



HASTANE ÖNCESİ DERGİSİ



CİLT 3 – SAYI 1 – NİSAN 2018

HASTANE ÖNCESİ DERGİSİ, PARAMEDİK EĞİTİMİNDE STANDARDİZASYON VE AKREDİTASYON DERNEĞİ TARAFINDAN YILDA İKİ KEZ (NİSAN VE EKİM AYLARINDA) YAYINLANAN HAKEMLİ BİLİMSEL BİR DERGİDİR

hastaneoncesidergisi@gmail.com
<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/hod>
<http://pesad.org/hastane-oncesi-dergisi>



İçindekiler

Derleme

1. Hava Aracı Bakım Ortamında İnsan Performansı ve Limitleri: Çalışma Ortamı ve Tıbbi Değerlendirme (Uygunluk) Koşulları- Human Performance and Limitations in Aircraft Maintenance Organization: Work Environment and Medical Assesments Requirements, *Alperen DOĞRU Volkan YAVAŞ* 1

Araştırma Makaleleri

2. İlk Yardım Bilgilerinin Doğruluğu ve İlk Yardım Uygulamalarına Etkisinin Değerlendirilmesi- Evaluation Of Academic Self-Efficacy And Professional Self-Esteem Levels of A Group Of Students of Vocational School, *Melihat KIZIL, Nursun ÜSTÜNKARLI, Şenay YILDIZ, Kaan KURTEL, İlgı ŞEMİN, Y.Hakan ABACIOĞLU* 15
3. Gaziantep 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Maruz Kaldıkları Şiddetin Değerlendirilmesi- Gaziantep 112 Emergency Health Services Violence Exposed By Employees, *Aysun ÖZDEMİR, Fatma KARASU, Hakan AVAN* 31
4. Bir Grup Meslek Yüksekokulu Öğrencisinin Akademik Özyeterlik ve Mesleki Benlik Saygısı Düzeylerinin Değerlendirilmesi - Evaluation Of Academic Self-Efficacy And Professional Self-Esteem Levels Of A Group Of Students Of Vocational School, *Deniz Zeynep SÖNMEZ, Eray GÖÇ* 43

Olgu Sunumu

5. Hastane Öncesi Acil Bakımda Bir İntihar Olgusunun İş Sağlığı ve Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi- Evaluation of A Suicid Case For Occupational Health and Safety in Prehospital Emergency Care, *Yazgül POLAT* 55

Dergide yayınlanan makalelerin bilim, içerik ve dil bakımından sorumluluğu yazarlara aittir. Makaleler kaynak gösterilmeden kullanılamaz.

YAYIN KURULU

EDİTÖRLER

- Dr.Öğr.Üyesi Ali EKŞİ a_eksi@yahoo.com
Dr.Öğr.Üyesi Emine SEVİNÇ emsnvnc@gmail.com
Öğr.Gör.Dr. Emine Selda GÜNDÜZ seldagunduz@akdeniz.edu.tr

Dil Editörü

Öğr.Gör.Dr.Ahu PAKDEMİRLİ

Alan Editörleri

- Acil Tıp - Dr.Öğr.Üyesi Başak BAYRAM
Afet ve Acil Durum Yönetimi - Dr.Öğr.Üyesi Ali EKŞİ
Acil Hemşireliği - Öğr.Gör.Dr. Emine Selda GÜNDÜZ
Hastane Öncesi Acil Sağ. Hizmetleri-Dr.Öğr.Üyesi Emine SEVİNÇ
İtfaiyecilik Hizmetleri - Dr.Öğr.Üyesi Serpil GERDAN
İş Sağlığı ve Güvenliği - Dr.Öğr.Üyesi Bülent DEMİR
Güvenlik Hizmetleri - Dr.Öğr.Üyesi Serpil GERDAN

Bu sayıya katkı sunan hakemler;

- Prof.Dr.Ali Naci YILDIZ
- Prof.Dr.Birol ÖZKALP
- Prof.Dr.M. Emin LİMONCU
- Doç.Dr.Ferhan KUYUCAK ŞENGÜR
- Doç.Dr.R. Barış YEŞİLAY
- Dr.Öğr.Üyesi Tijen ERCAL
- Dr.Öğr.Üyesi Semra ÇELİKLİ
- Dr.Öğr.Üyesi Serpil GERDAN
- Dr.Öğr.Üyesi Ali EKŞİ
- Dr.Öğr.Üyesi Emine SEVİNÇ
- Dr.Emine Selda GÜNDÜZ
- Dr.Şemsettin VAROL

hastaneoncesidergisi@gmail.com
<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/hod>

Dergi, Arastirmax Scientific
Publication Index
tarafından taranmaktadır.

arastirmax
Scientific Publication Index

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

Prof.Dr.Recep AKDUR	Ankara Üniversitesi
Prof.Dr.İlhami ÜNLÜOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Prof.Dr.Selim SUNER	Brown Universty-USA
Prof.Dr.Miktad KADIOĞLU	İstanbul Teknik Üniversitesi
Prof.Dr.Zerrin Toprak KARAMAN	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof.Dr. Hamit HANCI	Ankara Üniversitesi
Prof.Dr.Nail ÖZTAŞ	Gazi Üniversitesi
Prof.Dr.Ersin AKSAY	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof.Dr.Hüseyin ÖZGÜR	Pamukkale Üniversitesi
Prof.Dr.Sülün Evinç TORLAK	Pamukkale Üniversitesi
Prof.Dr. Turan GÜNDÜZ	Celal Bayar Üniversitesi
Prof.Dr.M. Emin LİMONCU	Celal Bayar Üniversitesi
Prof.Dr.Ali Naci YILDIZ	Hacettepe Üniversitesi
Prof.Dr.Nevzat ALKAN	İstanbul Üniversitesi
Prof.Dr.Sedat YANTURALI	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof.Dr.Güçlü Selahattin KIYAN	Ege Üniversitesi
Prof.Dr.Gürkan ERSOY	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof.Dr.İbrahim TÜRKÇÜER	Pamukkale Üniversitesi
Prof.Dr.Sevgi ÖZKAN	Pamukkale Üniversitesi
Prof.Dr.Mehmet ERYILMAZ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Prof.Dr.Birol ÖZKALP	KTO Karatay Üniversitesi
Prof.Dr.Ahmet DEMİRCAN	Gazi Üniversitesi
Doç.Dr. Yunus Emre ÖZER	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç.Dr.Murat ERSEL	Ege Üniversitesi
Doç.Dr.Orhan ÇINAR	Acıbadem Üniversitesi
Doç.Dr. Cem ERTAN	İzmir Medikal Park Hastanesi
Doç.Dr.Gökhan TENİKLER	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç.Dr.Onur POLAT	Ankara Üniversitesi
Dr.Öğr.Üyesi Semra ÇELİKLİ	Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Dr.Öğr.Üyesi Sema KAPTANOĞLU	Van Yüzüncüyıl Üniversitesi
Dr.Öğr.Üyesi Tijen ERCAL	Dokuz Eylül Üniversitesi
Dr.Öğr.Üyesi Başak BAYRAM	Dokuz Eylül Üniversitesi
Dr.Öğr.Üyesi Ali EKŞİ	Ege Üniversitesi
Dr.Öğr.Üyesi S. Kenan ARSERİM	Celal Bayar Üniversitesi
Dr.Öğr.Üyesi Serpil GERDAN	Kocaeli Üniversitesi
Dr.Öğr.Üyesi Bülent DEMİR	Ege Üniversitesi
Dr.Öğr.Üyesi Süleyman ÜSTÜN	Celal Bayar Üniversitesi
Dr.Öğr.Üyesi Hasan ERBAY	Afyon Kocatepe Üniversitesi
Dr.Öğr.Üyesi Recep Onur UZUN	Celal Bayar Üniversitesi
Dr.Öğr.Üyesi Emine SEVİNÇ	Çanakkale 18 Mart Üniversitesi
Öğr.Gör.Dr.Mahir KUNT	Hacettepe Üniversitesi
Dr.Donald W. WALSH	Chicago Fire Department EMS- USA
Dr.Kersten ENKE	Johanniter Akademie- Germany
Dr.Şemsettin VAROL	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr.Emine Selda GÜNDÜZ	Akdeniz Üniversitesi

YAYIN İLKELERİ

Dergi Hakkında

Hastane Öncesi Dergisi, Paramedik Eğitiminde Standardizasyon ve Akreditasyon Derneğinin resmi bilimsel yayın organıdır. Dergi çift-kör hakem değerlendirmeli, elektronik ortamda yılda 2 (iki) sayı yayınlanan süreli bir yayındır. Hastane Öncesi Dergisi, acil yardım hizmetlerinin kapsamında olan; hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, acil tıp, acil hemşireliği, acil durum ve afet yönetimi, adli tıp, itfaiye ve sivil savunma hizmetleri, güvenlik hizmetleri, iş sağlığı ve güvenliği konularında bilimsel içerikli araştırma yazıları, olgu sunumları, güncel derleme ve çeviri yazılarının yer aldığı multi disiplinler bir yayın organıdır. Hastane Öncesi Dergisi editörü, editör yardımcıları ve yayın kurulu, Paramedik Eğitiminde Standardizasyon ve Akreditasyon Derneği Yönetim Kurulu tarafından iki yılda bir belirlenir.

I. YAYIN ŞARTLARI

1. Dergi, Güz (Ekim-Kasım) ve Bahar (Mart-Nisan) olmak üzere yılda iki kez yayınlanmaktadır. Gerektiğinde özel sayılar çıkarılabilir.
2. Dergiye değerlendirilmek üzere gönderilecek olan çalışmalarda, Türkçe yazım kurallarına özen gösterilmelidir.
3. Dergiye gönderilen yazılar daha önce bir başka dergide yayımlanmamış, yayımlanmak üzere gönderilmemiş veya yayım için kabul edilmemiş olmalıdır. Herhangi bir bilimsel toplantıda sunulmuş ve yayımlanmamış olan yazılarda, toplantının adı, yeri ve tarihi dipnot olarak belirtilmelidir.
4. Hastane Öncesi Dergisi'ne gönderilen makaleler, editör ve yardımcı editörler tarafından şekil ve içerik yönünden ön incelemeye alınmakta, genel olarak dergide yayınlanmaya değer olup olmadığına karar verilmekte ve daha sonra hakemlere gönderilmektedir. Makale, alanı ile ilgili 2 (iki) hakeme gönderilmektedir. Hangi makalenin hangi hakemlere gönderileceğine hakemlerin ve makalelerin ilgi alanlarına göre karar verilmektedir. Makaleyi değerlendiren hakemlerin kimlikleri hakkında yazarlara, gönderilen makalenin kime ait olduğu konusunda da hakemlere bilgi verilmez. Hakem raporları gizlidir.
5. Makalenin gönderildiği iki hakemden de olumlu görüş bildirilmesi durumunda makale yayınlanmak üzere sıraya alınmaktadır. İki hakemden de olumsuz görüş bildirilmesi durumunda makale hiçbir surette yayınlanmaz. İki hakemin birbirinden farklı görüş bildirmesi durumunda makale üçüncü bir hakeme gönderilir; üçüncü hakemin vereceği cevaba göre yayınlanmasına veya yayınlanmamasına karar verilir. Hakemlerden gelen raporlara göre, makalenin aynen yayınlanmasına (kabul),

düzeltilme, ekleme veya çıkarma istenmesine veya yayınlanmamasına (ret) karar verilmekte olup, bu karar yazar veya yazarlara bildirilmektedir.

6. Hakemlerin düzeltme yönünde görüş bildirmeleri durumunda yazara başvurulur ve yazarın gerekli düzeltmeleri tamamlayarak göndermesi istenir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz. Düzeltme verilen makaleler yazarı veya yazarları tarafından belirtilen süre içerisinde düzeltilmedikçe yayınlanmaz.
7. Dergide yayınlanan yazılar için yazarlara bir ücret ödenmez. Yayınlanmak üzere dergiye sunulan yazılar yayınlansın yayınlanmasın geri gönderilmez. Ancak düzeltme istenen yazılar düzeltmenin yapılmasını sağlamak amacıyla geri gönderilebilir.
8. Makalelerdeki görüş ve bilimsel sorumluluklar yazar veya yazarlara ait olup Hastane Öncesi Dergisi'ni bağlamaz. Yazılar yayınlanmak üzere kabul edildiği takdirde Hastane Öncesi Dergisi bütün yayın haklarına sahip olur. Eserin yayımlanmasına karar verilmesi durumunda yazarlar yayın haklarını Hastane Öncesi Dergisi'ne devretmiş olurlar.
9. Makalelerin sayfa düzenininin yazar tarafından ve aşağıdaki değerlere uygun bir biçimde yapılmış olması gerekir:

- Kâğıt Boyutu: A4 Dikey (Makalede yatay sayfalara yer verilmemelidir)
- Üst Kenar Boşluk: 3 cm
- Alt Kenar Boşluk: 3 cm
- Sol Kenar Boşluk: 3 cm
- Sağ Kenar Boşluk: 3 cm
- Yazı Tipi: Times New Roman
- Yazı Boyutu: Başlıkta 12, metinde 11, özetlerde 10 ve dipnotlarda 9 punto
- Paragraf Aralığı: Önce 6 nk – sonra 0 nk
- Paragraf Girintisi: Metinde İlk Satır (First Line) 1,25 cm, dipnotlarda Asılı (Hanging) 0.4 cm.
- Satır Aralığı: Metinde 1,5 dipnotlarda 1.
- Ana başlıklar (birinci düzey) 14 punto olarak koyu ve ilk harfleri büyük olacak şekilde yazılmalıdır. Ana başlıkların altında yer alan alt başlıklar (ikinci düzey) 12 punto, koyu ve ilk harfleri büyük olmalıdır. Alt başlıkların altındaki diğer başlıklar (üçüncü düzey) 12 punto, koyu ve ilk harfleri küçük olacak şekilde yazılmalıdır.
- Cümle sonunda noktadan önce boşluk bırakılmamalı ve noktadan sonra bir boşluk bırakarak cümleye başlanmalıdır.
- Virgülden önce boşluk bırakılmamalı ve cümle içinde kelimeler arasında bir boşluk bırakılmalıdır.

- Ondalıklı sayılar ayrılırken virgül değil, nokta kullanılmalıdır.
- Yüzde (%) işareti ile rakamlar arasında boşluk bırakılmadan yazılmalıdır. Yüzde işareti Türkçe makalelerde rakamın önünde, İngilizce makalelerde rakamdan sonra yazılmalıdır.
- (), “ ” ve / işareti kullanılan yerlerde cümle/kelime öncesi ve sonrası boşluk bırakılmadan yazılmalıdır.
- Metin içinde maddelendirmelerde sayı ya da harf kullanılmamalıdır.
- Çeşitli istatistikler; örneğin, varyans analizi değerleri (F, t, z), korelasyon (R, r) ve diğer istatistiksel göstergeler rapor edilirken italik gösterilmelidir.
- Kullanılan bütün birimler “Systeme Internationale” (SI) birimleri olmalıdır. İlaçların jenerik adları kullanılmalıdır. Ticari isim kullanılmamalıdır.
- Başlıkta veya özette kısaltma kullanılmamalıdır. Kısaltmalar, ilgili kelimelerin metin içinde ilk kullanıldığı yerde yapılmalı ve kısaltma sayısı mümkün olduğunca az olmalıdır.
- Özet bölümünde kaynak belirtilmemelidir.
- Tablo başlıkları tablonun üzerinde verilmeli ve kelimelerin ilk harfi büyük olmalıdır (Örn: Tablo 1: Hasta Güvenliğini Etkiyen Faktörler).
- Şekil/grafik başlıkları şekil/grafiklerin altında verilmeli, italik yazılmalı ve kelimelerin ilk harfi küçük olmalıdır (Örn: Şekil 1: Miller’in klinik değerlendirme için ustalık piramidi).

