilerine karşı işlenen suçlar gibi cezalandırılabilmesi amacıyla, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda gerekli değişikliklerin yapılmasına yönelik çalışmaların başlatılması,

➤ Şiddete karşı kamuoyu bilinci oluşturacağı ve caydırıcılık sağlayacağı cihetle, sağlık çalışanlarına yönelik olarak işlenen suçların yargılaması sonucunda verilen mahkûmiyet kararlarının medya yoluyla halka duyurulması,

➤ Sağlık çalışanlarının saygınlığının ve şiddete karşı toplumsal bilincin artırılmasına yönelik olarak, toplumca sevilen ve saygı duyulan isimlerin rol aldığı kamu spotlarının hazırlanması; reklam, film ve dizilerde sağlık çalışanları konusunda doğru mesajların verilmesi konusunda gerekli girişimlerin yapılması,

➤ İlköğretimden başlayarak eğitim ve öğretimin her kademesinde sağlık çalışanları ile sağlık kurum ve kuruluşlarının işleyişine yönelik eğitimlerin verilmesine ilişkin çalışmaların yapılması,

➤ Bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında, söz konusu kurum veya kuruluşun güvenlik kameralarıyla izlendiğine ilişkin uyarıcı yazılara yer verilmesi hususunda gerekli çalışmaların yapılması,

➤ Hastanelerde görevli güvenlik görevlilerine iletişim eğitimi gibi gerekli hizmet içi eğitimlerin verilmesinin temini,

➤ Maruz kaldığı şiddet nedeniyle iş göremeyen sağlık çalışanlarının uğradıkları maddi kayıpların telafi edilebilmesi amacıyla mevzuatta gerekli düzenlemelerin yapılması,

➤ Sağlık çalışanlarına yönelik olarak görsel ve yazılı medyada yer alan yanıltıcı haberlere ilişkin cevap ve düzeltme hakkının etkin kullanımının sağlanması,

➤ Sağlık kurum ve kuruluşlarında yer alan hasta haklarına ilişkin bilgilendirici yazıların yanında hasta ve hasta yakınlarının sorumluluklarına ilişkin bilgilendirici yazılara da yer verilmesi.

Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ tarafından Komisyonumuza yapılan sunumda; hizmet alımı ile çalışan personel için yeni şartnamelere gerekli maddelerin eklendiği, kamu personeli olmayan sağlık çalışanlarına yönelik suçların kamu görevlilerine ilişkin suçlar kapsamına alınması için Adalet Bakanlığı ile görüşüldüğü, şiddet faillerinin mahkûmiyet kararlarının kamuoyu ile paylaşıldığı, konuya ilişkin kamu spotları hazırlandığı, sağlık çalışanlarına yönelik medyada yer alan yanıltıcı haberlere ilişkin cevap ve düzeltme hakkının etkin kullanılması için çalışıldığı, tüm sağlık kurumlarına şiddete tolerans olmadığına dair bilgilendirici yazılar hazırlanması, şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının maddi kayıplarının telafisi için çalışmaların sürdüğü, Sağlık Çalışanlarını Şiddetten Koruma Stratejisi ve Eylem Planı çerçevesinde çalışmalarının devam ettiği bilgisine yer verilmiştir.<sup>289</sup>

### 5.3.5. Çeşitli Meslek Örgütleri ve Sendikalarca Yapılan Çalışmalar

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunu anlamak, nedenlerini analiz etmek ve çözüm yolları geliştirilmesine yönelik öneriler geliştirmek amacıyla meslek örgütleri ve sendikalarca da çeşitli çalışmalar yapılmıştır.

Tabip odaları üyeleri hekimler ve sağlık çalışanlarının görevleriyle ilgili maruz kaldıkları şiddetin bildirimini amacıyla şiddet telefon hatları kurmuştur.

Ayrıca sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerini saptamak ve çözüm önerileri geliştirmek amacıyla; meslek örgütleri ve sendikalarca birçok araştırma toplantı, çalıştay ve sempozyum yapılmıştır. Bunlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir:

1. TTB Şiddet Çalıştayı-2007
2. Gaziantep-Kilis Tabip Odası "Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu I" başlıklı "Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı"nı Araştırması-2008.
3. Isparta-Burdur Tabip Odası "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı" Araştırması-2008.
4. İstanbul Tabip Odası ve Türk Tabipleri Birliği "Hekime Yönelik Şiddet Önlenebilir mi?" Çalıştayı-2009
5. Sağlık Sen "Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans Sempozyumu"-2011.
6. Aydın Tabip Odası "Şiddetin Gölgesinde Hekimlik" Araştırması-2012

---

<sup>289</sup> Recep AKDAĞ, 09.01.2013 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

7. Ankara Tabip Odası “Hekime ve Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddetin Boyutları ve Nedenleri Anketi”-2012.

8. Türk Sağlık Sen “Sağlık Çalışanlarının Çalışma Hayatındaki Sorunları Araştırması”-2012.

#### **5.4. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete İlişkin Çözüm Önerileri**

Komisyonumuza sunum yapan tüm paydaşlardan gelen çözüm önerileri değerlendirildiğinde sağlıkta yaşanan şiddetin toplumun diğer alanlarındaki şiddetten ayrı düşünülemeyeceği ve çözüm önerilerinin bu bakış açısı ile değerlendirilmesi konusunda görüş birliği olduğu gözlenmiştir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet 2012 yılı içerisinde Türkiye'nin önemli gündem maddelerinden birisi olmuştur. Sağlık hizmetleri sunumunda görülen şiddet başta sağlık hizmeti sunmakta olan sağlık personeli olmak üzere sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan herkesi, yani tüm toplumu yakından ilgilendirmektedir. Ancak bu konu, sorunun birincil mağduru olan sağlık çalışanları için ayrıca bir endişe kaynağıdır. Sağlık Bakanlığı sağlık çalışanlarının konuyla ilgili endişelerini gidermek adına çeşitli çalışmalar yürütmekte ve düzenlemeler yapmaktadır.

Komisyonumuza yapılan sunular sonucunda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili çözüm önerileri bir bütün halinde değerlendirildiğinde, bunların ağırlıklı olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemeye dönük (risk yönetimi) birincil korumayı amaçlayan öneriler olduğu saptanmıştır. Öne çıkan öneriler arasında; cezaların caydırıcılığının artırılması, yetkililerin söylemlerine dikkat etmesi hasta beklentilerin dengelenmesi, hizmet verilen alanların iyileştirilmesi, güvenlik önlemlerinin /güvenlikçi sayısının artırılması, sağlık çalışanlarının özel eğitimlerden geçmesi (iletişim vb) ve kamu spotları ve dizilerle verilecek mesajların düzenlenmesi en başlarda yer almaktadır.

##### **5.4.1. Örgütsel/ Kurumsal Faktörlere Yönelik Öneriler**

Türkiye'de sağlık çalışanlarının sayısında ve dağılımında bulunan eksikliklerin giderilmesi için mevcut politikaların geliştirilmesine gereksinim vardır.

Sağlık çalışanlarının nicelik olarak yetersizliği giderilerek, sağlık çalışanı üzerindeki aşırı iş yükü makul seviyeye getirilmelidir. Bu düzeltme çalışması hasta ve hasta yakınlarına ayrılacak olan süreyi artırarak pek çok çatışmanın önüne geçilmesini sağlayacaktır. Sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinin (özellikle acil servis, 112, asistanlık eğitimi, hemşirelik hizmetleri gibi alanlarda) 24 saati bulması, hatta 36 saate kadar uzaması tükenmişlik, yorgunluk, verimsizlik ile sonuçlanmakta ve bu olumsuz koşullar da hasta ve yakınları ile iletişimde kesinti ve yanlış anlaşılmalara neden olabilmektedir. Sağlık çalışanlarının çalışma sürelerinin düzenlenerek, uzamış çalışma saatlerinden kaynaklanan olumsuzluklar giderilmelidir.

Sağlık hizmeti verilen tüm kuruluşlarda şiddete yönelik risk değerlendirmesi yapılmalı, sağlık çalışanlarının şiddete uğramasını engelleyecek güvenlik önlemleri ivedilikle alınmalıdır. Hasta ile gereğinde teması kesebilecek güvenli alanların oluşturulması, hastane içi Beyaz Kod uygulaması, güvenli çalışma ortamlarının sağlanması için alınacak önlemler iyi uygulama örnekleri arasında sayılabilir.

Hizmetin yoğun olarak verildiği ve hasta yakınlarının da fazla olduğu birimlerde uygun bekleme alanları sağlanmalı, hasta yakınlarının müdahale alanlarına girmesini engelleyecek düzenlemeler yapılmalı, sağlık çalışanları aracılığıyla ve elektronik bilgilendirme yöntemleri ile bekleyen hasta yakınlarına hastalar hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

Hizmet sunumuna ilişkin olarak sonuç bekleme, kan verme vb. süreçler yöneticiler tarafından periyodik olarak gözden geçirilerek, verimlik esasına uygun olarak düzenlenmeli, birbirini takip eden operasyonel alanlar (ortopedi polikliniği - alçı odası, kardiyoloji polikliniği - EKG çekim odası gibi) birbirine yakın olarak konuşlandırılmalıdır. Böylece uzun bekleme süreleri ve sağlık kurumu içindeki gereksiz hasta hareketleri azaltılmış olacaktır. Halen sürdürülmekte olan bürokratik işlemlerin kısaltılması çalışmaları, belli aralıklarla gözden geçirilerek sürdürülmelidir.

Eczacılara yönelik şiddet en çok katkı payı tahsilatı sırasında gerçekleştiğinden, katkı paylarının eczanelerden tahsilatı kaldırılmalıdır.

Performans uygulaması, sağlık hizmetinde ekip anlayışını bozmayacak, hızlı değil etkili hasta bakmayı özendirerek biçimde düzenlenerek sürdürülmelidir.



SABİM konusunda bilgi ve farkındalık artırıcı çalışmalar yapılmalı, SABİM şikâyetleri uzman kişiler tarafından değerlendirilmeden geçirildikten sonra işleme konulmalıdır. SABİM'e yapılan başvurular daha titiz bir şekilde irdelenerek çalışanların psikolojik durumlarını bozacak davranışlardan kaçınılmalı, somut bir olaya dayanmayan, şikâyet sahibinin adı ve adresi belli olmayan, personelin kusurunun bulunmadığı açıkça görülen şikâyetler değerlendirmeye alınmamalıdır. Şikâyetlerin SABİM tarafından yeterince süzülerek sağlık yöneticisine yansıtılması ve SABİM incelemesi yapan kişilerin yapıcı olmayan yaklaşımlarının düzeltilmesi sağlık çalışanlarına yönelik soruşturma baskısını azaltacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın halka tam olarak anlatılması sağlanmalı, gereksiz beklenti içine girmeleri engellenmelidir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında "Hasta Hakları Birimleri" ve "Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kurulları"nın birlikte yer alacağı Sağlık İletişim Merkezleri (SİM) kurulmalıdır. SİM'ler hem hasta ve yakınlarına hem de sağlık çalışanlarına ortaklaşa hizmet vermelidir. Sağlık kurumlarında yaşanabilecek iletişim kazaları, bilgi eksikliği, yanlış anlama ve anlaşılmalardan kaynaklanan problemleri çözmek üzere ombudsmanlık görevi üstlenecek bağımsız denetçilerin veya eğitilmiş uzman arabulucuların SİM'lerde istihdam edilmesi önerilebilir. Sağlık Ombudsmanı olması ve sorunlara müdahale etmesinin sağlanması, sorunların şiddete dönüşmeden çözümlenmesini sağlayabilir, böylece hem çalışan hakları ve güvenliği birimi hem de hasta hakları birimleri tek çatı altında toplanabilir. Sorunların bir merkezde toplanması, çözümü hızlandırır, iş yükünü azaltabilir.

Hastanelerde bulunan Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kurullarının daha etkin hizmet sunması ve çalışanlarının sağlık durumları ile memnuniyetlerinin izlenmesi yolu ile çalışma koşullarından kaynaklanan olumsuzluklar giderilmelidir.

Topluma yönelik olarak Milli Eğitim Bakanlığı tarafından Sağlık Bakanlığı işbirliği ile sağlık okuryazarlığı seferberliği başlatılmalıdır.

112 çalışanları için, komuta kontrol merkezleri ve istasyonların bağımsız konumları düşünülerek acil çıkış kapısı, şifreli kapı girişi gibi fiziki düzenlemeler ile caydırıcı ve önleyici güvenlik önlemlerin alınması, ambulans görev yapan ekipler için ambulans içi ve dışı izlem sistemleri ile bireyler için panik durum ekipmanları sağlanması şiddetten korunmada etkili yöntemler olacaktır.

Sağlık kurumlarında şiddete uğrayan bireyler için bakanlık merkez teşkilatı ile il müdürlüklerinde kurulan Beyaz Kod Birimi ve hukuki yardımın tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak biçimde genişletilmesi ve aynı olay karşısında aynı yöntemin uygulanacağı uygulama ve dil birliği sağlanmalıdır.

Topluma önder olan, rol model olan kişilerin; siyasilere, sanatçılara, toplum tarafından kabul edilen uzmanların sağlık çalışanlarına yönelik olumsuz söylemlerde bulunmamaları, hem mesleki saygınlığın korunması hem de bireylerin sağlık hizmetlerinden mümkün olmayan beklentilere girmelerini engelleyerek şiddeti azaltacaktır. Bahsi geçen kişilerin bunun yerine sağlıkta dönüşümü daha iyi anlatmaları çok daha etkileyici bir yöntem olacaktır. Bunun yanında Sağlık Bakanlığı da Sağlıkta Dönüşüm Süreci'ni topluma daha iyi anlatacak yöntemler benimsemelidir.

#### **5.4.2. Toplumsal Faktörlere Yönelik Öneriler**

Topluma yönelik çözüm önerileri içinde şiddetin sorun çözme biçimi olarak görülmesinin engellenmesi en başlarda yer almaktadır. Toplumun şiddet ile sorun çözme biçiminin engellenebilmesi için eğitim düzeyinin artırılması, kamu spotları ile bilgi ve farkındalık artışının sağlanması gerekmektedir.

Bu çerçevede Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı gibi kurumlar ile işbirliği yapılarak toplumda sorun çözme yöntemleri konusunda değişim sağlanmaya çalışılmalıdır.

Yapılacak uygulamalar içinde aileden başlayarak, okullara, camilere uzanan bir şiddet engelleme, sağlık iletişim eğitimi modeli geliştirilmesi uygun olacaktır.

Bunun yanında önemli ve müdahale edilmesi gereken alanlardan birisi de bireysel silahlanmadaki artışın önlenmesidir.

Sağlık çalışanına yönelik şiddet uygulayanların aldığı cezaların toplum ile paylaşılmasının da farkındalığı ve caydırıcılığı artırıcı etkisi olacağı düşünülmüştür.

Medyanın uyarılarak para cezası veya sağlık çalışanlarını doğru tanıtan kamu spotlarını yayımlama zorunluluğunun getirilmesi gerekmektedir. Medyanın sağlık konusunda, sağlık profesyonellerinden onay almadan haber yapmasının önüne geçilmelidir. Araştırma yapılmadan hazırlanan her yanlış ve taraflı haber için Sağlık Bakanlığı ve ilgili kurumlar gerekli davaları açarak takipçisi olmalıdır.

Görsel ve yazılı medya RTÜK başta olmak üzere, ilgili kurumlarca sağlık alanında yapılan haberlerin doğruluğu, tarafsızlığı konusunda denetimden geçmelidir. Olanaklı ise medya-sağlık-etik kurulu kurularak medyada çıkan haberler ve diğer ilgili programlar ve dokümanlar değerlendirilmelidir. Haberlerin yanında özellikle televizyon dizilerinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti teşvik edici, şiddet uygulayarak sorunların çözüldüğünü ifade eden replik ve görsellerden kesinlikle kaçınılmalıdır. Medyada olanaklı olduğu ölçüde sağlık çalışanlarının görevlerini hangi koşullarda ve duygular içerisinde yaptıkları, yedi gün ve yirmi dört saat toplum için kesintisiz hizmet sundukları anlatılarak toplumsal farkındalık ve bilinç oluşturulmalıdır. Yazılı ve görsel medyada sağlık çalışanlarına şiddeti engellemeye yönelik “Şiddete Sıfır Tolerans” vb. kamu spotlarına sıklıkla yer verilmeli, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayıcıların aldıkları cezalar duyurulmalıdır. Şiddet uygulayanların yalnızca kendilerine verilen hizmeti değil, hizmet almak için bekleyen diğer hastalara verilen hizmeti de aksattıkları vurgulanmalıdır. Ülke genelinde önderlik yapan kişilerin (siyasiler, sanatçılar, kanaat önderleri, işadamları, sporcular vb.) sağlık çalışanları ile birlikte görünürlüğü artırılmaya çalışılarak, sağlık çalışanları hakkındaki söylemlerine dikkat etmeleri sağlanarak toplumda olumlu duyguların artırılması sağlanmalıdır.

Bunun yanında toplumda ve medyada farkındalık artırıcı etkinlikler ile topluma şiddetin bir sorun çözme yöntemi olmadığını anlatılması, şiddet uygulandığında yüksek cezalarla karşılaşılacağı belirtilmelidir. Sağlık kurumlarında caydırıcılığı ortaya koyan güvenlik önlemlerinin alınması, fiziki mekânların uygun biçimde düzenlenmesi, hizmet alanların ve sağlık çalışanlarının kendilerini güvenli hissedecekleri çalışma ortamları hazırlanması gereklidir.

### **5.4.3. Tarafların (Hizmeti Sunan ve Alan) Özellikleri, Etkileşimleri ve İletişim**

Sağlık çalışanları uzun ve yorucu eğitim süreçleri boyunca bireylerin sağlıklarını korumak, hastalıkları teşhis etmek ve hastaları tedavi etmek için çok farklı konularda eğitim almaktadır. Ancak sağlık hizmeti sunumunun temel unsuru insandır. Çoğunlukla sağlık kurumuna bir sorun yaşayarak gelen hasta ve hasta yakınlarını anlayabilmek, sorunlarına çözüm bulabilmek için nitelikli bir sağlık çalışanı olmanın yanında iyi bir sağlık iletişimi bilgisine de ihtiyaç vardır.

Sağlıkla ilişkili eğitim veren kurumlarda (tıp fakültesi, hemşirelik fakültesi, eczacılık fakültesi, diş hekimliği fakültesi, paramedik okulları, sağlık meslek liseleri vb) teorik ve uygulamalı sağlık iletişimi derslerinin okutulması sağlık çalışanlarının birbirleri, hasta ve hasta yakınları ile iletişimlerini artıracak, kendilerini daha kolay ifade etmelerini sağlayacaktır. Sağlık iletişimi eğitiminin özellikle zor durumlar, kriz ve stres yönetimi gibi ana başlıkları içermesi alınan eğitimin daha etkin olmasını sağlayacaktır.

Verilecek eğitim için YÖK, üniversiteler, Sağlık Bakanlığı, TTB, Sendikalar ve diğer STK'lar gibi paydaşlar bir araya gelerek Türkiye'nin gereksinimlerine uygun, kullanılabilir ve sürdürülebilir bir eğitim programı geliştirmelidirler. Eğitim programı içeriğinde çocuk, engelli, yaşlı gibi kısıtlılığı olanlardan madde kullanıcılarına değin uzanan geniş bir çerçevede iletişim sağlama ve krizle baş etme yöntemleri en önde yer almalıdır.

Mezuniyet sonrasında da hizmet içi iletişim eğitimleri devam etmelidir. Sağlık çalışanlarının yanında hastane güvenlik personeline de göreve başlamadan sağlık iletişim eğitim almış olma şartı aranmalı, göreve devam ederken hizmet içi eğitimlerle desteklenmelidir.

Sağlık çalışanlarının karşı karşıya olduğu bir diğer şiddet sorunu ise mobbingdir. Mobbing konusunda bilinçlendirme çalışması yapılmalı, mobbingin bir yaygın bir şiddet türü olduğu tüm yönetici ve çalışanlara anlatılmalıdır. Gerek kurumsal önlemler, gerekse sağlık çalışanlarına yapılacak mobbingden korunma eğitimleri ile mobbing davranışlarından kaçınılması sağlanmalı ve konuyla ilgili mevzuat ve bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır.

Hasta ve hasta yakınlarının, devlet ve hizmet aldıkları kurumlar tarafından belirlenmiş olan kurallara uymaları gerekmektedir. Hastalar sağlık hizmetine başvururken “hasta sorumlulukları”nı yerine getirmeli, yalnızca ivedi hizmet almak kaygısında olmamalıdır. Bunun yanında sağlık çalışanlarının onlara hizmet vermek amacıyla bulduklarını ve kendi durumlarına en uygun hizmeti vermek için çaba harcadıklarını bilmelidirler.

Hasta hakları dernekleri ve benzeri sivil toplum kuruluşları hastaları yalnızca “haklar” konusunda değil “sorumluluklar” konusunda da eğitmeli ve Sağlık Bakanlığının da desteği ile toplumda farkındalık artırıcı uygulamalar yapmalıdır.

Hasta ve yakınları; hekim ve diğer sağlık çalışanının önerilerini dinlemeli, uygulamalı, tıbbi gerekliliği olmayan, yakın çevrelerinin önerileri, kulaktan duyma bilgilerle şekillenen ilaç, tetkik taleplerini gerçekleştirilmeye çalışmamalıdır.

Hasta ve yakınları her zaman en öncelikli hastanın kendi hastası olamayacağını, sağlık çalışanının hayati tehlike durumuna göre hastaları önceliklendirdiğini, hastalar arası kişisel ayırım yapmadığını bilmeli ve sağlık çalışanından beklentisini buna göre şekillendirmelidir. Tüm tıbbi imkânlar kullanılsa dahi bütün hastaların kurtarılamayacağı, bazı hastalarda (tüm dünyada olduğu gibi) sekeller kalabileceği, komplikasyonlar olabileceği, bunların sağlık çalışanı tarafından arzu edilmeyen ancak yine de karşılaşılabilen durumlar olduğu hasta ve hasta yakınlarına anlatılmalıdır.

Sağlık çalışanlarının kendi çalışma alanları ile ilgili güncel mevzuatı takip edebilmeleri için sistemler kurulmalı ve mevzuat değişikliklerine hâkim olmaları sağlanmalıdır. (Merkezi mevzuat takip sistemi gibi).

Madde bağımlılığı, duygu- davranış bozukluğu, akıl hastalığı olan bireyler ile daha önce şiddete başvuran hastalarla ilgili kayıtlar tutulmalı, bu hastalara yaklaşım konusunda gerekli psikolojik ve fiziksel önlemler alınmalıdır.

Özellikle 112 acil yardım ambulansı beklenirken geçen sürenin hasta ve hasta yakınları tarafından olduğundan daha uzun algılandığının, gerçek ulaşım süresi ile algılanan sürenin farklı olduğunun anlatılması için; hazırlanacak kamu spotlarında bekleyen için zamanın çok uzun geçtiğinin, beklemenin zorluğu konularına değinilmelidir. Hasta yakınlarının ambulansa alınmama nedenlerinin kendi hastalarının güvenliği olduğu da mutlaka vurgulanmalıdır.

Sistemden kaynaklanan sorunların sorumlusu olarak sağlık çalışanları görülmemeli, hasta ve sağlık çalışanı birlikte, mevcut sağlık sorununu gidermek için işbirliği içinde çalışan bir yapı gibi değerlendirilmelidir.

#### 5.4.4. Çevresel Faktörlere Yönelik Öneriler

Daha önceki bölümlerde yer verilen İngiltere örneğindeki benzer bir modelle; suç oranı, madde kullanım oranı yüksek olan bölgeler belirlenmeli, bu bölgelerdeki sağlık kurumlarında ve bölgeye sunulan gezici sağlık hizmetlerinde daha etkili güvenlik önlemleri alınmalıdır.

#### 5.4.5. Cezalara ve Adli Süreçlere Yönelik Öneriler

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddete ilişkin cezaların caydırıcılığının artırılması gerekmektedir. Yasal düzenlemelerin caydırıcılık ön planda olacak biçimde yapılandırılması ve ceza almış kişilerin kamuoyu ile paylaşılması gerekmektedir.

Türk Ceza Kanunu'nda bazı suçlarda mağdurun veya failin kimliği cezanın artırım nedeni olarak düzenlenmiştir, bu doğrultuda kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle işlenen suçlarda cezalar nitelikli olarak yani artırılarak verilmektedir. Örneğin, kasten öldürmenin cezası Kanun'un 81'inci maddesinde müebbet hapis cezası olarak düzenlenmişken nitelikli hale ilişkin 82'nci maddenin (g) bendinde bu suçun "*Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle*" işlenmesi halinde ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası verileceği hükme bağlanmıştır. Benzer hükümler yaralama ve hakaret gibi suç tiplerini düzenleyen maddelerde de yer almaktadır. Örneğin sağlık çalışanlarına karşı en sık işlenen suçlardan olan hakareti düzenleyen 125'inci maddede bu suçun "*kamu görevlisine karşı görevinden dolayı*" işlenmesi durumunda verilecek cezanın alt sınırının bir yıldan az olamayacağı düzenlenmiştir.

Yukarıdaki örneklerde geçen kamu görevlisi kavramının kimleri kapsadığı ise aynı Kanun'un 6'ncı maddesinde "*Ceza kanunlarının uygulanmasında;... Kamu görevlisi deyiminden; kamusal faaliyetin yürütülmesine atama veya seçilme yoluyla ya da herhangi bir surette sürekli, süreli veya geçici olarak katılan kişi, ... anlaşılır.*" şeklinde açıklanmıştır. Bu tanıma göre, kamuya bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan özel güvenlik görevlileri ve taşeron işçiler de görevlerinden dolayı şiddete maruz kaldıklarında kamu görevlisi gibi değerlendirilmektedir.

TCK sistematığında yukarıda yer verilen düzenlemeler sadece belirli bir meslek sınıfını kapsayacak şekilde yapılmamış yani kamu görevlilerinden sadece bir bölümünü hedefleyecek şekilde kaleme alınmamıştır. Söz konusu düzenlemelere mülga 765 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda yer verilmiştir. Örneğin mezkûr Kanun'un 266'ncı maddesinde resmî sıfatı haiz olan bir memura kavlen veya fiilen taarruz veya hakarete bulunma suçu aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir:

*“Bir kimse resmi sıfatı haiz olan bir memurun huzurunda ve ifa ettiği vazifeden dolayı şeref veya şöhretine veya vakar ve haysiyetine kavlen veya fiilen taarruz ve hakarete bulunursa, aşağıda gösterilen suretlerle cezalandırılır.*

*1. Hakaret ve taarruz asker veya jandarma efradından veya iki veya üçüncü bendlerde mezkûr memurlardan gayri memurinden biri aleyhinde ise iki aydan sekiz aya kadar hapis ve ikiyüz elli liradan beşyüz liraya kadar ağır para cezası ile mahkum edilir.*

*2. Hakaret ve taarruz asker veya jandarma subaylarından veya polis komiserlerinden veya amirlerinden yahut il genel meclisi veya belediye meclisi üyelerinden biri aleyhinde ise üç aydan iki seneye kadar hapis ve beşyüz liradan bin liraya kadar ağır para cezası ile cezalandırılır.*

*3. Hakaret ve taarruz Türkiye Büyük Millet Meclisi üyeleri ile temsil sıfatını veya emir ve idare salahiyetini haiz rüesadan veya hakim ve Cumhuriyet Savcılarıyla bunların yardımcıları veya sorgu hakimlerinden biri aleyhinde vaki olursa altı aydan otuz aya kadar hapis ve bin liradan iki bin liraya kadar ağır para cezası ile cezalandırılır.”*

Yürürlükte bulunan TCK'da ise yukarıda da değinildiği gibi örnekte görülen kazuistik düzenlemelerden vazgeçilmiş ve genel düzenlemeler yapılmıştır. Kanun koyucu, kamu görevlisine karşı işlenen suçun nitelikli bir hal olarak düzenlenmesi gerektiğini düşündüğü durumlarda bu artırım nedenini tüm kamu görevlilerini kapsayacak şekilde kaleme almıştır.

Bu değerlendirmelere rağmen Kanun'da değişiklik yapılarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddete verilen cezaların artırılması mümkündür. Anayasa Mahkemesinin 12.9.2012 tarihli ve E.2012/78, K.2012/111 sayılı Karar'ında yer vermiş olduğu *"Hukuk devletinde, ceza ve ceza yerine geçen güvenlik tedbirlerine ilişkin kurallar, ceza hukukunun ana ilkeleri ile Anayasa'nın konuya ilişkin kuralları başta olmak üzere, ülkenin sosyal, kültürel yapısı, etik değerleri ve ekonomik hayatın gereksinimleri göz önüne alınarak saptanacak ceza siyasetine göre belirlenir. Kanun koyucu, cezalandırma yetkisini kullanırken toplumda hangi eylemlerin suç sayılacağı, bunun hangi tür ve ölçüdeki ceza yaptırımını ile karşılanacağı, nelerin ağırlaştırıcı veya hafifletici sebep olarak kabul edilebileceği konularında takdir yetkisine sahiptir. Ancak hukuk devletinde, ceza hukuku kurallarının, nleme ve iyileştirme amaçlarına uygun olarak ölçülü, adil ve orantılı olması gerekir. Bununla birlikte sadece suçun temel şeklini esas alarak ve suçun temel şekli için öngörülen ceza miktarlarını suçun nitelikli halleri ile kıyaslayarak suç ve ceza arasında adil denge bulunup bulunmadığı konusunda bir karar vermek sorunu eksik olarak ele almak anlamına gelir. Bu nedenle suç ve ceza arasında adalete uygun bir oranın bulunup bulunmadığının saptanmasında o suçun toplumda yarattığı infial ve etki, kişiler üzerinde oluşturduğu tehlike, zarar görenin kişiliği ile ona verilen zararın azlığı veya çokluğu, işlenme oranındaki azalma veya artış gibi faktörlerin de dikkate alınması gerekir."*<sup>290</sup> cümleleri de bu görüşü desteklemektedir. Yapılacak değişiklikte şahışlar üzerinden gidilmesi yerine verilen sağlık hizmeti üzerinden gidilmesi ve şiddetin sağlık hizmetinin engellenmesi olarak görülmesi de mümkündür.<sup>291</sup>

---

<sup>290</sup> Anayasa Mahkemesi Kararı, E.2012/78, K.2012 111, Karar tarihi 12.9.2012, [http://www.anayasa.gov.tr/index.php?l=manage\\_karar&ref=show&action=karar&id=10000289&cont ent=](http://www.anayasa.gov.tr/index.php?l=manage_karar&ref=show&action=karar&id=10000289&cont ent=), Erişim Tarihi: 04.01.2013.