II. DERGİDE KABUL EDİLECEK ÇALIŞMA KATEGORİLERİ

A. Araştırma Yazıları; dergi politikalarına uygun konularda yapılmış, saha çalışmaları, temel veya klinik araştırmalardan oluşur. Çalışma özet ve tam metin bölümlerinden oluşur. Özet, Türkçe ve İngilizce dillerinde ayrı ayrı oluşturulmuş olmalı ve 200 kelimeyi aşmamalıdır. Özet bölümünün en üstünde çalışmanın başlığı olmalı, içerik “Amaç”, “Gereç ve Yöntemler”, “Bulgular” ve “Sonuç” alt başlıklarından oluşturulmuş olmalıdır. Türkçe ve İngilizce özetlerin alt bölümünde en az 3 en fazla 6 kelimedenden oluşan anahtar kelimeler yer almalıdır. Tam metin; “Giriş”, “Amaç”, “Gereç ve Yöntemler”, “Bulgular”, “Tartışma”, “Çalışma kısıtlılıkları” ve “Sonuç” alt başlıklarından oluşur. Tam metnin hemen altında “Kaynaklar” yer almalıdır. Çalışma toplamda 5000 kelimeyi aşmamalıdır.

Araştırma Makalelerinin İçeriğinde dikkat edilmesi gereken noktalar;

Çalışma ana metni aşağıda ki bölümlerden oluşmalıdır.

Giriş; Üç paragraftan oluşmalıdır. Birinci paragrafta çalışma konusu hakkında kısa bilgi verilmeli, ikinci paragrafta çalışmayı tetikleyen tartışma konusu yer almalı, son paragrafta da çalışmanın amacına yer verilmelidir.

Amaç; Araştırmanın amacı ve hipotezi ya da araştırma soruları yazılmalıdır.

Gereç ve Yöntem; Çalışmanın yöntemi, evren ve örnekleme, analiz yöntemleri, kullanılan istatistik programları, ölçme ve değerlendirme yöntemleri yer almalıdır. Örnekleme çalışmaya dâhil etme ve dışlama kriterleri yer almalıdır.

Bulgular; bu bölümde çalışmada elde edilen bulgulara yer verilmeli, sonuç, yorum ya da literatür bilgileri yer almamalıdır. Bulgular demografik özellikler ve çalışma hipotezini sınanan bulgulardan oluşmalı, tartışma bölümünde yer almayacak bulgulara yer verilmemelidir. Bulgular tablo ve grafiklerle desteklenmelidir.

Tartışma; Bu bölümde çalışmadan çıkarılan ana ve yan sonuçlara yer verilir. Elde edilen sonuçlar literatürde yer alan benzer sonuçlar ile karşılaştırılır. Çalışma sonuçları ile ilgisiz ve bulgular bölümüyle desteklenmeyen tartışma konularına yer verilmemelidir.

Kısıtlılıklar; çalışma sürecinde karşılaşılan kısıtlayıcı faktörler bu bölümde birkaç cümle ile yer almalıdır.

Sonuç; Çalışma sonucunda ortaya çıkarılan ana sonuç ve sonuçların mevcut uygulamalar üzerine etkileri iki paragraf ile bu bölümde yer almalıdır. Çalışma amacı, konusu ve bulguları ile bağdaşmayan sonuç cümlelerine yer verilmemelidir.

B. Derleme Yazıları; Dergi politikalarına uygun konularda, güncel ve uluslararası literatürle desteklenmiş, bilimsel içerikli çalışmalardır. Çalışma özet ve tam metin bölümünden oluşmalıdır. Özet, Türkçe ve İngilizce dillerinde ayrı ayrı oluşturulmuş olmalı ve 200 kelimeyi aşmamalıdır. Tam metin "Giriş", "Çalışma Alt Başlıkları" ve "Sonuç" bölümünden oluşur. Tam metnin hemen altında "Kaynaklar" yer almalıdır. Çalışma toplamda 4000 kelimeyi aşmamalıdır.

C. Olgu Sunumları; Acil yardım hizmetleri alanında karşılaşılmış, bilimsel bilgi ve verilerle desteklenmiş, eğitim ve bilgilendirme boyutu olan olguların değerlendirilmesidir.. Çalışma özet ve tam metin bölümünden oluşmalıdır. Özet, Türkçe ve İngilizce dillerinde ayrı ayrı oluşturulmuş olmalı ve 100 kelimeyi aşmamalıdır. Tam metin "Giriş", "Olgu Sunumu" ve "Tartışma" bölümünden oluşmalıdır. Tam metnin hemen altında "Kaynaklar" yer almalıdır. Çalışma toplamda 2000 kelimeyi aşmamalıdır.

D. Çeviri Yazıları; Hastane Öncesi Dergisi'nin yayın kapsamında, ilgili bilimsel dergilerde yeni çıkan, acil yardım hizmetleri açısından önemli ve güncel çalışmaların kısaltılmış çevirilerini içeren yazılardır. Çeviri yazılarının orjinal makalenin bir örneği ve izin yazısıyla birlikte gönderilmesi gerekir.

III. KAYNAKÇANIN OLUŞTURULMASI

Kaynakların metin içerisinde gösterilmesi ve çalışma sonunda sıralanması için “APA Yöntemi tercih edilmeli; yazım şekli ve noktalamalar aşağıdaki örneklere uygun olmalıdır.

Kaynağın metin içinde gösterilmesi;

- Tek yazarlı kaynaklar için;

Doğrudan alıntı yapılması durumunda; alıntı metni yazıldıktan sonra, parantez içinde, yazarın soyadı, yayın tarihi ve sayfa numarası, virgüllerle ayrılarak yazılır. Tek bir sayfaya gönderme yapıldığında “s.”, birden çok sayfaya gönderme yapılıyorsa “ss.” yazılır.

Örnek*: Ali Ekşi (2014) “Türkiye gibi nükleer enerji yatırım sürecinde olan ülkelerde, sosyal kabul sorunun temsiliyet sorununa dönüşmemesi için toplumsal bilgilendirme çalışmalarına önem verilmesi, şeffaflığın sağlanması ve karar verme süreçlerine toplumun aktif katılımının sağlanması gerekmektedir” (s. 1795) olarak belirtmektedir.

Kaynağın referans olarak kullanıldığı cümlelerin ya da paragrafın sonunda parantez içerisinde; yazarın ya da yazarların soyadı, (,)den sonra yayın tarihi ve (:) sonra referans alınan sayfa(ların) numarası belirtilmelidir.

Örnek: Almanya’nın nükleer enerjiyi bırakma tarihini öne çekmesine neden olmuş, Alman makamları aynı zamanda işletim ömrü dolan bazı santrallerin, işletim ömrünün uzatılmasını öngören kararı durdurmuştur (Yasav, 2011:20-21).

Birden fazla kaynağın referans olarak kullanılması durumunda, gösterilen kaynaklar (;) ile ayrılmalıdır.

Örnek: Yapılan her iki çalışmada da kendi bölgelerinde nükleer tesis istememede kaza riski önemli bir faktör olarak öne çıkmakla birlikte, Ekşi’nin çalışmasında nükleer kazalar en önemli nükleer risk olarak tanımlanmıştır (Palabıyık, 2010:278; Ekşi, 2013:212).

- İki ya da daha fazla yazarlı kaynaklar için;

İki yazarı olan kaynaklara gönderme yapılırken her iki yazarın soyadı (ve) ile ayrılarak Örnek: Siegrist ve Visschers tarafından 2013 yılında yapılan çalışmada, iklim değişikliğinin nükleer tercihinin benimsenmesinde, risklerine karşı gönülsüzde olsa bir kabullenme sağladığı vurgulanmaktadır (Siegrist ve Visschers, 2013:114).

İkiden fazla olan yazarı olan kaynaklar kullanılırken, ilk yazarın soyadı yazıldıktan sonra diğer yazarlar “vd.” ile gösterilir.

Örnek: Aynı çalışmada nükleer enerjinin risklerine rağmen diğer seçeneklere göre daha kabul edilebilir olduğu vurgulanmış, bu bağlamda sosyal kabul oranının 2005’te %32’lerden, 2010’da %38’e yükseldiği saptanmıştır (Corner vd., 2011:4829-4830).

- Bir yazarın aynı yıla ait birden fazla çalışmasının kullanılması durumunda;

İlk kullanılan kaynak gösterilirken yayın yılının bitişiğine “a” harfi, diğerleri içinde “b”, “c” gibi harfler konularak sıralama oluşturulur.

Örnek:(Fuat, 2000a:18)..... (Fuat, 2000b:56).....

Kaynakların metin sonunda gösterilmesi;

Kaynaklar yazarlarının soyadlarının alfabetik sırasına göre düzenlenmelidir. Altı ya da daha az yazarlı yayınlarda tüm isimler yazılmalı (,) ile ayrılarak yazılmalı, altıdan fazla yazar olduğunda ise ilk altı yazarın ismi yazılarak arkasından “ve ark.” ifadesi eklenmelidir.

Dergi: Yazar(lar)ın Soyadı (,) Adının Baş harfi (.) parantez içerisinde yayın yılı (.) Çalışmanın Adı(,) *Derginin Adı*(,) Cilt Sayısı;(Sayı): Sayfa Numaraları.

Ekşi, A. (2013a). Gezi Park Crisis. *Journal of Risk Analysis and Crisis Response*. 3(4):158-165.

Kitap: Yazar(lar)ın Soyadı (,) Adının Baş harfi (.) parantez içerisinde yayın yılı (.) *Kitabın Adı*. Baskı Sayısı (varsa). Basım Yeri.

Toprak, Z. (2012). *Çevre Yönetimi ve Politikası*. Albi Yayınları. İzmir.

Kitap bölümü: Yazar(lar)ın Soyadı (,) Adının Baş harfi (.) parantez içerisinde yayın yılı (.) Kitap Bölümünün Adı. Editör. *Kitabın Adı*. Baskı Sayısı (varsa). Basım Yeri. Sayfa Sayısı.

Tenikler, G. (2012). Afet Yönetiminde Etik Sorumluluk. Editör Gülümünden Ürcan. *Etik*. 1. Baskı. İde Yayıncılık. İzmir. 2012. ss: 249-282.

Tez çalışması: Yazarın Soyadı (,) Adının Baş harfi (.) parantez içerisinde yayın yılı (.) *Çalışmanın Adı*. Üniversite ve Enstitü Adı. Çalışmanın Yapıldığı Yer.

Ekşi, A. (2010). *Kamu Hizmetinden Yararlanma Hakkı Çerçevesinde Acil Çağrı Merkezlerinin Yönetimi*. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Denizli.

Basılmamış kurslar ve sunumlar; Yazar(lar)ın Soyadı (,) Adının Baş harfi (.) parantez içerisinde yayın yılı (.) Çalışmanın Adı. Sunumun Yapıldığı Toplantı. Tarih. Sunumun Yapıldığı Yer.

Uz Ç. (2010) Hasta Taşıma Teknikleri. Paramedik Derneği Eğitim Toplantıları. 21-22 Mayıs 2010. İzmir.

Elektronik ortamdan alınan kaynaklar; Yazar(lar)ın Soyadı (,) Adının Baş harfi (.) parantez içerisinde yayın yılı (.) Çalışmanın Adı. Ulaşılan Web Sayfasının Adı. Ulaşılan İnternet Adresi. Ulaşıldığı Tarih.

Williams M., Pittman E. (2010). Virginia Earthquake Sets Off Wave of Emergency Tweets. Government Technology Web Site. <http://www.govtech.com/e-government/Virginia-Earthquake-Wave-of-Emergency-Tweets.html>. Ağustos 23, 2011.

IV. MAKALE BAŞVURU SÜRECİ

Yazarlar Hastane Öncesi Dergisi'nde yayınlanmasını istedikleri çalışmalarını dergiye göndermek için aşağıda ki yolu izlemelidirler.

- Çalışma yukarıda yer alan kriterlere uygun olarak oluşturulmalıdır.
- Yazarlar çalışmalarını Dergi Park Paneli üzerinden giriş yaparak yükleyebilir (<http://dergipark.gov.tr/hod>) ya da e-mail yolu ile "hastaneoncesidergisi@gmail.com" adresine göndermelidirler.
- Yazarlar çalışmalarını iki farklı dosya halinde göndermelidir. Birinci dosyada "Başlık Sayfası" yer almalıdır. Bu sayfada, çalışmanın orijinal başlığı, çalışmanın kısa başlığı, özeti ve anahtar kelimeleri Türkçe ve İngilizce olarak yer almalıdır. Ayrıca bu sayfada, yazarların adı, görev yaptıkları kurum, iletişim bilgileri (posta adresi, e-mail, telefon) ve çalışmanın türü (araştırma makalesi, derleme, olgu sunumu) yer almalıdır. İkinci dosyada kör değerlendirme için ana metin bulunmalıdır. Bu dosyaya, isim, kurum ya da iletişim bilgileri kesinlikle yazılmamalı, dosya adlandırılırken kör değerlendirme dosyası olduğu belirtilmelidir.
- Gerekli olan çalışmalar için etik kurul onayı ek olarak gönderilmelidir.
- Dergiye gönderilen çalışmalar, Turnitin & iThenticate İntihal Programları ile taranmaktadır.
- Yayın için kabul edilen makaleler için yazarlar, çalışmaya katkısı bulunan tüm yazarların imzasının bulunduğu "telif hakkı devir formunu" ek olarak göndermelidirler.

Her türlü sorun ve görüş için editörler ile iletişim kurulabilir.

HAVA ARACI BAKIM ORTAMINDA İNSAN PERFORMANSI VE LİMİTLERİ: ÇALIŞMA ORTAMI VE TIBBİ DEĞERLENDİRME (UYGUNLUK) KOŞULLARI

Alperen DOĞRU¹

Volkan YAVAS²

Özet

Hava aracı bakım personelleri, hava araçlarına ait komponentlerin söküm ve takımı, onarımı ve rutin kontrolleri gibi çok farklı kritik işlerde görev alırlar. Tüm bu çalışmalar hangar ve atölye gibi kapalı ortamlarda yapıldığı gibi apron sahası olarak isimlendirilen havalimanlarının açık bölümlerinde de gerçekleştirilir. Hava aracı bakım onarım ve yenileme faaliyetleri, titizlikle yerine getirilmesi gereken, oldukça riskli ve hata kabul etmeyen süreçlerdir. İnsan biyo-psiko-sosyal, kültürel ve fizyolojik bir varlıktır ve hava aracı bakım onarım ve yenileme faaliyetleri için vazgeçilmez bir unsurdur. Bu sebeplerden dolayı hava aracı bakım personelinin, teorik ve pratik bilgisinin yanında fiziksel, psikolojik ve tıbbi olarak sahip olması gereken bazı koşullar bulunmaktadır. Bu çalışmada, hava aracı bakım personeli için gerekli olan tıbbi değerlendirme koşullarını dikkate alarak Türkiye'deki mevcut durum ve eksiklikleri ortaya koymak amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda hava aracı bakım personelinin çalışma ortamı ve şartlarından bahsedilmiş, çalışma ortam ve koşullarına bağlı olarak personelin fiziksel ve tıbbi olarak sahip olması gereken nitelikler belirlenmiş ve mevcut durumun karşılaştırılması yapılmıştır. Türkiye'deki hava aracı bakım personeli için de Dünya'daki yaklaşıma benzer değerlendirmelerin ortaya konulması açısından önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hava Aracı Bakım Personeli, İnsan Faktörleri, Çalışma Ortamı, Tıbbi Koşullar.

HUMAN PERFORMANCE AND LIMITATIONS IN AIRCRAFT MAINTENANCE ORGANIZATION: WORK ENVIRONMENT AND MEDICAL ASSESSMENTS REQUIREMENTS

Abstract

Aircraft maintenance personnel works in a wide variety of critical tasks, such as disassembly, repair, and routine inspections of aircraft components. All these practices are carried out in closed spaces such as hangars and workshops, as well as in the open spaces of the airports named as apron. Aircraft maintenance, repair and overhaul activities are very risky and error-free processes that must be meticulously performed. Human beings are an indispensable element for aircraft maintenance, repair and overhaul activities and human beings are a bio-psycho-social, cultural and physiological entity. For these

¹ Öğr.Gör., Ege Üniversitesi Havacılık MYO, Uçak Teknolojisi Programı, alperen.dogru@ege.edu.tr

² Öğr.Gör., Ege Üniversitesi Havacılık MYO, Sivil Hava Ulaştırma İşletmeciliği Programı, volkan.yavas@ege.edu.tr

reasons, besides the theoretical and practical knowledge of aircraft maintenance personnel, there have also some physical, psychological and medical conditions. The aim of the this study is to reveal Turkey's current situation and deficiencies, considering the medical assessments requirements of aircraft maintenance personnel. In this purpose, the working environment and conditions of aircraft maintenance personel are mentioned, the qualifications that personnel should possess physically and medically have been determined depending on the working environment and conditions and the current situation has been compared. It is thought to make a significant contribution for Aircraft maintenance personnel in Turkey to exhibit similar assesments approach like worlwide.

Keywords: Aircraft Maintenance Personnel, Human Factors, Working Environment, Medical Assesment

GİRİŞ

Hava aracı bakım sektörü makine, insan, yazılım ve donanım gibi unsurları barındırır. Tüm bu unsurların birbiriyle ilişkilerinin temel merkezini de insan oluşturur. Hava aracı bakım personelleri (HBP), hava araçlarının motor ve yapısal parçalarının onarım ve incelenmesi faaliyetlerini yürütmektedirler. Bu kapsamda elektrik, hidrolik, yakıt ve pnömatik gibi risk unsurları barındıran sistemler üzerinde çalışmaktadırlar. Ayrıca yeni nesil uçakların artan karmaşıklığı nedeniyle bakım daha kritik bir işlev haline gelmektedir. Kompleks yapılar her ne kadar kullanım ve üretim aşamasında insan etkisini azaltsa da bakım alanında ihtiyaç duyulan insan niteliğinin önemi arttırmaktadır. Tüm bu etkenlerden dolayı hava aracı bakım onarım ve yenileme (HBOY) faaliyetlerinin emniyetli bir şekilde yürütülmesi için insan unsurunun etkilerini gözlemlemek ve insanın hata yapma olasılığını azaltmak, çalışma ortamının ve koşullarının standartlarını belirlemek ve bu alanda çalışan insanların psikolojik ve tıbbi uygunluklarının tanımlanması için insan faktörleri kavramı oluşturulmuştur.

İnsan faktörleri kavramı, riski kontrol altında tutmak için kullanılan karmaşık teknolojik sistemlerde insan ve insan davranışlarının incelenmesidir. İnsan faktörleri, bireylerin ve grupların psikolojik, sosyal, fiziksel, biyolojik ve emniyet karakteristikleri ile çevresel ilişkilerini konu alır (Salas, Jentsch ve Maurino, 2010:9). İnsan, yalnızca biyolojik yapıda olmayıp yakın, geniş ve evrensel çevresi ile etkileşimi sonucu bedensel, ruhsal, sosyal ve kültürel boyutları ile gelişen ve değişen, dinamik, biyo-psiko-sosyal bir varlıktır. Tüm bu etkileşimin havacılık sektöründe gelişen teknoloji ile önemi ve niteliği artmaktadır. Yıllar geçtikçe hava araçları daha güvenilir hale gelirken, gerçekleşen havacılık kazalarında ise insan giderek daha önemli roller oynamaktadır (Wiegmann ve Shappell, 2017:10). İnsan etkisinin oluşan hatalarda ve olumsuzluklarda daha fazla ön plana çıkmasından dolayı günümüzde havacılıkta insan faktörleri yaklaşımları ile sistemin emniyeti ve güvenilirliği arttırılmaya, riskler ise tolere edilebilen veya kabul edilebilen bir seviyeye düşürülmeye çalışılmaktadır. Tolere edilebilir risk, belirli bir fayda veya işlevsellik elde edebilmek için kabul edilen risk

seviyesi olarak tanımlanırken; kabul edilebilir risk ise bir organizasyonun mevcut ekonomik, teknik ve çevresel koşulları göz önüne alındığında kabul edebileceği potansiyel kayıp seviyesi olarak tanımlanmaktadır (Marszal, 2001:392; Ale, 2005:391).

İnsan faktörleri, yaklaşımına göre riskleri ve alanları tanımlanmıştır. Bu yaklaşıma göre insanlar bir faaliyette bulduklarında, hata beklenen bir durumdur ve insan doğası gereği hata yapabilir. Bu düşünceyi temel alan insan faktörleri konusu, havacılık sektöründe insan hatasını minimize etmek için psikolojik ve fiziki şartların gereklilikleri hakkında çalışmalar yürütmektedir. İnsan faktörlerini tanımlamak ve sınıflandırmak için iki muhtemel yaklaşım vardır (Gandhi ve Gandhi, 2015:170). Birinci yaklaşımda, karar vericiler bakım alanındaki olası insan hatalarını belirlemek için beyin fırtınası oturumları düzenlemektir. Bu amaçla literatür araştırması, neden-sonuç diyagramı, tarihsel veriler ve bilişsel harita kullanılmaktadır (Gandhi ve Gandhi, 2015:171). İkinci yaklaşımda, literatürde önerilen insan faktörleri modelleri uygulanmaktadır. Reason ve Hobbs'un çerçevesi (Reason ve Hobbs, 2003:28), İsveç Peyniri Modeli (Reason vd., 2006:2) ve ergonomik ve kavramsal unsurlar (IEA, 2000) bu yaklaşım modellerinin bazı örnekleridir. Bu yaklaşımlarla, günümüzde insanı hata yapmaya yönlendiren sebeplerin ortadan kaldırılmasına yönelik olarak çalışılmaktadır. Bu yaklaşımların temelinde insanın hata yapmasına neden olan psikolojik ve fiziksel ortam koşullarının var olduğu söylenmekte ve tıbbi yeterlilik, psikoloji, bilgi, deneyim ve zaman baskısı en önemli insan faktörleri etkenleri olarak tanımlanmaktadır (Sheikhalishahi vd, 2017:895).

Bu çalışmada HBP'lerin insan faktörleri yaklaşımı ile hata doğurabilecek etkenler, fiziksel çalışma ortamı koşulları ve tıbbi değerlendirme koşulları üzerine değerlendirmeler yapılmıştır. HBP için olması gereken tıbbi değerlendirme koşullarının ne olması gerektiği ve HBP'nin sahip olması gereken tıbbi yeterlilikler değerlendirilmiştir. Bu çalışma ile Dünya genelindeki durum dikkate alınarak Türkiye'deki HBP'lerinin tıbbi değerlendirme koşulları ve bu değerlendirmedeki eksiklikler ortaya konarak, bu durumun önemi hakkında farkındalık yaratmak amaçlanmaktadır.

1. Tıbbi Değerlendirme Koşulları

İnsanın vazgeçilmez bir unsur olduğu havacılık sektöründe, belirli alanlarda çalışacak personelin niteliklerinin çerçevesi uluslararası otoriteler tarafından belirlenmektedir. Havacılık sektöründe en yetkili otoritesi, Uluslararası Sivil Havacılık Örgütü (ICAO)'dür. ICAO'nun yayınlamış olduğu Ek-1 dokümanı, havacılık sektöründe çalışan personelin lisanslandırılması / yetkilendirilmesi için asgari düzeyde kabul edilen standartları ve önerilen uygulamaları içermektedir. Tüm ülkeler için temel çerçeve bu şekilde belirlenmektedir. Ulusal Havacılık Otoriteleri, ICAO standart ve uygulama önerilerini temel alarak kendi kurallarını oluştururlar.

Bu yaklaşım devletlerin karar alma sürecini hızlandırmakta ancak standartlar oluştururken yapılan araştırmalar ve gözetim yüklerini arttırmaktadır.

Havacılık sektöründe asgari düzey standartlardan birisi de tıbbi değerlendirme koşullarıdır. Ulusal otoriteler düzeyinde yapılan bu alandaki çalışmalar, mesleki tıbbın yeni alt bileşeni olan Havacılık tıbbi adı altında gerçekleştirilmektedir. Tıbbi değerlendirmenin ICAO EK-1 deki tanımı; “Bir ICAO üyesi devlet tarafından çıkarılan, lisans sahibinin tıbbi uygunluğunun, özel gerekleri karşıladığını gösteren kanıt” olarak ifade edilmektedir (Mitchell, 2003:3; ICAO, 2006:3). Havacılık tıbbi alanında çalışan hekimler rutin ve acil durum operasyonları sırasında mürettebatın performansı ve korunması, seyahat tıbbi ve daha yoğun olarak pilotlar, hava aracı kabin ekibi, hava aracı bakım personellerinin sağlık değerlendirmesi alanlarında çalışmaktadırlar (Mitchell, 2003:3). Tıbbi değerlendiricinin ICAO Ek-1’deki tanımı ise “yetkili otorite tarafından atanmış, havacılık tıbbi konusunda nitelikli ve tecrübeli, uçuş güvenliği konusundaki tıbbi koşulların değerlendirilmesinde yetkili hekim” olarak ifade edilmektedir. (ICAO, 2006: 92).

Sivil Havacılık Tıbbi ile ilgili kılavuz materyal, ICAO tarafından yayınlanan ve Ek-1’de referans gösterilen Doc 8984 numaralı dokümandır. Havacılık sektörü çalışanlarının tıbbi uygunluk şartları Ek-1 dokümanı 6. bölümde belirtildiği gibi Sınıf 1, Sınıf 2 ve Sınıf 3 olarak adlandırılan üç kategoride belirlenmektedir (ICAO, 2012:26). Otoriteden yetki belgesi alacak olan personel ilgili kategoriye ait uygunluk şartlarını karşıladığını gösterir bir belgeyi, yetkili tıbbi değerlendiriciden almaktadır. Tıbbi değerlendirmenin geçerlilik süresi, muayenenin yapıldığı günden başlar ve Doc 8984 dokümanının 1.2.5.2. maddesinde belirtildiği üzere, sahip olunan lisans türü, çalışma alanı ve yaşa göre 12 ila 60 ay arasında değişmektedir.

Tablo 1: ICAO Ek-1 Tıbbi Değerlendirme Sınıflandırması (ICAO,2012:44)

Sınıf 1	Sınıf 2	Sınıf 3
Ticari Pilot Lisansı	Uçuş Seyrüsefer Lisansı	Hava Trafik Kontrolörü Lisansı
Çoklu Pilot Lisansı	Uçuş Mühendisi Lisansı	
Havayolları Pilot Lisansı	Özel Pilot Lisansı	
	Planör Pilot Lisansı	
	Balon Pilotu Lisansı	

Tablo 2: Doc8984 Tıbbi Değerlendirme Geçerlilik Süreleri (ICAO,2012:26)

Özel Pilot Lisansı	60 ay
Ticari Pilot Lisansı	12 ay
Çoklu Pilot Lisansı	12 ay
Havayolları Pilot Lisansı	12 ay
Planör Pilot Lisansı	60 ay
Balon Pilotu Lisansı	60 ay
Uçuş Seyrüsefer Lisansı	12 ay
Uçuş Mühendisi Lisansı	12 ay
Hava Trafik Kontrolörü Lisansı	48 ay

Tablo 1 ve Tablo 2’de görüldüğü gibi havacılık sektörü çalışanları için, pilotlar, uçuş seyrüsefer uzmanları, uçuş mühendisleri ve hava trafik kontrolörleri için tıbbi değerlendirme koşulları ve geçerlilik süreleri belirlenirken, bu kategoriler HBOY faaliyetlerinde çalışan HBP için uygunluk şartlarını içermemektedir. HBP’nin tıbbi yeterlilikleri belirlenmesi gereken bir konudur ve bu konuda otoritelerin yayınlamış olduğu bir doküman bulunmamaktadır. Ancak Uçuş Mühendisi Lisansı HBP’leri tarafından alınan bir lisans olduğu için bu kriterler göz önüne alınabilir. Ayrıca ICAO Ek-1 dokümanını Bölüm 6 kısmında bu kategoriler dışında herhangi bir havacılık lisansı için tıbbi gereklilikler de yer almaktadır. Bölüm 6’da belirtilen kategoride tıbbi değerlendirme için başvuran personel, aşağıdaki gereklilikleri temel alarak muayene edilebilir:

- Fiziksel ve zihinsel
- Görsel ve renk algısı
- İşitme

Bu koşullar HBOY faaliyetlerinde çalışacak personeli doğrudan kapsamıyor ve açıklamalarda HBP ibaresi yer almıyor olsa da bu konuda yapılacak çalışmalar için yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

1.1. Fiziksel ve Zihinsel Gereksinimler

HBOY faaliyetleri bedensel olarak gerçekleştirilen ve risk düzeyi yüksek, hatanın sonuçları insan hayatını tehlikeye atabilecek işlemleri içermektedir. Bu sebeple belirli fiziksel ve zihinsel niteliklere sahip kişilerin bu lisansı alma ehliyeti bulunmalıdır. ICAO’nun bu konuda yayınladığı gereksinimler şu şekildedir:

- Doğuştan veya sonradan oluşan fiziksel anormalliklerin bulunmaması

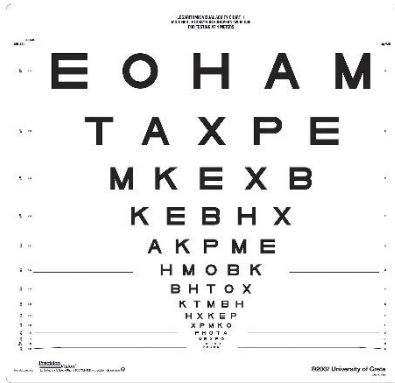
- b) Herhangi bir aktif, latent, akut veya kronik sakatlık bulunmaması
- c) Ameliyattan kaynaklanan herhangi bir yaralanma, hasar ve doku bozukluğu bulunmaması
- d) Bir hastalığın teşhisi, tedavisi ve önleyici tedbiri amacıyla reçeteli veya reçetesiz olarak alınan ilacın etkisi veya yan etkisinin bulunmaması (Örneğin, bir uçakta güvenli bir şekilde çalışmaya veya görevlerin güvenli bir şekilde yerine getirilmesine engel olacak derecede işlevlere yol açan ilaçların kullanılması)

Ayrıca, bitkisel ilaçlarının veya alternatif tedavi yöntemlerinin kullanılması durumunda oluşacak olası yan etkilere karşı özel dikkat göstermek gerekmektedir (ICAO,2012:43). Fiziksel ve zihinsel gereksinimlerden sonra bir diğer önemli unsur görsel performanstır.