<sup>291</sup> Bu düzenlemeye örnek olabilecek bir hükme TCK'nın 265'inci maddesinin ilk iki fıkrasında yer verilmiştir. *"Görevi yaptırılmamak için direnme"* başlıklı mezkûr maddenin ilgili fıkraları şu şekildedir: **"MADDE 265-** (1) Kamu görevlisine karşı görevini yapmasını engellemek amaçıyla, cebir veya tehdit kullanan kişi, altı aydan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. /(2) Suçun yargı görevi yapan kişilere karşı işlenmesi halinde, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasına hükmolunur."



Komisyunun dinlediği meslek örgütleri, sendikalar, akademisyenler ve sivil toplum kuruluşlarının tamamına yakını da mevcut cezai düzenlemelerin yetersizliğinden bahsetmiş ve cezaların artırılarak caydırıcılığın artırılmasını önermişlerdir. Bu öneriler arasında özel bir sağlıkta şiddet kanunu çıkarılması ya da memur suçları savcılığı gibi sağlık çalışanlarına şiddet savcılığı kurulması gibi detaylara yer verildiği de olmuştur.

Cezaların artırılmasının yanı sıra sanıkların tutuksuz yargılanmasının da caydırıcılığı azalttığı ifade edilmiştir. Komisyonda ayrıca, şiddet faillerinin çarptırıldıkları cezaların Sağlık Bakanlığı tarafından görsel, yazılı ve sosyal medya üzerinden kamuoyuna duyurulmasının hem sağlık çalışanlarının yalnız olmadıklarını hem de şiddetin karşılıksız kalmadığını göstermesi açısından etkili olacağı ifade edilmiş, bu duyguların da sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti azaltacağı ifade edilmiştir. Ayrıca, şiddetten dolayı verilen cezaların ertelenmemesinin de caydırıcılığı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yapılan sunumlarda hâlihazırda kamuya ait sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanlarının kamu görevlisi tanımı kapsamında yer almalarından dolayı özel sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanlarına kıyasla bir nebze de olsa koruma altında oldukları ifade edilmiş, özel sektördeki sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanların suçun nitelikli halinden cezalandırılmadıkları belirtilmiştir. TCK'da yapılacak değişikliklerde bu hususun da göz önünde bulundurulması gerekmektedir.



## ALTINCI BÖLÜM

### ÖNERİLER

#### 6. ÖNERİLER

Bu bölümde, Komisyonumuzun sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesine ilişkin önerileri bir bütün olarak değerlendirilmiş ve tüm öneriler üç başlık altında toplanmıştır.

##### 6.1. Örgütsel/Kurumsal Faktörlere ve Cezalara Yönelik Öneriler

1. Sağlık çalışanına psikolojik ve/veya fiziksel şiddet uygulanmasının önlenmesi için gereken her türlü hukuki ve idari tedbir eksiksiz olarak alınmalıdır.

2. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet başta sağlık hizmeti sunmakta olan sağlık personeli olmak üzere sağlık hizmetine ihtiyaç duyan herkesi, kısaca tüm toplumu ilgilendirmektedir. Bu nedenle tüm toplumun ve sağlık sektörünü oluşturan tüm paydaşların, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet karşısında, söz ve eylem birliği içinde olması gereklidir.

3. Kamu/özel sektör ayrımı yapılmaksızın tüm sağlık kurumlarında standart bir şiddet yönetimi politikası oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.

4. Şiddet ile karşılaşan sağlık çalışanına hukuki, tıbbi ve sosyal destek sağlanmalıdır.

5. Kurumlarca adli süreçlerinin başlatılması ve sürdürülmesinde aktif tutum izlenmelidir.

6. Sağlık kurumlarında risk değerlendirmesi yapılarak, şiddet riskinin fazla olduğu alanlarda güvenlik önlemleri artırılmalıdır.

7. Sağlık kurumlarının iç ve dış mekânlarında yeterli aydınlatma yapılmalıdır. Farklı giriş kapılarına yönelik farklı önlemler alınmalıdır.

8. 112 çalışanları için komuta kontrol merkezleri ve istasyonlarda acil çıkış kapıları, şifreli giriş kapıları oluşturulmalı, ambulans içi ve dışında hasta

mahremiyetini ihlal etmeyecek izleme sistemleri kurulmalıdır. Kişisel koruyucu ekipman listesine, çalışanlar için panik durum ekipmanları eklenmelidir. Güvenlik güçlerinin eş zamanlı olarak olay mahalline intikalini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.

9. Hasta ve hasta yakınlarının bekleme alanları ve hizmet sunulan tüm fiziki mekânlar konforlu beklemei sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

10. Sağlık personelinin dengesiz dağılımı ve sayısal yetersizliği giderilmeli, hastalara ayrılan süre artırılmalıdır.

11. Sağlık çalışanlarının mesai ve nöbet saatleri yeniden düzenlenmeli, uzun çalışma sürelerinden vazgeçilmelidir.

12. Hasta yakınları mümkün olduğunca tıbbi müdahale alanı dışında tutulmalı ancak bu esnada hasta yakınlarına yeterli ve etkili bilgilendirme yapılmasına imkân verecek düzenlemeler yapılmalıdır.

13. Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesine özel önem verilmelidir. Bilgilendirme hastanın bakım ve tedavisinden sorumlu sağlık personeli tarafından yapılmalıdır.

14. Performans uygulamasının çalışma barışını ve ekip anlayışını bozduğu yönündeki eleştiriler dikkate alınmalı ve performans sistemi bu yönüyle yeniden gözden geçirilmelidir.

15. SABİM'in bir iletişim merkezi olarak fonksiyonu ve öneminin vurgulandığı, SABİM'i tanıtan, bilgi ve farkındalık artırıcı çalışmalar yapılmalıdır.

16. SABİM aracılığı ile sağlık çalışanlarına yönelik yapılan şikâyetler etkili bir ön değerlendirmeye tabi tutulmalı, genel ve soyut nitelikte olan, şikâyet sahibinin adı ve adresi belli olmayan veya personelin kusuru bulunmadığı açıkça görülenler değerlendirmeye alınmamalıdır.

17. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık hizmetlerinin işleyişine yansıyan bölümleri halka tam olarak anlatılmalı, şiddetin nedenleri arasında sayılan hastaların ve toplumun beklenti düzeyini yükseltecek yanlış bilgilendirmeler yapılmamalıdır.

18. Sağlık çalışanları ile yönetimin iletişimini güçlendirici, çalışanların motivasyonunu artırıcı idari yaklaşımlar geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

19. Sağlık yöneticileri ve özellikle sağlık politikalarını belirleyen siyasetçiler, şiddeti kınayan ve sağlık çalışanlarının verdiği hizmetin önemini ve vazgeçilmezliğini vurgulayan söylemler geliştirmelidir.

20. Yetkililer sağlık çalışanlarıyla ilgili söylemlerini dikkatle seçmelidir.

21. Acil servislerde ve acil hizmet sunumunda bu alanda uzmanlaşmış personelin görev almasına ve bu alanlarda deneyime önem verilmesine dikkat edilmelidir.

22. Tüm sağlık birimlerinde şiddet konusunda uyarıcı bilgiler içeren panolar bulundurulmalıdır.

23. Sağlık kurum ve kuruluşlarında “Hasta Hakları Birimleri” ve “Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kurulları”nın birlikte yer alacağı Sağlık İletişim Merkezleri (SİM) kurulmalıdır. SİM’ler hem hasta ve yakınlarına hem de sağlık çalışanlarına hizmet vermelidir.

24. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kurullarının etkili biçimde çalışması sağlanmalı, bu kurullarda tüm çalışanların temsil edilmesine ve temsilcilerin aktif görev almasına özen gösterilmelidir.

25. Şiddet olayları sonrasında kamuoyuna yönelik açıklamaların donanımlı, yetkili ve yetkin kişilerce yapılmasına özen gösterilmelidir.

26. Sağlık çalışanının tehdit altında olduğu durumlarda; sağlık çalışanı ve ailesinin korunmasına yönelik düzenlemeler getirilmelidir.

27. Sağlık Bakanlığının Beyaz Kod uygulama birimleri aktif ve yaygın olarak görevlerini yerine getirmeli, sağlık yöneticileri konunun üzerine ciddiyetle gitmelidir. Beyaz Kod uygulamasında sabit telefon kullanımı yerine, “mobil telefon” veya “panik butonları” kullanımına geçilmelidir.

28. Hastane polisleri etkili, bilgili ve bu konuda eğitim almış kişilerden seçilmeli ve her türlü şiddet olayına müdahale etmeleri sağlanmalıdır.

29. Şiddet olaylarının fazla olduğu birimlerde kriz iletişimi sürecinin bir parçası olarak sosyal hizmet uzmanları, psikolog ve sosyolog gibi personelin görev yapması sağlanmalıdır.

30. Şiddet olaylarında şikâyet söz konusu olmadan savcılık kamu davası açmalı, sağlık çalışanı devreden çıkmalıdır.

31. Şiddete maruz kalan sağlık personelinin hizmetten çekilme hakkının olduğu konusunda halkın bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Hizmetten çekilme hakkının sadece hekimleri değil diğer sağlık çalışanlarını da kapsadığı vurgulanmalıdır.

32. Türk Ceza Kanunu'nda sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti caydırıcı nitelikte yeni düzenlemeler yapılarak; bu eylemlerin, kamu hizmetini engelleme, vatandaşın sağlık hakkını kullanmayı engelleme ve bunun sonucunda insan hayatının riske atılması gibi suç tipleri başlıkları altında değerlendirileceği yasal düzenlemeler yapılmalı, cezalar artırılmalı ve verilen cezaların ertelenmemesi sağlanmalıdır.

33. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında istihdam edilen personele karşı, verilen sağlık hizmeti dolayısıyla işlenen suçların da kamu görevlilerine karşı işlenen suçlar gibi cezalandırılabilmesi amacıyla, Türk Ceza Kanunu'nda yer alan kamu görevlisi tanımı genişletilmelidir.

34. Şiddete karşı kamuoyu bilinci oluşturması ve caydırıcılık sağlaması amacıyla sağlık çalışanlarına yönelik olarak işlenen suçların yargılaması sonucunda verilen mahkûmiyet kararları medya yoluyla kamuoyu ile paylaşılmalıdır.

35. Sağlık çalışanlarının huzur içinde çalışması ve en iyi sağlık hizmetini sunabilmesi için gerekli bütün imkânların kendilerine verilmesi sağlık çalışanlarının ve onlardan hizmet alan vatandaşların vazgeçilmez haklarıdır. Sağlık çalışanları kendilerini güvende hissetmeli, sağlık hizmetini korkmadan verebilmelidir.

## **6.2. Toplumsal ve Çevresel Faktörlere Yönelik Öneriler**

36. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet toplumdaki genel şiddet eğiliminden ayrı olarak düşünülmemeli ve toplumdaki genel şiddet eğilimini azaltmaya yönelik toplumsal politikalar oluşturulmalı ve uygulamaya konulmalıdır.

37. Toplumsal şiddetin azaltılmasına yönelik olarak bilimsel çalışmalar yapılmalı, çalışma sonuçları değerlendirilerek öngörülen uygulamalar hayata geçirilmelidir.

38. Sorunun sadece güvenlik tedbirlerinin artırılmasıyla çözülemeyeceği kabul edilerek, temelde mevcut sorunların çözümüne yönelik çalışmalar, şiddetle mücadelede başlangıç noktası olmalıdır.

39. Şiddete karşı yürütülecek mücadele sürecinde ilgili tüm kurumlar birlikte hareket etmeli, şiddet kimden gelirse gelsin karşı durulmalı, “Şiddete Sıfır Tolerans” söylemine sahip çıkılarak, şiddete karşı ortak tavır sergilenmelidir.

40. Silahsızlanma politikaları desteklenmeli ve silaha erişim zorlaştırılmalıdır.

41. Şiddeti engellemeye yönelik etkin kamu spotları hazırlanmalı ve toplumun her kesimine ulaşacak biçimde sunulması sağlanmalıdır.

42. Sağlık haberciliğinin ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmesi; yazılı ve görsel medya organlarında uzmanlaşmış ‘Sağlık Muhabiri’ istihdamı sağlanmalı, medyada ‘Sağlık Danışmanlığına’ gereken önem verilmelidir.

43. Görsel ve yazılı medya; RTÜK başta olmak üzere, ilgili kurumlarca sağlık konusunda çıkan haberlerin doğruluğu ve tarafsızlığı konusunda denetimden geçmelidir.

44. Haberciler açısından; öncelikle zarar verme “primum non nocere” ilkesinin göz önünde bulundurulması, kamu yararının ve bilgilendirme işlevinin ön planda tutulması, haberde bilgilendirme, tarafsızlık ve nesnellik ilkelerine dayalı habercilik anlayışına sahip olunması, haberlerde korku kültürünün beslenmemesi amaçlanmalıdır.

45. Haberlerin yanında, televizyon dizilerinde de sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti teşvik edici, şiddeti bir sorun çözme yolu olarak gören yayınlardan kesinlikle kaçınılmalıdır.

46. Programlarda, dizi film, reklam ve film senaryolarında sağlık kurumları, sağlık, hastalık ve sağlık çalışanları konusunda doğru mesajlar verilmeli, medyanın kitle eğitimindeki rolü nedeniyle, şiddeti önlemeye yönelik eğitici yayınlar yapılmalı, hekimliğin ve diğer sağlık mesleklerinin insanın sağlıklı yaşama hakkına hizmet eden kutsal meslekler olduğu anlatılmalıdır.

47. Sağlık Bakanlığı ve sağlık iletişiminin ilgili taraflarının (medya kuruluşları ve yayın organları, meslek örgütleri, RTÜK gibi düzenleyici kuruluşlar ve akademik çevreler) birlikte çalışacağı, “Medya ve Sağlık Etik Kurulu” kurularak; öncelikle medyada çıkan sağlık haberleri ve programlarla ilgili izleme yapılmalı; etik ilkeler hatırlatılmalı, alana dair düzenlemeler geliştirilmelidir.

48. Medyada sağlık çalışanlarının görevlerini hangi zor koşullarda yaptıkları, yedi gün yirmi dört saat toplum için kesintisiz hizmet sunduklarının anlatıldığı, toplumsal farkındalık ve bilinç oluşturacak yayınlara yer verilmelidir.

49. Şiddet uygulayanların yalnızca kendilerine verilen hizmeti değil tüm topluma verilen hizmeti aksattıkları vurgulanmalıdır.

50. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusuna hutbe ve vaazlarda da yer verilmeli, sağlık çalışanlarının fedakârca çalışmaları vurgulanmalıdır.

51. Ülke genelinde saygın kişilerin (siyasiler, sanatçılar, kanaat önderleri, işadamları, sporcular gibi) sağlık çalışanları ile birlikte görünürlüklerinin artırılmaya çalışılarak, sağlık çalışanlarına yönelik toplumda olumlu duyguların artırılması sağlanmalıdır.

52. Suç oranı ve madde kullanım oranı yüksek olan bölgeler belirlenmeli, bu bölgelerdeki sağlık kurumlarında ve bölgeye sunulan gezici sağlık hizmetlerinde daha etkili güvenlik önlemleri alınmalıdır.

### **6.3. Tarafların (Hizmet Sunan ve Alan) Özellikleri, Etkileşimleri ve İletişimlerine Yönelik Çözüm Önerileri**

53. Sağlık hizmeti sunumunda hastaların, hasta yakınları ve sağlık çalışanlarının arasında karşılıklı saygıya dayalı ilişkiyi tesis edecek her türlü önlem alınmalıdır.

54. Sağlık çalışanlarının ve sağlık hizmeti alanların, aynı anda haklarının ve sorumluluklarının olduğu, sağlık hakkının aranmasında şiddetin kabul edilemez olduğu hasta ve hasta yakınlarına anlatılmalıdır.

55. Toplumun sağlık okur-yazarlığı düzeyini artırıcı her türlü önlem alınmalıdır. İlköğretimden başlayarak eğitimin her kademesinde; sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık çalışanları ve sağlık kurumları ile bu kurumların işleyişi hakkında eğitimler verilmelidir.



56. Sağlıkla ilgili eğitim veren liseler, yüksekokullar ve fakültelerde “Sağlık İletişimi” dersleri eğitim programına dâhil edilmelidir. Eğitimin içeriği, konuyla ilgili tüm paydaşların katılımı ve alanın uzmanları tarafından oluşturulmalıdır.

57. Mezuniyet sonrasında da tüm sağlık çalışanlarının iletişim ve ilgili diğer konularda hizmet içi eğitimleri devam etmelidir.

58. Sağlık çalışanlarının yanında hastane güvenlik personelinde de göreve başlamadan sağlık iletişim eğitim almış olma şartı aranmalı, göreve devam ederken hizmet içi eğitimlerle desteklenmelidir.

59. Mobbingin yaygın bir şiddet türü olduğu tüm yönetici ve çalışanlara anlatılmalı, konuyla ilgili mevzuat ve bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır.

60. Hasta ve hasta yakınlarına; Sağlık Bakanlığı, hasta hakları dernekleri ve sivil toplum kuruluşları aracılığı ile “hasta sorumlulukları” anlatılmalı ve bu konuda kamu spotları hazırlanmalıdır.

61. Hasta hakları dernekleri ve benzeri sivil toplum kuruluşları hastaları yalnızca “haklar” konusunda değil; “sorumluluklar” konusunda da eğitmeli ve Sağlık Bakanlığının da desteği ile toplumda farkındalık artırıcı uygulamalar yapmalıdır.

62. Hasta ve hasta yakınları, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının önerilerini dinlemeli, uygulamalı, tıbbi gerekliliği olmayan taleplerinin gerçekleşmesi için ısrarcı olmamalıdır.

63. Hasta ve hasta yakınları her zaman en öncelikli hastanın kendisi veya hastası olamayacağını bilmeli ve sağlık hizmetini bu bilinçle talep etmelidir.

64. Acil sağlık hizmetlerinin kapsamı ve işleyişi konusunda bilgilendirici materyaller hazırlanmalı, toplum ve medya ile paylaşılmalıdır.

65. Bekleme sürelerinin (ambulans, kan alma, tetkik sonucu alma gibi) hasta ve hasta yakınları tarafından normalden daha uzun algılandığı, bu sürenin bekleyen için zor geçtiğinin vurgulanacağı çeşitli materyaller hazırlanmalı ve paylaşılmalıdır.

66. Sağlık hizmetinin hasta ve sağlık çalışanı ile bir bütün olduğu, sistemden kaynaklanan sorunların tek nedenin sağlık çalışanları olmadığı ve sisteme ait sorunların hizmeti veren ve hizmetten faydalananların ortak çabası ile düzelebileceği vurgulanmalıdır.

## KARAR CETVELİ



TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ  
Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması  
Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu  
(10/ 49, 113, 118, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258)

Esas No : 85513808  
Karar No: 3

14.01.2013

### KARAR

“Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi” amacıyla kurulan, 10/49, 113, 118, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258 Esas Numaralı Meclis Araştırması Komisyonunun, yaptığı araştırma ve incelemeler sonucu düzenlemiş olduğu bu Rapor, Genel Kurula sunulmak üzere Yüce Başkanlığa saygı ile arz olunur.

Necdet ÜNÜVAR Adana Milletvekili Başkan	Mustafa BALOĞLU Konya Milletvekili Başkanvekili	İsmail TAMER Kayseri Milletvekili Sözcü	İlknur İNCEÖZ Aksaray Milletvekili Katip
Muhammet Murtaza YETİŞ Adıyaman Milletvekili Üye	Mehmet Kerim YILDIZ Ağrı Milletvekili Üye	Semiha ÖYÜŞ Aydın Milletvekili Üye	İdris BALUKEN Bingöl Milletvekili Üye
Kemalettin AYDIN Gümüşhane Milletvekili Üye	Mehmet Hilal KAPLAN Kocaeli Milletvekili Üye	Muzaffer YURTTAŞ Manisa Milletvekili Üye	Aytuğ ATICI Mersin Milletvekili Üye
Ali ÖZ Mersin Milletvekili Üye	Nurettin DEMİR Muğla Milletvekili Üye	Cemalettin ŞİMŞEK Samsun Milletvekili Üye	Mahmut KAÇAR Şanlıurfa Milletvekili Üye

Candan YÜCEER  
Tekirdağ Milletvekili  
Üye

## KAYNAKÇA

- AÇIK Y et al., (2008), Experience of Workplace Violence During Medical Speciality Training in Turkey, *Occup Med Adv Access*, 58(5):361-6.
- ADAŞ, Emin Baki; ELBEK Osman ve BAKIR, Kemal (2008), Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu-I. TTB Gaziantep-Kilis Tabip Odası.
- AHEF, 05.12.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.
- AKDAĞ, Recep, 09.01.2013 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.
- AKDUR, Recep, Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu, (Gözden Geçirilmiş ve Güncellenmiş 2. Baskı), ATAUM Araştırma Dizisi No:25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2006, s. 20, [www.recepakdur.com/getfile.asp?file...pdf](http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file...pdf).
- AKTAN, Coşkun Can; IŞIK, A.Kadir, Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>, Erişim Tarihi: 15.12.2012.
- AKTUĞLU, Kemal ve HANCI İ. Hamit, 1999, Acil Servislerde Şiddet Tehdidi, TTB.
- ALTUN, Abdulrezak, 18.12.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.
- ANNAGÜR, Bilge, 2010, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2 (2).
- ARNETZ, Judith E. and ARNETZ Bengt B. 2001, Implementation and Evaluation of a Practical Intervention Programme for Dealing with Violence Towards Health Care Workers. *Journal of Advanced Nursing*, 31: 668-680.
- ASLAN, Özlem ve Diğerleri, 2005, Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları, *Gülhane Tıp Dergisi*, 47(1).
- ATUDER, 29.11.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

- AYDIN B at al., 2009, Violence Against General Practitioners in Turkey, *J Interpers Violence*, 24(12).
- AYDIN, Erdem, Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri, 2002, <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/24/1102/13086.pdf>, Erişim Tarihi: 15.12.2012.
- AYDIN, Metin, 2008, Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı, Türk Tabipler Birliği Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı, Isparta.
- AYRANCI, Ünal et al., 2002, The Frequency of Being Exposed to Violence in The Various Health Institutions and Health Profession Groups, *Journal of Anatolian Psychiatry* 3(3).
- AYRANCI, Ünal ve Diğerleri, 2002, Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3.
- BARRETT, Stephen, 1997, Protecting Against Workplace. *Public Management*, 79: 9-12; Gates Donna M Gates (1995), Workplace Violence, *AAOHN Journal*, 43: 536-543.
- BECHMAN, Ronet, 1994, Violence and Theft in the Workplace, Crime Victimization Survey. NCJ-148194, Washington, DC, U.S. Department of Justice.
- BİÇER, Ümit ve AKER, Ahmet Tamer, 13.12.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.
- CAN, Halil, 2002, Organizasyon ve Yönetim, 6. Baskı, Ankara, Siyasal Kitabevi.
- CANBAZ, S et al., 2008, Violence Towards Workers in hospital Emergency Services and İn Emergency Medical Care Units in Samsun: An Epidemiological Study, *Ulus Tarvma Acil Cerrahi Derg*, 14(3).
- CHAPPELL Ducan and DÍ MARTİNO Vittorio. 2006, Violence at Work, ILO, Geneva.
- COOPER, L, Cary and SWANSON, Naomi, 2002, Executive Summary. In: Carry L Cooper and Naomi Swanson. (Eds), *Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art*.

COOPER, L, Cary, 2002, Introduction In: Cary L and Naomi Swanson (Eds),  
Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art. WHO.

CURBOW, Barbara, 2002. Origins of Violence at Work. In: Carry L Cooper and

ÇABUK KAYA, Nilay, 1996, Şiddetin Sosyal Dinamikleri Yoksulluk, İşsizlik ve  
Göç, Toplumsal Bir Sorun Olarak Şiddet Sempozyumu,  
[http://www.egitimsen.org.tr/ekler/3761265687fbd1ab9e74037ca40fe7b\\_ek.pdf](http://www.egitimsen.org.tr/ekler/3761265687fbd1ab9e74037ca40fe7b_ek.pdf),  
Erişim Tarihi: 20.12.2012.

ÇINARLI, İnci, 18.12.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

Department of Health, 1999, HSC 1999/226: Campaign to Stop Violence against  
Staff Working in the NHS: NHS Zero Tolerance Zone, Department of  
Health, London.

Department of Health, 1999, HSC 1999/226: Campaign to Stop Violence against  
Staff Working in the NHS: NHS Zero Tolerance Zone. DoH.

Dİ MARTİNO, Vittorio, Workplace Violence in the Health Sector: Country Case  
Studies-Brazil, Bulgaria, Portugal, Lebanon, South Africa, Thailand and  
Additional Australian Study. 2002,  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/en/WVsynthesisreport.pdf),  
Erişim Tarihi: 10.01.2013.

DURSUN, Yücel, 2011, Şiddetin İzini Sürmek: Şiddet Nedir?, Felsefe ve Sosyal  
Bilimler Dergisi, 2011 Güz, Sayı:12, s. 1-18.  
<http://www.flisdergisi.com/sayi12/1-18.pdf>, Erişim Tarihi: 04.01.2013.

ELLIOT, PP., 1997, Violence in Health Care. What Nurse Managers Need to Know,  
Nursing Management, 28: 38- 41.

Emniyet Genel Müdürlüğü. Komisyonumuzun 30.11.2012 Tarihinde Emniyet Genel  
Müdürlüğünden “Yurtdışında Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Alınan  
Güvenlik Önlemleri, Standartlar, Güvenlik Görevlilerinde Aranılan Şartlar”  
Hakkında Bilgi Talebine, Washington Emniyet Müşavirliğinin Emniyet  
Genel Müdürlüğü Aracılığıyla Verdiği Cevabi Yazı, 2012.

ENA. Emergency Department Violence Surveillance Study. Emergency Nurses  
Association Institute for Emergency Nursing Research. August, 2010.

- ERGUR, Ali, İnsan ve Şiddet, Hekime Yönelik Şiddet Çalıştayı, TTB, İstanbul Tabip Odası, Mayıs, 2009.
- ERTEKİN, Şaban; 1980 Sonrası Dönemde Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması ve Finansman Sorunu, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2000, Eskişehir, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2004.
- FERNANDES, Christopher et all, 1999, Violence in the Emergency Department: A Survey of Health Care Workers, CMAJ, 16.
- GÖKA, Erol, 22.11.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.
- GÖKA, Erol ve TÜRKCAPAR Hakan, Gençlik ve Şiddet, <http://www.erolgoka.com/makale/007.htm>, Erişim Tarihi: 06.12.2012.
- HOBART, Mark, 1996, “Şiddet Ve Susku: Bir Eylem Siyahasına Doğru”, Cogito, sayı:6-7, s: 51-64.
- HOWELL, Whitney LJ. With Attachs Against Staff and Patients on the Rise, Administrators Rethink Security Policies in Hospitals Prevent and Protect. H&HN, January, 2011.
- [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2011.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2011.pdf), Erişim Tarihi: 15.12.2012 .
- [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye\\_saglikta\\_donusum\\_programi\\_degerlendirme\\_raporu\\_\(2003\\_2011\).pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_(2003_2011).pdf), Erişim Tarihi: 15.12.2012.
- [http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet\\_raporu\\_2011/index.html](http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet_raporu_2011/index.html), Erişim Tarihi: 15.12.2012.
- <http://www.ttb.org.tr/siddet/images/file/itocalistay.pdf>, Erişim Tarihi: 15.12.2012.
- ILO/ICN/WHO/PSI, 2002, Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector, ILO, Geneva.
- İŞIKER, Faruk, 2011, Televizyon Yayınlarında Şiddet, Radyo ve Televizyon Üst Kurulu Uzmanlık Tezi, <http://www.rtuk.org.tr/upload/UT/21.pdf>, Erişim Tarihi: 15.12.2012.

İLHAN, Mustafa Necmi ve Arkadaşları, 2009, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntern Doktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler, Toplum Hekimliği Bülteni, 28(3).

İLHAN, Mustafa Necmi, 12.12.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

İLHAN, Mustafa Necmi, Self Medication with Antibiotics: Questionnaire Survey Among Primary Care Centre Attendants. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 2009, 18(12).

JANOCHA, Jill A and SMITH Ryan T, 2010, Workplace Safety and Health in the Health Care and Social Assistance Industry, 2003-07, Bureau of Labor Statistics, BLS.

JOHNSON, Deborah et al. Canine Units: The Softer Side of Security. Nursing 2005, 35 (7).

Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, 2002, Geneva.

KAVUNCUBAŞI, Şahin ve YILDIRIM, Selami, 2010, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.

KISA Adnan and DZİEGİELEWSKİ Sophia F., 1996, Sexual Harassment of Female Nurses in a Hospital in Turkey. Health Services Management Research, 9(4).

KIZMAZ, Zahir; Şiddetin Sosyo-Kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler dergisi, 2006, Cilt:16, Sayı:2, Sayfa:247-267, <http://web.firat.edu.tr/sosyalbil/dergi/arsiv/cilt16/sayi2/247-267.pdf>, Erişim Tarihi: 07.01.2013.

KOCACIK, Faruk, 1996, Şiddet Olgusu Üzerine, Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 2, sayı 1. <http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/88.pdf>, Erişim Tarihi: 04.01.2013.

KÖKNEL, Özcan, Bireysel ve Toplumsal Şiddet, Altın Kitapları, İstanbul, 1996.

KSGM, 2008, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi.

MEYER, Harris, Hospitals Taking Steps to Quell Acts of Violence Against Staff. InBox. H&HN Hospitals & Health Networks. November, 2011.

MİCHAUD, Yves, 1991, Şiddet, İstanbul İletişim Yayınları.

Mobbingder; Sağlık Çalışanlarına Yönelik Psikolojik Taciz (Mobbing) ve Çözüm Önerileri Raporu, 2012.

OKAY, Ayla, 06.12.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

OSHA, 2004, Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration, OSHA 3148-01R 2004.

OSHA, 2013, Workplace Violence, OSHA, Erişim Tarihi: 20.12.2012.

Osmanlıca Türkçe Sözlük, Bilgi Yayınevi, 1977.

ÖZCAN, NK ve Arkadaşları, 2011, Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemik Derleme, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 31(6):1442-56.

ÖZEN ÇÖL, Serap, 2007, İşyerinde Psikolojik Şiddet ve Nedenleri. İş Güç: Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 9 (3).

ÖZEN ÇÖL, Serap, 2008, İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Çalışma ve Toplum, 4.

Paramedik Derneği, 13.01.2012 tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

PİYAL, B, et all., 2007, Occupational Correlates Among 112 Emergency and Health Workers, AJCI 1(1):1-6.

SADULLAH, Ömer, 2009, İnsan Kaynakları Yönetiminde Koruma İşlevi (İş Güvenliği ve İşgören Sağlığı), İçinde: Cavide Uyargil ve diğerleri. İnsan Kaynakları Yönetimi, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş, İstanbul, Bölüm 9: 447-490.

SAĞLIK HAK-SEN, 07.11.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

SAĞLIK SEN, 18.10.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.