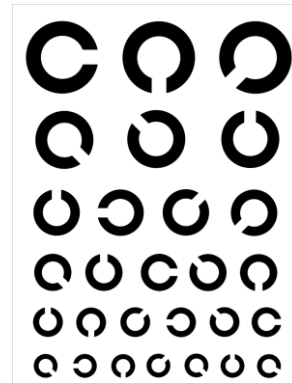
1.2. Görme Testi Gereksinimleri

HBOY faaliyetlerinde çalışacak personelin genel görme yeteneği, tanımlanmış belirli yöntemlerle test edilmektedir. Görme keskinliğinin ölçümü için kullanılan yöntemlerin farklı değerlendirmelere yol açması mümkündür. Dolayısıyla, tekdüzeliği sağlamak için, ICAO üyesi devletler, değerlendirme yöntemlerinde eşitliğin sağlanması konusunda çalışmalar yürütmektedir.

ICAO'nun bu konudaki önerisi; görme yeteneği testleri için Şekil 1 ve 2'deki uygulamaların kabul edilmesidir. Görme yeteneği testleri sıradan ofis aydınlatmasına (30-60 cd/m²) tekabül eden bir aydınlatma seviyesine sahip bir ortamda yapılmalıdır. Görme keskinliği, başvuru sahibinden, kabul edilen test yöntemine uygun bir mesafeye yerleştirilen bir dizi Landolt Halkası veya Optotipler vasıtasıyla ölçülmelidir (ICAO, 2012:325).



Şekil 1: Optotipler (Plainis vd, 2013: 20)



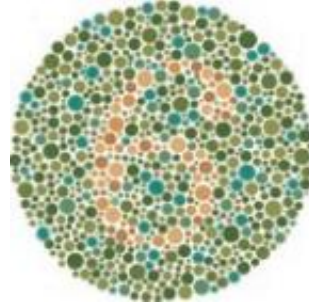
Şekil 2: Landolt Halkaları (ICAO, 2012; 331)

1.3. Renkli Görme

ICAO üyesi devletler, renk algısının güvenilir şekilde test edilmesini temin eden muayene yöntemleri kullanmalıdır. Bu kapsamda lisansa başvuracak olan personelden,

görevlerini emniyetli bir şekilde gerçekleştirebilmesi için gereken renkleri algılayabildiğini göstermesi istenir. Bu kapsamda renk görme testi aşağıdaki koşullar altında gerçekleştirilir (ICAO,2006:93):

- Başvuru sahibi, bir dizi renkli görme testi panelleri ile Uluslararası Aydınlatma Kurulu (CIE) tarafından belirtilen CIE standart C veya D65 aydınlatıcı olması şartıyla aynı renk sıcaklığındaki gün ışığı veya yapay ışıkta doğru şekilde tanımlayabilmesi açısından test edilmelidir.
- Lisans otoritesi talebine göre tatmin edici bir sonuç alan başvuru sahibi, uygun olduğu yönünde değerlendirilmelidir.
- Böyle bir testte tatmin edici bir skor alamayan başvuru sahibi, hava navigasyonunda kullanılan renkleri ayırt edebilmesi ve havacılık renkli ışıklarını doğru tanıyabilmesi kaydıyla uygun olarak değerlendirilebilir.
- Bu kriterlere uymayan başvuru sahipleri uygun olmadıkları şeklinde değerlendirilir.



Şekil 3: Renkli Görme Test Paneli Örneği (Wong, 2011; 441)

Havacılık personelinin tabela ve arazideki renkleri ayırt edebilmesi de beklenmektedir. Ayrıca uçaklarda kullanılan kablolarda, hortumlarda, borularda, uçuş bilgi ekranı sistemlerinde renk kodlu bilgilerin giderek artan kullanımı, yeterli renk algısının uçak bakım personelleri için öneminin sürmesi demektir. Örnek olarak, "kırmızı tehlike veya dur" ve "yeşil güvenli veya geç" anlamlarında tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır ve gelecekte de değişmesi olasılığı azdır. Havacılıkta; uçak sistemleri, uçak kompartmanı, hava aracı kabini, harici ışıklandırma, hava trafik kontrolü cihazları ve havalimanı pistlerinde yaygın olarak kullanılan renkler; kırmızı, yeşil, sarı, turuncu, mavi, amber, camgöbeği, magenta ve beyazdır. En temel düzeyde bu renklerin ayırt edilmesi beklenmektedir. Görsel performansla ilgili gerekliliklerin yanı sıra tıbbi yeterlilik için son önemli unsur işitsel performanslardır.

1.4. İşitme

Havacılık sektörü çalışanlarından, ilgili lisans ve derecelendirme imtiyazlarının güvenli uygulaması için yeterli bir işitme performansı göstermeleri istenmektedir. Çoğu personel iyi düzeyde işitmeye sahiptir, ancak adayların işitmesinde zaman içinde değişiklikler olabilir, bu sebeple işitme performansı belirli aralıklarla kontrol edilmektedir. ICAO'ya göre üye ülkeler, işitmenin güvenilir şekilde test edilmesini temin eden muayene yöntemleri kullanmalıdır. ICAO işitme testi ile ilgili kriterleri, Sınıf 1,2 ve 3 için belirtmiştir. Bunlar (ICAO, 2006:94);

- Sınıf 1 Tıbbi Değerlendirmede, ilk değerlendirme saf-tonlu odyometri test edilmeli, bu test 40 yaşına kadar her 5 yılda birden az olmayacak şekilde ve sonrasında her 2 yılda birden az olmayacak şekilde tekrarlanmalıdır.
- Sınıf 3 Tıbbi Değerlendirmede, ilk değerlendirme saf-tonlu odyometri test edilmeli, bu kontroller 40 yaşına kadar her 4 yılda birden az olmayacak şekilde ve sonrasında her 2 yılda birden az olmayacak şekilde tekrarlanmalıdır.
- Sınıf 2 kriteri öneri düzeyindedir; sınıf 2 Tıbbi Değerlendirmede, ilk değerlendirme saf-tonlu odyometri ile test edilmelidir, 50 yaşından sonra her 2 yılda birden az olmayacak şekilde tekrarlanmalıdır.

İşitme sağlık muayenesinde saf-tonlu odyometri dışında, odyometri yapılmadığında adaylar fısıltı ve konuşma ses testleriyle sessiz odada test edilebilmektedir. Bu sessiz odada arka plan gürültü yoğunluğunun 35 dB(A)³'dan düşük olması gerekmektedir. Saf-tonlu odyometrenin kalibrasyonu için sıfır referansı, Uluslararası Standardizasyon Organizasyonu (ISO) tarafından yayınlanan Odyometrik Test Yöntemleri güncel baskısındaki standartlara uygun olmalıdır. Ayrıca aranan şartlara uygun olan işitme testinde, sesin çıkış noktasından 1 metre uzaklıkta ortalama konuşma sesinin seviyesi 60 dB(A) ve fısıltı sesinin seviyesi 45 dB(A)'dır. Konuşmacıdan 2 metre uzaklıkta ses seviyesi 6 dB(A) daha düşüktür (ICAO, 2012:396).

İşitmedeki defektler, normalde tüm ilgili faktörler simüle edilebildiğinden dolayı fiili durumlar altında test gerektirmez. Bu olgularda değerlendirilecek olan ana etkenler şunlardır:

- Radyo sesi veya sinyal iletişimlerini duyabilme
- Yerde veya kokpitte motor çalışırken veya kapalıyken sıradan konuşma seslerini anlayabilme.

HBP personelinin tıbbi değerlendirme gerekliliklerini sağlamak adına yukarıda bahsedilen temel muayene unsurlarının yanı sıra, çalışma ortamları ve koşulları da bir diğer önemli unsur olarak değerlendirilmektedir.

3 Desibel (dB), belirli bir referans güç ya da miktar seviyeye olan oranı belirten genelde ses şiddeti için kullanılan logaritmik ve boyutsuz bir birim; dB(A) ise insan kulağının duyacağı sesleri ifade eder.

2. Çalışma Koşulları

Çalışma ortamı, bireylerin iş yetkinliklerini/performanslarını ciddi anlamda etkileyen ve hata/ihlal durumlarının yaşanmasına sebep olan en önemli faktörlerden biri olarak gösterilmekle birlikte, yapılan çalışmalarda bu faktörlerin de %90'a yakın bir oranla gece vardiyalarında ortaya çıktığı belirtilmektedir (Virovac vd., 2017). Hava aracı bakım personeli de, sivil havacılığın doğası gereği uçuşların yoğun olarak gündüz yapılması sebebiyle, gece vardiyalarında daha sık çalışmaktadırlar. Bu sebeple, personelin çalışma ortamının da insan performansı ve limitleri açısından önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir.

Hava aracı bakım teknisyeni, komponentler için atölye, uçağın tamamı için hangarlar ya da hat bakım için apron ya da ramp gibi açık alanlarda çalışmaktadırlar (ICAO, 2003). Çalışma ortamlarının her havalimanında uygun hangar ortamlarında olması arzu edilse de birçok teknisyen açık alanlar ve yetersiz fiziki yapılar gibi ideal koşullar dışında çalışmak durumunda kalmakta, bu gibi noktalarda da en önemli çalışma parametresi olarak aydınlatma ortaya konmaktadır (CAA, 2002). Bunun yanı sıra ICAO Doc 9824'te Çevresel Faktörler başlığı altında da, hava aracı bakım personelinin yoğunlukla gece vardiyalarında çalıştığı, çalışma ortamlarının da tezgâhlar, stantlar, uçak üstü ve altı yüzeyler gibi alanlar olduğu ve buralarda ışıklandırmanın büyük önem arz ettiği vurgulanmakta; ayrıca iklimlendirme ve hava kalitesi, ses ve gürültü, zehirli maddeler, uçak etrafındaki tehlike, erişim ve ergonomi gibi başlıkların da tesis tasarımında dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır (ICAO, 2003).

1972 yılında Edwards tarafından ortaya konan, 1975 yılında da Hawkins tarafından güncellenen insan faktörlerinin en bilinen kavramsal modellerinden biri olan Shell Modeli, insanın (liveware) yazılımlar/dokümanlar (software) ve donanımlar (hardware) ile etkileşimini incelerken, çevre (environment) başlığıyla da insanın/teknisyenin çalışma ortamını ve onunla olan ilişkisini incelemekte ve insan performansı – sınırlılıkları konusunda çevrenin ya da çalışma ortamının önemi vurgulanmaktadır (Terzioğlu, 2007:91).

Avrupa Havacılık Emniyeti Ajansı (EASA) Part 145'de (Onaylı Hava Aracı Bakım Kuruluşu Talimatı) de tesis gereklilikleri olarak ana bakım faaliyetlerine ve kötü hava koşullarına uygun, yeterli büyüklükte bir hangar; kirleticilere karşı korumalı; personelin rahat hissedeceği bir iklimlendirme; iş ve faaliyetlerin doğru yapılması yeterli olacak bir ışıklandırma; rahatsız edici ses sınırın altında çalışma ya da önleyici tedbirler alınmış bir gürültü ortamı ve alet/ekipmanın ihtiyaç olduğunda hazır halde bulunacak şekilde bir yapılanma olması gerekliliği belirtilmektedir (CAA, 2003). Bunun yanı sıra Federal Havacılık İdaresi (FAA)'nin, Havacılık Bakım ve Muayene İçin İnsan Faktörleri Rehberi isimli dokümanında da havacılık bakım tesisi tasarımında insan performansı ve limitlerini dikkate alan İş Sağlığı ve Güvenliği İdaresi, Ulusal ve Bölgesel Yapı Yasalarını dikkate alma zorunluluğundan bahsetmektedir (Maddox, 1998).

Türkiye’de ise Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü’nün yayınlamış olduğu SHY 145 Yönergesi ve Uygulama Talimatlarını belirten SHT 145’te (Onaylı Hava Aracı Bakım Kuruluşları Talimatı), Tablo 4 – Tesis Gereklilikleri başlığında da EASA ve FAA’nin yukarıda kısaca değinilen gerekliliklerinin benzerleri detaylı bir şekilde açıklanarak, onaylı bakım kuruluşlarından bu gereklilikleri sağlaması zorunluluk olarak beklenmektedir.

3. Değerlendirme

Hava araçlarının teknolojisi hızla çok daha karmaşık bir teknolojiye dönüşmektedir. Günümüzde hava aracı bakım personelleri, sistem teorisini iyi kavramalı, karmaşık testler yapabilmeli ve sonuçlarını yorumlayabilmelidir. Hava aracı bakımları sıklıkla geceleri yapılır, bakım yenileme ve onarım faaliyeti fiziksel olarak çalışma gerektirir ve hava araçları üzerinde yürütülen işlemler fiziksel olarak zorlayıcı görevler ve yoğun konsantrasyon gerektiren yorucu işleri barındırmaktadır. Tüm bu durumlar fizyolojik ve zihinsel olarak personeli; hava aracı bakım personelinin sağlığı ve fiziksel durumu da iş performansını etkileyecektir. Örneğin, kanat üzerinde yapılacak bir perçinleme işlemi, iniş takımlarında lastik değişimi vb. görevler fiziksel çaba gerektirir. Ayrıca elektrik kablolarında temassızlık için kablo takibi, yapısal parçalarda çatlak kontrolü, yabancı madde hasarları gibi konularda da iyi görme ihtiyacı ve renkli görmeyi gerektirmektedir. Günümüzde HBP için tıbbi gereklilikler bulunmaması firmaları kendi iç kalite sistemlerini oluşturmaya yönlendirmekte ve bu konudaki uluslararası veya ulusal denetimlerin eksik kalmasına sebep olmaktadır. Özellikle periyodik muayenelerin yapılmadığı gerçeğini göz önüne aldığımızda, riskin tolere edilebilir veya kabul edilebilir seviyeleri aşması kaçınılmazdır.

Hava aracı bakım personeli için tıbbi değerlendirme koşullarının ne kadar önemli ve gerekli olduğu konusunda çeşitli çalışma ve araştırmalar olmakla birlikte, Türkiye’de bu duruma henüz gerekli önemin gösterilmediği görülmektedir. Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü’nün yayınlamış olduğu SHT – MED Havacılık Sağlık Talimatı’nda hava aracı bakım personeli ile ilgili bir başlık bulunmamakta, “Diğer Havacılık Personeli” başlığı altında talimatta yer almayan havacılık personeli için *“aksi belirtilmedikçe tam teşekküllü hastaneler, AeMC⁴’ler ile bu Talimatın 13 üncü maddesi kapsamında yetkilendiren AME⁵ ve yetkili tabiplerden alınacak fiziksel, mental ve ruhsal iyilik halini gösterir, tanımlı görevlerini yapmalarında sağlık yönünden sakınca olmadığını bildiren sağlık raporu istenir ve bu rapor her beş (5) yılda bir yenilenir”* şeklinde bir ibareye yer verilmektedir.