SAĞLIK-İŞ, 07.11.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.



- SAINES, JC, 1999, Violence and Aggression in A&E: Recommendations for Action, Accident and Emergency Nursing, 7: 8.
- SALMİNEN, Simo, 1997, Violence in the Workplaces in Finland, Journal of Safety Research, 3: 123-131.
- SEÇİM, Hikmet, 1994, Hastanelerde Halkla İlişkiler. Anadolu Üniversitesi Yayın No: 765, Eskişehir.
- SES, 01.11.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.
- STANKO, Elizabeth A, 2002, Knowledge about the Impact of Violence at Work in the Health Sector. In: Cooper CL and Swanson N. (Eds), Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art. WHO.
- SUR, Haydar, Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>, Erişim Tarihi: 15.12.2012.
- SWANSON, Naomi (Eds). Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art, WHO.
- SWANSON, Naomi et al., 2002, Approaches to Anti-Violence Action and Achieved Impact in the Health Sector. In: Cary L Cooper and Naomi Swanson. (Eds). Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art. WHO.
- Synthesis Report by Di Martino, V., 2002, Workplace violence in the health sector Country Case Studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian Study.
- Şiddeti Önleme Platformu; “Medya ve Şiddet Alt Çalışma Grubu Raporu”, [http://www.athgm.gov.tr/...//SIDDETI\\_ONLEME\\_PLATFOrMU\\_MEDY\\_A\\_VE\\_SIDDET\\_CALISMA\\_GRUBU\\_RAPORU\\_05.DOC](http://www.athgm.gov.tr/...//SIDDETI_ONLEME_PLATFOrMU_MEDY_A_VE_SIDDET_CALISMA_GRUBU_RAPORU_05.DOC), Erişim Tarihi: 10.01.2013.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012, 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programının 10. Yılı, Ankara, [http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/haberler/201211/2013butce\\_baski\\_2013\\_11\\_21\\_v1.pdf](http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/haberler/201211/2013butce_baski_2013_11_21_v1.pdf), Erişim Tarihi: 10.01.2013.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2012, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2012, Faaliyet Raporu, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010), Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010), Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2003, [http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratras\\_i\\_acilimler\\_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratras_i_acilimler_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf), Erişim Tarihi: 10.01.2013.
- TBMM (2011); Kadına ve Aile Bireylerine Yönelik Şiddet İnceleme Raporu, İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu Alt Komisyonu Raporu.
- TBMM (2011b); Spor Kulüplerinin Sorunları İle Sporda Şiddet Sorunsalının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu.
- TDB, 17.10.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.
- TEB, 17.10.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.
- TENGİLİMOĞLU Dilaver, IŞIK Oğuz ve AKBOLAT Mahmut; Sağlık İşletmeleri Yönetimi, 2. Baskı, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım Tic.Ltd.Şti, 2009.
- THD, 15.11.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.
- TOSUN, Nihat 10.10.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.
- TTB, 11.10.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.
- Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara, 2005.
- TÜRK SAĞLIK-SEN, 31.10.2012 Tarihli TBMM Araştırma Komisyonu Sunumu.
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Tıbbi Hizmet Alımları ve Tedarik Yöntemleri Düzenleme Daire Başkanlığı tarafından kullanılan İşçi Tespit Sistemi Verileri.

- TÜRKMEN, Cemile, İnsan Doğurdu Medya Büyüttü, Umut Vakfı Araştırma Merkezi, 2. Hukukun Gençleri Sempozyumu Sunum Metni, 25-26 Kasım 2011. [http://www.umut.org.tr/UserFiles/CemileTurkmen\\_insan\\_dogurdu\\_medya\\_buyuttu.pdf](http://www.umut.org.tr/UserFiles/CemileTurkmen_insan_dogurdu_medya_buyuttu.pdf), Erişim Tarihi:05.01.1013.
- ÜNSAL, Artun, Genişletilmiş Bir Şiddet Tipolojisi, Cogito, 1996, Sayı:6-7, Kış-Bahar.
- WARSHAW, Leon J and MESSİTE, Jacqueline, 1996, Workplace Violence: Preventive and Interventive Strategies. JOEM, 38: 993-1005.
- WHO, 2002, World Report on Violence and Health, Geneva, Switzerland, 2002:1-21.
- WHO, 1978, Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf), Erişim Tarihi: 09.01.2013.
- WISKOW, Christiane, Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector- Comparision of Major Known National Guidelines and Strategies: United Kingdom, Australia, Sweden, USA (OSHA and California). Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva:ILO/WHO/ICN/PSI. 2003.
- World Health Organization: Violence and Health: Task Force on Violence and Health. Cenevre, WHO, 1998.
- YAĞBASAN, Mustafa ve ÇAKAR, Fatih, 2006, Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15: 609-629.
- YILDIRIM, Hasan Hüseyin ve YILDIRIM Türkan, 2010, Türkiye Sağlık Politikaları ve Reformları: Tarihsel Bir Bakış, Türkiye Demokrasi Vakfı Enstitüsü Dergisi, Şubat.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin ve YILDIRIM Türkan, 2013, Türkiye Sağlık Politikaları ve Reformları. İçinde: Mete Yıldız, (Editör), Kamu Politikası, Ankara (Hazırlık Aşamasında).

YILDIRIM, Hasan Hüseyin ve YILDIRIM Türkan, Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye, İmaj Yayınevi, Ankara, 2011.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin, Sağlık İşyeri Ortamında Şiddet: Halkın Şiddet Algısı ve Değerlendirmeleri, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara, 2012.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin, 2012, Sağlık Sigortacılığı, Anadolu Üniversitesi AÖF Yayınları, Eskişehir.

YILDIRIM, Hasan Hüseyin, Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. Amme İdaresi Dergisi. Mart 1999; 32/1.

## EKLER

### EK 1- TUTANAK ÖZETLERİ

#### 1- 19.06.2012 Tarihli Toplantı

Komisyunun yapmış olduğu bu ilk toplantıda Komisyon Başkanlık Divanı seçimi yapılmış, Komisyonun çalışma usulüne ilişkin 1 numaralı Karar alınmış ve bir sonraki toplantının tarihi belirlenmiştir.

#### 2- 27.06.2012 Tarihli Toplantı

Komisyunun çalışma takvimi, Komisyonun dinleyeceği kişi/kurum ve sivil toplum örgütleri, ziyaret etmesi ve incelemelerde bulunması gereken yerler ile Türkiye Büyük Millet Meclisi dışından Komisyonda görevlendirilecek uzmanlar belirlenmiştir.

#### 3- 10.10.2012 Tarihli Toplantı

Komisyunun 3'üncü toplantısında Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Nihat TOSUN, "Çalışan Güvenliği Uygulamalarında Şiddetin Önlenmesi" başlıklı bir sunum yapmıştır. Müsteşar TOSUN sunumunda özetle;

- Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Çalışma Örgütünün; sağlık çalışanı güvenliğini, sağlık personelinin refahının yükseltilmesi, geliştirilmesi, sürdürülmesi ve güvenlik kaygısı yaşamadan hizmet vermesine fırsat tanıyan ilkeler ve uygulamalar bütünü olarak tanımladığını,

- Şiddetin, Dünya Sağlık Örgütü tarafından kişiye, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması şeklinde tanımlandığını,

- Şiddetin sözel ve fiziksel olarak ikiye ayrıldığını ve sağlık çalışanlarının diğer hizmet alanlarında çalışanlara kıyasla şiddete maruz kalma oranlarının 16 kat daha fazla olduğunu,

- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin, bütün dünyanın sorunu olduğunu, 2011 yılında Belçika, Almanya, Finlandiya, Fransa, İtalya, Polonya, Slovakya ve Hollanda’da yapılan bir araştırmaya göre sağlık çalışanlarının %22,7’sinin şiddete maruz kaldığını rapor ettiğini, araştırmada şiddete maruz kalma oranında %39,1 ile Fransa’nın ilk sırada olduğunu, yine Almanya’da 2009 yılında yapılan bir ankette sağlık personelinin meslek hayatları boyunca, % 70,7 sinin fiziksel, %89,4’ünün ise sözel şiddete maruz kaldığını belirttiğini,

- Dünyada, şiddetin önlenmesi amacıyla panik butonu uygulaması, güvenlik önlemlerinin artırılması, kapı ve pencerelere şeffaf plastik kaplamaların yapılması, sağlık çalışanlarına yönelik şiddete ilişkin cezaların artırılması gibi önlemlerin alındığını,

- Türkiye’de 2011 yılında hastanedeki şiddet olayları değerlendirildiğinde, şiddet olaylarının %56’sının sözlü ve fiziki, %15’inin fiziki ve %29’unun ise sadece sözlü şiddet olduğunu, şiddet olaylarının %79’unun acil servislerde, %59’unun 18.00-24.00 saatleri arasında gerçekleştiğini, şiddet uygulayanların %91’inin hasta yakını olduğunu,

- Bakanlığın, sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması amacıyla mevzuat ve eğitim çalışmaları yaptığını ayrıca paydaşlarla birlikte faaliyetler yürütüldüğünü, bu bağlamda tebliğ, genelge ve yönetmeliklerin çıkarıldığını, Türk Ceza Kanunu’nda kamu görevlilerine hakaret, tehdit ve kasten yaralama suçlarında cezaların 2 katına çıkarılmasının Adalet Bakanlığına teklif edildiğini, hasta ve çalışan güvenliği sempozyumlarının düzenlendiğini,

- Bakanlığın kısa vadede paydaş görüşlerini almayı, farkındalığı artırmayı, kayıt ve takip sistemini daha sağlıklı hale getirmeyi, müdahale sistemlerini geliştirmeyi; orta vadede güvenlik sistemlerini ve ihtiyaca yönelik fiziksel düzenlemeleri gözden geçirmeyi, eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerini sistematik hale getirmeyi, adli süreçlerin takibini ve sonuçların analizlerini; uzun vadede ise sağlık tesisi projelerinde şiddeti önlemeye yönelik düzenlemeleri ve toplumsal farkındalığı artırmayı amaçladığını,

- Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları riskine karşı önceden oluşturulan erken uyarı sistemi olan “*Beyaz Kod*”un uygulanmaya başlandığını ve 2002 yılında 905 olan güvenlik personeli sayısının 2012 yılında 13.761’e yükseldiğini,

- Tüm sağlık çalışanlarına iletişim becerilerinin artırılması ve şiddet eylemlerine karşı tedbir alma eğitimlerinin verilmesinin planlandığını, hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmeleri konusunda çalışmalar yapıldığını, şiddete uğrayan sağlık çalışanlarına acil hizmetler hariç hizmetten çekilme hakkı verildiğini,
- Sağlık kurumlarının yapım projelerinin çalışan güvenliği ve şiddete maruz kalma riski açısından gözden geçirildiğini,
- Hukuki süreçleri birebir takip etmek üzere avukatların sorumluluğunda 81 il sağlık müdürlüğünde Beyaz Kod il koordinatörlükleri kurulduğunu,
- Bakanlığın, Kırıkkale Üniversitesi işbirliğiyle tüm Türkiye'yi kapsayacak şekilde 15.000 sağlık çalışanın katılımacağı bir bilimsel araştırma başlattığını, ifade etmiştir.

#### **4- 11.10.2012 Tarihli Toplantı**

Komisyon, 4'üncü toplantısında Türk Tabipleri Birliğini (TTB) dinlemiştir. Birlik adına sunum yapan TTB Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu Direktörü Dr. Hasan OĞAN, sunumunda özetle;

- Sağlık hizmetinde şiddetin mesleki bir risk faktörü olduğunu ancak son yıllarda birinci derecede mesleki risk faktörü haline geldiğini,
- Şiddetin artması ve yaygınlaşmasında en önemli etkenin hekimlik mesleği ve hekimlerin değersizleştirilmesi ile sağlıkta yaşanan sorunların nedeni olarak hekimlerin hedef gösterilmesi olduğunu, son 7 yılda hekimlik mesleğine bağlı olarak 3 hekimin hasta ve hasta yakınları tarafından öldürüldüğünü, onlarca hekimin ise ölümle sonuçlanabilecek saldırılara maruz kaldığını,
- Şiddetin sebepleri arasında genel olarak; toplumun gelir ve eğitim düzeyinin düşüklüğünün, kırsal kültürün kent kültürüne egemen olmasının, toplumda da şiddetin artmasının, şiddetin bir sorun çözme biçimi olarak görülmesinin, toplumda adalet duygusunun zedelenmesinin, hasta ve hasta yakınlarının ön yargılarının ve acil hasta kavramının yanlış anlaşılmasının sayılabileceğini,
- Şiddetin sebepleri arasında sağlık sisteminden kaynaklananların; sağlıkta dönüşüm programına bağlı olarak sağlığın ticarileşmesi sonucu tanı ve tedavi sürecinde ticari değerlerin ön plana çıkması ve bunun hasta hekim ilişkisine olumsuz yönde etki etmesi, sağlık çalışanlarının şikâyet edilmeleri için özel çaba sarf edilmesi, performans sisteminin sağlık hizmetine olumsuz etkileri, yetersiz personel

istihdamı, mobbing, yeni düzenlemelerin getirdiği belirsizlikler, hizmet alanlarının yetersizliği, randevu problemleri, sıra bekleme ve bürokratik işlemlerin fazlalığı, tanı ve tedavi sürelerine yeterince zaman ayırlamaması, gereksiz tetkikler, katkı ve katılım payları, muayene ve üçten fazla ilaç yazdırma ücretleri, yeterli sayıda ve nitelikli güvenlik elemanı bulunmayışı, uzun ve esnek çalışmalar ile malpraktis şeklinde sıralanabileceğini,

- Şiddetin sebepleri arasında hasta ve hasta yakınlarından kaynaklananlar arasında; hastalık olgusunun getirdiği çaresizlik, sağlık sorununun çözülmesi gerektiği önyargısı, ilaç istekleri, öncelikli olma ve kendini haklı görme, vaatler karşılığında yükselen beklentilerin yerine gelmemesi durumunda bundan sağlık personelinin sorumlu tutulması, alkol ve madde kullanımı, hekim bilgisi yerine kendi bilgisine başvurmaları ve kötü muamele yapıldığı önyargısı gibi hususların sayılabileceğini,

- Yukarıda sayılanlara ek olarak; medyada tiraj ve reyting etkenlerine bağlı yayın politikasının egemen oluşu, sağlık çalışanları hakkındaki olumsuz haberlerin yoğun ilgi görmesi, yargı sistemine olan genel güvensizlik ve sağlık hizmetine özgü önleyici ve caydırıcı mevzuatın yetersiz oluşunun da şiddete sebep olduğunu,

- Şiddetin önlenmesi için tüm tarafların yetki ve sorumlulukları ile birlikte hareket etmesinin zorunlu olduğunu,

- Şiddetin önlenmesi için genel olarak; son yıllarda artan şiddetin uygulanan sağlıkta dönüşüm programının sonucu olduğunun ve çözümün güvenlik tedbirlerinin artırılmasında değil temelde mevcut sorunların tek tek çözümüne bağlı olduğunun kabul edilmesinin ve silaha erişimin azaltılması gerektiğinin,

- Sağlık sisteminde alınması gereken önlemler olarak; sağlık kuruluşlarındaki alt yapı eksikliklerinin giderilmesini, yöneticilerin sorumluluklarını üstlenmesini ve kamuoyu ile paylaşmasını, sağlık çalışanı istihdamının artırılmasını, acil ve poliklinik hizmetlerinde çalışanların çalışma saatlerinde ve çalışma koşullarında iyileştirmeler yapılmasını, performans ve hak ediş sistemlerine son verilmesi ve yerlerine etik tıbbi tedavi öngören özendirici uygulamalara geçilmesini, tanı ve tedavi için hastalara yeterli süre ayrılmasının sağlanmasını, özellikle acillerde hasta yakınlarının tedavi alanlarına alınmamasını, şiddet olasılığının yoğun olduğu alanlarda daha fazla sosyal hizmet uzmanı eğitilmiş profesyonellere yer verilmesini,



- Yönetmelikte alınması gereken önlemler arasında; yetkililerin hekimi suçlayıcı ve hedef gösterici tutum ve davranışlardan sakınması, görevlendirmelerde liyakat ve yeteneğin ön planda tutulması, şiddet mağdurlarına her türlü kolaylığın sağlanması, dava süreçlerinde aktif tavır alınması, güvenlik önlemlerinin artırılması, sağlık çalışanı güvenlik kurullarının kurulması ve kararlarının hayata geçirilmesi, personele özel eğitimler verilmesi, hasta ve hasta yakınlarının tedavi süreci ile ilgili bilgilendirilmelerini sağlayacak bir sistemin kurulması, acil servislerde personelin deneyimli ve kalıcı olmasına özen gösterilmesi, tüm sağlık birimlerinde şiddet konusunda uyarıcı panoların bulundurulması ve çalışanlar arasında ekip uyumu sağlanması hususlarının sayılabileceğini,

- Yukarıda sayılanlara ek olarak; olumsuz haberlerin kontrol süzgecinden geçirilerek yayımlanması konusunda uyarılmasının, şiddet konusunda bilinci artıracak programların yapılmasının ve kamu spotlarının hazırlanmasının, dizi senaryolarına dikkat edilmesinin, güvenlik elemanlarının etkili iletişim eğitiminden geçirilmesinin, cezai müeyyidelerin caydırıcılığının artırılmasının, dava takip süreçlerinde bürokratik olumsuzlukların azaltılmasının ve kazanılmış davalarının medya yoluyla duyurulmasının şiddet azaltılmasını sağlayacağını,

ifade etmiştir.

TTB Şiddete Sıfır Tolerans Çalışma Grubu Direktörü Dr. Hasan OĞAN'ın sunumunun ardından söz alan TTB Hukuk Bürosundan Avukat Ziyet ÖZÇELİK konuşmasında özetle yaşana bazı şiddet olaylarından ve ardından açılan davalardan bahsetmiş, bu alanda yapılması gereken kanun değişiklikleri (özellikle Türk Ceza Kanunu'nda) konusunda TTB'nin yaptığı çalışmaları Komisyona aktarmıştır.

#### **5- 17.10.2012 Tarihli Toplantı**

Komisyunun bu toplantısında Türk Diş Hekimleri Birliği (TDB) ile Türk Eczacıları Birliği (TEB) sunum yapmıştır.

Türk Diş Hekimleri Birliği adına sunum yapan TDB Kamuda Çalışanların Özlük Hakları Komisyonu Üyesi Yrd. Doç. Dr. Serdar SÜTÇÜ sunumunda özetle;

- Sağlık ile şiddet kelimelerinin yan yana gelmemesi gerekirken birçok nedenden dolayı şiddetin yaşandığını, sağlık çalışanlarının hedef haline getirildiğini ve hekimlik mesleğinin değersizleştirildiğini; uygulanan sağlık politikaları ile şiddet arasındaki ilişkinin, sadece güvenlik boyutuyla ya da kişisel savunma eğitimleri ile çözülemeyeceğini,

- Hekime yönelik şiddetin sorumlusunun yalnızca şiddeti uygulayanlar değil şiddete sessiz kalan, gereğini yapmayan, hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarını korumayan yetkililer olduğunu; şiddete başvuruların etkili bir şekilde cezalandırılmamasının hekimlerin yaşadığı mağduriyeti artırdığı ve sürekli hale getirdiğini,

- Çalışanlara yönelik şiddetin ağız ve diş sağlığı merkezlerindeki yoğun hasta potansiyeli, hastalara fazla vakit ayırlamaması, hasta ve hasta yakınlarının sistemin sıkıntı ve aksaklıklarının suçlusunu olarak sağlık çalışanlarını görmesi, hasta hakları kurullarının kuruluş ve çalışma yönünden yanlış uygulamaları ve bu uygulamaların sağlık çalışanları üzerinde baskı oluşturması, performans sistemi, tükenmişlik sendromu, siyasilerin söylemleri, medyanın sağlık çalışanları aleyhine yaptığı haberler, malpraktis ve Tamgün Yasası gibi hususlardan kaynaklandığını,

- Performansa dayalı ücretlendirmenin ve uzun çalışma saatlerinin hastaların gereksinim duyduğu sağlık hizmetini almalarının önünde engel teşkil ettiğini, hekimlerin kendi adlarına bağımsız olarak meslek icra etmelerinin önlenmesine ve düşük ücretlerle uzun saatler çalıştırılmalarına yönelik sistemli düzenleme değişikliklerinin güvenlik duygusunu zedelediğini, sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi sonucu sağlık hizmet sunumu ilişkisinde hastaların tüketiciye dönüştürülmesi sürecinin aynı zamanda hekimlere ve diğer sağlık personeline yönelik şiddetin artışında önemli bir etken olarak değerlendirilmesi gerektiğini,

- Hekimlerin sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin temel nedenlerinden birisi olarak gördükleri siyasi iktidardan çok sayıda beklentileri olduğunu ve bunların sırasıyla; tüm tarafların temsil edildiği eş yetkili komisyonlar kurulması, sağlık birimlerinde çalışan hakları birimi kurulması, çalışan mutluluğunun araştırılması ve izlenmesi, Beyaz Kod uygulamasının gerçekleştirilmesi, şiddet davalarına müdahil olunması, şiddet mağdurlarına tazminat ödenmesi, medyada sağlık çalışanlarına yönelik olumlu kanaat belirtilmesi ve özverilerinin topluma aktarılması, kamu spotları yapılması, sağlık çalışanlarının hedef gösterilmemesi, sağlık çalışanlarını şiddete karşı koruyacak kanunların çıkarılması, sağlık çalışanları hakkında olumsuz açıklamalar yapılmaması, hastane içerisinde risk alanlarının değerlendirilerek oluşabilecek şiddete karşı önlemlerin alınması, hasta hakları birimlerinde profesyonellerin istihdam edilmesi, sağlık kurumlarının duvarlarını süsleyen hasta hakları tabelalarının yanına sağlık emekçilerinin hakları tabelalarının asılması ve performans sisteminin kaldırılması şeklinde özetlenebileceğini,

ifade etmiştir.

Komisyon aynı toplantısında TDB'nin ardından Türk Eczacıları Birliğini dinlemiştir. TEB adına sunum yapan TEB Genel Sekreteri Uzman Eczacı Harun KIZILAY sunumunda özetle;

- Türkiye'de sağlık çalışanlarının sağlığına yönelik tehditlerin son yıllarda büyük artış gösterdiğini, hatta sağlık çalışanlarının yaşamlarını tehdit eder boyutlara ulaştığını,

- Şiddetin nedenlerinin genel olarak; acil servislerde, hastanelerde yatak bulunmaması nedeniyle ve polikliniklerde sıra beklemesi, medula provizyon sisteminde her gün yaşanan kesintiler ve eczanede ilaç temininden dolayı yaşanan gecikmeler; hasta ve hasta yakınlarının ölçsüz istekleri ve medyadan etkilenmeleri; muayene ücreti ile katkı ve katılım payları, sık mevzuat değişikliği dolayısıyla eczacıların karşılaştığı sorunlar, usulüne uygun olmayan ilaç talepleri ve sağlık çalışanlarının hatalı davranışları şeklinde özetlenebileceğini,

- Eczacıların kimi zaman istenilen ilaçları vermedikleri kimi zaman da muayene ücretleri, katılım payları ve ilaç fiyat farklarını tahsil etmek zorunda oldukları için sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kalabildiklerini; özellikle nöbetçi eczanelerde geceleri can güvenliği bulunmadığını,

- Eczacı odası yöneticilerinin eczacılık mesleğinin kanayan yarası olan kiralık diploma ile eczane açılması olgusu ile (muvazaa) ile mücadelelerinden dolayı şiddete maruz kaldıklarını,

- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması ve tüm tarafların katıldığı bir program dâhilinde önleme çalışmalarının geliştirilmesinin, sağlık otoritesinin sağlık çalışanları hakkındaki söylemlerine dikkat etmesinin, Türk Ceza Kanunu'nda gerekli düzenlemelerin yapılarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddete verilen cezaların artırılmasının, hastane ve eczanelerin daha güvenilir yerler haline getirilmesi için gerekli mekânsal ve insani önlemlerin alınmasının ve kamunun bu konuda teşvik uygulamasının, özellikle hastanelerde güvenlik güçlerinin sayısının artırılmasının, nöbetçi eczanelere güvenlik güçleri tarafından devriye ziyaretlerinin belirli periyotlarla yapılmasının, sağlık çalışanları tarafından yapılan şikâyetlerin ya da tehdit bildirimlerinin kolluk ve diğer makamlar

tarafından öncelikli olarak ele alınmasının, nöbet tutan eczacıların can güvenliklerinin daha etkin biçimde sağlanmasının, eczacıların muayene ücreti tahsildarlığından kurtarılmasının ve uyuşturucu ilaçlar konusunda emniyet-Sağlık Bakanlığı-eczacı odalarıyla bir işbirliği ortamı kurulmasının şiddetin önlenmesine katkı sağlayacağını,

ifade etmiştir.

#### **6- 18.10.2012 Tarihli Toplantı**

Komisyon, 6'ncı Toplantısında Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikasını (SAĞLIK-SEN) dinlemiştir. SAĞLIK-SEN adına sunum yapan Sendika Genel Başkanı Metin MEMİŞ sunumunda özetle;

- TÜİK yaşam memnuniyet araştırmasına göre 2003 yılında %39,5 olan sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının 2010 yılında %73,1 olduğunu,
- 2002 yılında 185 milyon kişi sağlık hizmeti almak için sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuruyorken, sağlıkta dönüşümün başlamasıyla birlikte 2011 yılı verilerine göre 496 milyon kişinin başvuruda bulunduğunu, refakatçilerle birlikte bu sayının 2 milyarı bulunduğunu, 2002 yılında 245 bin sağlık personeliyle hizmet verilirken bu oranın 2011 yılında 358 bine çıktığını, istihdam hızının ise talep hızının gerisinde kaldığını,
- Şiddetin toplumda da arttığını, sağlık çalışanlarının sözel, fiziksel ve hem sözel hem de fiziksel şiddete maruz kaldıklarını, insanoğlunun güvenlik gereksiniminin fizyolojik ihtiyaçlardan hemen sonra geldiğini, bu anlamda sağlık çalışanlarının güvende olduklarının orta konulması gerektiğini,
- SAĞLIK-SEN'in şiddet konusunda çok sayıda çalıştay ve sempozyum düzenlediğini,
- Çalışma hayatında meydana gelen şiddet olaylarının en fazla sağlık hizmetlerinin sunulduğu ortamlarda gerçekleştiğini, çalışma ortamındaki fiziki yetersizliklerin, yoğun çalışma temposunun, istihdam eksikliğinin, hastaların sosyokültürel durumları ve iletişim becerilerinde yaşanan zafiyetlerin şiddeti tetiklediğini, sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınlarından gördükleri şiddetin yanı sıra yine yüksek oranda mobbinge uğradıklarını,

- Medyanın, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasında rolünün bulunduğunu, sağlık çalışanlarının medyanın zaman zaman sağlık çalışanı ve hasta ilişkilerini zedelediğini ve gerilime yol açtığını,

- Çalışma ortamlarında sağlık çalışanlarına yönelik şiddete müsamaha gösterilmeyeceğine dair caydırıcı yazılı materyaller bulundurulması gerektiğini, sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalması halinde gerekli yaptırımların uygulanabileceği özel yasal düzenlemelerin yürürlüğe konması gerektiğini,

- Sendikanın 1240 hasta ve hasta yakınıyla görüşerek yapmış olduğu araştırmada; deneklerin sadece %19'unun hasta hakları kavramını bildiğini, yine sadece %12'sinin çalışan hakları konusunda bilgi sahibi olduğunu, %29'unun sağlık çalışanlarıyla şiddet olayı yaşadıklarını, sağlık kuruluşlarında şiddetin kaynağı kim sorusuna deneklerin %48'inin hasta ve hasta yakınları cevabını verdiğini, %33'ünün ise sağlık çalışanlarını kaynak olarak gösterdiğini, deneklerin %34'ünün şiddetin sebebi olarak kötü iletişim ve yanlış anlaşılmayı gösterdiğini, %19'luk bir kesimin hastalık psikolojisi cevabını verdiğini, %14'lük bir kesimin sağlık çalışanlarının ilgisizliği ve yine %14'lük bir kesimin de uzun bekleme süreleri cevabını verdiğini,

- Yukarıda bahsedilen araştırmada; deneklerin şiddetin azaltılmasına yönelik çözüm önerisi olarak, bekleme sürelerinin azaltılmasını, sağlık çalışanı sayısının artırılmasını, sağlık çalışanlarına iletişim eğitimi verilmesini ve güvenlik önlemlerinin artırılmasını önerdiğini,

- Hasta haklarına gösterilen hassasiyetin aynı oranda sağlık çalışanlarının haklarına gösterilmediğini, hasta hakları kurullarının şikâyetlerin çoğunu sağlık çalışanları aleyhine sonuçlandığını ve bu durumun sağlık çalışanlarının motivasyonlarını kırdığını,

- İngiltere'de sıfır tolerans politikası çerçevesinde sağlık personelinin tehdit eden hastaların karakollarda muayene olmak durumunda kaldığını, İsrail'de sağlık çalışanlarını korumak adına şiddet uygulayanlara beş yıllık hapis cezasını öngören bir yasal düzenlemenin getirildiğini,

- Şiddetin önlenmesi amacıyla sağlık çalışanına yönelik şiddetin cezasının daha ağır olarak düzenlenebileceğini, hekimlere acil durumlar dışında hastayı reddetme hakkının tanınması gerektiğini, toplumsal farkındalık oluşturulması amacıyla görsel mecralarda halkın şiddet eğiliminden uzaklaştırılmasını, yetkili isimlerin ve siyasilerin verdikleri beyanatlarda sağlık çalışanlarının mesleki saygınlığına özen göstermesini, sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin ve öfke kontrolünün geliştirilmesini, medyada şiddet haberlerinin diline dikkat edilmesini ve bu haberlerin bağımsız kuruluşlarca takip edilmesini, cezalandırılan failerin medyada güçlü bir şekilde ifşa edilmesini, şiddete karşı sıfır tolerans programının aktifleştirilmesini, sağlık çalışanlarına kendilerini koruyacak pratiklerin kazandırılmasını, daha önce şiddet uygulamış kişilerin polis nezaretinde sağlık hizmeti almalarının düşünülmesini, hasta hakları birimleri yerine hasta iletişim merkezlerinin faaliyete geçirilmesini, hasta yakınlarının düzenli bilgilendirilmelerin yapılması amacıyla eğitilmiş elemanların istihdam edilmesini, sağlık çalışanı istihdamının artırılması gerektiğini, bekle süresinin kısaltılmasını, ziyaretçilerin akredite edilmesini, Sağlık Bakanlığının çalışanların taleplerini ve memnuniyet düzeylerini düzenli olarak izlemesi gerektiğini,

ifade etmiştir.

SAĞLIK-SEN Genel Başkanı Metin MEMİŞ'in sunumunun ardından söz alan Sağlık Çalışanı Bayram AVCIBAŞI, mağduru olduğu bir şiddet olayının detaylarını Komisyona aktarmıştır.

### **7- 31.10.2012 Tarihli Toplantı**

Komasyon bu toplantısında Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolu Kamu Görevlileri Sendikasını (TÜRK SAĞLIK-SEN) dinlemiştir. TÜRK SAĞLIK-SEN adına sunum yapan Sendika Genel Başkanı Önder KAHVECİ sunumunda özetle;

- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin hasta odaları, acil servisler, muayene odaları, aile sağlığı merkezleri ve ambulanslar gibi sağlığa ilişkin bütün alanlarda görülmekle birlikte Sendikanın yapmış olduğu araştırmalara göre en çok acil servisler, 112 aciller ve psikiyatri servislerinde görüldüğünü,

- Şiddetin artık mekân tanımadığını, sağlık çalışanlarının diğer kamu çalışanlarına göre 16 kat daha fazla şiddete maruz kaldığını,

- TÜRK SAĞLIK-SEN tarafından 2012 yılının başında yapılan ve 1864 sağlık çalışanının katıldığı bir araştırmaya göre, deneklerin %62'sinin şiddete maruz kaldığını ifade ettiğini, doktorların %78'inin, hemşire ve ebelerin yüzde 69'unun, sağlık memurlarının yüzde 62'sinin, sağlık teknisyenlerinin yüzde 60'ünün, memurların ve hizmetlilerin de yüzde 44'ünün şiddete maruz kaldıklarını bildirdiğini,

- Söz konusu araştırmaya göre; deneklerden şiddet maruz kalanların %43'ünün şiddet olayından sonra herhangi bir tepki vermediğini, şikâyette bulunmadığını, %25'inin karşılık verdiğini, %24'ünün idareye şikâyette bulunduğunu, %5'inin dava açtığını, %3'ünün ise polise başvurduğunu,

- Şiddetin nedeni olarak; şiddetin bir tedavi yöntemi olarak, yani tedavi sürecinde karşılaşılan sorunları çözen ve süreci hızlandıran bir unsur olarak görülmesinin, sağlık çalışanları ile vatandaşların karşı karşıya getirilmesinin ve iş yoğunluğundan kaynaklanan tükenmişlik sendromunun gösterilebileceğini,

- Şiddetin önlenmesi amacıyla Sendika olarak; şiddetin yanlışlığını ve yol açtığı tahribatı anlatacak kamu spotu, afiş ve broşürlerle bilgilendirilmesini, sağlık çalışanlarına stres yönetimi konusunda hizmet içi eğitim verilmesini, Beyaz Kodun kullanımının yaygınlaştırılmasını, çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin faaliyete geçirilmelerini, güvenlik personeli sayısının artırılmasını, hastane polisinin de olaylarda aktif rol üstlenmesini, özellikle bekleme salonlarında gerekli kamera sistemlerinin kurulmasını, kamera sistemi kurulamayacak yerlerde uyarı sistemlerinin kurulmasını, şiddete uğrayan çalışana hizmetten çekilme hakkının tanınmasını, Türk Ceza Kanunu'nda değişiklik yapılarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddete verilen cezaların ağırlaştırılmasını, tüm paydaşların çözüm sürecine dâhil edilmesini önerdiklerini,

- Mobbingin görmezden gelinen ancak oldukça yaygın bir şiddet türü olduğunu, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının faaliyete geçirdiği Alo 170 Hattına 1 yılda 1143 çağrı geldiğini, hatta en fazla başvurunun %17.06 yani 195 kişiyle kamu hastanelerinden geldiğini, Türkiye Büyük Millet Meclisi Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonunun hazırladığı Mobbing Raporu'na göre mobbingden en çok sağlık sektöründe ve üniversitelerde çalışan personelin etkilendiğini,

ifade etmiştir.

### 8- 01.11.2012 Tarihli Toplantı

Komisyon, 8'inci toplantısında Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikasını (SES) dinlemiştir. Sendika adına sunum yapan Genel Başkan Çetin ERDOLU özetle;

- Türk Dil Kurumuna göre şiddetin “Bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğlilik, sertlik; bir hareketten doğan güç; karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma, kaba güç ve duygu ve davranışta aşırılık” şeklinde tanımlandığını,

- SES açısından şiddetin içsel veya dışsal olarak sözlü, fiziksel, ruhsal, siyasal ve mevzuata bağlı olarak emekçilerin karşı karşıya kaldığı baskıların tümü olduğunu,

- Son yıllarda hasta ve hasta yakınları tarafından sağlık emekçilerine yönelik artan şiddetin sebeplerinin başında uygulanan sağlık politikalarının ve yetkililerin halkla sağlık emekçilerini karşı karşıya getiren kışkırtıcı üsluplarının büyük rol oynadığını, bir diğer önemli unsur olarak ise uygulanan performansa göre ücretlendirme sisteminin gösterilebileceğini,

- Yurttaşların sosyoekonomik ve kültürel yapısının; işsizlik, yoksulluk gibi koşulların gözetilmeden gün geçtikçe alınır satılır hale getirilen sağlık sisteminin şiddeti yaratmada etkisinin bulunduğunu, sağlık çalışanlarını paragöz olarak gösteren söylemlerin durumu daha da kötüye götürdüğünü, halkın sağlık sisteminde aksaklıkların nedeni olarak sağlık çalışanlarını gördüğünü,

- Her kademedede uygulanan katkı-katılım payı ve ilave ücretlerin, sağlık çalışanlarına yüksek maaş ödemeleri şeklinde verildiğine ilişkin açıklamaların şiddetin başlıca nedenlerinden biri olduğunu, ilaç katılım ve reçete bedellerinin eczacılar ile halk arasında gerilime yol açtığını, performans sisteminin meslek etiğini zedelediğini,

- Mobbinge maruz kalarak hizmet üretmeye çalışan sağlık personelinin bu durumdan kurtarılması gerektiğini,

- Hastanelerde ve diğer sağlık kuruluşlarında görev yapan taşeronla bağlı güvenlik görevlileri başta olmak üzere tüm taşeron işçilerin ve sözleşmeli çalışanların kadroya alınarak, sağlık ekibi içerisinde olduklarının gösterilmesini ve böylece ekip anlayışı içerisinde hizmet vermelerinin sağlanması gerektiğini, caydırıcılık ve adli işlemlerin yürütülmesi bakımından sadece acil servislerde resmi üniformalı bir polisin görev yapmasının gerektiğini,



- Performans sisteminin kaldırılmasını, yetkililerin sağlık çalışanlarıyla halkı karşı karşıya getirecek açıklamalardan kaçınmaları gerektiğini, şiddetin iş kazası olarak kabul edilmesini, idarecilerin sağlık çalışanları tarafından liyakat esaslarına göre seçimle belirlenmesinin sağlanmasını, sağlık çalışanı istihdamının artırılmasını, idarecilere mobbing konusunda eğitim verilmesini,

- İfade, örgütlenme, toplantı ve gösteri hakkını kullanan sağlık çalışanlarının soruşturmayla uğramaması gerektiğini, birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil servisler başta olmak üzere teşhis ve tedavide katkı payı ve ücret uygulamasına son verilmesinin şiddeti azaltacağını,

- Çalışanların meslek risklerinin belirlenmesi ve işyerlerinde iş güvenliği ve meslek hastalıkları önlemlerinin alınması, bu önlemler için bütçeden yeterli ödeneğin ayrılması ve belirlenen meslek risklerine uygun olarak tüm çalışanlara fiili hizmet ilavesi yapılması gerektiğini,

ifade etmiştir.

#### **9- 07.11.2012 Tarihli Toplantı**

Komisyon 9'uncu toplantısında Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası (SAĞLIK İŞ) ile Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Hak Sendikasını (SAĞLIK HAKSEN) dinlemiştir.

SAĞLIK İŞ adına sunum yapan Sendika Genel Başkanı Hasan ÖZTÜRK özetle;

- 1970 ve 1980'li yıllarda sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin günümüzden daha az olduğunu, o yıllarda karşılıklı saygının hizmeti kolaylaştırdığını,

- Taşeron firmalarda çalışan, iş güvencesi bulunmayan işçilere yeterli eğitimin verilmediğini,

- Canı yanmış hasta ve hasta yakınlarının kamu hastanelerinde yeterli ilgi göremeyince agresifleştiğini, henüz hastane girişinde gösterilen ilginin şiddeti azaltacağını,

- Hakkını arayan kişilere yeterli ve doyurucu yanıtlar verilmesinin sağlanması gerektiğini,

ifade etmiştir.

Sendika Başkanı ÖZTÜRK'ün ardından söz alan SAĞLIK İŞ Yönetim Kurulu Üyesi Halit KAYALI ise; şiddete maruz kalan bir sağlık çalışanı olduğunu, acil servislerde uygulanan güvenlik sisteminin yeniden ele alınarak revize edilmesi gerektiğini, iş güvenliğine sahip olmayan işçilerin başkasının güvenliğini korumakta acziyete düşeceğini, şiddetin sadece fiziksel ve sözel olarak düşünülmemesi gerektiğini, psikolojik şiddetin de sağlık çalışanlarını mağdur ettiğini ve aynı zamanda hasta-sağlık çalışanı ilişkisini olumsuz etkilediğini, idarenin bu konularda dikkatli olması gerektiğini ayrıca özellikle acil servislerde hastanın karşılanış şeklinin önemli olduğunu ifade etmiştir.

Toplantının 2'nci sunumunda SAĞLIK HAKSEN Yönetim Kurulu Üyesi Umut YANARDAĞ özetle;

- Sendikalarının sağlık alanında çalışan personelin ekonomik, sosyal ve kültürel haklarının korunmasının ve geliştirilmesinin sağlanması için mücadele verdiğini, sağlık çalışanının hakkının korunmasının sağlık hakkını da koruyacağına inandıklarını,

- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sağlıkta dönüşüm programıyla değişen hizmet modelinin uygulanmasında yaşanan problemler ile sağlık hizmeti veren-vatandaş ilişkisinin değişmesinden kaynaklandığını, hasta bekleme sürelerinin azaltılması ve gelirlerin artırılması çabasının iş yoğunluğunu artırdığını, hastaların hastanede yaşadıkları her türlü sorunun çözümünü hasta haklarında aradıklarını, sağlık hizmeti alanların beklentilerinde bir sınır olmadığını,

- Sendikalarının şiddetin önlenmesine yönelik olarak hasta haklarının yanında hasta sorumluluklarını da yer veren ve müeyyide içeren bir yasa çıkarılmasını önerdiğini, özellikle şiddete verilen cezaların artırılması gerektiğini,

- Hasta ve sağlık çalışanı arasında sorun çözücü olarak Sağlık Ombudsmanlık Mekanizması getirilmesinin ve böylece hem sağlık çalışanlarınca hem de hastalarca kabul görececek bir personelin ombudsman olarak sorunlara müdahale etmesinin sağlanmasının sorunların şiddete dönüşmeden çözülmesini sağlayacağını,

ifade etmiştir.

### 10- 14.11.2012 Tarihli Toplantı

Komisyon bu toplantısında Tüm Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (TÜM SAĞLIK SEN) ile Mobbingle Mücadele Derneğini (Mobbingder) dinlemiştir.

TÜM SAĞLIK SEN adına sunum yapan Sendika Genel Başkanı Okay ERÖZGÜN sunumunda özetle;

- Sendikalarının sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti; hasta ve hasta yakınlarının şiddet, Bakanlığın, hükümetin ve idarecilerin dil ve üslubu ile uygulanan sağlık politikalarının etkisi, çarpık ve adaletsiz istihdam modellerinin meydana getirdiği iş barışının bozulması neticesinde oluşan iş yoğunluğu nedeniyle karşılaşılan şiddet, mobbing, yöneticilerin uyguladığı şiddet ve işyerlerinde kadrolaşmaya bağlı uygulanan şiddet olarak tespit ettiğini,

- Şiddetin önüne geçilmesi için öncelikle eğitim çalışmaları yapılması gerektiğini, kamu spotu, afiş ve broşür gibi materyallerle vatandaşa ulaşılmasının sağlanması gerektiğini, fiziksel şiddet uygulayanların tutuklu yargılanmalarının ve Türk Ceza Kanunu'nda değişiklik yapılarak verilen cezaların artırılmasının gerektiğini, şiddet faillerinin Genel Sağlık Sigortası kapsamından çıkarılmalarını, hasta sorumluluğu kavramının öğretilmesini, taşeron işçiler ile sözleşmeli çalışanların kadroya alınması gerektiğini, performans sisteminin kaldırılarak birbiri ile rekabet eden değil yardımlaşan ve ekip ruhunu benimsemiş çalışma düzenine geçilmesini, şiddetin iş kazası olarak kabul edilmesini, sağlık çalışanı istihdamının artırılmasını, mobbingi önleyecek tedbirlerin alınmasını, her türlü katkı ve katılım payının kaldırılmasını önerdiklerini,

- Şiddeti azaltmak, çalışan memnuniyetini artırmak ve hafta sonları da kesintisiz sağlık hizmeti verilmesini sağlamak amacıyla yeni bir çalışma modeli önerdiklerini ve bu modelde bir nöbet sistemi içerisinde iki gün çalışan personelin bir gün izin yapmasını yani pazartesi ve salı günü çalışan personelin çarşamba günü izinli olacağını ve ardından perşembe ve cuma günleri çalışarak cumartesi günü izin kullanacağını, mesai sisteminin bu şekilde iki gün çalışma bir gün izin olarak kurgulandığını, böylece cuma günleri yaşanan birikmenin de önüne geçileceğini,

ifade etmiştir.

Komisyunun 10'uncu toplantısına katılan diğer sivil toplum örgütü Mobbingder adına sunum yapan Yönetim Kurulu Başkanı Hüseyin GÜN özetle;

- Mobbingin bir işyerinde hedef seçilen bir çalışana, asıl maksat gizlenerek, bir kişi ya da bir grup tarafından insan onuru ile bağdaşmayan eylem ve işlemlerle sürekli ve/veya sistematik olarak belirli bir süre hukuk ve etik dışı yollarla yapılan ve mağdurun psikolojik, ekonomik veya sosyal statüsünde olumsuzluklar meydana getiren uygulamaların bütünü olarak tanımlandığını, bireysel ve kurumsal nedenlerden kaynaklandığını,

- Mobbingin bir eylemler zinciri olduğunu, sürekli ve sistematik bir şekilde, kişinin psikolojisini bozmak, ekonomik anlamda zarar vermek, toplumda küçük düşürmek için yapılan eylem ve işlemler olduğunu, bunların yazılı ve yazılı olmayan işlemler ile vücut diliyle, bazen ise konuşmadan yapılabildiğini,

- Mobbinge maruz kalan bireylerin; bıkırma, yıldırma, dışlanma, kurumun hizmetlerinden yoksun bırakılma, aşağılanma, izin ve görevlendirilmelerden yararlandırılmama, zorla tayin gibi psikolojik tacize neden olabilecek tutum ve davranışlarla karşılaştığını,

- Mobbing mağdurlarının alkol ve uyuşturucu gibi kötü alışkanlıklara başlayabildiğini, iş hayatında yaşadıkları olumsuzlukların aile yaşantılarını da etkilediğini,

- Mobbingin önlenmesi için bireysel ve kurumsal çözüm önerilerinde bulduklarını; öncelikle mağdurların cesur olmalarını ve mobbingi şikâyet etmelerini, kendilerini suçlamamalarını; sağlık çalışanlarına farkındalık eğitimi verilmesini, sağlık çalışanlarının görev tanımlarının açık ve keskin sınırlarla belirlenmesini ve bu konuda objektif olmayan uygulamaların önüne geçilmesini, mobbingin iş sağlığı ve güvenliği mevzuatında düzenlenmesini, mobbing konusunda kamuoyunu bilgilendirici yayınlar yapılmasını önerdiklerini,

ifade etmiştir.

Yönetim Kurulu Başkanı Hüseyin GÜN'ün ardından söz alan Mobbingder Bilim Kurulu Üyesi Yrd. Doç. Dr. Nermin GÜRHAN özetle; mobbingin çalışan üzerindeki etkisinin iş yerindeki mutsuzluktan çok daha öteye giden bir durum olduğunu, mobbing mağdurlarında depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi

sorunlar yaşandığını, ailelerin de mobbingde ikinci derecede mağdur olduğunu, mobbing sonucu ortaya yoğun bir işgücü kaybının çıktığını ifade etmiştir. Mobbingder adına son olarak söz alan Dernek Üyesi Avukat Nilay KILIÇ; çeşitli ülkelerden mobbinge ilişkin yasal düzenleme örnekleri vermiştir.

### **11- 15.11.2012 Tarihli Toplantı**

Komisyon bu toplantısında Türk Hemşireleri Derneğini dinlemiştir. Dernek adına sunum yapan Dernek Genel Başkanı Prof. Dr. Saadet ÜLKER özetle;

- Şiddetin, bireyin kendi dışından uygulanan fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik güç ve baskılarla, insanca yaşama hakkını sınırlayan ya da tümüyle yok etmeyi hedefleyen toplumsal bir olgu olduğunu ve özellikle son yıllarda töre cinayetlerinin, kadına yönelik saldırıların ve çocuk istismarlarının medyada geniş bir biçimde yer bulması ve ardından, sağlık çalışanlarına da yaygınlaşarak açık bir biçimde yönelmesi ile ülkemizde dikkatleri üzerine her zamankinden daha fazla çektiğini,

- Halkın çok uzun yıllara dayalı buyurgan, tehditkâr, ulaşılması zor nitelikler taşıyan bir sağlık sistemi içerisinde geçmiş olmasının ve son yıllarda bu durumu ve sorumlularını kendi anlayışı doğrultusunda açıklıkla ifade eden Sağlık Bakanlığının yaklaşımının, halkın içindeki öfke birikimini kontrol edemeyeceği bir biçimde ortaya koymasına yol açtığını, sistemde yıllara dayalı daha çok örtük biçimde seyreden şiddetin ve ona olan tepkinin, son dönemdeki yaklaşımlarla kontrolsüzce ifade edildiğini,

- Toplum bilimsel zeminde araştırma yapmaya yetkin özellikle sosyolog ve ekonomistlerden oluşan bir araştırma grubunun şiddetin toplumsal nedenlerini ve belirleyicilerini araştırması, bu gruba yeri geldiğinde sağlık çalışanlarının katılmasını, sağlayacakları verilerle araştırma grubunun desteklenmesini ve çözüm önerilerinin bu araştırma sonuçlarından üretilmesini önerdiklerini,

- Hemşirelik mesleğinin aynı meslek diplomasına sahip olup farklı düzeyde (meslek lisesi, ön lisans, lisans düzeyi) ve farklı biçimde (örgün eğitim, açık öğretim, uzaktan eğitim) eğitimden geçmiş insanlar tarafından aynı görev, sorumluluk ve yetkiyle icra edilmesinden dolayı çok vahim çatışmalar çıktığını ve bu durumun mesleği ve bakım hizmetini alabildiğine hırpaladığını,

- Medyanın sağlık alanında yer alan pek çok olayı hiç sorgulamadan hemşireliğe mal ettiğini,
- Hemşireliği temsil eden kişi ve kuruluşların değinilen konular hakkındaki beyanlarına yetkililerin sahip çıkması ve çözümlere bu yol ile gidilmesi gerektiğini, bu yapılmadığı takdirde ise hemşirelerin şiddetin hedefi ve kaynaklarından birisi olmaktan sıyrılamayacaklarını, ifade etmiştir.

### **12- 21.11.2012 Tarihli Toplantı**

Komisyon, 12'nci toplantısında hastanelerde görevli polislerin görev ve yetkileri, bunların eğitimleri, çalışma koşulları, hastanelerde yaşanan şiddet olayları ile bu olaylarda polislerin vazifeleri ve yukarıda sayılan alanlarda yaşanan sorunlara ilişkin çözüm önerileri ile hastanelerde görevli özel güvenlik görevlilerinin hastanelerde görevli polislerle ilişkileri, Genel Müdürlükçe özel güvenlik görevlilerine verilen eğitimler ile yukarıda sayılan alanlarda yaşanan sorunlara ilişkin çözüm önerileri konularında Emniyet Genel Müdürlüğünü dinlemiştir.

İlk olarak söz olan Polis Merkezleri ve Suç Önleme Şube Müdürü Ali KAYA sunumunda özetle;

- Polis Merkezi Görev Tanımları Kitabı'na göre hastane nokta görevlisi olarak ifade edilen hastanede görevli polislerin görevlerinin; polisin müdahalesini gerektiren herhangi bir olay meydana gelmesi halinde, içinde bulunduğu koşulları dikkate alarak müdahale etmek veya yardımcı kuvvet talebinde bulunmak ya da varsa özel güvenlik personelinden istifade etmek, hastaneye intikal eden ve tıbbi müdahalede bulunulan adli nitelikli olaylar (yaralamalı/ölümlü trafik kazaları dâhil) hakkında ilgili sağlık personelinden bilgi almak, intikal eden olay ve tarafları hakkında bilgi toplamak, ilgili kişilerin kimlik ve adres tespitini yaparak, olayın meydana geldiği yerin mntikasında bulunduğu polis merkezini hızlı bir şekilde derhal haberdar etmek, görev alanı çerçevesinde verilen talimatları yerine getirmek, tıbbi müdahale sonrası kişilerin vücudundan çıkan ve/veya delil niteliğinde olan eşyayı (mermi çekirdeği, saçma, şiş, bıçak ağzı vb.) ilgili sağlık personelinden muhafazalı bir şekilde tutanak karşılığında alarak yetkili birime teslim etmek, intikal eden olay nedeniyle şüpheli/sanık olan kişilere yönelik gerekli güvenlik tedbirlerini imkânları ölçüsünde almak, yeterli olmadığı durumlarda yardım talep etmek ve ilgili

soruşturma birimleri geldiğinde bu kişi veya kişileri teslim etmek, şüpheli/sanık kişilerin teslim edilmesine ilişkin (tıbbi tedavileri devam etmiyor veya taburcu edilmişler ise) tutanak tanzim etmek, hastane güvenliğinin sağlanması kapsamında, hastane yönetimi ile irtibat halinde olmak ve bu konuda işbirliğinde bulunmak, gerektiğinde bu hizmetlere destek olmak, hastane güvenliğine ilişkin tespit ettiği eksiklikleri hastane yönetimine bildirmek ve önerilerde bulunmak şeklinde özetlenebileceğini,

- İçişleri Bakanlığının 2012/22 sayılı Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olayları İle İlgili Genelge'sinde özetle; sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının engellenmesine yönelik hastane yönetimi, hastane güvenliği ve kolluğun iş birliği içerisinde bulunması, sağlık çalışanlarına yönelik, yaralama, tehdit, hakaret fiillerinin işlenmesi halinde, mağdur kişinin şikâyeti aranmaksızın, sağlık kurumlarında görevli olan "hastane polisleri" başta olmak üzere yetkili kolluk kuvvetlerince doğrudan işlem tesis edilmesi; suça el koyma ve soruşturma işlemlerinin, sağlık kuruluşlarında yürütülen muayene, müdahale ve hasta bakım hizmetlerini aksatmayacak ve bu hizmetlerde herhangi bir zafiyete neden olmayacak şekilde titizlikle yürütülmesi hususlarına yer verildiğini,

- Hastane irtibat görevlisi olarak görev yapan polislerin İçişleri Bakanlığınca yapılan son düzenlemeler ışığında; tamamen irtibat görevlisi olarak görev yapmak ve bir olay meydana gelmesi halinde de ilk müdahalede bulunarak sonrasında gerekli güvenlik önlemlerinin alınmasını temin etmekle yetkili olduklarını,

- Sadece tam teşekküllü ve acil müdahale birimlerine yoğun hasta girişi olan hastanelerde hastane nokta görevlisi personel görevlendirilebildiğini, günlük 10 bin ila 50 bin arasında kişinin hizmet aldığı büyük hastanelerde şiddet olaylarını önlemekle görevli nokta polislerinin ifa edecekleri görevlerin sınırlı kalacağını,

- Hastane nokta görevlisi polislerin daha çok meydana gelen ve ortaya çıkan müessif olaylar nedeniyle kişilerin intikal ettiği büyük hastanelere ve acil müdahale birimlerine gelen adli olayları tespit etmek ve suç soruşturması yürüten birimlere iletmek üzere görev yaptıklarını,

ifade etmiştir.

İlk sunumun ardından söz alan Özel Güvenlik Hizmetleri Şube Müdürü Mehmet SARIBUVA sunumunda özetle;

- Özel güvenlik hizmetinin kamu güvenliğine ilave olarak yapılan, genel kolluğa yardımcı mahiyette, talep esaslı ve izne bağlı koruma ve güvenlik hizmeti olduğunu; kurum ve kuruluşların kendi bünyesinde özel güvenlik birimi kurmak suretiyle ya da özel güvenlik şirketlerinden hizmet satın almak suretiyle veya her iki şekilde de sağlanabildiğini,

- Özel güvenlik görevlilerinin görevli oldukları alan ve süre ile sınırlı kalmak kaydıyla 5188 sayılı Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun'un 7'nci maddesindeki yetkileri kullandıklarını; bunların suçüstü halinde herkes tarafından kullanılacak yetkiler olduğunu, tüm arama ve kontrollerin elektronik sistem ve cihazlarla yapıldığını, elle aramanın yapılamayacağını, toplu ulaşım tesislerinde, kültürel ve sosyal etkinliklerde kimlik sorma yetkilerinin bulunduğunu, görev alanında meydana gelen adli olaylara müdahale etme, gerektiğinde zor kullanma yetkilerinin bulunduğunu,

- Özel güvenlik eğitiminin bu işe özgü eğitim kurumlarınca verildiğini, temel eğitimin 100+20 saatten oluştuğunu ve geçerlilik süresinin 5 yıl olduğunu, yenileme eğitiminin ise 50+10 saatten oluştuğunu,

- Eğitim müfredatının; özel güvenlik hukuku ve kişi hakları, güvenlik tedbirleri, güvenlik sistem ve cihazları, temel ilk yardım, yangın güvenliği ve tabii felaketlerde müdahale tarzı, uyuşturucu madde bilgileri, etkili iletişim, kalabalık yönetimi, kişi koruma, özel güvenlik-genel kolluk ilişkileri, silah bilgisi ve atış derslerinden oluştuğunu,

- Yetkilerin görev alanında ve görev süresince kullanılabilmesini, kural olarak üniformalı görev yapıldığını (görev yeri ve niteliğinin gerektirdiği hallerde komisyon kararıyla sivil çalışılabileceğini.), koruma ve güvenlik dışında başka bir işte çalıştırılmayacaklarını, alınan izin doğrultusunda silahlı-silahsız hizmet verilebileceğini,

- Türkiye'de sertifika alan 967.183, kimlik alan 650.050 ve fiilen çalışan 263.199 özel güvenlik görevlisinin bulunduğunu,

- Özel güvenlik görevlilerinin yetkilerini daha iyi kullanabilmeleri, hasta ve hasta yakınlarıyla etkili iletişim kurabilmeleri için hizmet içi eğitimden geçirilmelerinin, nerelerde ne tür özel güvenlik görevlisi çalıştırılacağına dair risk analizi yapılmasının, istihdam edilecek özel güvenlik görevlilerinden istenen şartların geliştirilmesini önerdiklerini,

ifade etmiştir.



### 13- 22.11.2012 Tarihli Toplantı

Komisyon, 13'üncü toplantısında Psikiyatrist Prof. Dr. Erol GÖKA'yı dinlemiştir. Prof. Dr. GÖKA sunumunda özetle;

- Toplum olarak bir şiddet kültürü içinde yaşadığımızı, savaşçı bir zihne sahip olduğumuzu, tarihsel psikolojimizin savaşçılık ve sorunları savaş yöntemiyle halletme anlayışıyla yüklü olduğunu; evde, ailede, işyerinde, okulda, sokakta, trafikte, stadyumda, hatta Meclisimizde zaman zaman "gücü gücü yetene" kuralını işletmemizin bu zihniyet yüzünden olduğunu,

- Şiddetin bir sarmal şeklinde ilerlediğini yani şiddetin şiddeti doğurduğunu, toplumda şiddet tırmandığında toplumu oluşturan bütün bileşenlerin bundan etkilendiğini, meslek gruplarının da bundan etkilenmeye başlayacağını, hekimlik mesleğinin icra edildiği ortamların da şiddete ve öfke patlamalarına meyyal olduğunu,

- Sağlık hizmeti verilen ortamlarda şiddetin arttığına yönelik gözlemlerin bulunduğunu, hemen her gün medyada sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmasıyla ilgili bir habere rastlamanın mümkün olduğunu,

- Genellikle zor şartlarda hastalara hizmet veren sağlık çalışanlarının bir taraftan insan hayatı ile ilgili kararlar veriyor olmanın yükünü çekerken bir taraftan da şiddet olaylarının etkisiyle kendi güvenlikleriyle ilgili kaygılarla boğuşmak zorunda kaldıklarını, bunun ise hizmetin kalitesini düşürdüğünü,

- Şiddetin ortaya çıktığı hemen her yerde temel bir ilke olarak karşılanmayan beklentilerin olduğunun söylenebileceğini, karşılanmayan beklentilerin psikolojisini incelediğimizde “*narsistik yaralanma*” adı verilen benlik zedelenmesinin karşımıza çıktığını ve şiddete yol açan öfkenin altyapısını bu duyguların hazırladığını; sağlık kuruluşlarında yaşanan şiddet olaylarının da temelinde bu beklenti sorununun yattığını, halkın sağlık hizmetlerinden beklentilerinin yükselmesinin sağlık kuruluşlarının fiziki şartları ile personel yetersizliklerinin göz ardı edilerek ele alınamayacağını, zira yükselen beklentiler karşılanamadığında hasta ve hasta yakınlarının hayal kırıklıklarının sorumlusu olarak sağlık çalışanlarını ve özellikle hekimleri gördüğünü,

• Sağlık çalışanlarına ve hekimlere yönelik şiddeti ele alırken üzerinde mutlaka durulması gereken bir başka noktanın da aslında hiç yaşanmaması gereken hasta hakları ve hekim hakları çatışması olduğunu, hasta haklarının modern bir sağlık hizmetinin vazgeçilmez bir unsuru olduğunun inkâr edilemeyeceğini ancak, hekimlerin olması gereken haklarına sahip olmamaları nedeniyle bunun bir çatışma gibi görüldüğünü, yaşanan haklar çatışmasının hakkı olanı almak isteyen hastalarla onlara hakkı olan hizmeti vermek için ihtiyacı olanları isteme hakkı olmayan hekimler arasındaki çatışma olduğunu,

• Hekim saygınlığının giderek ortadan kalkmaya yüz tuttuğunu,

• Yöneticisinin takdir etmediği meslek erbabına toplumdan saygı beklemenin imkânsız olduğunu, hekimlerin görev yapmadıkları ama yapmaya zorlanacakları şeklindeki ifadelerin onların vatandaş nezdindeki saygınlığını azalttığını ve yaşanan her türlü olumsuzluğun faturasının hekimlere kesildiğini,

• Günümüzde tıp fakültelerinin eğitimi göz ardı ederek öğrencilere teorik bilgi yüklediğini, hasta-hekim ilişkisinin nasıl olması gerektiği ve hastalar ile yakınlarının nasıl psikolojilere sahip olduklarını bilme ve öğretme konularında ciddi eksiklikleri bulunduğunu,

• Hekimlerle ilgili olumsuz haberlerin anlamsız biçimde abartılarak yayımlanmasının hataların bütün hekim camiasına mal edilmesi sonucunu doğurduğunu, hekimlerin medyada yargısız infaza maruz kaldığını,

• Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmasının önlenmesi için; sağlık sistemiyle ilgili düzenlemelerde sağlık çalışanlarının görüşlerinin ciddiye alınmasını, halkın beklentisini yükselten siyasi ifadelerden kaçınılmasını, açıklamalarda hekim saygınlığını gözeten ifadelerin kullanılmasını, tabip odalarının diyaloga açık biçimde hekimlerin sorunlarına çözüm üretmesini önerdiğini,

• Her hekimin mesleğini eksiksiz biçimde yerine getirebilmek için gerekli donanımın temin edilmesini bulunduğu sağlık kuruluşundan isteme, aksi halde vazifesini yapmaya zorlanmama, hastasına yeterli vakit ayırma, hasta mahremiyetini korumak adına kurumlarından fiziksel düzenlemeler talep etme, aksi halde görev yapmaya zorlanmama, hasta hakları yönetmeliğinde belirtilen hususları ihlal etmeye mecbur bırakıldıklarında görevi bırakma ve güvenliğinin ve sağlığının korunması hakkına sahip olması gerektiğini,

ifade etmiştir.