⁴ AeMC : Aeromedical Centre / Havacılık Tıp Merkezini

⁵ AME : Aeromedical Examiner / Yetkilendirilmiş Hava ve Uzay Hekimliği Uzmanını veya Uçuş Tabibini,

Bunun yanı sıra, SHGM tarafından 2017 yılında yayınlanmış “Havacılık Muayeneleri, Sağlık Sertifika ve Sağlık Muayene Rapor İşlemleri” konulu UOD - 2017/8 genelgesinin 5. Maddesinde ”*Kabin ekibi temel eğitim sertifikası sahipleri ve adayları ile diğer havacılık personeli, muayene raporu almak için AeMC, AME veya yetkili tabiplerce havacılık muayenesinden geçer*” şeklinde bir ifade yer almaktadır. Aynı talimatın “Havacılık Muayene, Sertifika ve Rapor Prosedürü” ekinde de hava aracı bakım personeli ile ilgili ayrı bir ibare bulunmamakta ve diğer havacılık personeli ile ilgili tablonun alt kısmında “*Diğer Havacılık Personelinin çalışacakları iş çevresi göz önünde tutularak, görev ve sorumluluklarına göre endike⁶ ise yapılı*” ifadesi yer almaktadır.

Çalışmada HBOY faaliyetlerinde çalışan HBP personeli için uluslararası şartları sağlayan tıbbi değerlendirme koşullarıyla ilgili detaylara yer verilmiş ve dünyadaki durumun aksine Türkiye’de gözlenen eksiklikler ortaya konulmaya çalışılmıştır. Ancak ortaya konan bu değerlendirme aktif olarak çalışan HBP için detaylara yer vermektedir. Hâlihazırda HBP olarak çalışan personelin yanı sıra, gelecekte bu mesleğin bir parçası olacak gençler için Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü ve Yükseköğretim Kurulu’nun oluşturduğu Sivil Havacılık Ortak Çalışma Komisyonunu almış olduğu tavsiye kararları sonucunda, hava aracı bakım personeli eğitimi veren yükseköğretim kurumlarına kayıtlar için bazı şartlar belirlenmiştir. Türkiye’de yükseköğrenim düzeyinde hava aracı bakım personeli yetiştirmeye yönelik eğitim veren önlisans ve lisans program/bölmülerinin tamamı (19 önlisans, 7 lisans), ÖSYM Kılavuzunda yer alan özel koşullar 49. Maddede aşağıda yer alan koşulu şart tutmaktadır;

“UÇAK GÖVDEMOTOR / UÇAK GÖVDE-MOTOR BAKIM (lisans) ile UÇAK TEKNOLOJİSİ (ön lisans) eğitimi mesleğini icra edebilmek için aranan nitelikler:

- 1. Havalimanı giriş kartı almasına engel oluşturacak herhangi bir Adli Sicil Kaydı veya Adli Sicil Arşiv Kaydı bulunmamak.*
- 2. Mesleği ve/veya meslekte verilen görevi icra etmesine engel oluşturacak herhangi bir sağlık sorunu bulunmadığına dair tam teşekküllü bir hastaneden sağlık raporu almak (renk körlüğü, işitme kaybı/eksikliği, görme kaybı/eksikliği vs).”*

Belirlenen bu şartlar ve ÖSYM kılavuzunda yer alan özel koşullar gelecek adına umut verici olsa da günümüzde hava aracı bakım personeli olabilmek için bu bölüm ve programlardan mezun olma şartı bulunmaması da düşünülmesi gereken bir diğer husus olarak karşımıza çıkmaktadır.

⁶ Endike : iyi gelen anlamındadır. Kaynak: <https://doktordanhaberler.com/endike/>, (Erişim Tarihi; 17.03.2014).

SONUÇ

Türkiye'deki HBP ile ilgili yapılan değerlendirmede, dünya genelinin aksine tıbbi değerlendirme koşullarına yönelik yasal (zorunlu) bir sürecin ve bununla ilgili yaptırımların eksiklikleri görülmektedir. Havacılık faaliyetlerinde oldukça önemli bir yere sahip HBP için ilgili fizyolojik ve psikolojik şartların ve kontrollerin yapılması, HBP lisanslı kişiler ve havacılık operasyonları açısından oldukça büyük önem arz etmektedir. Bu çalışmada, sektörde istihdam edilecek ve hali hazırda çalışan HBP lisansına sahip olan kişiler için tıbbi değerlendirme koşullarının belirlenmesi ve düzenli tıbbi taramaların uygulanmasına yönelik otorite kararlarının alınması düşünülmeli ve bu konuyla ilgili çeşitli düzenleme ve yaptırımlarının ortaya konması gerekmektedir. İleriki çalışmalarda konu ile ilgili aktif olarak sektörde yer alan hava aracı bakım personellerine yönelik yapılacak bir çalışma ile daha önemli ve ciddi sonuçların ortaya konabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, Türkiye'deki HBP dışında genel olarak havacılık sektörü çalışanlarına yönelik yapılacak fizyolojik ve psikolojik değerlendirmeler de konu ile ilgili farklı yönlerin ortaya konması açısından önemli görülmektedir.

Kaynakça

Ale, BJM. (2005). Tolerable Or Acceptable: A Comparison of Risk Regulation In The United Kingdom And In The Netherlands. *Risk analysis*, 25(2), 231-241.

CAA – Civil Aviation Authority, & Safety Regulation Group. (2002). CAP 718. *Human Factors in Aircraft Maintenance and Inspection*,(previously ICAO Digest No. 12).

CAA, U. (2003). CAP 716 Aviation Maintenance Human Factors (EASA/JAR145 Approved Organisations) Guidance Material on the UK CAA Interpretation of Part-145 Human Factors and Error Management Requirements, EASA.

Gandhi, MS. and Gandhi, OP. (2015). Identification and Assessment of Factors Influencing Human Reliability In Maintenance Using Fuzzy Cognitive Maps. *Quality and Reliability Engineering International*, 31(2), 169-181.

ICAO - International Civil Aviation Organization (1998). *Human Factors Training Manual* (Doc 9683 AN/950).

ICAO - International Civil Aviation Organization (2003). *Human Factors Guidelines for Aircraft Maintenance Manual* (Doc 9824 AN/450).

ICAO (International Civil Aviation Organization) (2006). Annex 1 – Personnel Licensing. *ICAO, Montreal, July*.

ICAO (International Civil Aviation Organization) (2012). "ICAO Doc. No. 8984 AN/895). Montreal". In *Manual of civil aviation medicine*, 3rd, Canada.

IEA (International Ergonomics Association) (2000). What is ergonomics. <http://www.iea.cc/whats/>, (Erişim Tarihi; 17.03.2014).

Maddox M. (1998). Human Factors Guide for Aviation Maintenance and Inspection. FAA – Federal Aviation Administration.

Marszal, EM. (2001). Tolerable risk guidelines. *Isa Transactions*, 40(4), 391-399.

Mitchell, SJ. (2003). Health Assessment In Aviation Medicine: An Overview. *Occupational Medicine*, 53(1), 3-4.

ÖSYM (2017). 2017 Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sistemi (ÖSYS) Yükseköğretim Programları Ve Kontenjanları Kılavuzu, <http://www.osym.gov.tr/TR,13263/2017-osys-yuksekogretim-programlari-ve-kontenjanlari-kilavuzu.html>, (Erişim Tarihi; 17.03.2014).

Plainis, S., Moschandreass, J., Giannakopoulou, T., Vitanova, V., Nikolitsa, P., Rozema, J. J., ... & Pallikaris, I. G. (2013). Validation of A Modified ETDRS Chart for European-Wide Use in Populations That Use The Cyrillic, Latin Or Greek Alphabet. *Journal of optometry*, 6(1), 18-24.

Reason, J. ve Hobbs, A. (2017). Managing Maintenance Error: A Practical Guide. *CRC Press*.

Reason, J., Hollnagel, E. and Paries, J. (2006). Revisiting The Swiss Cheese Model Of Accidents. *Journal of Clinical Engineering*, 27, 110-115.

Salas, E., Jentsch, F. and Maurino, D. (Eds.). (2010). Human Factors in Aviation. *Academic Press*.

Sheikhalishahi, M., Azadeh, A., Pintelon, L. and Chemweno, P. (2017). Human Factors Effects And Analysis in Maintenance: A Power Plant Case Study. *Quality and Reliability Engineering International*, 33(4), 895-903.

SHGM – Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü (2013). SHT – 145 Onaylı Hava Aracı Bakım Kuruluşları Talimatı. http://web.shgm.gov.tr/documents/sivilhavacilik/files/mevzuat/sektorel/talimatlar/SHT-145_Talimati_Rev1.pdf, (Erişim Tarihi; 17.03.2014)

SHGM – Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü (2017). Genelge UOD 2017/8: Havacılık Muayeneleri, Sağlık Sertifika ve Sağlık Muayene Rapor İşlemleri, http://web.shgm.gov.tr/documents/sivilhavacilik/files/mevzuat/sektorel/genelgeler/2017/UOD-2017_8.pdf, (Erişim Tarihi; 17.03.2014)

SHGM – Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü (2017). Havacılık Muayene, Sertifika ve Rapor Prosedürü, <http://web.shgm.gov.tr/documents/sivilhavacilik/files/mevzuat/sektorel/genelgeler/2017/ek1.pdf>, (Erişim Tarihi; 17.03.2014).

HOD, Nisan 2018, 3(1):1-14

SHGM – Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü (2017). SHT – MED: Havacılık Sağlık Talimatı, <http://web.shgm.gov.tr/documents/sivilhavacilik/files/mevzuat/sektorel/talimatlar/2017/SHT-MED.pdf>, (Erişim Tarihi; 17.03.2014).

Terzioğlu, M. (2007). *Uçak kazalarının nedeni olarak insan hatalarını azaltmada ekip kaynak yönetimi*, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Virovac, D., Domitrović, A. and Bazijanac, E. (2017). The Influence of Human Factor in Aircraft Maintenance. *PROMET-Traffic&Transportation*, 29(3), 257-266.

Wiegmann, D. A. and Shappell, SA. (2017). *A Human Error Approach To Aviation Accident Analysis: The Human Factors Analysis And Classification System*. Routledge.

Wong, B. (2011). Points Of View: Color Blindness. *Nature Methods* 8, 441.

İLK YARDIM BİLGİLERİNİN DOĞRULUĞU VE İLK YARDIM UYGULAMALARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Melahat KIZIL¹, Nursun ÜSTÜNKARLI¹, Şenay YILDIZ¹, Kaan KURTEL², İlgi ŞEMİN³, Y.Hakan ABACIOĞLU⁴

Özet

Amaç: Herhangi bir şekilde ani olarak hastalanan veya kazaya uğrayan kimseye olay yerinde bilinçli ilk yardımcının müdahale etmesi ve hayat kurtarma zincirinin ilk adımlarının başlatılması çok önemlidir. Bu araştırma, bireylerin ilkyardım bilgilerini ölçmek ve doğru uygulamalar için eğitim gereksinimlerini saptamak ve bu doğrultuda zamanında ve doğru ilk yardım yaklaşımlarını kolaylaştıracak mobil uygulamalar geliştirmek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Araştırmacılar tarafından hazırlanan 27 soruluk anket formu, İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu bünyesindeki programlarda, ilkyardım dersi alan öğrenciler tarafından uygulanmıştır. Örneklem tesadüfi örnekleme yöntemiyle belirlenmiş ve araştırmaya İzmir ilinde yaşayan, 18-100 yaş arasında 390 kişi dâhil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kişilere anketler yüz yüze uygulanmış ve uygulama sırasında eksik ya da yanlış bilgiler öğrenciler tarafından belirlenerek, gerekli bilgilendirmeler yapılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS 21 programı kullanılmıştır.

Bulgular: İlk yardım konusunda yetersiz bilgi düzeyine sahip olmalarına rağmen kişilerin kendi bilgilerini yeterli zannederek müdahale yapabildikleri saptanmıştır. Katılımcıların % 91,5'i sağlıkla ilgili acil bir durumda araması gereken numarayı (112) biliyor olmasına rağmen, profesyonel tıbbi müdahale gerektiren kimi durumlarda belirtilen aranma oranı %5 seviyelerine kadar düşmektedir. 112 acil sağlık hizmetlerinin aranması gerektiği fikri trafik kazaları, kalp krizi gibi durumlarda en yüksek düzeye erişmektedir. İlk yardım gerektiren diğer durumlarda ise kişilerin müdahale yaklaşımlarını basite aldıkları ve kendi çözebilecekleri durumlar olarak algıladıkları saptanmıştır.

Sonuç; Bu çalışmada 112 acil sağlık hizmetleriyle ilgili önemli düzeyde bir farkındalık olduğu tespit edilmesine rağmen, bu bilginin gerekli tüm acil durumlara uyarlanmadığı görülmektedir. Aynı zamanda katılımcıların ilkyardım konusunda can kaybına veya kalıcı sakatlıklara yol açabilecek yanlış ve eksik bilgi-becerilerinin oldukça yaygın olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle ilkyardım eğitiminin

¹ Öğretim Görevlisi, İzmir Ekonomi Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İZMİR, melahatkizil@gmail.com

² Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Ekonomi Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, İZMİR,

³ Prof.Dr., İzmir Ekonomi Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İZMİR,

⁴ Prof.Dr., İzmir Ekonomi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İZMİR.

yaygınlaştırılması ve uygulamalı tekrarlar ile verilmesi, mobil uygulamalar geliştirilmesi, yanlış uygulamaları ve bu durumlara bağlı ölüm oranlarını azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler; İlk Yardım Bilgisi, 112 Acil Sağlık Hizmetleri, İlk Yardım Eğitimi.

ACCURACY OF FIRST AID INFORMATION AND THE EVALUATION OF ITS EFFECT ON FIRST AID APPLICATION

Abstract

Objective: it is very important to initiate the first steps of the life-saving chain and intervention of the informed first aiders at the scene to anyone who suffers suddenly from illness or accidentally. This study planned to develop mobile applications for, measuring the first aid knowledge of individuals and assess their training requirements for an adequate understanding of the relevant notion and practices, facilitate timely and proper first aid approaches.

Materials and Method: Students of Izmir University of Economics the Vocational School of Health Services enrolled in the First Aid course were assigned to conduct a survey of 27 questions to individuals chosen by random sample method. The survey was administered via face-to-face interviews to 390 people living in Izmir who were between 18- 100 ages. Inadequate first aid knowledge was determined during the survey and corrective information was provided by the students. The statistical analysis of data was evaluated by SPSS 21.

Findings; The findings suggest that individuals, even if they lack adequate knowledge on first aid, perform intervention in cases of emergency. The vast majority of respondents (91,5%) state that they know the number to be dialed in health related emergencies (112). However, the stated rate of calling in cases where specialized medical attention is required drops to 5%. The study results reflect that the idea of calling 112 reaches peak values in traffic accidents and heart attacks. It is observed that in other cases individuals tend to underestimate the severity of the situation and perform first aid on their own.

Conclusion: The study results show that despite the awareness of 112 emergency health services has reached a considerable level, this knowledge seems not to be applied to all emergency situations. It is observed that many respondents are applying inappropriate techniques leading to loss of lives or permanent disabilities. Providing proper and extensive first aid education and repetitive practice, developing applications for mobile platforms will help in preventing inadequate interventions and therefore increase the chances of survival.