#### 14- 29.11.2012 Tarihli Toplantı

Komisyon 15'inci toplantısında Acil Tıp Uzmanları Derneğini (ATUDER) dinlemiştir. İlk olarak söz olan ATUDER Yönetim Kurulu Başkanı Prof. Dr. Başer CANDER özetle;

- Son yıllarda her alanda şiddetin arttığını, ancak sağlık alanında hizmet verenler diğer iş alanlarında çalışanlara göre 16 kez daha fazla saldırıya uğradığını,

- Şiddetin nedenleri arasında; insan doğasında var olan “*şiddet uygulama*” eğiliminin, yararlı alanlara/faaliyetlere yönlendirilememesinin, çocukluktan itibaren sorunları şiddet kullanarak çözme alışkanlığının pekiştirilmesinin, gençlerin televizyonda her gün onlarca şiddet sahnesi seyrederek yetişmelerinin, toplumsal ahlakta, gücü kutsayan değişim ile “*güçlü olanın haklı olduğu*” fikrinin yaygınlaşmasının ve genel olarak sorunları açıklıkla konuşma, dinleme ve empati alışkanlığının pek olmamasının gösterilebileceğini,

- Karşılanamayan yüksek beklentilerin ve güven duygusunun, acil servislerin yoğunluğunun, uzun bekleme sürelerinin, mental veya davranış bozukluğu olan hastaların, hasta ve yakınlarının aşırı isteklerinin, eğitim düzeyi düşüklüğünün, kalabalık ve gürültülü ortamların, sağlık çalışanlarının zamanlarının kısıtlı olmasının, uzun çalışma sürelerinin, iletişim problemlerinin, personel yetersizliğinin, basında yer alan haberlerin ve haber dilinin, yetersiz güvenlik önlemlerinin, krizleri yönetmede yetersizliklerin, silah ve yaralayıcı aletlerin taşınmasının kolay olmasının, politikacıların sağlık sistemi ve çalışanlar hakkındaki söylemlerinin de şiddetin nedenleri arasında olduğunu,

- Şiddete karşı müeyyidelerin yetersiz olduğunu,

- Sağlık çalışanları olarak çuvaldızı kendilerine batırmaları gerekirse; hastaların haklı olduğu yönlerin bulunduğunu gözden kaçırmamaları gerektiğini, sistemde aksamaların bulunduğunu, yanlış tedavi gibi hataların nadiren de olsa gerçekleştiğini, bilimsel denetim eksikliğinin bulunduğunu,

ifade etmiştir.

İlk sunumun ardından söz alan ATUDER Yönetim Kurulu Başkan Yardımcısı Doç. Dr. İbrahim İKİZCELİ Türkiye’de yapılmış çeşitli şiddet araştırmalarından örnekler vermiştir. Son olarak söz alan ATUDER Üyesi Cuma YILDIRIM ise Derneklerinin şiddetin önlenmesi yönelik önerilerine yer verdiği sunumunda özetle;

- Sağlıkta dönüşüm programının halka ve çalışanlara daha doğru anlatılmasını,
- Hasta haklarının yanı sıra hasta sorumlulukları ile sağlık çalışanlarının hak ve sorumluluklarının da belirlenmesini; medyada duyurulmasını ve hastanelerde ilan edilmesini, hasta memnuniyetinin yanı sıra, çalışan memnuniyetinin de sağlıkta kalite ölçümünde önemli bir kriter olarak belirlenmesini,
- Performans sisteminin gözden geçirilmesini, mesai ve nöbet saatlerinin yeniden düzenlenmesini, uzun çalışma sürelerinin kısaltılmasını,
- Sağlık birimlerinde uluslararası iş güvenliği standartlarına uygun güvenlik kriterlerinin belirlenerek ve titizlikle uygulanmasını,
- Sağlık çalışanlarının, maddi kaygılardan uzak hizmet vermelerinin sağlanmasını,
- Sağlık yöneticilerinin ve özellikle sağlık politikalarını belirleyen siyasetçilerin şiddeti kınayan cümlelerle halkı uyarmalarını,
- Sağlık çalışanlarına, mesleki eğitimleri aşamasından başlayarak iletişim, kriz yönetimi, öfke kontrolü ve hasta hakları; mesleki riskler ve hizmet icapları konusunda eğitimler verilmesini,
- Sağlık kurumlarının otopark, güvenlik, misafirhane ve kafeterya hizmetleri yeterli ve fonksiyonel hale getirilmesini,
- Sağlık kurumlarında yaşanabilecek iletişim kazaları, bilgi eksikliği, yanlış anlama ve anlaşılmalardan kaynaklanan problemleri çözmek üzere ombudsmanlık görevi üstlenecek bağımsız denetçilerin veya eğitimli uzman arabulucuların istihdam edilmesini,
- İlköğretimden başlayarak eğitimin her kademesinde, sağlık personeli ve kurumları ile bu kurumların işleyişi hakkında eğitimler verilmesini,
- Sağlığa yönelik bazı yanlış algıların değişmesi bakımından, hastane adının ‘şifahane’; hasta hakları teriminin ‘sağlık hakkı’ olarak değiştirilmesini,

- Tüm sağlık örgütlerinin, sağlıkta görülen Şiddet karşısında, söz ve eylem birliği içinde olmasını, bu konunun politik ve ideolojik gündemlerin üstünde tutulmasını,
  - Yazılı ve görsel medya organlarında, uzmanlaŐıŐıŐ “Sağlık Muhabiri” istihdamının sağlanması, medyada “Sağlık Danışmanlığına” gereken önemin verilmesini, dizi film, reklam ve film senaryolarında hastane, hastalık ve hekimlik mesleği konusunda doğru mesajlar verilmesi konusunda gerekli girişimlerin yapılmasını,
- önerdiklerini ifade etmiştir.

### **15- 05.12.2012 Tarihli Toplantı**

Komisyon bu toplantısında Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonunu (AHEF) dinlemiştir. AHEF adına ilk olarak söz alan Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Murat GİRGİNER özetle;

- Türkiye çapında 60 ilde örgütlendiklerini, 12.910 Aile Hekimi üyelerinin bulunduğunu,
- Şiddetin çoğunlukla hastanelerde ve acil servislerde olduğunun düşünüldüğünü ancak, birinci basamak sağlık hizmet sunumunda çalışanların artan oranlarda Şiddete maruz kaldıklarını,
- Fiziksel Şiddet öncesinde sözel Şiddetin daha yüksek olduğu gerçeğinden yola çıkarak, öncelikle sözel Şiddetin cezai müeyyide kapsamında değerlendirilmesi gerektiğini, küçük suça verilecek cezaların daha büyük suçları engelleyeceğini,
- Hastaların haklarını ve sorumluluklarını öğrenmelerinin ve doğru kullanmalarının sağlanması gerektiğini,
- SABİM hattında başvuruları karşılayan kişilerin kanun ve yönetmeliklere hâkim olmasının sağlanması ve gelen Şikâyetlerin değerlendirilerek haksız yapılan Şikâyetin hekime yansımalarının engellenmesini, başvuru sahibine anında haksız olduğu vurgulanacak Şekilde bildirim yapılmasının sağlanması, usulsüz istemde ve Şikâyette bulunarak adeta kendisini ihbar eden kişilere gerekli cezai yaptırımların uygulanmasının gerektiğini,
- Medyada sağlık çalışanlarına yönelik Şiddeti özendiren yayınlar için yasal önlemler alınmasının gerektiğini, dizilerde sağlık çalışanlarına yönelik Şiddet sahnelerine sıklıkla yer verildiğini, kamu spotlarıyla halkın bilgilendirilmesinin ve yalan haberlerden zarar gören sağlık çalışanlarının desteklenmesi gerektiğini,

- Sağlıkta dönüşümün halka daha net anlatılmasının ve tıp mesleğine saygıyı artıracak bilgilendirme çalışmalarının yapılmasının gerektiğini, ifade etmiştir.

İlk sunumun ardından söz alan AHEF Bilimsel Araştırma Komisyonu Başkanı Dr. Kazım TIRPAN dünya ve Türkiye çapında yapılmış çeşitli şiddet araştırmalarından örnekler vermiş ve özetle;

- Diğer çalışanlara kıyasla sağlık çalışanlarının şiddete daha fazla maruz kaldığını, sözel şiddetin oranının daha fazla olduğunu ve şiddetin kayıt altına alınma oranının düşük olduğunu,

- AHEF'in 643 aile hekimi ile gerçekleştirdiği ankete göre, katılımcıların %59.6'sının şiddete maruz kaldığını, kadınların şiddete daha fazla maruz kaldığını, saldırıların %33.1'inin poliklinikte yalnız olunduğu zamanlarda çoğu erkek, orta sosyoekonomik sınıfta kişiler tarafından gerçekleştirildiğini,

- Şiddete maruz kalanların %60,8'inin şiddet olayını bildirmediğini, %23,5'inin polise/savcılığa bildirdiğini, %14,4'ünün üst kuruma bildirdiğini, polise/savcılığa bildirilen 90 kişiden 20'sinin ceza aldığını, 35 kişide sürecin devam ettiğini, 14'ünde soruşturmaya gerek olmadığına karar verildiğini, 13 kişide şikâyetin geri alındığını, üst kuruma yazılı/sözlü olarak bildirilen 55 şiddet olayından sadece 1 tanesinde şiddet uygulayanın ceza aldığını, katılımcıların %98,9'unun şiddetin arttığını, %98,3'ünün şiddetin daha da artacağını düşündüğünü, %83,7'sinin kendilerini çalıştıkları kurumda bir şekilde güvende hissetmediklerini belirttiğini,

- Katılımcıların, hasta ve hasta yakınlarının şiddete başvurmalarının nedenleri arasında onların güç kullanarak istediklerini alabileceğine inanmalarını, ilgi çekmeyi istemelerini, medyadan etkilenmelerini, uygulanan politikalardan cesaret aldıklarını, psikiyatrik sorunlarını ve sağlık çalışanlarından kaynaklanan sebeplerin yer aldığını,

- Katılımcılara göre şiddetin önlenmesi için, medya kuruluşları aracılığıyla sağlık çalışanlarına yönelik saygı ve sevginin özendirilmesinin, yeterli güvenlik önlemlerinin alınmasının, cezaların ağırlaştırılmasının, SABİM'in kaldırılmasının ve Bakanlık ile yöneticilerin sağlık çalışanlarına destek olmasının gerektiğini,

ifade etmiştir.

AHEF adına son olarak söz alan Yönetim Kurulu Üyesi Dr. H. Şenol ATAKAN özetle;

- SABİM'in, sağlık hizmetlerinin niteliğinden dolayı etkili bir iletişim sürecinin zorunlu olduğunun bilinciyle, sağlık hizmetlerini planlayıp yönetenleri, sağlık hizmetlerini sunanları ve sağlık hizmetlerinden yararlananları uzlaşma platformuna taşımak suretiyle sağlık sisteminde etkili iletişim sağlamayı amaçladığını ancak şikâyet hattı gibi kullanıldığını ve telefonla şikâyetler neticesinde soruşturma açılıp mobbing yapıldığını,

- Görevi başındaki sağlık çalışanını yaralayan veya ölümle tehdit eden kişilerin hekim ve olayın şahitlerine baskı yapma ihtimalini mahkemelerin yok saydığını ve sanığın tutuklu yargılanması yönünde kanaat gösterilmediğini, sağlık çalışanına karşı işlenen suçlarda hafifletici nedenlerin devreye sokulmamasının ve ceza artırımına gidilmesinin caydırıcılık açısından önemli olduğunu, ifade etmiştir.

#### **16- 06.12.2012 Tarihli Toplantı**

Komisyon bu toplantısında İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölüm Başkanı Prof. Dr. Ayla OKAY'ı dinlemiştir. Prof. Dr. OKAY sunumunda özetle;

- Toplumun her konuda giderek artan taleplerinin, bilgiye ulaşma imkânlarının artmasının, toplumda saldırganlığın artmasının, gündelik yaşamda artan şiddetin ve hoşgörüsüzlüğün sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin yaygınlaşmasının sebepleri arasında olduğunu,

- Toplum ve hastaların, Sağlık Bakanlığının, sağlık personelinin ve sağlık kurumlarının, sorunun iletişim çözümüne yönelik paydaşlar olduğunu,

- Hastalara, sağlık sorunlarının çözümü için tek kaynağın hekimler ve diğer sağlık personeli olduğunun iletilmesinin, "*sağlık personeli olmazsa, tedavi de yok*" mesajının verilmesi gerektiğini,

- Hekim ve hasta ilişkisinin vurgulandığı ve her iki alandaki bireylerin birbirlerine karşı saygılı ve anlayışlı davrandığını gösteren mesajların kamuoyuna aktarılmasının, ilköğretimden itibaren saygıyı ve sevgiyi aşılacak mesajların aktarılmasının gerektiğini,

- Hekimlerin hastalarla iletişiminin iyileştirilerek hekimin hastanın dilini konuşabilmesinin sağlanması gerektiğini; bunun ise tıp fakültelerinde yoğun olarak sağlık iletişimi bilgilerinin aktarılması, hekimlere bilgilendirici materyal dağıtılması ve gönüllü olanlara eğitim verilmesi yöntemleriyle yapılabileceğini, ancak zorunlu eğitimin pek işe yaramadığını; bunun sebepleri arasında ise uzun eğitim süreci boyunca hekimlerin her şeyi öğrendiğini ve başka bilgilerin çok gerekli olmadığına inanabildiklerinin, sağlık iletişiminin gelişim aşamalarından “*tıbbın altın dönemi*”nin Türkiye’de hala yaşandığının düşünülmesinin, hasta ile aktif iletişim kurmanın gereksiz olarak görülmesinin ve Türkiye’de yaygın olan ataerkil hekim modelinin gösterilebileceğini,

- Hemşirelik mesleğinin imajının geliştirilmesi gerektiğinin, tıbbi sekreter istihdamının artırılmasının ve hekim-hemşire iletişiminin geliştirilmesinin gerektiğini,

- Şiddet olayları ağırlıklı olarak acil kliniklerde yaşandığı için acilde görev alan personele yönelik özellikle iletişim eğitimi verilmesinin, tüm klinikler için hasta ile görüşmelere belirli bir standart getirilmesinin ve hekimin hastanın beden dilini okuyabilmesinin sağlanmasının, hekimlerin hasta haklarını kabul etmesinin ve hastayı dinlemesinin sağlık personeline yönelik yapılan çalışmalarda unutulmaması gereken noktalar olduğunu,

- Acil kliniklerde paramedik personel sayısının artırılarak, ilk gelen hastanın öyküsünün hızlıca bu personel tarafından alınmasının sağlanmasının, sorun çözücü çalıştırmanın ve hastanın kaydının yapıldığı yere uyarıcı bir enformasyon asılmasının sağlık hizmeti sunan kurumların alabileceği önlemler olduğunu,

- Beyaz Kod uygulamasının aktif olarak uygulanmasının, sağlık alanında şiddet eylemi işleyen kişilerin kimler olduğunun saptanarak, kayıt sırasında bunların sağlık personeli tarafından öncelikli olarak görülmesi ve daha fazla önlem alınmaya çalışılmasının ve sınırlı sayıda hasta yakınının hastaneye girişine izin verilmesinin gerektiğini,

- Sağlık kurumlarında hastanın memnuniyetinin önemli olduğunu ama bunu yerine getirecek olan personelin de memnuniyetinin önemli olduğunu, ifade etmiştir.



### 17- 12.12.2012 Tarihli Toplantı

Komisyon 18'inci toplantısında ilk olarak Hasta ve Hasta Yakını Haklarını Koruma Derneğini (HAYASAD) dinlemiştir. Dernek adına sunum yapan Genel Başkan Av. İlhan YETİŞGİN özetle;

- Hiçbir ülke ve toplumun şiddetten soyutlanmadığını, şiddet görüntülerinin kitle iletişim araçlarında sık sık yer aldığını, Dünya Sağlık Örgütü'nün şiddeti *“Fiziksel bir gücün veya herhangi bir baskının bilerek ve isteyerek bireyin kendisine, başka birine veya bir gruba yöneltilmesi ve bunun sonucunda yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim geriliği veya yoksunluk durumunun ortaya çıkmasına veya ortaya çıkma olasılığına neden olan eylem.”* şeklinde tanımladığını,

- Çalışma hayatında meydana gelen şiddetin % 25'inin sağlık alanında yaşandığını, sağlıkta şiddetin bu denli yoğun yaşanmasının çok sayıda nedeni olduğunu, sağlık çalışanlarının muhatap oldukları kişilerin hasta ve hasta yakınları olduğunu, bu kişilerle optimal bir ilişki kurabilmenin çok güç olduğunu, maruz kaldıkları hastalık, sakatlanma veya ölüm olayı yada tehdidi nedeniyle bu kişilerin genellikle kederli, isyankar, gergin, paniklemiş, endişeli, ağrılı ve bitkin halde olduklarını, bazen de muhatapların alkolik veya madde bağımlılığı veya psikiyatrik bozukluğu olan kişiler olduğunu, bu durumdaki kişilerin şiddete başvurma eğilimlerinin ortalama kişilere kıyasla çok daha yüksek olduğunu,

- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sebepleri olarak; legal yollara başvuruların geç sonuçlanmasının ve caydırıcı olmamasının yarattığı olumsuz sonuçların, medyanın haber dilinin, hasta hakları birimlerindeki yetersizliklerin, hasta haklarının yeterince bilinmemesinin, özel güvenlik görevlilerinden kaynaklanan olumsuzlukların, bilgilendirici seminer, program ve eğitim eksikliğinin, hastanelerdeki fiziki ve organizasyonel eksikliklerin, hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarıyla yaşadığı iletişim problemlerinin, hastalara yeterli zaman ayrılmamasının, hasta mahremiyetinin ihlal edilmesinin, acil servislerde yaşanan hekim sıkıntısının ve merkezi hasta randevu sisteminin sebep olduğu aksaklıkların sıralanabileceğini,

- Sağlıkta şiddeti önlemeye yönelik olarak getirilebilecek önerilerin, eğitim ve kamuoyunun doğru bilgilendirilmesi, hasta memnuniyetini esas alan düzenlemeler, alınan güvenlik tedbirlerinde insana saygı ve mahremiyet ilkesinin korunması ve hasta hakları birimleri ve kurumlarının etkinleştirilmesi genel başlıkları altına sıralanabileceğini, ifade etmiştir.

HAYASAD'ın ardından “*Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar*” başlıklı saha araştırmasına ilişkin sunum yapan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Mustafa Necmi İLHAN özetle;

- Saha araştırmasının yapılma gerekçesinin, sağlıkta şiddet ile ilgili çalışmaların çoklukla sağlık personeli üzerinden yürütülmesi ve toplumun algısını ölçen çalışmaların sayısının azlığı olduğunu, çalışmada Ankara il merkezinde bazı sağlık kurumlarına başvuran 18 yaş ve üstü kişilerin sağlık çalışanlarına yönelik şiddet algısının değerlendirilmesinin amaçlandığını,

- Ankara Gölbaşı 1 ve 2 No'lu, Sincan 1 No'lu, Etimesgut 2 ve 3 No'lu Aile Sağlığı merkezleri ile Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları, Genel Cerrahi ve Kadın Doğum polikliniklerine Ekim-Kasım 2012 tarihleri arasında başvuran ve anket uygulamayı kabul eden 18 yaş üstü 1179 kişi ile çalışmanın gerçekleştirildiğini,

- “*Sağlık çalışanlarına yönelik fiziksel ve sözel şiddetle karşılaştınız mı?*” sorusuna katılımcıların %19,5'inin fiziksel şiddetle, %32'sinin ise sözel şiddetle karşılaştığı cevabını verdiğini, fiziksel şiddetle karşılaşanların %42'sinin ayırmaya/yatıştırmaya çalıştığını, sözel şiddetle karşılaşanların %34'ünün olayı izlemekle yetindiğini,

- Katılımcıların en çok acil servislerde şiddet yaşandığı görüşünde olduklarını, şiddetin sebebi olarak en çok muayene sırasında beklemeyi gösterdiklerini, %79'unun şiddetin önlenabilir olduğunu düşündüğünü, %68'inin şiddetin önlenmesi için yasal düzenleme yapılması gerektiğini ifade ettiğini, benzer bir oranın da halka yönelik eğitimler verilmesi gerektiğini düşündüğünü,

- Katılımcıların % 22'sinin şiddetin bazen gerekli olduğunu, %20'sinin ise sağlık çalışanının şiddeti hak ettiğini düşündüğünü, bunun sebebi olarak ise en çok “*hastalarla yeterince ilgilenilmemesinin*” gösterildiğini, bu oranlara rağmen katılımcıların %93,8'inin sağlık çalışanlarına şiddet uygulamakla sorunların çözülmeyeceğini belirttiklerini,

- Toplumda şiddetin azaltılması için organize çabaların gerektiğini, hastanelerde ve acil servislerde müdahale stajyerliğinin geliştirilmesinin gerektiğini, muayene sırasında bekleme olabileceği konusunda halka, bekleme olabileceği bilgisini vermek için ise sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi gerektiğini, yasal düzenlemeler yapılmasının toplumda desteklendiğini,

- Sağlık çalışanlarının şiddeti hak ettiğini düşünen kişilere öncelikle müdahale edilmesinin ana strateji olması gerektiğini, ifade etmiştir.

### **18- 13.12.2012 Tarihli Toplantı**

Komisyon bu toplantısında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ümit BİÇER'i ve aynı fakültede öğretim görevlisi olarak çalışan Prof. Dr. Ahmet Tamer AKER'i dinlemiştir.

İlk olarak söz alan Prof. Dr. Ümit BİÇER özetle;

- Şiddetin belirli eylemleri yapanlardan çok onların tanığı ya da kurbanı olanlara ait bir kelime olduğunu ve varlığı ile uygulanabilirliğinin, meşruiyeti ve önlenmesine ilişkin gösterilen çabalarla ilişkili olduğunu,

- Dünyada şiddetin büyüyen bir sağlık sorunu olduğunu, yıllık şiddet saldırısı oranının 10.000 sağlık çalışanında 8,3 olduğunu, diğer çalışma alanlarında ise bu oranın 2 olduğunu, sağlık hizmetlerinde şiddet araştırmalarının 2000'li yıllarda başladığını, şiddet eylemlerinin türünün, yaygınlığının, yerinin, muhataplarının ve şiddet karşısında aldıkları tutumlarının araştırıldığını, şiddet algısının, şiddetle mücadelenin ve çözüm önerilerinin sorgulandığını,

- Yapılan araştırmalardan çıkan ortak sonuçlara göre; sözel şiddetin neredeyse hemen hemen tüm sağlık çalışanlarının karşı karşıya kaldığı bir şiddet türü olduğunu, fiziksel şiddetin Türkiye'de diğer ülkelere oranla daha yüksek karşılaşılan bir şiddet türü olduğunu, en çok şiddete maruz kalanların başında hemşirelerin geldiğini, kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek oranda şiddet mağduru olduğunu, hasta yakınları ve hastaların dışında, amirlerin ve diğer kişilerin de şiddet uyguladığını,

- Ortak sonuçlara göre sağlık çalışanlarının sorumlusu olmadıkları sistemin mağduru olduklarını düşündüklerini, sağlık otoritelerinin destek olmadığını ve çalışanların hedef alınmasına zemin oluşturduklarını, cezaların caydırıcı olmadığını, şikâyetlerden sonuç alınamadığını, önlemlerin yeterli olmadığını,

- Şiddetin sebeplerinin; sağlık sorunlarından, sağlık hizmetinden, şiddet failinden, sağlık politikalarından, medyadan, çalışma koşulları ve ortamından, hekimlerin değersizleştirilmesinden ve güvenlik önlemlerinin yetersizliğinden kaynaklanan sebepler olarak tasnif edilebileceğini,

- Güven ve empati yetersizliğinin, tatminsizliğin, sorumluluk paylaşımındaki problemlerin, yeterlilik eksikliklerinin ve toplumsal ilişki şeklimizin soruna ilişkin anlaşmazlık nedenleri arasında olduğunu,

- Şiddete karşı fiziksel düzenlemelerin ve önlemlerin alınmasının, şiddete karşı korunma yönünde eğitim verilmesinin, cezaların caydırıcılığının artırılmasının, şiddet mağdurlarının korunmasının ve desteklenmesinin, müşteri odaklı sağlık hizmeti söylemi yerine etik ilkelerin güçlü kılındığı, eşit, paylaşımcı sağlık kavramının desteklenmesinin ve mesleki motivasyon ile memnuniyetin sağlanmasının gerektiğini,

- Şiddet sonrasında; sağlık sorunlarının, işgücü ve üretkenlik kayıplarının, mesleki tükenmişliğin, yaşam kalitesinde düşmenin, adalet inancında zayıflamanın etik ve insani değerlerde aşınmanın yaşandığını,

- Tüm sağlık birimlerinin şiddetin önlenmesi ve şiddetten korunmak için gerçekçi ve uygulanabilir bir yapması gerektiğini,

ifade etmiştir.

İlk sunumun ardından söz alan Prof. Dr. Ahmet Tamer AKER özetle;

- Şiddetin bir başka canlıya zarar vermek, onu yaralamak ya da öldürmek amacıyla kasıtlı olarak fiziksel güç kullanmayı içeren saldırgan davranış olarak tanımlandığını, şiddetin bir başka özelliğinin de mağdurun zihinsel, duygusal ya da fiziksel bir tehdit hissetmesi ve saldırgan davranışın savunmaya yönelik olmaması olduğunu,

- Şiddetin ruhsal nedenlerinin genel olarak; engellenme, model alma, ödül ve ceza ile yalancı adalet başlıkları altında incelenebileceğini,

- Şiddetin psikiyatrik hastalıklar dışında; güvensizlik, değersizlik, yabancılaşma, korkular, tükenmişlik, öfke, adaletsizlik, inanç yitimi ve meslekten uzaklaşma gibi sonuçları olduğunu,

- Ruhsal bakış açısıyla çözüm önerilerinin; engellenmelerin azaltılması, model olunmaması olduğunu; hekime yönelik şiddetin özel olduğunu, kamuya yönelik şiddetin en uç örneği olduğunu, bu yüzden idari, adli ve tıbbi önlemlerin o tolerans amaçlanarak ivedilikle alınmasının sürdürülmesinin gerektiğini, ifade etmiştir.

### **19- 18.12.2012 Tarihli Toplantı**

Komisyonun iletişimci akademisyenleri ve gazetecileri dinlediği 19'uncu toplantısında ilk olarak söz alan Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. İnci ÇINARLI sunumunda özetle;

- Şiddetin tanımının muğlak olmasının; kavramsal bir boşluktan ziyade aslında ideolojik bir mesele olduğunu, şiddetin tanımlanamamasının onu meşrulaştırmanın bir yolu olduğunu,

- Sağlık personeline yönelik şiddet bağlamında da çıkış noktası olarak ele alınan tanımlamaların görecelilik, muğlaklık ve öznellik içerdiğini; muğlaklığın önemli bir sonucunun konunun bir "*kamu sağlığı*" sorunu olarak ele alınamaması sonucunu doğurması olduğunu,

- Sağlık personeline yönelik şiddetin önlenmesindeki ilk adımın, şiddet tanımının sınırlarının çizilmesi, hangi tanımın referans alınacağı olması gerektiğini, böylelikle istatistiklerde de bütünlük ve tutarlılık sağlanabileceğini, yine aynı şekilde şiddetin nasıl ölçümlendirilip, değerlendirileceğine dair de standart yöntem belirlenmesi gerektiğini,

- Haberin bilgilendirme işlevinin yerini sansasyonelleştirmeye, bireyselleştirmeye, duygusallaştırmaya ve popülizme bıraktığını, haberin tarafsızlık, nesnellik ve dengelilik ilkelerinin ihlal edildiğini, haberlerde karşı görüşlere yer verilmediğini; şiddeti tetikleyebilecek, şiddetin yeniden üretilmesine, kopyalanmasına hizmet eden, şiddeti tasvir edici ifadelerin ve ayrıntıların kullanıldığını,

- TV programlarına ve internet haber sitelerinde hastane kameralarından şiddet görüntülerinin yayınlanmasının; silah, ateş etmek, bıçak çekmek gibi saldırgan ifade içeren bir dilin kullanılmasının, şiddetin kaynağının tek bir nedene indirgenmesinin ve cinsiyetçi bir dilin kullanılmasının başlıca sorunlar olduğunu,

- Haber kaynakları açısından; gerek medya etiğinin gerekse tıp etiğinin göz önünde bulundurulmasını, ilgili büro ve birimlerde halkla ilişkiler ve/veya sağlık iletişimi eğitimi almış personelin istihdam edilmesini, habercilerin görevlerini yapmalarının engellenmemesini, kolaylaştırıcı ve çözüm üretici yaklaşım gösterilmesini, iyi bir sağlık okuryazarlığının yanı sıra iyi bir medya okuryazarı olunmasını önerdiğini,

- Haberciler açısından; öncelikle zarar verme “*primum non nocere*” ilkesinin göz önünde bulundurulmasını, kamu yararının ve bilgilendirme işlevinin ön planda tutulmasını, haberde bilgilendirme, tarafsızlık ve nesnellik ilkelerine dayalı habercilik anlayışına sahip olunmasını, haberlerde korku kültürünün beslenmemesini ve sağlık haberciliği uzmanlığının geliştirilmesini önerdiğini,

ifade etmiştir.