Keywords: First Aid Knowledge, 112 Emergency Care Service, First Aid Training

GİRİŞ

Türkiye’de 2016 yılı trafik kazaları verilerine göre kaza yeri ölü sayısı 3493, kaza sonrası ölü sayısı 3807, yaralı sayısı 303.812’dir. Ayrıca Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; ülkemizde 2016 yılında 15 yaş ve üzeri kişilerde ölüm vakalarının %4,3’ünü dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmelerin oluşturduğu görülmektedir. Gençlerde dışsal yaralanma ve zehirlenmeler nedeni ile ölüm oranı %50,5 olup, bu oran genç erkeklerde %57,3, genç kadınlarda %31,8’dir (TÜİK, 2017). Amerikan Kalp Vakfı yönergelerine göre; özellikle kalp krizlerinde ilk müdahalenin hızla yapılması, hayatta kalma şansını artırmaktadır (Travers vd., 2015:132). Davis ve arkadaşlarının çalışmasında, yaralanmaların % 20’sinden fazlasının potansiyel olarak sağ kalabileceği belirtilmiş ve özellikle travma hastalarının hemen hastaneye ulaştırılmasının önemi vurgulanmıştır (Davis vd., 2014:213). Başka bir çalışma da; ilkyardımcının uyguladığı ilkyardımın hayatta kalma olasılığını % 1,8-5 arasında artırdığını ortaya koymuştur (Tannvik vd., 2012: 1225). Ayrıca birçok çalışma ilkyardımcı tarafından erken başlatılan temel yaşam desteğinin sakat kalma ve ölme riskini azaltabileceğini göstermiştir (Iwami vd., 2009:728-734; Kanstad vd., 2011:1053). Bilinçsizce ya da yanlış uygulamalara dayalı yapılan ilkyardım, ne yazık ki kişilerin ölümüne ya da sakat kalmasına neden olmaktadır. Bu durum, kişinin kendisine, ailesine, topluma, sağlıkla ilgili kurumlara maddi ve manevi yük bindirmektedir.

Türkiye’de toplumun geniş kesimlerini kapsayan sistemli temel ilkyardım eğitimi ile ilgili ciddi sorunlar bulunmaktadır. Özellikle kardiyak arrest durumunda hastaya hemen temel yaşam desteği (TYD) yapılmazsa beyine yeterli oksijen gidemeyeceğinden, beyin yeterince kanlanamamakta ve 4-6 dakika içinde beyin hasarı başlamakta, 10 dakikadan sonra geri dönüşsüz sakatlıklar ya da ölüm gerçekleşmektedir. Yapılan çalışmalarda halktan kişilere yapılan ilkyardım, özellikle TYD eğitiminin önemli yararları olduğu saptanmıştır. Özellikle küçük gruplarla yoğun temel yaşam desteği eğitimi, kişilerin tutumunu önemli ölçüde değiştirmektedir (Cho vd., 2010:691). Bakke ve arkadaşlarının yaptıkları araştırma daha önce ilkyardım eğitimi almış kişilerin daha iyi ilkyardım sağladığını göstermektedir (Bakke vd., 2015:93). Hasta ve yaralılarla ilk karşılaşan kişiler olarak; itfaiyecilere ve polisler ilkyardım eğitiminin mutlaka verilmesi gerekmektedir. Ayrıca sürücüler, servis annesi ve şoförleri, öğretmenler, okullarda çalışan kişiler ve emekli kişiler de ilkyardım eğitimi almalıdır. Tüm bunlarla birlikte ilkyardımcıların doğru ve güncel bilgiyi, zamanında uygulayabilmeleri son derece önemlidir.

İnsanların ilkyardım konusunda bilinçlenmesi ve yanlış ilkyardım uygulamalarından kaçınmalarının hedeflendiği bu çalışmanın amacı; toplumun ilkyardım konusundaki

eksikliklerine dikkat çekerek, yanlış ilkyardım bilgisi ve uygulamaları ile ilgili değerlendirme yapmaktır. Çalışma sonucunda elde edilecek verilerle, n, halkın bilinçlendirilmesine ve yanlış ilkyardım uygulamalarının azaltılması ile ölüm ve sakatlanmaların azaltılmasına katkı sunulması beklenmektedir. Çalışma, Türkiye’de travmalar başta olmak üzere, ilkyardım uygulamasına gereksinimin duyulan durumlardan ölüm oranlarının yüksek olması nedeniyle önemlidir.

1.Gereç ve Yöntem

Bireylerin ilkyardımla ilgili bilgi düzeylerini ölçmek ve bilinçlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma, İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu bünyesindeki programlarda ilkyardım dersi alan öğrencilere ödev olarak verilmiştir. Kolay ulaşılabilir durum örnekleme kullanılarak her bir öğrenci, 18-100 yaş arası son 5 yılda ilkyardım eğitimi almamış kişilerden, en az 10 kişiyle yüz yüze görüşme yöntemi ile ilkyardım bilgi düzeylerini değerlendiren anket uygulamış ve anket sonrası eksik bilgileri tespit edip, o konuyla ilgili olarak kişilere ilkyardım eğitimi vermiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 21 programı kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan anket formunda; demografik verilerin yanı sıra kişilerin ilkyardım bilgi düzeylerini ölçmeyi amaçlayan 27 soru mevcuttur. Kesitsel (2015-2016 eğitim-öğretim yılı güz ve bahar döneminde) yapılan bu araştırma ile İzmir ilinde yaşayan 390 katılımcıya ulaşılmıştır. Katılımcılar araştırmanın içeriği ve amacı ile ilgili bilgilendirilmiş, sözlü onamları alındıktan sonra, anketler uygulanmıştır. Katılımcılar ile yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulan anketler, geriye toplanmış, ankete katılan kişinin bilgilerinin yanlış ya da eksik olması durumunda; öğrenciler, katılımcıları aynı anda eksik oldukları konu hakkında bilgilendirmiştir. Çalışmada sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapmalar frekans analiziyle, çoklu guruplar arasındaki farklılık ANOVA testi ile iki grup arası farklılık ise T-testi ve χ^2 testi ile analiz edilmiştir. İstatistiksel önem düzeyi $p < 0,05$ olarak tanımlanmıştır.

2.Bulgular

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Katılımcıların ilkyardım bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik anket sorularına verilen yanıtlar Tablo 2 ve 3’de verilmiştir. Ankete verilen yanıtlardan, katılımcıların %90’nının sağlıkla ilgili acil bir durumda 112’yi araması gerektiğini bildiği, ancak özellikli bir müdahale gerektiğinde, bu oranın bazı durumlarda (örneğin sarası olan kişiye müdahale) %5 civarına kadar düştüğü saptanmıştır. Yere yığılıp kalan birine müdahalede katılımcıların yarısına yakını 112’yi arayacağını belirtmiş,

ancak kendilerinin yapabilecekleri ilkyardım konusundaki bilginin çok düşük olduğu gözlenmiştir, 30 kişi (%7,6) yüzüne tokat atacağını belirtmiştir. Ayrıca yumruk, tekme atabileceğini belirtenler de bulunmaktadır. Solunum yolu yabancı cisimle tıkanan bir kişiye müdahale konusunda ise katılımcıların ancak %16,7'si 112'yi arayacağını belirtmiş olup, ilkyardım için yapılması gerekenler konusunda bilgisi olanların %10-15 arasında olduğu saptanmıştır. 120 kişi ise müdahale etmeyeceğini belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 1: Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler		N	%
Cinsiyet	Kadın	210	58,8
	Erkek	180	46,2
Yaş	18-30	171	43,8
	31-40	49	12,6
	41-50	41	10,5
	51-64	26	6,7
	65 ve üstü	103	26,4
Eğitim	Okuryazar değil	32	8,2
	Okur- yazar	27	6,9
	İlköğretim	62	15,9
	Lise	102	26,2
	Üniversite	151	38,7
Medeni Durum	Yüksek lisans ve üstü	16	4,1
	Evli	176	45,1
	Bekâr	175	44,9
	Dul	32	8,2
Çocuk Sayısı	Boşanmış	7	1,8
	Yok	195	50,0
	1 çocuk	45	11,5
	2 çocuk	72	18,5
	3 çocuk	50	12,8
Gelir	4 çocuk ve üstü	28	7,2
	Var	224	57,4
Sosyal Güvence	Yok	166	42,6
	Var	331	84,9
	Yok	59	15,1

Bir kazada kopan uzvu muhafaza edip acil servise ulaştırma konusunda doğru bilgiye sahip olanların oranı %20 civarındadır. Zeytinyağı sürmek gibi yanlış uygulamaları yapacaklarını belirtenler bulunmaktadır. Suda boğulan bir kişiye müdahale konusunda katılımcıların yarısına yakınının suni teneffüs yapılması gerektiği konusunda fikri olduğu gözlenmiş olmakla birlikte, gerçekte ne yapılması gerektiğinin büyük çoğunluk tarafından bilinmediği ve yanlış uygulama bilgilerinin olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların yalnız %11,3'ü, suda boğulma durumunda 112'yi arayacağını bildirmiştir. Göze herhangi bir cisim batmış kişiye müdahale konusunda da büyük çoğunluğun bilgisinin olmadığı, hatta yanlış uygulama bildirdikleri saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların İlk Yardım Bilgi Düzeyleri

Sorular ve Seçenekler	N	%
Sağlıkla ilgili acil bir durumda hangi numarayı ararsınız?		
112	357	91,5
AKS 110	25	6,4
154	1	0,3
155	4	1
911	3	0,8
Bir trafik kazasında, acil yardım çağırmak için aradığınız kişi-görevliye neleri bildirirsiniz?		
AKS 110'u ararım	22	5,6
Kaza yerini bildiririm,	184	47,2
Hastanın durumunu bildiririm,	97	24,9
Kaç kişinin yaralı olduğunu bildiririm,	11	2,8
Kaza hakkında bilgi veririm,	58	14,9
Diğer	18	4,6
Yere yığılıp kalan birini gördüğünüzde nasıl müdahale edersiniz?		
112'yi ararım	169	43,3
Giysilerini gevşetmeye çalışırım	7	1,8
Şok pozisyonu veririm	8	2,1
Yüzüne su veya kolonya serperim	29	7,4
Hiç dokunmam	28	7,2
Yüzüne tokat atarım	30	7,6
Diğer	119	30,6
Solumun yolu yabancı cisimle tıkanan bir kişiye nasıl müdahale edersiniz?		
112'yi ararım	65	16,7
Sırtına vururum	64	16,4
Hemlich manevrası yaparım	47	12,1
Öksürtürüm	19	4,9
Yardım isterim	5	1,3
Açık havaya çıkarırım	13	3,3
Müdahale etmem	120	30,8
Diğer	57	14,5
Bir kazada kopan uzvu nasıl muhafaza edip acil servise ulaştırırsınız?		
112' yi ararım	44	11,3
Organı bir beze sararım	73	18,7
Dokunmam	21	5,4
Buzdolabına koyarım	107	27,4
Buzun içine koyarım	26	6,7
Diğer	119	30,5
Suda boğulan bir kişiye nasıl müdahale edersiniz?		
112'yi ararım	44	11,3
Can yeleği giyerek yüzerek kişiye ulaştırırım	9	2,3
Müdahale etmem beni de boğabilir	7	1,8
Yardım çağırırım	14	3,6
Kalp masajı yaparım	38	9,7
Suni teneffüs yaparım	177	45,4
Diğer	101	25,9
Göze herhangi bir cisim batmış kişiye nasıl müdahale edersiniz?		
112'yi ararım	144	36,9
Cismi çıkarırım	22	5,6
Hastaneye götürürüm	70	17,9
Gözünü yıkarım	61	15,6
Göze üflerim	13	3,3
Diğer	80	20,7

Böcek veya yılan sokmalarında doğru müdahaleyi bilenlerin oranı %20 civarındadır. Kolonya sürme, kan akıtma, emme, evdeki ilaçları uygulama, yoğurt sürme, tütün basma, zeytinyağlı bez sarma, çamur sürme gibi çok değişik yanlış yanıtlar verildiği görülmektedir. Burnu kanayan kişiye müdahale sorusuna katılımcıların %5,6'sı, 112'yi ararım demiştir. Bu sık karşılaşılan durumda bile ne yapılması gerektiğini bilenlerin oranı %20'nin altındadır. Başına buz koyma, başını geriye yatırma, boynuna buz koyma gibi yanıtlar verilmiştir. Bayılan kişiye müdahale sorusuna katılımcıların %20'den daha azı doğru yaklaşım bildirmiştir. Yüzüne su serperim, kolonya koklatırım, tokat atarım, sarsarım, hatta korkuturum gibi yanıtlar bulunmaktadır. Donmuş kişiye nasıl müdahale edersiniz sorusuna katılımcıların üçte birinden azı doğru yaklaşım bildirmiştir. Hiçbir uygulama yapmam, sıcak suya batırırım gibi yanıtlar da verilmiştir (Tablo 3).

Zehirlenmiş kişiye müdahale sorusunda katılımcıların yalnız %30'u 112'yi ararım yanıtını vermiştir. Katılımcıların zehirlenme denilince yalnız sindirim yoluyla olan zehirlenmeleri algıladığı fark edilmektedir. Kanaması olan kişiye müdahale sorusunda katılımcıların yalnız %21'i 112'yi arayacağını bildirmiştir. Yarısına yakını kanayan yere elle bastıracağını ifade etmiştir. Kanayan bölgeyi yukarı kaldırırım, turnike yaparım, kanayan yere tütün basarım, bantlarım, pamuk koyarım, batikon dökerim gibi yanıtlar da verilmiştir. Sarası olan bir kişiye nasıl müdahale edersiniz sorusuna ise katılımcıların sadece %5'i 112'yi ararım demiştir. Dokunmam, ağzına kaşık koyarım, sıkı sıkı tutarım, soğan, kolonya koklatırım şeklinde yanıtlar da bulunmaktadır (Tablo 3).

Sorulara verilen yanıtların cinsiyete göre farklılığı değerlendirildiğinde sağlıkla ilgili acil bir durumda hangi numarayı ararsınız, göze herhangi bir cisim batmış kişiye nasıl müdahale edersiniz ve böcek veya yılan sokmalarında nasıl müdahale edersiniz sorularında kadınlar erkeklere göre daha bilinçlidir ($p < 0,05$). Bayılan kişiye nasıl müdahale edersiniz sorusunda erkekler kadınlara göre daha bilinçlidir ($p < 0,05$). Suda boğulan bir kişiye nasıl müdahale edersiniz sorusuna verilen yanıtta ise kadınlar erkeklere göre daha bilinçlidir ($p < 0,05$). Diğer sorularda kadınlar ve erkekler arasında fark istatistiksel açıdan fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Ankete katılanlardan eğitim düzeyi yüksek olanların birçoğu sorulara doğru yanıt (üniversite mezunları yaklaşık %39) vermişlerdir. Doğru yanıtlarda eğitim düzeyi yüksek olanlarla (lise, üniversite) düşük olanlar (okuma yazma bilmeyenler ve ilköğretim mezunları) arasında fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Eğitimli daha doğru yanıtlar vermişlerdir (Tablo 4-5).