Toplantıda ikinci sırada söz alan Muğla Üniversitesi Öğretim Görevlisi ve Sağlık Bakanlığı İletişim Daire Başkanı Doç. Dr. Abdulrezak ALTUN özetle;

- Medyanın kalıp yargılarla anlattığını, kalıp yargılar yarattığını; kalıp yargının bir grubun üyelerine yönelik sabit, aşırı basitleştirilmiş, aşırı genelleştirilmiş, kişilerin bireysel özelliklerini göz ardı eden ve hepsine ortak özellikler yükleyen, çoğunlukla ön yargılı bir kanı, bir grubun tüm üyelerinin paylaştığı düşünülen olumlu veya olumsuz özellikleri taşıyan bilişsel bir şema olduğunu; sağlık çalışanlarına ilişkin olumsuz kalıp yargıların onlara yönelik olumsuz davranışları haklılaştırma mekanizmasında rol oynayabileceğini,

- Haberciliğin toplumsal denetim açısından önemli bir işlev gördüğünü, habercilik etiği kapsamındaki eleştiri ve değerlendirmelerin, haberin toplumsal denetleme işlevi ile habercinin kamu hizmeti gördüğü yaklaşımını reddetmediğini, haberciliğin mevcut uygulama biçiminin, sıradan bir olayı haberleştirirken olağanüstü hale getirebildiğini ya da açık ve anlaşılır olmak adına iddiaları gerçekmiş gibi sunabildiğini,

- Haberlerin bir kısmında sağlık çalışanlarının; bilgisiz, ilgisiz, acımasız, çıkarıcı, paragöz ve ahlaksız gösterildiğini, yeni sağlık politikalarının oluşturulması sırasında, tarafların birbirlerine karşı kullandıkları tanım ve tutumlarının bu kalıp yargıların oluşma ve beslenmesine katkısının da göz ardı edilmemesi gerektiğini,

- Sağlık haberciliğinin yapıma biçimine ilişkin olarak, haber kuruluşları ile gazetecilik alanındaki meslek örgütlerinin samimi bir özeleştirici süreci geliştirmesi gerektiğini, medyada ombudsmanlık kurumunun daha işlevsel hale getirilmesi gerektiğini, bu alanda mesleki etik kodların geliştirilmesi ve uygulanması için izleme mekanizmalarının kurulmasının ve sürekli kılınmasının gerektiğini,

- Sağlık alanındaki gelişmelerin haberler yoluyla daha sağlıklı aktarılabilmesi için, sağlık alanında çalışan sivil toplum kuruluşlarının kamu kurumları ve medya alanındaki meslek kuruluşlarının hizmet içi eğitim sürecinde işbirliği yapması gerektiğini,

ifade etmiştir.

Toplantıda söz alan gazetecilerden TRT Sağlık ve Sosyal Politika Masasında görevli Gülben ŞAHİN YALÇIN özetle;

- Medyanın arz ve talebi değerlendirdiğini, şiddet içeren dizilerin en çok izlenen saatlerde gösterildiğini, şiddet içeren çizgi filmlerin çocuklar tarafından izlenmesinin doğal görüldüğünü, habercilikte şiddetin kendisini reyting olarak gösterdiğini, şiddet görüntüsünün de haberlerde birkaç kez gösterildiğini, eğer haber şiddet ile ilgiliyse bu görüntünün haberin başında, ortasında ve sonunda verildiğini çünkü bazı medyacılar göre haberi bu ögenin oluşturduğunu, özellikle özel kanallarda şiddetin özendirildiğini,

- Şiddetle mücadelede bir eğitim seferberliğinin başlatılması gerektiğini, bu mücadelede görsel fragmanların, kısa filmlerin, dizilerin, gazetelerde ilanların kullanılabilceğini, mesajların toplumun sevdiği ve saygı duyduğu kişiler tarafından verilmesinin daha etkili olacağını,

- Şiddetin gösteriliş biçimi, sıklığı ve süresinin, ayrıntıların, sunuş biçiminin özendirici veya korkutucu olmaması gerektiğini, ilgili kurum ve kuruluşların medya ile işbirliği yaparak sağlıkta şiddet yayınlarının azalmasını ve yayınların içeriğinin olumlu ve yapıcı yönde değişimini sağlayacağına inandığını, medyanın da bu konuda devlet politikalarına yardımcı olacağını düşündüğünü çünkü medya mensuplarının da çoğu zaman şiddetin bir mağduru olduğunu,

ifade etmiştir.

Toplantıya katılan gazetecilerden Anadolu Ajansında görevli Yeşim SERT KARAARSLAN sunumunda özetle;

- Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarını en iyi anlayan meslek grubunun, mesleğini yaparken şiddete maruz kalan gazeteciler olduğunu,

- Hiçbir gerekçenin şiddeti haklı kılamayacağını, bu mağduriyeti yakından bilen gazetecilerin de sağlık çalışanına yönelik bir şiddet olayına ilişkin haberinde kullanacağı her kelimeyi ve kareyi özenle seçmesi gerektiğini, haberin içinde şiddetin cezasız kalmayacağını işlenmesi gerektiğini, saldırgan yakalanmışsa haberin sonunda mutlaka gözaltına alındığının vurgulanmasının ve sağlık çalışanının mağduriyeti öne çıkarılırken saldırganın ve eylemin edilgenleştirilmesinin gerektiğini,

- Haberlerde; toplumda eşitlik, adalet ve hukuk duygusunun zedelenmemesine dikkat edilmesini, her olayın haberleştirilmesinden, olaya ilişkin her detayın adeta bir roman kurgusunda verilmesinden kaçınılması gerektiğini,

- Haberlerde olayın dışında konuya hâkim olan profesyonellerden de görüş alınması gerektiğini,

- Eğitim düzeyinin düşüklüğü göz önünde bulundurularak haberlerde açıklayıcı, öğretici ve yol gösterici bilgilere yer verilmesi, hekimlerin sağlığın koşulsuz emanetçileri olduklarının vurgulanması, başarılı hekimlerin çalışmalarına, yeni sağlık projelerine ve olumlu sağlık hizmetlerine ilişkin haberlere de yer verilmesi gerektiğini,

ifade etmiştir.

Toplantıda son olarak söz alan Gazeteci-Sosyal Medya Uzmanı Esra ÖZ sunumunda özetle;

- Sosyal medyanın birinci ağızdan etkili iletişim kaynağı olduğunu, bilgiye haber kaynağından anında erişim sağladığını, farkındalığı, bilgiyi ve bilinci artırdığını, tutum ve davranışları etkilediğini ancak bilgi kirliliğine neden olabildiğini, sınırlı bir kitleye hitap ettiğini, sağlık hizmetlerinde talebi artırdığını

- Sosyal medyanın etkili iletişimi, kurum ve kuruluşlara hızlı erişimi sağladığını, çift taraflı iletişim ile geleneksel medyada olmayan fırsatları sunduğunu, katılımcı, şeffaf ve ulaşılabilir olduğunu,

- Sosyal medyada yanlış bilgilenmenin, kişisel etkileşimlerin sağlık çalışanlarını hedef alan şekilde yorumlanmasının mümkün olduğunu, yanlış bilgilerin aktarılması sonucu bilinç seviyesinin düştüğünü, internette doğru ve güvenilir kaynak sıkıntısı yaşandığını, basit ve anlaşılır bir dil kullanılması gerektiğini,



- İspanya Miguel Hernandez Üniversitesinin yaptığı araştırmaya göre hastaların %90'ının doktora gitmeden önce gideceği doktor ile ilgili bilgileri internetten aradığını, aynı araştırmada 2011 yılında Facebook'ta kronik hastalıklarla ilgili, hasta topluluklarının oluşturduğu bin 200 sayfa bulunduğunu,

- İnsanlarla etkili iletişim ve eğitimde sosyal medya olmazsa olmaz hale geldiğini,

ifade etmiştir.

### **20- 20.12.2012 Tarihli Toplantı**

Komasyon 20'nci toplantısında Asistanhekim.org internet sitesi kurucusu ve yöneticisi, Hekimler Derneği Genel Sekreteri Dr. Mehmet Özgür NİFLİOĞLU'nu dinlemiştir. Dr. NİFLİOĞLU sunumunda özetle;

- Bir asistan hekimin bıçakla boğazının kesilmesinin ardından 20 Şubat 2012 tarihinde yayımladıkları basın bildirisinde; Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete Sıfır Tolerans grubunun ilk hedefinin, sağlık çalışanlarına yönelik gerçekleşen şiddet olaylarında toplumsal farkındalığı artırmak olduğunu, bu amaçla öncelikle medya ile iletişime geçilerek, konuya özen gösterilmesi konusunda destek isteneceğini, devamında oluşturulacak sosyal inisiyatif ile bu alanda caydırıcı ve sağlık çalışanlarının vicdanını rahatlatıcı kanunlar çıkarılmasının TBMM'den talep edileceğini, 14 Mart tarihinde tüm Türkiye'nin bu sosyal medya inisiyatifini konuşmasını amaçladıklarını duyurduklarını,

- Bugüne kadar şiddet konusunu gündeme getirmeye çalıştıklarını, yaklaşık 1000 asistan hekimin imzasıyla Cumhurbaşkanına konuya ilişkin mektup gönderildiğini, ilk sosyal medya eyleminin yapıldığını ve ilk anketin gerçekleştirildiğini,

- 1304 hekimin katıldığı ankete göre şiddete maruz kalanların çoğunluğunun 25-35 yaş arasında olduğunu, genç hekimlerin caydırıcılık, saygı, güvenlik ve adalet istediğini, kamu spotlarının ve dizilerin, hastane girişlerine yerleştirilecek x-ray cihazlarının şiddetin azaltılmasında etkili olabileceğini,

- Şiddet konusunu gündeme getirdiklerinde Dr. Ersin ARSLAN'ın hayatta olduğunu, Niğde'de bir hekimin boğazının kesilmemiş olduğunu, birçok genç hekimin henüz darp edilmemiş olduğunu, ifade etmiş ve ankette yer alan sorulara ilişkin istatistiki verileri paylaşmıştır.

### **21- 02.01.2013 Tarihli Toplantı**

Komisyunun 21'inci toplantısında dinlediği Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü Öğretim Görevlisi Dr. Ayça GELGEÇ BAKACAK sunumunda özetle;

- Şiddetin mutlak bir tanımını yapmanın güç olduğunu; kapsamlı bir şiddet tanımının Micaud tarafından "*Şiddet; bir karşılıklı ilişkiler ortamında taraflardan birinin ya da birkaçının doğrudan veya dolaylı, toplu veya dağınık olarak, diğerlerinin veya bir kaçının bedensel bütünlüğüne veya mallarına veya simgesel ve kültürel değerlerine oranı ne olursa olsun zarar verecek şekilde davranmasıdır.*" şeklinde yapıldığını,

- Şiddetin taraflarının; aktör, kurban ve tanık olduğunu, önemli olanın aktörün pratik ya da sembolik olarak hangi hedefleri elde etmeye çalıştığı ve kişilerin başka seçenekler arasından bu hedeflere ulaşmada neden şiddeti seçtiği sorularının cevabı olduğunu,

- Şiddetin aktörünü, kurbanını ve tanığını çok sayıda sosyal rol kuşatırken, insan toplumlarında şiddetin gerçekliğinin, basit bir kuramsal analizle kavranması zor olduğunu, çünkü her aktörün şiddetle ilişkilenebilmesinin ve şiddeti kullanma biçiminin farklı olduğunu, şiddeti anlamak için biyolojik belirlenim ve bütüncü yaklaşım gibi farklı yaklaşımların bulunduğunu,

- Sosyolojik olarak şiddet olgusunun toplumsal ilişkilerin dinamikleri içerisinde bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerektiğini; toplumsal, kültürel ve ekonomik etmenlerin bulunduğunu; bir toplumda hangi davranışların şiddet olarak kabul edildiğinin o toplumun toplumsal yapı özellikleri ve değer yargıları ile ilişkili olduğunu,

- Şiddetin toplum tarafından nasıl sunulduğunun ve nasıl kabul gördüğünün önemli olduğunu, toplumun kültürel yapı özellikleri ve değer yargılarının bu tanımlamayı belirlediğini, her toplumda şiddetin kabul edilebilirliğini belirleyen normların var olduğunu, kabul edilebilir şiddet meşru sayıldığını, bunu belirleyenin ise kültürel alt yapı olduğunu,

- Her aktörün-bireyin şiddetle ilişkilenebilmesinin ve kullanmasının farklı olduğunu, şiddetin bir irade unsuru olduğunu, iradenin de iktidar kavramı ile ilişkili olduğunu,

ifade etmiştir.

### **22- 03.01.2013 Tarihli Toplantı**

Komisyondun 22'nci toplantısında üyeler Komisyon çalışmalarına ve rapor yazımına ilişkin değerlendirmelerde bulunmuştur.

### **23- 09.01.2013 Tarihli Toplantı**

Komisyon 23'üncü toplantısında Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ'ı dinlemiştir. Bakan AKDAĞ sunumunda özetle;

- Şiddetin, bir kişi veya gruba karşı, ölüm, yaralama, ruhsal zedeleme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması şeklinde tanımlandığını,

- Sözel ve psikolojik şiddetin; bir kişi veya gruba karşı fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişimine zarar verebilecek şekilde güç kullanımı tehdidi olarak tanımlandığını, kötü söz ve tacizin de bu kapsamda değerlendirildiğini, fiziksel şiddetin bir kişi ya da gruba karşı, fiziksel, cinsel veya psikolojik hasara yol açan, fiziksel güç kullanımı olduğunu,

- Sağlık kurumlarında çalışmanın diğer hizmet sektörlerine göre (güvenlik hizmetleri hariç, eğitim, finans, iletişim, toptan ve perakende satış vb) şiddete maruz kalma yönünden 16 kat daha riskli olduğunun ifade edilmediğini,

- Araştırmalarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerinin; mental veya davranış bozuklukları, eğitim düzeyi düşüklüğü ve kurallara uymama, çok sayıda muayene ve test yapılması, stresli hasta yakınları ve kalabalık gürültülü ortamlar, hasta ve yakınlarının aşırı istekte bulunması, uzun bekleme süreleri, sağlık çalışanı yetersizliği, yanlış anlamalar, iletişim problemleri ve kişisel sorunlar şeklinde sıralandığını,

- Bu konuda yapılan çalışmalarda şiddet türleri konusunda tam bir tanım birliğinin bulunmadığını, çalışmaların hepsinin kişilerin geçmiş deneyimlerine odaklanıp herhangi bir saldırı bildirme raporuna dayandırılmadığını, bu durumda kişilerin geçmiş deneyimleri konusunda önyargılı davranabileceklerinin göz önünde bulundurulması gerektiğini,

- Sağlıkta Kalite Standartları 2005, 2007, 2009 ve 2011'in, 2009 yılında yayımlanan Acil Yönetmeliği'nin, 2011 yılında yayımlanan Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliği'nin ve 2012 yılında yayımlanan Hukuki Yardım Yönetmeliği'nin Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemeye ilişkin mevzuat olduğunu,

- Çalışan Güvenliği Genelgesi'ne göre; Beyaz Kod uygulamasının güncellendiğini, Bakanlık Merkez Beyaz Kod Biriminin kurulduğunu, çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin kurulduğunu, risk değerlendirmelerinin tekrarlandığını, güvenlik tedbirlerinin gözden geçirildiğini, çalışanları yönelik iletişim eğitimlerinin verildiğini, hasta ve yakınlarına yönelik bilgilendirme alanlarının gözden geçirildiğini, sağlık çalışanlarına hizmetten çekilme hakkının verildiğini,

- Bakanlığın toplumsal farkındalığı artırarak önleyici faaliyetlerde bulunduğunu, 2002 yılında 905 olan güvenlikçi sayısının 2012 yılında 13.761'e çıktığını,

- Sağlık çalışanlarına şiddetin önlenmesi için 2012 yılına kadar yapılan çalışmaların sürekliliğinin sağlanması, ek tedbirlerin alınması ve takibinin yapılması amacıyla bir eylem planı hazırlandığını, Kırıkkale Üniversitesi koordinasyonunda Eylül 2012'de tüm Türkiye'yi kapsayacak şekilde yaklaşık on beş bin sağlık çalışanın katıldığı bir bilimsel araştırmanın başlatıldığını,

- Durum tespiti ve farkındalık oluşturulması amacıyla STK'larla paydaş toplantılarının yapıldığını; bu toplantılarda sağlık personelinin özlük hakları ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi, kamu spotu hazırlanması ve medya aracılığı ile duyuruların yapılması, güvenlik personeli sayısının artırılması, sağlık çalışanlarına iletişim eğitimlerinin verilmesi, sağlık kuruluşlarında fiziki düzenlemelerin gözden geçirilmesi, çağrı butonu sisteminin oluşturulması hususlarının ön plana çıktığını,

- Hazırlanan hasta ve çalışan hakları duyurularının üzerinde uzman incelemesinin devam ettiğini, üç kısa film ile medya kampanyasının sürdürüldüğünü, SABİM ve hasta hakları bildirimleriyle ilgili mevzuat düzenlemelerinin yapılarak şikâyetlerin ön değerlendirmeye tabi tutulduğunu, şiddetle ilgili sonuçlanan davaların web sitesinden ve basın aracılığı ile duyurulduğunu,

- Özel telefon hattı ve web uygulamalarının başarı ile sürdürüldüğünü, çalışan hakları ve güvenliği birimlerinin tüm sağlık kurumlarında kurularak faaliyete geçirildiğini, çağrı butonu sistemi kurulması için fizibilite çalışmasının tamamlanarak uygulamaya geçilme kararının alındığını,

- İl özel güvenlik komisyonlarının öngördüğü sayıda ve nitelikte güvenlik görevlisinin istihdamının sağlandığını, bunlara iletişim başta olmak üzere çeşitli eğitimler verildiğini, büyük hastanelerde polis görevlendirilmesi için Emniyet Genel Müdürlüğü ile görüşmelerin devam ettiğini, Devlet hastanelerinde gerçek zaman takipli kamera sayılarının artırıldığını, hastanelerin 2.380'i acil servislerde olmak üzere toplam 4.082 güvenlik kamerası ile izlendiğini, ambulanslara kamera sistemi yerleştirilmesi için fizibilite çalışması yapıldığını,

- Hastanelerde uygun bekleme alanları ve bilgi verme sistemlerinin %85 oranında tamamlandığını, kurumlarda aydınlatma durumunun gözden geçirildiğini, kapılarda tedbirlerin arttırıldığını, mevcut hastane projelerinin şiddeti önleme açısından gözden geçirilmesinin %80 oranında tamamlandığını, yeni yapılacak hastane projelerinin uygunluğunun takip edildiğini, tüm kurumlarda risk değerlendirmelerinin güncellendiğini,

- Çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesine ilişkin mevzuatın güncellendiğini, tüm şiddet olaylarının mevzuata uygun olarak takip edilmeye başlandığını, cezaların arttırılması için Adalet Bakanlığı ile çalışmaların devam ettiğini,

- 594 hastanede 187.202 sağlık çalışanı ve güvenlik görevlisine iletişim konulu eğitim verildiğini, sağlık çalışanlarının hizmetten çekilmesine yönelik mevzuat düzenlemesi yapıldığını ve uygulamanın hayata geçirildiğini,

- Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarına destek verildiğini, 01.07.2012 ile 31.12.2012 tarihleri arasında Beyaz Kod Merkezine toplam 4342 bildirim geldiğini, bunlardan 2917'sinin sözel, 1425'inin fiziksel şiddet olduğunu, günlük ortalama bildirim sayısının 23 olduğunu, şiddete maruz kalanların 1920'sinin erkek, 2422'sinin kadın olduğunu, şiddet mağdurlarının %55'inin hekim olduğunu, şiddet olaylarının en çok acil servisler ile polikliniklerde yaşandığını,

• Komisyonun 13.12.2012 tarihinde 17 Üyesinin imzasıyla Sağlık Bakanına gönderdiği mektupta yer alan taleplere ilişkin olarak; hizmet alımı ile çalıştırılan personele hukuki yardım yapılması hususunda hukuki desteklerin çalışanların firmaları tarafından sağlanması için yeni şartnamelere gerekli maddelerin eklendiğini; kamu personeli olmayan sağlık çalışanlarına yönelik işlenen suçların kamu görevlilerine işlenen suçlar kapsamında değerlendirilmesi hususunun Adalet Bakanlığı ile görüşüldüğünü; öğrencilere sağlık kurumlarının işleyişi ile ilgili eğitimler verilmesi hususunda Milli Eğitim Bakanlığı ile koordineli olarak sağlık okuryazarlığı eğitimlerinin müfredata eklenmesinin planlandığını; mahkûmiyet kararlarının kamuoyuyla paylaşılması hususunda şiddet faillerinin mahkûmiyet kararlarının Beyaz Kod Web sayfasından yayımlandığını ve basın kuruluşları ile paylaşıldığını; kamu spotları hazırlanması, reklam, film ve dizilerde sağlık çalışanlarına ilişkin doğru mesajların verilmesi konusunda gerekli girişimlerin yapılması hususunda 2013 yılı 14 Mart Tıp Bayramında 81 ilden seçilen yılın doktorlarının ve yılın sağlıkçılarından öykülerinden hazırlanmış kamu spotları ve medya programlarının medyada yayımlanmasının planlandığını, dizi ve film yapımcılarıyla görüşmelere başlandığını; sağlık çalışanlarına yönelik olarak medyada yer alan yanıltıcı haberlere ilişkin cevap ve düzeltme hakkının etkin kullanılmasının sağlanması hususunda Bakanlık tarafından proaktif bir anlayışla sağlık muhabirleri ile iletişim kanallarının açık tutulduğunu ve rutin toplantılar yapıldığını; sağlık kurum ve kuruluşlarında yer alan hasta haklarına ilişkin bilgilendirici yazıların yanında hasta ve hasta yakınlarının sorumluluklarına ilişkin bilgilendirici yazılara da yer verilmesi hususunda tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına asılacak “*Burada şiddete tolerans yoktur*” yazılı uyarı tabelalarına ve hasta hakları ve sorumlulukları ile birlikte çalışan hakları ve sorumlulukları tabelaları ilişkin çalışmaların yapıldığını; maruz kaldığı şiddet nedeniyle iş göremeyen sağlık çalışanlarının uğradıkları maddi kayıpların telafi edilebilmesi amacıyla mevzuatta gerekli düzenlemelerin yapılması hususunda bu durumdaki sağlık çalışanlarına denge tazminatı veya sabit ödeme yapıldığını, maddi kayıpların telafisi konusunda ise çalışmaların devam ettiğini,

• Sağlık Çalışanlarını Şiddetten Koruma Stratejisi ve Eylem Planı çerçevesinde çalışmalarının devam ettiğini, şu ana kadar yapılan çalışmaların sürekliliğinin sağlanması hususunun mevzuatla desteklendiğini, Komisyonun önerilerinin Bakanlığın bundan sonraki çalışmalarına da ışık tutacağını, ifade etmiştir.

#### **24- 10.01.2013 Tarihli Toplantı**

Komisyon son toplantısında Paramedik Derneğinin (PARDER) hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışanlara yönelik şiddet ve çözüm önerileri konulu sunumunu dinlemiştir. PARDER adına söz alan Yönetim Kurulu Başkanı Halit Umut UĞUREL sunumunda özetle;

- Şiddetin sadece sağlık personelleri ile sınırlı kalmadığını, toplumun her kademesinde, ülke sınırları içerisinde yaşayan herkesin, her hangi bir zaman dilimi içerisinde yaşayabileceği ciddi bir toplumsal sorun olduğunu,

- Her ne sebepten olursa olsun, herhangi birine uygulanan şiddetin kendilerini ziyadesiyle endişelendirdiği gibi, özveri ve insanüstü bir çabayla, görevi başında mesleğini icra ederken sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin de sağlık çalışanı olarak kendilerini akıl almaz bir dehşete düşürdüğünü,

- Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışanlara yönelik şiddetin nedenlerinin; olay yerine ulaşma süresi, hasta yakınlarının ambulansa alınmaması, adli olgular, saldırgan, alkollü ve ruhsal durumu bozuk hasta ve hasta yakınları ile ekipten kaynaklı iletişim ve ekipman eksiklikleri şeklinde sıralanabileceğini,

- İşyerinde şiddeti tetikleyen risk faktörlerinin yalnız veya az sayıda kişiyle çalışmak; 24 saat nöbet sonucu gece geç veya sabah erken saatlerde çalışmak; suç oranı yüksek yerlerde çalışmak; öfkeli, kızgın ve yetersizlik duygusu olan kişilere hizmet vermek; bazı uyuşturucu ilaçları taşıyor olmak; mobil bir işyerinde çalışıyor olmak; yolcu, eşya veya hizmet taşımak; para ile ilgili bir işte çalışıyor olmak ve değerli eşyaları taşımakla görevli olmak şeklinde sıralanabileceğini, bu dokuz faktörden yedisinin 112 çalışanlarını kapsadığını,

- 112 çalışanlarının, 112 Komuta Kontrol merkezlerinde telefonla veya doğrudan, 112 istasyonları içinde veya dışında, ambulans ekiplerinin ise ambulans içinde seyir halindeyken, olay yerinde veya hastaneye teslim sırasında şiddete maruz kaldıklarını,

- 112 çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için; gelen çağrılarının içinde sözlü taciz ve tehdit içerenlerin arayan numara ve kişi tespit edilerek haklarında yasal işlem başlatılmasını, gelen çağrının analizi sonucunda gerekirse bölgeye emniyet

güçleriyle intikal edilmesini, Komuta Kontrol merkezlerine girişleri şifreli kapılardan yapılmasını, bu binalarda özel güvenlik görevlisi görevlendirilmesini, kamera sistemi ve acil çıkış kapısına yer verilmesini, ambulanslarda kamera, panik düğmesi ve uzaktan kumanda ile kilit sistemlerinin kurulmasını ayrıca ambulanslarda bulunan kırmızı ve yeşil reçeteye tabi ilaçların kilit altına alınmasını, 112 istasyonlarında kamera, panik butonu ve ışıklandırma sistemlerinin kurulmasını önerdiklerini,

- 112 ambulans çalışanlarına hukuk, etkili iletişim, stresle başa çıkma, dinamik risk değerlendirmesi ve saldırıya karşı korunma eğitimleri verilmesini, yılda iki kez tatbikat yapılmasını, gereken önlemlerin alınması ve olay sıklığının saptanması açısından 112 ambulans çalışanlarına yönelik sözlü ve fiziksel şiddeti ve sonrası gelişmeleri kayıt altında tutacak, sınıflayacak bir kayıt sistemi geliştirilmesini, toplumun bilgilendirilmesine yönelik afiş, televizyon programı ve kamu spotlarının hazırlanmasını önerdiklerini,

ifade etmiştir.



## EK 2 - YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ<sup>292</sup>

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

##### Amaç

**MADDE 1 –** (1) Bu Tebliğin amacı; yataklı sağlık tesislerinde sunulmakta olan acil servis hizmetlerinin çağın gereklerine, günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak geliştirilmesi maksadıyla, acil servislerin personel ve hizmet kıstasları, fiziki şartları, ulaşım, her türlü malzeme ve tıbbi teknolojik imkânları bakımından asgari standartlarını belirlemek, 112 Acil Sağlık Hizmetleri ile etkin bir koordinasyon sağlamak, acil servisleri yataklı sağlık tesisinin statüsü, hizmetin yoğunluğu ve hizmet verdiği bölgenin şartlarına göre seviyelendirerek yeniden yapılandırılmalarını sağlamak, hasta triyajı ve renk kodu sisteminin uygulama esaslarını göstermek ve bu birimlerde yürütülecek nöbet hizmetlerine ilişkin uygulama usul ve esaslarını belirlemektir.

##### Kapsam

**MADDE 2 –** (1) Bu Tebliğ, Sağlık Bakanlığına, üniversitelere, belediyelere ve diğer kamu kuruluşlarına ait, bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen tüm yataklı sağlık tesisleri ile buralarda görev yapan personeli kapsar.

(2) Özel sağlık tesisleri, 27/3/2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinin acil servislere ilişkin hükümleri saklı kalmak kaydıyla bu Tebliğ hükümlerine tâbidir.

##### Dayanak

**MADDE 3 –** (1) Bu Tebliğ, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesine, 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin

---

<sup>292</sup> Resmî Gazete Tarihi: 16.10.2009, Resmî Gazete Sayısı: 27378

43 üncü maddesine, 13/1/1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine, 11/5/2000 tarihli ve 24046 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinin 15 inci maddesine, 26/6/2008 tarihli ve 26918 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 2008/13 sayılı Başbakanlık Genelgesine dayanılarak hazırlanmıştır.

### **Tanımlar**

**MADDE 4 – (1)** Bu Tebliğde geçen;

a) Acil servis: Sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş yataklı sağlık tesisleri bünyesinde yer alan acil servisleri,

b) Acil servis hizmetleri: Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri beklenmeyen durumlarda oluşan sağlık sorunlarında sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastanın, acil serviste görevli sağlık personeli tarafından tıbbi araç ve gereç desteği ile değerlendirilmesi, tanısının konulması, tıbbi müdahale ve tedavisinin yapılması için yataklı sağlık tesislerinde sunulan acil sağlık hizmetlerini,

c) Acil ünitesi: Acil hastalara ilk yardım, temel yaşam desteği ve ileri kardiyak yaşam desteği hizmetlerinin verilebildiği, en az bir odadan oluşan acil sağlık birimini,

ç) ASKOM: İl genelinde acil sağlık hizmeti ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyon ve işbirliğini sağlamak üzere kurulan il Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonunu,

d) Bakan: Sağlık Bakanını,

e) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

f) Baştabip: Bünyesinde acil servis hizmetleri verilen yataklı sağlık tesislerinin baştabibini,

g) Grup Başkanlığı: İlçe sağlık grup başkanlıklarını,

ğ) Komisyon: Müdürlük bünyesinde acil servislerin seviyelerini belirlemek üzere bu Tebliğin 6 ncı maddesine göre oluşturulan değerlendirme komisyonunu,

h) 112 KKM: 112 İl Ambulans Servisi Baştabipliğine bağlı Komuta Kontrol Merkezini,

ı) Müdürlük: İl sağlık müdürlüklerini,

i) Renk kodlaması: Acil servislerde, triyaj işlemi sırasında acil hastaların öncelik sırasının belirlenmesi amacıyla kırmızı, sarı ve yeşil renk şeklinde uygulanan kodlamayı,

j) Sağlık tesisi: Sağlık Bakanlığına, üniversitelere, belediyelere, diğer kamu kuruluşlarına ve özel sektöre ait, bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen tüm yataklı tedavi kurumlarını,

k) Triage: Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemini, ifade eder.

## İKİNCİ BÖLÜM

### **Acil Servislerin Fiziki Şartları, Ulaşım, Hizmet ve Malzeme Standartları, Seviyelendirme ve İstisnalar**

#### **Acil servislerin fiziki şartları ve ulaşım ile ilgili asgari standartlar**

**MADDE 5 – (1)** Acil servislerin, fiziki konum, altyapı ve ulaşım şartları bakımından sahip olması gereken asgari standartlar şunlardır:

a) Acil servisler, hastanenin ana girişinden ayrı, anayola yakın ve araç trafiği bakımından kolay ulaşılabilir, ambulansların kolaylıkla giriş ve çıkış yapabilecekleri, en fazla % 8 eğimli sedye rampası bulunan ve giriş katında; görüntüleme, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi ve morga ulaşımına uygun bağlantısı olan bir konumda kurulur.

b) Aynı alanda birden fazla binada hizmet veren hastanelerde; ameliyathane, yoğun bakım, laboratuvar ve görüntüleme birimleri ile acil servis arasındaki hasta nakli kapalı ortamda yapılacak şekilde fiziki bağlantı sağlanır.

c) Acil servis giriş ve çıkışlarında; ambulans veya araçtan acil servis girişine kadar olan mesafede hastaların olumsuz hava koşullarından etkilenmemesi için üstü kapalı olacak şekilde, sedye ile hasta nakline uygun alan oluşturulur.

ç) Acil servislerde, acil servisin seviyesine göre Ek-1’de belirtilen asgari standarda uygun olarak yeterli sayı ve nitelikte ilk muayene, müdahale ve müşahede odaları ile bekleme salonu; acil servis yanında, acil servis işleyişini aksatmayacak şekilde konumlandırılmış, hasta yakınlarına 24 saat hizmet verebilen kafeterya,

anons sistemi, hasta yakını bilgilendirme panosu, personel soyunma-giyinme ve personel dinlenme odası, güvenlik odası, kadın ve erkekler için bekleme yeri ile bağlantılı, engellilerin de yararlanacağı şekilde düzenlenmiş tuvalet ve lavabo bulunur.

d) Acil servis girişinde tekerlekli sandalye ve sedyelerin muhafazası için uygun bir alan ayrılır.

e) Acil servislerde zeminlerin, kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı önleyen, girintisiz ve kolay temizlenebilir malzemelerden olması gerekir.

f) Acil servislerde, ambulans ve hasta nakil aracı ile nakledilen hasta girişi ile ayaktan hasta girişi ayrılır. Bu alanda, ambulans ve hasta nakli yapılan araç trafiği için kolay manevraya uygun bir ulaşım altyapısı oluşturulur.

g) Acil servise yakın ve acil ulaşımını aksatmayacak şekilde, hasta nakil araçları, engelli hasta araçları ve resmi araçlar, personel ve hasta yakınları için uygun ve yeterli genişlikte otopark alanı ayrılır. Ambulans otoparkı ayrı olarak belirlenir ve her an çıkış yapabilecek şekilde önünün açık olması sağlanır.

ğ) Hastane yakınındaki cadde ve sokaklara hastane acil servisini gösteren işaret ve yönlendirme levhaları konulur.

h) Hastane girişinde acil servisin yerini gösteren, yeteri kadar büyüklükte ve geceleri de okunabilecek şekilde ışıklandırılmış, yönlendirme levhaları bulunur. Lüzumu hâlinde bu levhalara ek olarak uluslararası kabul gören yabancı bir dilde de yönlendirme tabelaları eklenebilir.

ı) Acil servis girişlerinin belirlenmesi amacıyla uygun yerlere, beyaz zemin üzerine ters "C" harfi şeklinde kırmızı hilal ve altında koyu mavi harflerle "ACİL" ibaresinin yer aldığı yönlendirme tabelası asılır.

i) Acil servis binalarında, ışıklandırılmalı ve en az 20 (yirmi) metreden okunabilecek büyüklükte "ACİL SERVİS" yazılı tabela bulunur.

j) Nöbetçi uzman tabip, tabip ve diğer personelin branş, unvan ve isimlerinin yer aldığı, tercihen ışıklandırılmalı bir levha ile nöbetçi eczaneleri gösterir liste acil servislerin kolaylıkla görülebilecek bir yerine asılır.

### **Seviyelendirme**

**MADDE 6 – (1)** Acil servisler, acil hasta kapasitesi, acil vakaların özelliği ve vakanın branşlara göre ağırlıklı oranı, fiziki şartları, bulundurduğu malzeme, tıbbi donanım ve personelin niteliği, hizmet verdiği bölgenin özellikleri, bulunduğu

konum, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak I., II. ve III. Seviye olarak sınıflandırılır. Acil servislerin seviyelerine göre tanımları, seviyelerine uygun olarak bulundurulması gereken birim ve alanlar, bunların asgari alan genişlikleri, verilmesi gereken hizmetin kapsamı, asgari yatak ve personel standardı Ek-1’de, tıbbî cihaz ve donanıma ilişkin asgari standartları Ek-2’de, bulundurulması zorunlu asgari ilaç listesi Ek-3’te, acil servislerde bulundurulması gereken birim ve alanlar ise Ek-4’de gösterilmiştir.

(2) Seviye tespiti; bu Tebliğ hükümlerine ve Ek-1, Ek-2 ve Ek-3’teki asgari standartlar çerçevesinde müdürlük bünyesinde oluşturulacak komisyon marifetiyle yerinde inceleme ve raporlama yöntemiyle, Ek-5’deki Acil Servis Seviye Tespit ve Denetleme Formuna göre yapılır. Komisyon tarafından düzenlenen rapor ve ekinde yer alan Ek-5’deki Forma istinaden Valilik onayı alınarak tescil için Bakanlığa gönderilir.

(3) Komisyon, müdürlüğün yetkilendireceği bir müdür yardımcısı başkanlığında, acil sağlık hizmetleri şube müdürlüğünden ve yataklı tedavi kurumları şube müdürlüğünden birer kişi, il ambulans servisi baştabibi veya görevlendireceği bir kişi ile bir mimar veya inşaat mühendisi, varsa acil tıp uzmanı, bulunmaması hâlinde acil servis sorumlusu bir tabip olmak üzere en az altı kişiden oluşur. Üniversite bulunan illerde ilgili ana bilim dalı başkanlığından bir temsilci de komisyona dahil edilir. Komisyon oy çokluğu ile karar alır. Oylarda eşitlik olması hâlinde Başkanın taraf olduğu karar geçerlidir. Komisyon sekretaryası müdürlükçe yürütülür.

(4) Sınıflandırma ve tescil işlemi yapılan acil servislerin sonradan seviyesinin yükseltilmesi veya yeniden değerlendirilmesine ilişkin başvurular kurum baştabibince ilgili müdürlüğe resmi yazı ile yapılır. Başvurular, müdürlüğe intikal ettiği tarihten itibaren 1 (bir) ay içerisinde sonuçlandırılır. Sağlık tesisi sayısı fazla olan illerde birden çok komisyon kurulabilir.

#### **Seviyelendirmenin istisnaları**

**MADDE 7 – (1)** Dal hastaneleri, özel hastaneler ve entegre ilçe hastaneleri bünyesindeki acil servisler veya acil üniteleri, komisyon tarafından aşağıdaki ölçütlere uygun olarak inceleme ve değerlendirmeye tâbi tutulur ve raporlanarak tescil için Bakanlığa bildirilir.

a) Göz hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, ağız ve diş sağlığı, lepra, deri ve zührevi hastalıkları branşlarında faaliyet gösteren ve acil sağlık hizmeti yoğunluğu bulunmayan dal hastanelerinde sadece ilgili uzmanlık dalının gerektirdiği branşta acil ünitesi oluşturulur.

b) Acil ünitesinin fiziki şartlar, tıbbi donanım, ilaç ve personel bakımından Ek-6'daki asgari standartları taşıması zorunludur.

c) Faaliyet gösterdiği branşların özelliği gereği acil başvuru yoğunluğu bulunan, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kalp ve damar cerrahisi, acil yardım ve travmatoloji, göğüs cerrahisi, onkoloji ve kemik hastalıkları, meslek hastalıkları, ruh sağlığı ve hastalıkları ile göğüs hastalıkları alanında faaliyet gösteren dal hastaneleri acil servislerinin; fiziki şartları bakımından en az I. Seviye'nin asgari standartlarını, diğer şartlar bakımından III. Seviye'nin asgari standartlarını taşıması gerekir.

ç) Dal hastaneleri haricindeki özel sağlık tesislerinin acil servislerini, ilgili mevzuatındaki hükümler saklı kalmak kaydıyla, bu Tebliğde belirtilen süre ve şartlar dahilinde en az I. Seviye acil servis asgari standartlarına uygun hâle getirmesi zorunludur.

d) Entegre ilçe hastanelerinde acil sağlık hizmetleri, hasta yoğunluğuna ve kurumun fiziki şartlarına göre, acil muayene ve tıbbi müdahale hizmetlerinin verilebildiği, en az bir odadan oluşan, acil ünitesi yapılanması içerisinde verilebilir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### **Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması, Muayene, Müdahale, Refakat Esasları ve Güvenlik Önlemleri**

#### **Renk kodlaması ve triyaj uygulaması**

**MADDE 8** – (1) Acil servislerde etkin bir hizmet sunumu için renk kodlaması uygulanır. Triyaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır. Renk kodlamasına ilişkin uygulama esasları Ek-7'de gösterilmiştir.

(2) Dal hastaneleri ve bünyesinde I. Seviye acil servisi bulunan sağlık tesislerinde triyaj uygulaması yapılması zorunlu değildir. 112 Acil ambulanslarıyla

sağlık tesisine getirilen hastalara triyaj uygulaması yapılmaz. Ambulansla getirilen acil vakaların sağlık tesisine kabul işlemleri en kısa sürede tamamlanır.

(3) Acil serviste ilk kayıt, güvenlik ve triyaj uygulaması için yeterli alan ayrılır. Trijaj uygulaması tabip veya acil tıp teknisyeni, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılır. Acil bakım ve triyaj uygulamasına ilişkin verilmesi gereken eğitimler, eğitimlerin müfredatı ve süresi ile eğitim verilecek merkezler Yükseköğretim Kurulu Başkanlığının ve ilgili diğer kurumların da görüşü alınarak Bakanlıkça belirlenir.

#### **Muayene, müdahale ve refakat esasları**

**MADDE 9** – (1) Acil servise başvuran tüm hastaların triyaj işlemleri en kısa sürede tamamlanır. Bunu takiben tıbbi durumları dikkate alınarak tanı ve tedavi işlemleri için sıraya konulur ve triyaj koduna uygun olan alana alınırlar. Acil muayene, tıbbi müdahale ve tedavi gerektiren kritik hastalara kayıt işleminin yapılıp yapılmadığına bakılmaksızın derhal gerekli tıbbi işlemler uygulanır. Kritik hastaların kayıt işlemlerinin öncelikle yapılabilmesi için otomasyon sistemi ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılır.

(2) Acil servislerde hastaların ruh sağlığını olumsuz etkileyecek travmatik görüntülerden uzak tutulması için gerekli düzenlemeler yapılır. Acil serviste hastalar ilgili tabip tarafından, hemşire ve tabibin lüzum görmesi hâlinde hasta refakatçisi eşliğinde muayene edilir. Hasta yakını, hastanın kimlik bilgileri ve anamnez alımı gibi işlemler için refakat edebilir. Tetkik ve tahliller için gerekli numuneler hastanın bulunduğu yerde alınır ve görevli personel tarafından ilgili birimine ulaştırılır. Görüntüleme ve benzeri işlemler görevli hostesler refakatinde gerçekleştirilir. Durumu kritik olan hastalara, bu işlemleri sırasında tıbbi durumunun gerektirdiği bir sağlık personelinin refakat etmesi sağlanır. Hasta veya yakınları hastanın tıbbi durumu ve yapılacak tıbbi uygulamalar konusunda ilgili tabip tarafından bilgilendirilir ve lüzumu hâlinde hasta hakkında yapılacak özel görüşmeler için ayrı bir oda tahsis edilebilir.

(3) Acil servislerde yapılan her türlü tıbbi işlem sırasında hasta mahremiyetine, tıbbi etik kurallara ve hasta hakları ilkelerine riayet edilmesi zorunludur.

#### **Acil servislerde güvenlik önlemleri**

**MADDE 10** – (1) Acil servislerde hasta, hasta yakınları ve çalışanların güvenliği için sağlık tesisi yönetimlerince gerekli önlemlerin alınması zorunludur.

Acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtası ile ve yeterli sayıda güvenlik kamerası desteği ile sağlanır. Tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği alanlar ile cerrahi müdahale, ameliyathane, yoğun bakım gibi kritik birimlere görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi ilgisine göre açılma özelliği olan kapılar konulmak suretiyle engellenir. Görevli personel, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, ambulans, hasta nakil aracı veya sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişler gerekli idari ve teknik önlemler alınarak kontrol altında tutulur. Acil servisle bağlantılı otopark alanlarında da yeterli ışıklandırma, gözetleme kameraları ve güvenlik personeli ile gerekli güvenlik önlemleri alınır.

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **Acil Servis Personel Standartları, Nöbetler, Hasta Kabulü ve Sevk Esasları**

#### **Acil servis sorumlusu ve personel standartları**

**MADDE 11** – (1) Acil servislerde var ise acil tıp uzmanı, bulunmaması hâlinde baştabibin görevlendireceği bir baştabip yardımcısı veya bir uzman tabip ya da bir tabip acil servis sorumlu tabibi olarak görev yapar. Yeterli sayıda acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde acil servise başvuran vakaların, bu uzmanların denetim ve sorumluluğunda değerlendirilmesi gerekir. Sağlık tesisinde tek acil tıp uzmanının bulunması hâlinde bu değerlendirme mesai saatleri ile sınırlıdır. Acil serviste Ek-1’de gösterilen uzman tabip, tabip ve hemşire asgari standardına ilave olarak hizmetin yoğunluğu ve vakaların niteliğine göre acil servisin bu Tebliğ uyarınca belirlenen seviyesinin gerektirdiği, acil sağlık hizmetleri ihtiyacını karşılayacak nitelik ve nicelikte sağlık ve diğer personel planlaması yapılır.

#### **Acil servis nöbetleri**

**MADDE 12** – (1) Acil servis hizmetlerinin, yeterli sayıda uzman tabip bulunması hâlinde uzman düzeyinde, sayının yetersiz olması durumunda bir uzman tabibin denetim ve sorumluluğunda tabip tarafından verilmesi esastır.

(2) Kadrosunda beş ve daha fazla acil tıp uzmanı bulunan sağlık tesislerinde 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil servis sorumlu tabip nöbeti tutulur.

(3) Acil servisin kurulu bulunduğu sağlık tesisinde aynı uzmanlık dalından 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabibin görev yaptığı branşlarda 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak her bir uzmanlık dalı için müstakil acil branş nöbeti düzenlenir.



(4) Müstakil acil branş nöbetleri, öncelikle iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, beyin cerrahi ile ortopedi ve travmatoloji, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon branşlarında düzenlenir. Bu branşlarla birlikte, ilave olarak, hasta yoğunluğuna göre uzman tabip sayısı yeterli olan klinisyen branşlarda müstakil acil branş nöbeti düzenlenebilir. Acil uzman tabip nöbeti gerektirmeyen fizik tedavi ve rehabilitasyon, cildiye gibi klinik branşlar ile biyokimya ve patoloji gibi diğer branşlardaki klinisyen olmayan uzman tabipler idari uzman tabip nöbetine dahil edilir.

(5) Branş nöbetlerinin acil servis bünyesinde tutulması esastır. Bu amaçla acil servis bünyesinde branş nöbeti ile yükümlendirilen her bir uzman tabip için ilgili branşın gerektirdiği şartları haiz uygun bir acil muayene odası ayrılır.

(6) Dal hastanesi bulunan yerlerde ilgili uzmanlık dalındaki acil branş nöbeti hizmetleri bu hastanelerde planlanır ve genel hastaneler bu branşlar için kapsam dışı tutulur.

(7) Uzman tabip sayısının yetersiz olması ve her bir branş için müstakil acil branş nöbeti düzenlenememesi hâlinde, sağlık tesisi bünyesindeki mevcut klinisyen uzman tabipler arasında dahili branş acil havuz nöbeti ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenir. Dahili ve cerrahi branş acil havuz nöbeti düzenlenebilmesi için; tüm dahili ve cerrahi klinisyen branşların her ikisinde de toplam 6 (altı) ve üzeri sayıda uzman tabip bulunması gerekir.

(8) Yan dal uzmanlıklarında görevli uzman tabip sayısının birden fazla olması durumunda bunlar ilgili ana dalda müstakil acil branş nöbetine veya ilgisine göre dahili veya cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilebilir.

(9) Ana dal ve yan dal branşlarından uzman tabip mevcudu 1 (bir) olan branşlar acil branş nöbetlerine dahil edilmez. Bunlar için ihtiyaç hâlinde çağrı yöntemi ile sağlık tesisine davet edilmek üzere icap nöbeti tutturulur. İcap nöbetçisi uzman tabibin sağlık tesisine davet edilip edilmeyeceğine, gerekli tıbbi değerlendirmeler yapıldıktan sonra, acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince karar verilir. Sağlık tesisine davetin bizzat bu tabiplerden birisi tarafından yapılması esastır.

(10) Müstakil acil branş nöbeti ile yükümlendirilen uzman tabipler ayrıca icap nöbetine dahil edilmez. Dahili ve cerrahi acil branş havuz nöbetine dahil edilen uzman tabiplere, ayrıca icap nöbeti tutturulur. Hangi branşlarda icap nöbeti düzenleneceğine, hizmetin gereği ve personel mevcudu çerçevesinde baştabip karar verir.

(11) Dal hastaneleri için; hizmet verdiği uzmanlık alanının gerektirdiği bir veya birden fazla branşta bu maddede belirtilen esaslara uygun olarak 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı acil branş nöbeti düzenlenir. Uzman tabip sayısının branş nöbeti için yeterli olmaması hâlinde personel durumuna ve iş yoğunluğuna göre acil servis nöbetlerinin ne şekilde yürütüleceğine yine bu Tebliğde belirtilen esaslara uygun olarak baştabip karar verir. Acil branş havuz nöbeti tutan uzman tabiplerden biri aynı zamanda idari uzman tabip nöbetçisi olarak baştabipçe görevlendirilebilir.

(12) Müstakil acil branş nöbeti veya acil branş havuz nöbeti tutulan sağlık tesislerinde; branş nöbeti ile yükümlü olan uzman tabiplerden biri, gerektiğinde branş nöbetine ilave olarak mesai saatleri dışındaki yoğun bakım ünitesi hizmetlerini de yürütmek üzere baştabip tarafından görevlendirilebilir.

(13) Acil tıp uzmanlık eğitimi veren üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde acil servis nöbetleri, acil tıp uzmanlık asistanları ve bu birime rotasyona gelen asistan tabipler tarafından, acil tıp uzmanlık dalı öğretim üyeleri veya acil tıp klinik şefleri gözetiminde bir bütün olarak planlanır ve yürütülür.

(14) Özel sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak verilmesi esastır. Özel sağlık tesisleri bünyesindeki I. Seviye acil servislerde acil sağlık hizmetleri tabipler veya var ise aile hekimi uzmanı veya acil tıp uzmanı tarafından yürütülür ve ihtiyaç halinde ilgili dal uzmanı kuruma davet edilir. II. Seviye acil servislerde biri dahili ve diğeri cerrahi branşta olmak üzere en az 2 (iki) uzman tabibin günün her saatinde sağlık tesisinde bulunması zorunlu olup acil servis hizmetleri bu uzman tabiplerin denetim ve sorumluluğunda tabipler tarafından verilir. III. Seviye acil servislerde ise faaliyet izin belgesinde yazılı olması kaydıyla iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk sağlığı ve hastalıkları branşlarında müstakil acil branş nöbeti tutulması zorunludur. Uzman tabip sayısının yeterli olması halinde, bu branşlara ilave olarak diğere branşlarda da müstakil acil branş nöbeti tutulabilir.

### **Acil servislerin 112 KKM ile koordinasyonu**

**MADDE 13** – (1) Kamu ve özel bütün sağlık tesisleri, acil servis hizmetlerinin etkin ve koordineli yürütülmesi ve hastaya ait bilgi paylaşımı için ortak kayıt sistemi kurmak zorundadır. Ortak kayıt sistemi, müdürlüğün denetim ve kontrolünde, Bakanlık bilgi sistemine entegre olacak şekilde ASKOM tarafından organize edilir.

(2) Sağlık tesisleri acil servislerine getirilen vakalara ait bilgileri her istendiğinde Bakanlığa, müdürlüğe ve 112 KKM' ne bildirmek zorundadır.

(3) Kamu ve özel tüm sağlık tesisleri, Hastane Afet Planlarını (HAP) hazırlamak ve bu planları, olağandışı ve afet hallerinde müdürlük afet birimi ve 112 KKM'nin bilgisi dahilinde uygulamakla yükümlüdür. Afet ve olağandışı durumlarda sağlık tesislerinin geçeceği alarm seviyesi ve yerine getireceği yükümlülükler il afet planı ve hastane afet planları doğrultusunda 112 KKM tarafından belirlenir.

### **Acil servislerde hasta kabul ve yatış işlemleri**

**MADDE 14** – (1) Kamu ve özel tüm sağlık tesisleri ve kuruluşları kendilerine başvuran veya ambulans ve sevkle getirilen tüm acil vakaları sağlık güvencesi ve ödeme gücü olup olmadığına bakmaksızın kabul etmek, 112 acil ambulansları tarafından getirilecek vakalar için KKM talimatlarına göre acil servislerini hazırlamak, ilk değerlendirme ve gerekli tıbbi müdahaleyi yapmak ve stabilizasyonu sağlamakla yükümlüdür. İleri tetkik ve tedavisi gereken hastaların diğer sağlık tesislerine sevki, sevk edilecek hastanın tıbbi durumuna uygun nihai tedavisinin sağlanabileceği sağlık tesisinin belirlenmesi ve nakil işlemlerinin 112 KKM'nin yönetim ve koordinasyonunda, 112 KKM tarafından verilen talimatlara uygun olarak yapılması zorunludur.

(2) Acil servislere müracaat eden ancak herhangi bir nedenle geçerli kimlik belgesi, sağlık karnesi veya hasta sevk evrakı ibraz edemeyen hastaların kimlik bilgilerinin ve adresinin belirlenmesi, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi amacıyla Ek-8'deki Hasta Bilgilendirme Formu doldurulur. Bu hastalardan hiçbir surette senet veya taahhütname alınmaz.

(3) Acil servislerde hasta takibinin 24 saati geçmemesi esastır. Bu süre içerisinde kesin tanısı konulamamış veya yatış endikasyonu belirlenememiş hastalar ile yatış endikasyonu bulunan ve birden fazla kliniği ilgilendiren hastalar acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince değerlendirilir ve tıbbi durumunun gerektirdiği en uygun uzmanlık dalına ait kliniğe yatışı yapılarak ilgili klinik şefi

veya sorumlu uzman tabibine bilgi verilir. Yatışına karar verilen klinikte boş yatak bulunmaması hâlinde boş yatak bulunan uygun kliniklerden birisine yatırılarak hastanın takibi, bakım ve tedavisi ilgili olduğu klinik tarafından yapılır. Acil serviste kliniklere yatış bekleyen acil hastalara yatış önceliği verilir.

(4) Tanısı konulmuş ve tedavi planı belirlenmiş, acil müdahale gerektirmeyen, durumu stabil olan ancak ileri tetkik ve tedavisinin sağlanması amacıyla önceden koordinasyon sağlanarak başka sağlık tesisinden sevkle gönderilen ve nakil sırasında acil müdahaleyi gerektirecek akut tıbbi sorun gelişmemiş hastalar gerekmedikçe acil serviste yeniden değerlendirilmez. Bu tür hastalar, acil serviste bekletilmeksizin, yatış işlemleri derhal tamamlanır ve ilgili uzmanlık dalına ait kliniğe yatırılır.

#### **Acil servisten diğer sağlık tesislerine sevk ve nakil esasları**

**MADDE 15** – (1) Acil servise başvuran hastaların ilk değerlendirmesi yapıldıktan sonra, ilgili sağlık tesisinin uzman tabip, tıbbi donanım ve boş yatak bakımından hastanın tıbbi durumunun gerektirdiği tetkik, müdahale, bakım ve tedaviyi sağlayabilecek şartları taşıması hâlinde hastanın başka bir sağlık tesisine sevk edilmemesi ve gerekli sağlık hizmetinin ilgili sağlık tesisinde verilmesi esastır.

(2) Durumu stabil olmayan hastalar, nakil şartlarında, hemodinamik durumlarını sabit tutacak düzeye gelmedikleri sürece sevk edilmez. Ancak hastanın acil tedavi işlemleri kurumca sağlanamıyor ve mutlak surette sevki gerekiyor ise uygun koşullar sağlanarak ilgili sağlık tesisine sevki sağlanır. Hasta sevk ve nakil kararının ilgili dal uzmanı veya acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince verilmesi ve onaylanması zorunludur.

(3) Yeterli şartların sağlanamadığı ve ileri tetkik ve tedavi için başka bir sağlık tesisine sevk gerektiren hâllerde hastanın sevk edileceği sağlık tesisinin belirlenmesi, sağlık tesisleri arasındaki hasta sevk ve nakil işlemlerinin koordinasyonundan ve yürütülmesinden 112 KKM yetkili ve sorumludur. Sağlık tesisleri arasındaki hasta sevk ve nakil işlemlerinde Ek-9'daki Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu kullanılır.

(4) Sevki yapılan hasta, hastanın tedavisinin gerçekleştirileceği bir sağlık tesisine kabulü sağlanana kadar sevki yapan sağlık tesisinin sorumluluğundadır. Hastanın sevk edildiği sağlık tesisi, hastanın kabulü için gerekli tedbirleri almak ve bekletilmeksizin tedavisini başlatmak ile yükümlüdür.

### **Uygun olmayan sevklerin önlenmesi için komisyon kurulması**

**MADDE 16 – (1)** İllerde üçüncü basamak sağlık tesislerine diğer illerden ve il içinden, gerekli koordinasyon sağlanmadan ve uygun şartlar oluşturulmadan, uygun olmayan olarak yapılan sevklerin önüne geçilebilmesi ve acil vakayı kabul etmeyen sağlık tesisleri için; müdürlükçe ASKOM bünyesinde Sevk Değerlendirme ve Denetleme Komisyonu oluşturulur. Bu komisyon il sağlık müdürünün başkanlığında, ildeki kamuya ait mevcut sağlık kurumlarının baştabipleri, acilden sorumlu tabipler ve il ambulans servisi baştabibinin de katılımıyla ayda en az bir defa toplanır.

(2) Komisyon il dışına ve il içinde yapılan sevkler ile acil vakayı kabul etmeyen ve ambulans bekleyen sağlık tesislerini değerlendirir ve endikasyon dışı yapılan uygun olmayan ve gereksiz sevkler ile endikasyonu olduğu halde kabul edilmeyen vakaları tespit eder, sebeplerini sorgular ve çözüme kavuşturur. Alınan kararlar tutanak altına alınır ve ilgili sağlık tesisi baştabibine yazılı olarak bildirilerek gerekli önlemleri alması istenir. Tekrarı hâlinde ilgili baştabip ve diğer sorumlular hakkında ilgili mevzuat hükümlerine göre idari soruşturma başlatılır. Komisyonun sekreteryası ASKOM tarafından yürütülür. Gerekğinde bu işlemler müdürlüğün uygun göreceği ilçelerde, sağlık grup başkanları başkanlığında oluşturulacak alt komisyonlar marifetiyle aynı usulle yürütülebilir.

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

### **Çeşitli Hükümler**

#### **Denetim ve sorumluluk**

**MADDE 17 – (1)** Acil servis standartlarının oluşturulması ile acil sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve bu Tebliğ hükümlerine uygun olarak etkili bir şekilde yürütülmesinden müdürlükler, ilgili sağlık tesislerinin baştabipleri, acil servis sorumlu tabipleri birinci derecede ve müteselsilen sorumludur.

(2) Müdürlükler işleyiş ile alakalı periyodik olarak denetim yapar, sonuçları değerlendirir ve tespit edilen sorun ve aksaklıklarla ilgili gerekli tedbirleri alır ve lüzumu hâlinde denetim sonuçlarını raporlayarak Bakanlığa bildirir.

### **Hüküm bulunmayan haller**

**MADDE 18** – (1) Bu Tebliğde hüküm bulunmayan hâllerde 24/1/2005 tarihli ve 872 sayılı İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi ile 26/6/2008 tarih ve 26918 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 2008/13 sayılı Başbakanlık Genelgesi uygulanır.

### **Mevcut acil servislerin seviyelendirilmesi**

**GEÇİCİ MADDE 1** – (1) Mevcut acil servislerin seviyelendirme işlemleri bu Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren 2 (iki) ay içerisinde tamamlanır, valilik onayı alınarak tescil için Bakanlığa bildirilir.

### **Mevcut acil servislerin durumu ve uyumu**

**GEÇİCİ MADDE 2** – (1) Tebliğin yürürlük tarihinden önce faaliyette olan acil servislerden tedavi alanı ve bekleme alanlarına ilişkin Ek-1’de belirlenen asgari ölçülerini, bina, fiziki alan, genişleme sahası yetersizliği gibi şartlara bağlı olarak sağlayamayacak durumda olanlar, bu durumları komisyon tarafından veya komisyonun talebi üzerine il bayındırlık müdürlüğünce düzenlenecek teknik raporla belgelendirilmek kaydıyla bu fiziki standartlardan muaf tutulur. Ancak, bunlar, fiziki şartlar dışında kalan, seviyesinin gerektirdiği diğer asgari standartları taşımak zorundadırlar.

### **112 KKM hastane entegrasyon programına dahil olma**

**GEÇİCİ MADDE 3** – (1) Kamu ve özel tüm sağlık tesisleri, bu Tebliğin yürürlüğe girdiği tarihten sonraki 24 saat içerisinde 112 KKM’de bulunan hastane entegrasyon programına dahil olmak ve en geç 1 (bir) ay içerisinde de on-line bağlantılarını tamamlamakla yükümlüdür.

## **ALTINCI BÖLÜM**

### **Son Hükümler**

#### **Yürürlük**

**MADDE 19** – (1) Bu Tebliğ, yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

#### **Yürütme**

**MADDE 20** – (1) Bu Tebliğ hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

## **EK 3 - HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA DAİR YÖNETMELİK<sup>293</sup>**

### **BİRİNCİ BÖLÜM**

#### **Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar**

##### **Amaç**

**MADDE 1 –** (1) Bu Yönetmeliğin amacı; 2 nci madde kapsamındaki tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir.