Tablo 3: Katılımcıların İlk Yardım Bilgi Düzeyleri

Sorular ve Seçenekler	N	%
Böcek veya yılan sokmalarında nasıl müdahale edersiniz?		
112'yi ararım	84	21,5
Kolonya sürerim	7	1,8
Turnike yaparım	60	15,4
Kan akıtırım	46	11,8
Emerim	53	13,6
Buz koyarım	23	5,9
Diğer	117	30
Burnu kanayan kişiye nasıl müdahale edersiniz?		
112'yi ararım	22	5,6
Başına buz koyarım	49	12,6
Başını öne eğerim	61	15,6
Burun kanatlarına bastırırım	63	16,2
Diğer	195	50
Bayılan kişiye nasıl müdahale edersiniz?		
112'yi ararım	71	18,2
Ayaklarını yükseğe kaldırırım	25	6,4
Yüzüne su serperim	49	12,6
Kolonya koklatırım	128	32,8
Tokat atarım	23	5,9
Diğer	94	24,1
Donmuş kişiye nasıl müdahale edersiniz?		
112'yi ararım	51	13,1
Sıcak ortama alırım	88	22,6
Kar veya suyla ovarım	46	11,8
Üstünü örterim	119	30,5
Sarıtırım	19	4,9
Diğer	67	17,1
Zehirlenmiş kişiye nasıl müdahale edersiniz?		
112'yi ararım	115	29,5
Kustururum	129	33,1
Süt ya da yoğurt yediririm	71	18,2
Bol su içiririm	12	3,1
Diğer	63	16,1
Kanaması olan kişiye nasıl müdahale edersiniz?		
112'yi ararım	83	21,3
Kanayan yere bastırırım	172	44,1
Turnike yaparım	48	12,3
Diğer	87	22,3
Sarası olan bir kişiye nasıl müdahale edersiniz?		
112'yi ararım	19	4,9
Dokunmam	28	7,2
Başımı korurum	21	5,4
Ağızına kaşık koyarım	28	7,2
Sıkı sıkı tutarım	20	5,1
Soğan, kolonya koklatırım	32	8,2
Diğer	242	62

Tablo 4: Katılımcıların İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Cinsiyet Yönünden Değerlendirilmesi

Sorular ve Seçenekler	Kadın (n)	Erkek (n)	Toplam (n)	Toplam (%)	P
Sağlıkla ilgili acil bir durumda hangi numarayı ararsınız?					
112	185	172	357	91,5	
AKS 110	22	3	25	6,4	
154	1	0	1	0,3	
155	0	4	4	1	
911	2	1	3	0,8	

Hastane Öncesi Dergisi

HOD, Nisan 2018, 3(1):15-30

Bir trafik kazasında, acil yardım çağırmak için aradığınız kişi-görevliye neleri bildirirsiniz?					
AKS 110'u ararım	11	11	22	5,6	
Kaza yerini bildiririm,	94	90	184	47,2	
Hastanın durumunu bildiririm,	50	47	97	24,9	
Kaç kişinin yaralı olduğunu bildiririm,	7	4	11	2,8	
Kaza hakkında bilgi veririm,	34	24	58	14,9	
Diğer	14	4	18	4,6	
Yere yığılıp kalan birini gördüğünüzde nasıl müdahale edersiniz?					
112'yi ararım	92	77	169	43,3	
Giyilerini gevşetmeye çalışırım	3	4	7	1,8	
Şok pozisyonu veririm	5	3	8	2,1	
Yüzüne su veya kolonya serperim	18	11	29	7,4	
Hiç dokunmam	16	12	28	7,2	
Yüzüne tokat atarım	16	14	30	7,6	
Diğer	60	59	119	30,6	
Solunum yolu yabancı cisimle tıkanan bir kişiye nasıl müdahale edersiniz?					
112'yi ararım	42	23	65	16,7	
Sırtına vururum	35	29	64	16,4	
Hemlich manevrası yaparım	25	22	47	12,1	
Öksürtürüm	10	9	19	4,9	
Yardım isterim	1	4	5	1,3	
Açık havaya çıkarırım	10	3	13	3,3	
Müdahale etmem	63	57	120	30,8	
Diğer	24	33	57	14,5	
Bir kazada kopan uzvu nasıl muhafaza edip acil servise ulaştırırız?					
112'yi ararım	27	17	44	11,3	
Organı bir beze sararım	31	42	73	18,7	
Dokunmam	15	6	21	5,4	
Buzdolabına koyarım	55	52	107	27,4	
Buzun içine koyarım	23	3	26	6,7	
Diğer	59	60	119	30,5	
Suda boğulan bir kişiye nasıl müdahale edersiniz?					P<0,05*
112'yi ararım	31	13	44	11,3	
Can yeleği giyerek yüzerek kişiye ulaştırırım	3	6	9	2,3	
Müdahale etmem beni de boğabilir	6	1	7	1,8	
Yardım çağırırım	11	3	14	3,6	
Kalp masajı yaparım	16	22	38	9,7	
Suni teneffüs yaparım	84	93	177	45,4	
Diğer	59	42	101	25,9	
Göze herhangi bir cisim batmış kişiye nasıl müdahale edersiniz?					P<0,05*
112'yi ararım	68	76	144	36,9	
Cismi çıkarırım	14	8	22	5,6	
Hastaneye götürürüm	41	29	70	17,9	
Gözü yıkarım	44	17	61	15,6	
Göze üflerim	3	10	13	3,3	
Diğer	40	40	80	20,7	

* p < 0.05 anlamlı kabul edilip iki cins arasındaki farklılık χ^2 testi ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 5: Katılımcıların İlk Yardım Bilgi Düzeylerinin Cinsiyet Yönünden Değerlendirilmesi

Sorular ve Seçenekler	Kadın	Erkek	Toplam	%	P
Böcek veya yılan sokmalarında nasıl müdahale edersiniz?					
112'yi ararım	36	48	84	21,5	
Kolonya sürerim	7	0	7	1,8	P<0,05*
Turnike yaparım	29	31	60	15,4	
Kan akıtırım	20	26	46	11,8	
Emerim	33	20	53	13,6	
Buz koyarım	12	11	23	5,9	
Diğer	65	52	117	30	
Burnu kanayan kişiye nasıl müdahale edersiniz?					
112'yi ararım	10	12	22	5,6	
Başına buz koyarım	28	21	49	12,6	
Başımı öne eğirim	27	34	61	15,6	
Burun kanatlarına bastırırım	36	27	63	16,2	
Diğer	101	94	195	50	
Bayılan kişiye nasıl müdahale edersiniz?					
112'yi ararım	59	33	71	18,2	
Ayaklarını yükseğe kaldırırım	4	21	25	6,4	P<0,05*
Yüzüne su serperim	33	38	49	12,6	
Kolonya koklatırım	19	6	128	32,8	
Tokat atarım	19	30	23	5,9	
Diğer	69	59	94	24,1	
Donmuş kişiye nasıl müdahale edersiniz?					
112'yi ararım	19	32	51	13,1	
Sıcak ortama alırım	43	45	88	22,6	
Kar veya suyla ovarım	32	14	46	11,8	
Üstünü örterim	66	53	119	30,5	
Sarılım	7	12	19	4,9	
Diğer	43	24	67	17,1	
Zehirlenmiş kişiye nasıl müdahale edersiniz?					
112'yi ararım	57	58	115	29,5	
Kustururum	64	65	129	33,1	
Süt ya da yoğurt yediririm	40	31	71	18,2	
Bol su içiririm	11	1	12	3,1	
Diğer	29	34	63	16,1	
Kanaması olan kişiye nasıl müdahale edersiniz?					
112'yi ararım	37	46	83	21,3	
Kanayan yere bastırırım	96	76	172	44,1	
Turnike yaparım	20	28	48	12,3	
Diğer	40	47	87	22,3	
Sarası olan bir kişiye nasıl müdahale edersiniz?					
112'yi ararım	10	9	19	4,9	
Dokunmam	14	14	28	7,2	
Başımı korurum	10	11	21	5,4	
Ağızına kaşık koyarım	19	9	28	7,2	
Sıkı sıkı tutarım	10	10	20	5,1	
Soğan, kolonya koklatırım	23	9	32	8,2	
Diğer	124	118	242	62	

3.Tartışma

Bu araştırmanın ana bulgusu kişilerin ilkyardım bilgilerinin yetersiz olduğudur. Ayrıca araştırma, kişilerin ilkyardım konusunda bilgi düzeylerinin yeterliliğine güvenerek müdahaleye giriştiklerini de göstermiştir. Ülkemizde ilkyardım bilgi düzeyi ve hatalı bilgi sahibi olma ile ilgili çalışmalar çok azdır. Sönmez ve arkadaşlarının Isparta’da okul öncesi öğretmenlerinin ilkyardım uygulamaları konusundaki bilgi düzeyini araştırdıkları çalışmada, okul öncesi öğretmenlerinin ilkyardım bilgilerinin yeterli olmadığı saptanmıştır (Sönmez vd., 2014; 238-46). Daha önce ilkyardım eğitimi aldığını belirtenlerin bilgi puanlarının ise almayanlardan farklı olmadığı da saptanmıştır. Kayseri’de ilkokul öğretmenlerinin ilkyardım bilgilerini araştıran bir çalışmada, öğretmenlerin birçok ilkyardım konusunda %60’ın üzeri oranda yanlış yanıt verdiği, yaş arttıkça yanlış yanıt verme oranının da arttığı belirtilmiştir (Başer vd., 2007;428-432). Yine ilkokul öğretmenlerinde yapılan bir diğer araştırmada, katılımcıların yaklaşık %70’inin daha önce ilkyardım eğitimi almadığı, %90’ın üzerinde sara, kalp masajı, suni solunum ve şok hakkında bilgi yetersizlikleri olduğu bildirilmiştir (Erkan vd., 2006;67).

Bu araştırmada katılımcıların bazı önemli ilkyardım uygulamalarında vermiş olduğu yanıtlar dikkat çekicidir. Katılımcılar, suda boğulan bir kişiye nasıl müdahale edersiniz sorusuna %2’si dokunmam, beni de boğabilir yanıtını vermiştir. Benzer şekilde sara nöbeti geçiren bir kişiye nasıl müdahale edersiniz sorusuna %7’si, müdahale etmem yanıtını vermişlerdir. Benzer biçimde Barutçu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada; meslek yüksekokulu öğrencilerinin % 64,2’sinin daha önce ilkyardım ile ilgili bir ders ya da kurs almadığı, % 51,7’sinin daha önce ilkyardım gerektiren bir durumla karşılaştığı ve %50,8’inin bu duruma müdahale etmediği saptanmıştır (Barutçu vd., 2017;1093). Yaşamın kurtarılması ve sakatlıkların önlenmesinde son derece önemli olan ilkyardım uygulamalarında, kişilerin bu oranlarda çekimser kalması, önemli toplum sağlığı sorunları oluşturabilir.

Bu araştırmada yer alan katılımcıların ilkyardım konusunda bilgi yetersizliğinin olduğu, hatalı uygulamalar yapabilecekleri, dolayısı ile eğitim gereksiniminin bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca bazı konularda kadınların erkeklerden daha bilinçli olduğu gözlenmiştir. Nielsen ve arkadaşlarının yaptığı medya kampanyalarının önemi ile ilgili çalışmaya (Nielsen vd., 2013:39) dayanarak; bu durumu, kadınların televizyondaki kamu spotlarını daha fazla izledikleri varsayılarak, açıklamak mümkün olabilir. Toplumda ilkyardım bilgi düzeyinin artırılmasına yönelik eğitim ve bilgilendirme çalışmalarının, insanların cinsiyet ve yaş başta olmak üzere sosyo-demografik özellikleri de dikkate alınarak yapılması, toplumdaki ilkyardım bilgi düzeyinin artmasına katkı sağlayabilir.

Bu çalışmada katılımcıların %90'ı, sağlık ile ilgili acil bir durumlarda 112 acil çağrı numarasını arayacağını belirtmektedir. Ekşi ve Torlak'ın 2011 yılında yapmış oldukları çalışmada da 112 acil çağrı numarasının bilinirliği %90'lar seviyesinde bulunmuştur (Ekşi ve Torlak, 2011:151). Bununla birlikte, özellikli acil yardım hizmeti gereken bazı durumlarda, 112 acil sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunun %5'lere kadar düştüğü gözlenmektedir. Çok önemli bir kamusal hizmet alanı olan 112 acil sağlık hizmetlerinden yararlanma ile ilgili, toplumda son yıllarda bir bilinç artışı gözlenmekle birlikte, kişilerin bu hizmetten yararlanma beklentilerinin trafik kazaları ve kalp krizi gibi durumlar ile sınırlı kaldığı anlaşılmaktadır. Bu algı toplum tarafında önemi ve hastalık ya da yaralanma seyrinin kestirilemeyeceği bazı durumlarda, profesyonel destek talep etme konusunda toplumun bazı kesimlerinin çekimser kalmasına neden olabilir. Toplumun 112 acil sağlık hizmetlerinden etkin ve etkili yararlanabilmesi için toplumun 112 acil sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda eğitilmesi gerekmektedir. Bu eğitimler aynı zamanda 112 acil sağlık hizmetlerinin gerçekten acil yardım gerektirmeyen durumlar için suiistimalinin önüne de geçilmesini de sağlayacaktır (Ekşi, 2016:396).

Bu araştırmanın sonuçlarından, müdahale gerektiren bazı önemli durumlarda, örneğin TYD ve yabancı cisimle boğulma gibi "hiç dokunmam" yanıtını verenlerin önemli oranda olduğu saptanmıştır. Swor ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, ilkyardımcıların TYD'ye başlama istekliliğinin çeşitli nedenlerden dolayı (örneğin panik, başarısızlık korkusu, utanç ve benzeri) azaldığı belirtilmiştir (Swor vd., 2006:600). Literatürde, ilkyardım uygulamaları ile ilgili çekimser davranmanın önemli oranda eğitim almama ya da yetersiz eğitim almadan kaynaklandığı görülmektedir. İlk yardım eğitimi almaya gönüllülüğün, TYD becerilerinin erken yaşlarda ve oyun şeklinde verilmesinin ilkyardım müdahale oranını artırdığı bildirilmiştir (Tanigawa vd., 2011;503; Mpotos vd., 2013: 499). İlk yardım eğitimlerinin planlanmasında bu faktörlerin göz önünde bulundurulması, toplumdaki ilkyardım bilgi ve becerisinin yükselmesine katkı sağlayacaktır.

Rodríguez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birçok acil durumda erken müdahalenin yaşam şansını artırdığı belirtilmektedir (Rodríguez vd, 2012:91). Bu çalışmanın sonuçlarından, ilkyardım konusundaki bilgisizliğin kişileri, yanlış tutum ve davranışlara yönlendirdiği görülmektedir. Örneğin, solunum yolu yabancı cisimle tıkanan bir kişiye nasıl müdahale edersiniz sorusuna, katılımcıların %30'u müdahale etmem diye yanıtlamıştır. Burnu kanayan kişiye nasıl müdahale edersiniz sorusuna, katılımcıların %35'i doğru müdahale etmelerine rağmen, geriye kalanların yanlış müdahale edebilecekleri anlaşılmaktadır. Basit bayılmalarda kişiyi ayaklarının yükseğe kaldırılması, sadece %6 oranında kişi tarafından bilinmektedir. Donmuş kişiye nasıl müdahale edersiniz sorusuna, katılımcıların %10'dan fazlası kar ve suyla

ovarım yanıtını vermiştir. Oysa, McIntosh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada karla ovmanın, donmalarda zararı arttırabileceği belirtilmiştir (McIntosh vd., 2011;163). Toplumda yer alan bireylerin yukarıda sayılan basit ilkyardım uygulamalarında bile, bu kadar yanlış yanıt vermeleri ya da hiç müdahalede bulunmayacaklarını belirtmeleri, toplum sağlığı açısından önemli sonuçlar oluşturabilir.