##### **Kapsam**

**MADDE 2 –** (1) Bu Yönetmelik kamu, üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsar.

##### **Dayanak**

**MADDE 3 –** (1) Bu Yönetmelik, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerine, 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

##### **Tanımlar**

**MADDE 4 –** (1) Bu Yönetmelikte geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Çalışan: Hizmetin, resmî veya özel sağlık kurumlarında, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarını ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden ve hizmetin verilmesine destek sağlayan kimseleri,

---

<sup>293</sup> Resmî Gazete Tarihi: 06.04.2011, Resmî Gazete Sayısı: 27897

c) Daire Başkanlığı: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığını,

ç) Değerlendirici: Daire Başkanlığı tarafından görevlendirilen Hizmet Kalite Standartlarının sağlık kurumlarındaki etkinliğini değerlendiren kişiyi,

d) Değerlendirme: Daire Başkanlığı tarafından sağlık kurumlarında Hizmet Kalite Standartlarının etkinliğinin ölçülmesi faaliyetini,

e) Hasta: Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimseyi,

f) Hasta ve çalışan güvenliği: Sağlık hizmeti sunumunda hasta ve çalışanların zarar görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçler ile ilgili alınacak tedbir ve iyileştirme uygulamalarına yönelik faaliyetleri,

g) Hizmet Kalite Standartları (HKS): Daire Başkanlığı tarafından sağlık kurumlarının hizmet sunumuna yönelik hazırlanan standartları,

ğ) Sağlık kurumu: Kamu, üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını,

ifade eder.

## İKİNCİ BÖLÜM

### Temel Esaslar, Hasta ve Çalışan Güvenliği Uygulamaları

#### Temel esaslar

**MADDE 5 – (1)** Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları; bu Yönetmelik hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlüdür. Sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirleri alırken ve düzenlemeleri yaparken Daire Başkanlığınca hazırlanan ve Bakanlığın resmî internet sayfasında yayımlanan Hizmet Kalite Standartlarını esas alır.

#### Hasta güvenliği uygulamaları

**MADDE 6 – (1)** Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

a) Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,

b) Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması,



- c) Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması,
  - ç) İlaç güvenliğinin sağlanması,
  - d) Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması,
  - e) Cerrahi güvenliğinin sağlanması,
  - f) Hasta düşmelerinin önlenmesi,
  - g) Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
  - ğ) Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması,
- hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

#### **Çalışan güvenliği uygulamaları**

**MADDE 7 – (1)** Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

- a) Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
  - b) Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
  - c) Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması,
  - ç) Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
  - d) Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması,
- hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

Hasta ve çalışan güvenliği ortak uygulamaları

**MADDE 8 – (1)** Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

- a) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili olarak;
  - 1) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik bir programın hazırlanması,
  - 2) Hastane enfeksiyonlarının izlenmesine yönelik sürveyans çalışmalarının yapılması,
  - 3) El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemelerin yapılması,
  - 4) İzolasyon önlemlerinin alınması,
  - 5) Temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarının gerçekleştirilmesi,
- b) Laboratuvar güvenliği ile ilgili olarak;
  - 1) Biyogüvenlik düzeyine göre gerekli önlemlerin alınması,
  - 2) Laboratuvarda çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmalarının yapılması,
  - 3) Panik değerlerin bildirimini sağlanması,
- c) Radyasyon güvenliği ile ilgili olarak; tanı ve tedavi amaçlı radyoaktif madde kullanılan alanlarda koruyucu önlemlerin alınması,

- ç) Renkli kod uygulamaları ile ilgili olarak;
- 1) Mavi kod uygulamasının yapılması,
  - 2) Pembe kod uygulamasının yapılması,
  - 3) Beyaz kod uygulamasının yapılması,
- d) Güvenlik raporlama sistemi ile ilgili olarak;
- 1) Güvenlik raporlama sisteminin kurulması,
  - 2) Bildirimi yapılacak olayların asgari ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, hastaların düşmesi, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile temas konularını kapsamaması,
  - 3) Bildirimi yapılan olaylar ile ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetlerin uygulamaya konulması,
- e) Eğitimler ile ilgili olarak; sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi,
- f) Komitelerin kurulması ile ilgili olarak;
- 1) Hasta güvenliği komitesi,
  - 2) Çalışan güvenliği komitesi kurulması,
- hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### Çeşitli ve Son Hükümler

#### **Sorumluluk**

**MADDE 9 – (1)** Bu Yönetmelikte yer alan usul ve esasların kesintisiz ve etkin bir şekilde uygulanması, uygulama sırasında tespit edilen sorun ve aksaklıkların giderilmesi için gerekli tedbirlerin alınması, uygulamanın takip edilmesi ve değerlendirilmesi, ilgili sağlık kurumunun en üst amirinin sorumluluğundadır.

#### **Değerlendirme**

**MADDE 10 – (1)** Bakanlık bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumlarını hasta ve çalışan güvenliği açısından değerlendirir. Sağlık kurumlarının değerlendirilmesi sürecinde Hizmet Kalite Standartları kullanılır. Değerlendirmeler değerlendiriciler tarafından yılda en az bir defa Hizmet Kalite Standartlarından seçilecek bölümler üzerinden yapılır. Sağlık kurumlarının bu kapsamda değerlendirilen bölümlerde yer alan hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili standartlardan 100 üzerinden en az 80 puan alması gerekmektedir. Bakanlık bu puanı artırmaya yetkilidir.

(2) Hasta ve Çalışan Güvenliği Değerlendirme Puanı aşağıdaki şekilde hesaplanır:

$$\left[ \frac{\text{[HKS'de Değerlendirilen Bölümlerden Elde Edilen Hasta ve Çalışan Güvenliği Puan Toplamı]} / (\text{HKS'de Değerlendirilen Bölümlerdeki Hasta ve Çalışan Güvenliği Puan Toplamı} - \text{HKS'de Değerlendirilen Bölümlerdeki Hasta ve Çalışan Güvenliği Standartlarından Değerlendirme Dışı Bırakılan Puan Toplamı}) \right] \times 100$$

**Yürürlük**

**MADDE 11** – (1) Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

**Yürütme**

**MADDE 12** – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

**EK 4 - SAĞLIK BAKANLIĞI PERSONELİNE KARŞI İŞLENEN SUÇLAR  
NEDENİYLE YAPILACAK HUKUKİ YARDIMIN USUL VE ESASLARI  
HAKKINDA YÖNETMELİK<sup>294</sup>**

**BİRİNCİ BÖLÜM**

**Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar**

**Amaç**

**MADDE 1 –**(1) Bu Yönetmeliğin amacı, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle personelin veya kanuni mirasçılarının talebi üzerine Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca yapılacak hukuki yardıma ilişkin usul ve esasları belirlemektir.

**Kapsam**

**MADDE 2 –**(1) Bu Yönetmelik, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında kadrolu veya sözleşmeli görev yapan personel ile 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 52 nci maddesi çerçevesinde Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında gönüllü ve ücretsiz sağlık hizmeti verenler ve 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu kapsamında görev yapanlara karşı sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı işlenen suçlar sebebiyle ceza hukuku kapsamında yürütülmekte olan işlemleri ve davaları kapsar.

**Dayanak**

**MADDE 3 –**(1) Bu Yönetmelik, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 54 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

**Tanımlar**

**MADDE 4 –**(1) Bu Yönetmelikte geçen;

---

<sup>294</sup> Resmi Gazete Tarihi: 28.04.2012, Resmi Gazete Sayısı: 28277

a) Bağlı kuruluş: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunu,

b) Bağlı kuruluş birim amiri: Bakanlık bağlı kuruluş merkez teşkilatı en üst amiri ile taşra teşkilatında ilgisine göre Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterini ve Halk Sağlığı Müdürünü,

c) Bakanlık: 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname eki (I) sayılı cetvelde belirtilen Sağlık Bakanlığı teşkilatını,

ç) Bakanlık hukuk müşavirliği: Bakanlık merkez teşkilatı hukuk müşavirliğini,

d) Bakanlık taşra teşkilatı: İl sağlık müdürlüğü, ilçe sağlık müdürlüğü ve sağlık grup başkanlığını,

e) Birim amiri: Bakanlık merkez veya taşra teşkilatı en üst amirini,

f) Kurum hukuk müşavirliği: Bağlı kuruluşların hukuk müşavirliklerini,

g) Mağdur: Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevden dolayı işlenen suça maruz kalan personeli,

ifade eder.

## İKİNCİ BÖLÜM

### Hukuki Yardımın Mahiyeti

#### Hukuki yardım yapılacak haller

**MADDE 5 – (1)** Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarda görev yapan personele veya bunların vefatı halinde kanuni mirasçılarına bu Yönetmelik kapsamında hukuki yardımda bulunulabilmesi için aşağıda belirtilen hallerin gerçekleşmiş olması gerekir.

a) Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiilin gerçekleştirilmiş olması.

b) İlgilinin veya kanuni mirasçılarının talepte bulunması.

c) İlgili personelin soruşturma safhasında şüpheli, kovuşturma safhasında ise sanık durumunda bulunmaması.

(2) Personelin, bir olayda hem mağdur hem de şüpheli veya sanık durumunda olması halinde mağdur sıfatıyla hukuki yardım yapılır.

### **Vekâlet ilişkisi**

**MADDE 6 –** (1) Sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu hizmetten dolayı bu Yönetmelik kapsamındaki personele karşı işlendiği iddia edilen suçlara ilişkin soruşturma ve kovuşturmalarda; Bakanlık ve bağlı kuruluşlar merkez ve taşra teşkilatı ile döner sermaye teşkilatı kadrolarında bulunan avukatlar ile 4/1/2002 tarihli ve 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa göre hizmet alımı suretiyle kendilerine idarece vekâlet verilmiş avukatlar, ayrıca vekâletname ibrazı gerekmeksizin ilgili personelin veya kanuni mirasçılarının vekili sıfatıyla işlem yapmaya yetkilidir.

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

### **Hukuki Yardım Usulü**

#### **Bildirim ve kayıt sistemi**

**MADDE 7 –** (1) Bakanlık, sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı işlenen fiillerin bildirimini yapılacağı ve kayıtlarının tutulacağı bir sistem kurar. Bu sistemde kişisel verilere ilişkin bilgilere yer verilemez.

(2) Bu Yönetmelik kapsamında işlenen fiilleri, ilgili sağlık kurum ve kuruluşunun yöneticisi, adli mercilere ve Bakanlıkça kurulan sisteme bildirir. Mağdur personel de bu bildirim yapabilir.

(3) Bildirim üzerine Bakanlık, olayın adli makamlara intikal ettirilip ettirilmediğini araştırır. Bakanlıkça keyfiyet ayrıca ilgili hukuk birimlerine de bildirilir.

#### **Talepte bulunulması**

**MADDE 8 –** (1) 7 nci maddenin üçüncü fıkrasına göre Bakanlıkça kendilerine bildirim yapılan hukuk birimleri, işlenen suçtan mağdur olan personele veya vefatı halinde kanuni mirasçılara bir avukatın hukuki yardımını isteyip istemediğini sorar ve talep istikametinde hareket eder. Ayrıca mağdur personel veya kanuni mirasçısı, görev yaptığı kurum veya kuruluş yöneticisine de hukuki yardım talebini bildirebilir. İlgili yönetici, bu talebi gecikmeksizin hukuki yardım yapmakla görevli ve yetkili birimlere intikal ettirir.

(2) Personele karşı kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiilin işlendiği herhangi bir şekilde öğrenildiğinde, Bakanlık taşra teşkilatı için il sağlık müdürlerince, bağlı kuruluş taşra teşkilatı için ise bu kuruluşların taşra teşkilatı birim amirlerince bu Yönetmelik hükümleri resen uygulanır ve ilgili personelin veya kanuni mirasçılarının hukuki yardım müessesesini etkin bir şekilde kullanabilmesi için gerekli tedbirler alınır.

#### **Hukuk birimlerince inceleme**

**MADDE 9 – (1)** Hukuki yardım talebine ilişkin taleplerin gereği yapılmak üzere kendilerine intikalini müteakip Bakanlık ve bağlı kuruluşları taşra teşkilatı hukuk birimlerince yapılacak inceleme neticesinde talebin bu Yönetmelik kapsamında bulunmadığının değerlendirilmesi halinde durum gerekçeli bir yazı ile ilgili birim amirine ve talepte bulunana derhal bildirilir.

(2) Birinci fıkra uyarınca yapılacak bildirim üzerine ilgili personelin itiraz etmesi veya birim amirinin yazılı olarak yeniden talepte bulunması halinde dilekçe ve ekleri en geç yedi gün içerisinde ilgisine göre Bakanlık Hukuk Müşavirliği veya Kurum Hukuk Müşavirliğine gönderilir.

(3) Bakanlık Hukuk Müşavirliği veya Kurum Hukuk Müşavirliği tarafından verilecek karar ilgili personele, birim amirine ve taşra teşkilatı hukuk birimine gönderilir.

(4) Üçüncü fıkra uyarınca verilecek karar idari açıdan kesin olup, taşra teşkilatı hukuk birimleri bu karar çerçevesinde işlem tesis etmekle yükümlüdür.

(5) İlgili hukuk birimleri, safahatına göre soruşturma veya kovuşturma işlemleri ile alâkalı olarak ifası lâzım gelen hukuki işlemleri gecikmeksizin başlatır.

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **Çeşitli ve Son Hükümler**

#### **Hukuki yardımın sona ermesi**

**MADDE 10 – (1)** İdarece yapılacak hukuki yardım;

- a) İlgili personelin veya kanunî mirasçılarının hukuki yardım talebini geri alması,
  - b) 5 inci maddenin ikinci fıkrası hariç olmak üzere, adli mercilerce yapılacak tahkikat neticesinde personelin sanık durumuna gelmesi,
- hallerinde sona erer.

(2) Hukuki yardımın birinci fıkranın (a) bendi uyarınca sonlandırılması halinde durum, ilgili birim amirine ve soruşturma safhasında yetkili Cumhuriyet Savcılığına, kovuşturma safhasında ise yetkili mahkemeye gecikmeksizin bildirilir.

(3) Bu Yönetmelik kapsamındaki fiillerden dolayı yapılan soruşturma ve kovuşturma sonuçları, ilgili hukuk birimlerince Bakanlıkça kurulan sisteme bildirilir.

#### **Vekâlet ücreti**

**MADDE 11** – (1) Bu Yönetmelik kapsamında yapılacak hukuki yardıma bağlı olarak Avukatlık Asgarî Ücret Tarifesi uyarınca lehe hükmedilecek vekâlet ücretleri hakkında 26/9/2011 tarihli ve 659 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 14 üncü maddesi uygulanır.

#### **Yürürlük**

**MADDE 12** – (1) Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

#### **Yürütme**

**MADDE 13** – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.



## EK 5 - ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ GENELGESİ

Sayı : B.10.0.SHG.0.21.00.00/951.99/6665

14/05/2012

Konu: Çalışan güvenliğinin sağlanması

### GENELGE

2012/23

Sağlık çalışanlarımızın güvenli ortamlarda ve yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması Sağlıkta Dönüşüm Programımızın temel hedeflerindedir. Bakanlığımızca bu çerçevede, sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik aşağıdaki düzenlemeler yapılarak kurumlarımız talimatlandırılmıştı.

a) Tüm sağlık kurumlarında, hizmet alanlar ve sağlık çalışanları için güvenli bir ortam sağlanması amacıyla yayımlanan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” doğrultusunda;

- 1) Çalışan güvenliği komitesinin kurulması,
- 2) Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
- 3) Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
- 4) Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
- 5) Çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi için düzenleme yapılması,
- 6) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program hazırlanması,
- 7) Beyaz kod uygulamasına geçilmesi,
- 8) Çalışanlara, çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi.

b) Kurumlarımızda uygulamaya konulan “Hizmet Kalite Standartları” kapsamında çalışma ortamından kaynaklanan risklerin bertaraf edilmesi amacıyla şiddet ve iletişim konularını da kapsayacak şekilde risk değerlendirmesi yapılarak gerekli tedbirlerin alınması.

c) “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” ile acil servisler başta olmak üzere riskli alanlarda güvenlik tedbirleri artırılarak, genel kolluk ve özel güvenlik personeliyle güvenlik kamerası bulundurulmasının sağlanması.

Diğer taraftan şiddeti azaltmaya yönelik çalışmaların basın mensupları, iletişim uzmanları, idareciler ve sağlık çalışanlarıyla birlikte değerlendirildiği sempozyum düzenleyerek ulusal düzeyde sürekliliği olan “Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans”

kampanyasını başlatmıştık. Bu kampanya kapsamında vatandaşı bilgilendirmek ve toplumsal bilinç oluşturmak amacı ile çalışmalarımızı yürütmekteyiz. Ayrıca “hasta ve çalışan güvenliği sempozyumları” düzenleyerek sağlık çalışanlarına eğitimler vermekteyiz.

Kişinin fiziksel ve psikolojik açıdan zarar görmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel olan sözlü veya fiili hareketler olarak tanımlanan şiddet olaylarının önlenmesi amacıyla, mevcut uygulamaların gözden geçirilmesi önem taşımaktadır. Bu itibarla çalışan güvenliğinin sağlanmasında yöneticilerimize büyük görev ve sorumluluk düşmekte olup aşağıdaki talimatlar hassasiyetle uygulanacaktır.

1) Beyaz Kod uygulaması;

a) “Beyaz Kod” uygulaması sorumlu başhekim yardımcısı vasıtasıyla yakından takip edilecek ve sistemin etkin şekilde yürütmesi sağlanacaktır.

b) Görevli müdahale ekiplerinin olay yerine en kısa zamanda ulaşması sağlanacaktır.

c) Gerçekleşen olayların analizi yapılarak, ilgili sağlık kurumuna özgü tedbirler artırılacaktır.

2) Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi;

Hastane ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde bir başhekim yardımcısının doğrudan takip edeceği “Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimleri” kurulacaktır. Bağlı birimlerdeki çalışan hakları ve güvenliğine ilişkin iş ve işlemlerini yürütmek üzere halk sağlığı müdürlükleri ile il sağlık müdürlüklerinde de bir müdür yardımcısının doğrudan takibinde aynı birimler kurulacaktır.

a) Bu birim tüm sağlık çalışanlarının kolay ulaşabileceği bir yerde olacaktır. Gerekli ekipman (dış hatta açık telefon, faks, internet bağlantılı bilgisayar ve uygun görüşme ortamı) temin edilecektir.

b) Birimde tercihen sosyal hizmet uzmanı, psikolog veya halkla ilişkiler uzmanı sekreteryaya olarak görevlendirilecek ve yeterli sayıda personel bulundurulacaktır.

c) Birim, çalışanların çalışan hakları ve güvenliğine yönelik talep ve şikâyetlerini kabul edecek, bu başvuruları değerlendirerek raporlayacak, gerekli düzeltici/önleyici faaliyetlerin başlatılmasını sağlayarak talep sahibine geri bildirimde bulunacaktır.

d) Birim, çalışan hakları ve güvenliğine yönelik uygulamaları yakından takip edecek olup aylık olarak başhekimliğe rapor sunacaktır.

3) Risk değerlendirmesi ve güvenlik tedbirleri;

a) Sağlık kurumları şiddet bakımından risk değerlendirmelerini yeniden yapacak ve riskin yüksek olduğu bölümlerde hizmet süreçleri yeniden gözden geçirilecek ve ilgili bölümdeki sağlık çalışanı sayısı yeterli hale getirilecektir. Fiziki alanlar nitelik ve iyi çalışma şartları açısından gerekirse yeniden düzenlenecektir.

b) Acil servis, yoğun bakım ve ameliyathane gibi şiddet riskinin yüksek olduğu bölümlerin bekleme alanlarında gerekirse sayıları artırılarak yeterli güvenlik elemanı bulundurulacaktır.

c) Hasta mahremiyeti dikkate alınmak şartıyla, kurumların tüm alanlarını gözetleyebilecek şekilde güvenlik kameraları yerleştirilecek ve kamera görüntüleri sürekli takip edilecektir. Şüpheli durumlara ve kişilere bu konuda eğitilmiş özel güvenlik elemanları anında müdahale edecektir.

d) İletişim becerileri ve sorunlu hasta/hasta yakınlarını tanıma-çatışma yönetimi konularında eğitim almış kişiler, bekleme alanlarında görevlendirilecek ve “sorun çözücü” olarak çalışmaları temin edilecektir.

e) Fiziki mekanlar 24 saat boyunca yeterli düzeyde aydınlatılacak ve havalandırılacaktır.

f) Personelin alternatif çıkış yolları oluşturulacaktır.

4) Çalışanların eğitimi;

a) Başta güvenlik görevlileri, 112 ve acil çalışanları olmak üzere çalışanlara iletişim becerileri, öfke kontrolü ve özellikle öfkeli hasta ve hasta yakınıyla iletişim konularında eğitim verilecektir.

b) Sağlık çalışanlarına şiddet davranışına karşı tedbir alma eğitimleri verilecektir.

5) Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi;

a) Hasta ve hasta yakınlarının ilk olarak nereye müracaat edecekleri, hangi işlemler ve tedavinin yapılacağı, tetkik ve tahlillerin nerede yapılacağı, bekleme süreleri gerekiyorsa ne kadar süreyle bekleyecekleri gibi konularda bilgilendirme süreçleri gözden geçirilerek eksiklikler varsa tamamlanacaktır. Bu amaçla acil servisler başta olmak üzere hastanın durumu ile ilgili hasta ve/veya hasta yakınlarını bilgilendirmek üzere “hasta bilgilendirme alanları” güçlendirilerek ve hangi durumlarda, ne sıklıkta ve kim tarafından bilgilendirme yapılacağı belirlenecektir.

b) Vatandaşı şiddete uğrayan sağlık personelinin hizmet vermektan çekilme hakkının bulunduğu, böyle bir durumda hizmet alma sürecinin aksayabileceği konusunda bilgilendirilecektir.

c) Vatandaş, sağlık çalışanına yönelik şiddet uygulayanların mutlaka yargılanacağı ve cezalandırılacağı konusunda (pano/afiş/broşürler gibi vasıtalarla) bilgilendirecektir.

6) Hizmetten çekilme;

Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde, acil verilmesi gereken hizmetler hariç olmak üzere hizmetten çekilme talebinde bulunabilir.

a) Hizmetten çekilme talebi, kurum tarafından belirlenen yöneticiye sözlü veya yazılı olarak bildirilecektir.

b) Bildirim üzerine yetkili yönetici, olayı derhal değerlendirerek hizmetten çekilme talebinin uygun olup olmadığı hakkında gecikmeksizin karar verecektir.

c) Yetkili yönetici, hizmetten çekilme talebini uygun bulduğu takdirde hastanın sağlık hizmeti almasına ve tedavisinin devamına yönelik tedbirleri güvenlik tedbirleriyle birlikte alacaktır. Bu kapsamda ilgili hastanın sağlık hizmetini devam ettirecek yeni sağlık çalışanını belirleyecek, kurum içerisinde bunun mümkün olmaması halinde hastanın hizmet alabileceği başka bir sağlık kurumuna sevkini ve hizmet alımını sağlayacaktır. Bu süreç sırasında hastanın tedavisinin aksatılmamasına itina edilecektir.

7) Bildirim süreci ve hukuki yardım;

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip etmek üzere “Bakanlık Beyaz Kod Birimi” kurulmuş, 24 saat hizmet verecek “113” numaralı telefon ve “www.beyazkod.saglik.gov.tr” internet sayfası oluşturulmuştur.

a) Kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olayları, yöneticiler tarafından derhal “113” numaralı telefonla Bakanlık Beyaz Kod Birimine bildirilecek, eş zamanlı olarak ilgili kurumun hukuk birimine ve adli mercilere intikal ettirilecektir. Kamu görevlilerine karşı işlenen şiddet olaylarının takibi şikâyete bağlı olmadığından, ilgili personelin şikâyetinin olup olmadığına bakılmaksızın yöneticiler olayı mutlaka adli mercilere intikal ettirecektir. Özel sağlık kuruluşları da adli bildirim konusunda gerekli hassasiyeti gösterecektir.

b) Şiddete uğrayan sağlık çalışanı tarafından da “113” numaralı telefona doğrudan bildirim yapılabilecektir.

c) Ayrıca yöneticiler, “www.beyazkod.saglik.gov.tr” adresinde bulunan “Beyaz Kod Bildirim Formu”nu dolduracaktır.

d) Bildirim üzerine Bakanlık Beyaz Kod Birimi, yöneticilere ve/veya ilgili personele hukuki süreçle ilgili rehberlik yapacak, olayın adli makamlara intikal ettirilip ettirilmediğini araştırarak ve şayet ettirilmemiş ise olayı derhal adli makamlara bildirecektir. Ayrıca şiddet olayının gerçekleştiği sağlık kurumunun hukuk birimine olayın bildirildiğini tespit ederek olayın takibini temin edecektir.

e) Hukuk birimleri, işlenen suçtan mağdur olan Bakanlık personeline veya vefatı halinde kanuni mirasçılarında bir avukatın hukuki yardımını isteyip istemediğini soracak ve talep etmeleri halinde Bakanlık avukatlarındaca ilgili personele 28/04/2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” çerçevesinde hukuki yardım yapılacaktır.

8) Diğer hususlar;

a) “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik”in 7 ve 8 inci maddeleri, “Hastane Hizmet Kalite Standartları” çerçevesinde daha etkili şekilde uygulanmaya devam edilecektir.

b) İl sağlık müdürü konuyla doğrudan sorumlu bir sağlık müdür yardımcısı ile birlikte kurumlarda çalışan güvenliği uygulamaları ve alınan tedbirleri aylık periyotlarla izleyecek ve Bakanlığa rapor edecektir.

c) SABİM’e yapılan sağlık çalışanları hakkındaki şikayetler, başvuruların ancak %4’ünü oluşturmaktadır. SABİM’e ve hasta hakları birimine yapılan sağlık çalışanları hakkındaki şikayetler, öncelikle SABİM’den sorumlu il sağlık müdür yardımcısı ve hasta haklarından sorumlu başhekim yardımcısı tarafından ön değerlendirmeye tabi tutulacak, genel ve soyut nitelikte olan, şikayet sahibinin adı ve adresi belli olmayan veya personelin kusuru bulunmadığı açıkça görülen ihbar ve şikayetler değerlendirmeye alınmayacaktır.

Genelgenin İlinizde bulunan tüm kamu, üniversite ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarına duyurulması ve uygulanmasının teminini, ayrıca Bakanlığımızca çalışan güvenliğine ilişkin olarak yapılacak yeni düzenlemelerin titizlikle takibini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ

Bakan

**EK 6 - SAĞLIK ÇALIŞANLARINA KARŞI İŞLENEN SUÇLARIN  
SORUŞTURULMASINA İLİŞKİN GENELGE**

T.C.  
İÇİŞLERİ BAKANLIĞI  
Emniyet Genel Müdürlüğü

Sayı : B.05.1.EGM.0.11.49761.

26/04/2012

Konu: Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen  
Suçların Soruşturulması.

BAKANLIK GENELGE NO: 2012/22

EGM GENELGE NO: 2012/39

Sağlık hizmetleri, temel bir kamu hizmeti olarak toplumun ve bireylerin hastalıklardan korunması ile tedavilerinin sağlanması bakımından ayrı bir önem ve önceliğe sahiptir. Sağlık hizmetleri, çeşitli basamaklardaki kurumlarda görevli sağlık çalışanları tarafından 7 gün/24 saat esasına göre sunulan ve çoğu zaman da büyük fedakârlıkları gerektiren çok geniş bir hizmet alanını ifade etmektedir.

Bununla birlikte yakın zamanlarda basın yayın organlarına yansıyan, kamuoyunda endişeye neden olan ve sağlık çalışanlarını hedefleyen müessif olaylarda, bir hekimimiz hayatını kaybetmiş ve sağlık çalışanlarımız da zarar görmüştür. Meydana gelen bu olaylar, başta sağlık camiası olmak üzere toplumun bütün kesimlerini olumsuz etkilemektedir.

Sağlık kurumlarında görevli çalışanlarımızın can ve mal güvenliğinin sağlanması, yine bu kişilere karşı işlenen “adli olaylara” hemen el konularak gerekli yasal işlemlerin başlatılması bakımından aşağıdaki tedbirler alınacaktır:

1. Sağlık kurumlarında genel güvenliğin sağlanması için 5188 sayılı Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun kapsamında özel güvenlik görevlileri istihdam edildiği bilinmektedir. Sağlık kurumlarının çevre, bina giriş ve çıkış güvenliği gözden geçirilecek, özel güvenlik görevlilerinin sağlık kurumları içerisinde, özellikle sağlık çalışanlarının görev yaptığı muayene, müdahale ve gözetim alanlarında güvenlik önlemlerini artırmaları temin edilecektir. Sağlık kurumlarında, suça zemin

oluşturabilecek ve sağlık çalışanlarına yonelebilecek olumsuz tavır, davranış ve fiillere ortam hazırlanmasına ve bu eylemlerin fiili saldırılara donüşmesine kesinlikle izin verilmeyecek; belirtilen nitelikteki olaylara derhal mudahale edilmesi için hastane polisi, diğer kolluk birimleri ile özel guvenlik ve sağlık kurumları personelinin işbirliği ve koordinasyon içerisinde hareket etmeleri sağlanacaktır.

2. Yerine getirdikleri kamu görevi nedeniyle sağlık çalışanlarına karşı;

a) Yaralama (TCK Madde 86-87),

b) Tehdit (TCK Madde 106),

c) Hakaret (TCK Madde 125),

Fiillerinin işlenmesi halinde, mağdur kişinin şikâyeti aranmaksızın, sağlık kurumlarında görevli olan “hastane polislerimiz” başta olmak üzere yetkili kolluk kuvvetlerince doğrudan işlem tesis edilecek, ilgili Cumhuriyet savcısına bilgi verilerek, talimatları doğrultusunda gerekli soruşturma işlemlerine başlanacaktır.

3. Suça el koyma ve soruşturma işlemleri, sağlık kuruluşlarında yrtlen muayene, mudahale ve hasta bakım hizmetlerini aksatmayacak ve bu hizmetlerde herhangi bir zafiyete neden olmayacak şekilde titizlikle yürütülecek, görevli sağlık çalışanlarının bilgisine başvurulması gibi soruşturmanın bir parçası olan işlemlerin tamamlanması konusunda Cumhuriyet savcısının talimatına göre hareket edilecektir.

Sağlık kurumlarında gerekli güvenliğin sağlanmasında, şikâyette bulunma zorunluluğu olmadığı bilinci içinde hareket edilmesini, konulara ilişkin görevli personelin bilgilendirilmesinin sağlanmasını, uygulamanın öngörülen usul ve esaslar çerçevesinde yürütülmesini ve sağlık çalışanlarına karşı işlenen suçların yetkili adli makamların talimatları doğrultusunda re’sen soruşturulmasına ilişkin gerekli tedbirlerin her düzeyde alınmasını,

Arz ve rica ederim.

İdris Naim şAHİN

İişleri Bakanı