Bu çalışmada, zehirlenmiş kişiye nasıl müdahale edersiniz sorusuna %33'kişi kustururum yanıtını vermiştir. Oysa özellikle kimyasal madde ile zehirlenmelerde, hastanın kesinlikle kusturulmaması gerekmektedir. Benzer bir şekilde, Göktaş ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerine yaptıkları araştırmada; öğrencilerin zehirlenmelerde ilkyardım ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları ortaya konmuştur (Göktaş vd., 2016;159). Bu sonuçlardan da anlaşılacağı gibi ilkyardım uygulanması gereken durumlarda hastaya hiç müdahale etmemenin, acil durumda olan kişide önemli hasarlar oluşturabileceği gibi yanlış müdahalelerin yapılması, hasarı daha da arttırabilmektedir.

Ankete katılanlardan eğitim düzeyi yüksek olanların birçoğunun sorulara doğru yanıt vermelerine karşın, ilkyardım uygulamalarının zamanla değişebileceğini ya da farklı uygulamalarında olabileceğini bilmedikleri anlaşılmaktadır. Bu nedenle her 5 yılda bir yenilenen ilk ve acil yardım uygulamaları hakkında toplumun bilinçlendirilmesi için ilkyardım eğitimlerinin artırılmasına ve sıklaştırılmasına; bu konuda medyadan yararlanılmasına ve mobil uygulamaların geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Yine bununla birlikte, toplumda önemli rolleri bulunan, öğrenci servis şoförleri, öğretmenler, polisler ve din görevlilerinin ilkyardım bilgi ve becerisi kazanmaları son derece önemli görülmektedir (Joseph vd., 2015;162).

SONUÇ

Toplumda bireylerin, ilkyardım bilgilerinde yetersizlik ve/veya hatalar olduğu görülmektedir. Bununla birlikte toplumdaki ilkyardım bilgi ve becerisi güncel bilgilerden oluşmamaktadır. Doğrudan yaşam ile bağlantılı bu eksikliklerin, toplum sağlığında ek sorunlar oluşturmaması için teorik ve uygulamalı ilkyardım eğitimlerinin yaygınlaştırılması, kamu spotları gibi topluma yönelik eğitici ve bilgilendirici araçların kullanılması, yapılan eğitimlerde uluslararası kuruluşların güncel ilkyardım rehberlerinin takip edilmesinde yarar bulunmaktadır. İlkyardımın önemli aşamalarından olan acil yardım çağırma ile ilgili, 112 acil sağlık hizmetlerinin toplum tarafından kullanılmasında bir takım sıkıntılar bulunmakta, hangi durumlarda hizmetten yararlanılabileceği toplum tarafından bilinmemektedir. Çok önemli bir kamu hizmeti olan 112 acil sağlık hizmetlerinden toplumun etkin ve etkili bir şekilde

yararlanabilmesi için toplumun hizmet alanından yararlanma koşulları ile ilgili bilgilendirilmesi ve eğitilmesi gerekmektedir.

Teşekkür: Araştırmada yer alan bütün öğrencilere teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Kaynakça

- Bakke HK, Steinvik T, Eidissen S-I, Gilbert M, Wisborg T. Bystander (2015) first aid in trauma - prevalence and quality: a prospective observational study. *Acta Anaesthesiol Scand*;59(9):1187-93.
- Baser M., Coban S., Tasci S., Sungur G., Bayat M. (2007) Evaluating first-aid knowledge and attitudes of a sample of Turkish primary school teachers. *J Emerg Nurs*;33:428-432.
- Cho GC, Sohn YD, Kang KH, Lee WW, Lim KS, Kim W, et al. (2010) The effect of basic life support education on laypersons' willingness in performing bystander hands only cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*. ;81(6):691-4.
- Davis JS, Satahoo SS, Butler FK, Dermer H, Naranjo D, Julien K, Van Haren RM, Namias N, Blackbourne LH, Schulman CI. (2014) An analysis of prehospital deaths. *J Trauma Acute Care Surg*;(77): 213-8.
- Demir Barutcu C., Dilek G.A., Çakmak Ö., Köksoy S. (2017) Polat M. Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin İlyardım Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. 4. Ulusal Meslek Yüksekokulları Sosyal Ve Teknik Bilimler Kongresi Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, 11-13 Mayıs 2017, BURDUR. 1087-1098.
- Ekşi, A. ve Torlak, SE.(2011). Utilization Of Emergency Services During The Single European Emergency Call Number Pilot. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 11(4):149-154.
- Ekşi, A.(2016). Kamu Hizmetinde Etkililik Ve Etkinlik Tartışmaları Bağlamında 112 Acil Çağrı Hizmetlerinin Kötüye Kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 18(3):387-408.
- Erkan M. ve Göz F. (2006) Öğretmenlerin ilkyardım Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 9(4): 63-68
- Goktas S, Yildirim G, Kose S, Yildirim S, Ozhan F, Senturan L. (2016) First Aid Knowledge of University Students in Poisoning Cases. *Turk J Emerg Med*.;14(4):153-9.
- Hamasu S., Morimoto T., Kuramoto N., et al(2009) Effects of BLS training on factors associated with attitude toward CPR in college students. *Resuscitation*;80(3):359-364
- Iwami T, Nichol G, Hiraide A, et al. (2009) Continuous improvements in "Chain of Survival" increased survival after out-of-hospital cardiac arrests: A large-scale population-based study *Circulation*;119(5): 728-734
- Joseph, N., Kumar, G. S., Babu, Y., Nelliyanil, M. and Bhaskaran, U. (2014)'Knowledge of First Aid Skills Among Students of a Medical College in Mangalore City of South India', *Annals of Medical and Health Sciences Research*; 4(2):162
- Kanstad BK, Nilsen SA, Fredriksen K. (2011) CPR knowledge and attitude to performing bystander CPR among secondary school students in Norway. *Resuscitation*;82(8):1053-9.

Karayolu_Trafik_Kaza_İstatistikleri Sayı: 24606 21 Haziran 2017 Emniyet Genel Müdürlüğü Trafik Hizmetleri Başkanlığının verileri <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> (Erişim tarihi 15.01.2018)

McIntosh SE, Hamonko M, Freer L, Grissom CK, Auerbach PS, Rodway GW, et al. (2011) Wilderness medical society practice guidelines for the prevention and treatment of frostbite. *Wilderness Environ Med*; 22(2):156-66

Mptos N, Vekeman E, Monsieurs K, Derese A, Valecke M. (2013) Knowledge and willingness to teach cardiopulmonary resuscitation: a survey amongst 4273 teachers. *Resuscitation*;84(4):496–500.

Nielsen, A., Isbye, D., Lippert, F. and Rasmussen, L. (2013) Can mass education and a television campaign change the attitudes towards cardiopulmonary resuscitation in a rural community?. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*; 21(1): 39.

Rodríguez, H., Passali, G.C., Gregori, D., Chinski, A., Tiscornia, C., Botto, H., Nieto, M., (...), Cuestas, G. Management of foreign bodies in the airway and oesophagus (2012) *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*; 76 (1): 84-91

Sönmez Y., Uskun E., Pehlivan A. (2014) Okul öncesi öğretmenlerinin temel ilkyardım uygulamalarına ilişkin bilgi düzeyleri, Isparta örneği. *Türk Pediatri Arşivi*; 49: 238-46

Swor R., Khan I., Domeier R., Honeycutt L., Chu K., Compton S. (2006) CPR training and CPR performance: do CPR-trained bystanders perform CPR? *Acad Emerg Med*; Jun;13(6):596-601. Tanigawa K, Iwami T, Nishiyama C, Nonogi H, Kawamura T. (2011) Are trained individuals more likely to perform bystander CPR? an observational study. *Resuscitation*;82(5):523–528.

Tannvik TD, Bakke HK, Wisborg T. A (2012) systematic literature review on first aid provided by laypeople to trauma victims. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* ;56(10):1222-7

Travers AH, Perkins GD, Berg RA, Castren M, Considine J, Escalante R, et al. (2015) Part 3: Adult Basic Life Support and Automated External Defibrillation: International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*;132(16):51–83.

Türkiye İstatistik Kurumu verileri <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24648> (Erişim tarihi 15.01.2018).

GAZİANTEP 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ MARUZ KALDIKLARI ŞİDDETİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aysun ÖZDEMİR¹, Fatma KARASU², Hakan AVAN³

Özet

Amaç: Tanımlayıcı-kesitsel tipteki araştırma, Gaziantep ili 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde görev yapan acil sağlık çalışanlarının görevleri sırasında maruz kaldıkları şiddetin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Araştırmanın evrenini Gaziantep 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapan bütün çalışanlar oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden 271 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma verileri, sosyo-demografik ve şiddete maruz kalma ile ilgili soruları içeren veri formu kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 istatistik programında sayı ve yüzde dağılımları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %51,3'ü 18-27 yaş grubunda, %52,4'ü erkek, %37,6'sinin paramedik olduğu; %86,8'inin sözel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan çalışanların %69,7'sinin meslek hayatları boyunca en az bir kere herhangi bir şiddet türüne maruz kaldıkları ve en sık maruz kalınan şiddet türünün sözel şiddet olduğu, şiddeti uygulayan kişilerin ise çoğunlukla hasta yakını olduğu saptanmıştır. Şiddet sonrasında katılımcıların %16,9'unda yaralanma olduğu; şiddetten sonra katılımcıların %27,0'ının mesleğe bakışının değiştiği; %44,4'ünün tükenmişlik hissettiği; %67,2'sinin öfke duyduğu; %55,0'ında stresin arttığı belirlenmiştir.

Sonuç: Şiddet sonrası acil sağlık çalışanlarında öfke, stres gibi sorunlara ek olarak, mesleğe olan bakış açılarında da değişiklikler olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelime: İş Sağlığı ve Güvenliği, Sağlık İşkolunda Şiddet, 112 Acil Sağlık Hizmetleri.

¹ Öğr. Gör., Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Programı, Kilis, aysungolluce@gmail.com.

² Öğr. Gör., Kilis 7 Aralık Üniversitesi, Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Kilis, fatmakarasue@kilis.edu.tr

³ Öğr. Gör., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Programı, Kahramanmaraş, hakanavan@gmail.com

GAZİANTEP 112 EMERGENCY HEALTH SERVICES VIOLENCE EXPOSED BY EMPLOYEES

Abstract

Objective:The descriptive cross-sectional study was conducted in order to assess the severity of the emergency health workers providers in Gaziantep 112 Emergency Health Services during their duties.

Materials and Methods: The universe of the research was formed by all employees working in Gaziantep 112 Emergency Health Services. 271 people who agreed to participate in the survey were included in the study. Survey data were collected by face-to-face interview using a data form containing questions about socio-demographic and threat exposure. In the evaluation of the data, number and percentage distributions were evaluated in SPSS 20.0 statistical program.

Findings: 51.3% of the participants were in the 18-27 age group, 52.4% were male and 37.6% were paramedic; 86.8% of them were exposed to verbal violence. It was determined that 69.7% of the surveyed workers were exposed to violence at least once during their occupational life, and that the most frequently exposed violence was verbal violence, while those who applied violence were mostly patients. 16.9% of the participants were injured after the violence; after the violence, 27.0% of the participants changed their profession; 44.4% felt burnout; 67.2% were angered; 55.0% stated that stress increased.

Conclusion: Şiddet sonrası acil sağlık çalışanlarında öfke, stres gibi sorunlara ek olarak mesleğe olan bakış açılarında da değişiklikler olduğu görülmektedir.

Keywords: Occupational Health and Safety, Violence in Health Care, 112 Emergency Health Services.

GİRİŞ

Şiddet; insanlık tarihi boyunca varlığını sürdüren ve dar anlamıyla yalnızca fiziksel şiddeti içeren bir kavramdır (Akca, 2011:2). Şiddet kelimesi, Latince kökenli “violentia”dan gelmiştir. Violentia, şiddet, sert ya da acımasız kişilik, güç gibi anlamlara gelmektedir. “Violare” fiili ise şiddet kullanarak davranmak, değer bilmemek, kurallara karşı gelmek anlamlarını içermektedir (Sarcan, 2013). Genel olarak bakıldığında; kendine ya da bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin, belli bir amaç çerçevesinde uygulanması durumudur (Annagür, 2010:162; WHO, 2002). Özellikle 2000’li yıllarda artış gösteren, günümüz dünyasında toplumların en önemli ve ciddi sorunlarından birisi olan şiddet, sosyolojik, psikolojik, politik, felsefik ve psikiyatrik yönlerden de oldukça geniş etkileri olan bir kavramdır. Sarcan’ın aktarımında Freud’un teorisine göre kişilerin yaşadığı talihsizlik veya olumsuzluklar şiddeti ortaya çıkarmakta ve şiddet de tüm toplumu etkilemektedir (Sarcan, 2013).

Şiddet riskinin yüksek olduğu çalışma hayatında bireyler, çalışma arkadaşları, astları-üstleri ve hizmet vermekte oldukları kişilerle (müşteriler, hastalar vb.) sürekli bir etkileşim halindedirler. Bu yoğun etkileşim ve iletişim, işyerinde şiddet gibi istenmeyen durumların meydana gelmesine zemin hazırlayabilmektedir. Avrupa Komisyonu'nun tanımında, işyerinde şiddet; çalışanın işiyle ilgili durumlarda, açık veya üstü örtülü (gizli) şekilde, suistimali, tehdit edilmesi veya saldırıya uğramasını içeren, sağlık ve güvenliğini tehdit eden durumlara maruz kalınması olarak geçmektedir (Wynne vd., 1997'den aktaran, Di Martino, 2002: 5). Son yıllarda birçok sektörde olduğu gibi bütün sağlık kurumlarında yaşanan şiddet, toplum huzurunu tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunu halini almıştır (Büyükbayram ve Okçay, 2013:46-53). Literatürde, şiddetin diğer iş yerlerine göre en çok sağlık alanında ortaya çıktığı ve sağlık personelinin şiddete uğrama yönünden daha fazla risk altında olduğu görülmektedir (TBMM Komisyon Raporu, 2013; Atan ve Dönmez, 2011:71-80; Çamcı ve Kutlu, 2011:9-16; Gillespie ve HowardPk, 2010:177-184). Ayrıca, dünyada ve Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin giderek arttığı ve üzerinde önemle durulması gereken ciddi bir mesleki tehlike olduğu da dikkat çekilen bir konudur (Annagür, 200:161-173; TBMM Komisyon Raporu, 2013; Atan ve Dönmez, 2011:71-80; Çamcı ve Kutlu, 2011:9-16).

Sağlık alanında maruz kalınan şiddet ile ilgili ülkemizin birçok farklı ilinde araştırmalar yapılmış ve bu maruziyetlerin önemli derecede yüksek olduğu bulunmuştur. En riskli sağlık gruplarının acil sağlık hizmetlerini kapsayan; acil servisler ve 112 acil sağlık ekiplerinin olduğu, yapılan araştırmaların sonuçları doğrultusunda söylenebilmektedir (Akbaş vd., 2016:93-100; Sucu vd., 2007: 156-162; Şahin vd., 2011:110-114; Doğanay, 2014:136-140; Canbaz vd., 2008:239-244). Son yıllarda görülen bu artışlar nedeniyle sağlık bakım hizmetleri sunumu olumsuz etkilenmektedir. Bu araştırma Gaziantep ilinde görev yapan 112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarının şiddete maruziyetlerini belirlemek ve değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

1.Gereç ve Yöntem

Araştırmanın evrenini 08.02.2016-15.04.2016 tarihleri arasında Gaziantep ili 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde görev yapan tüm acil sağlık çalışanları oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Evren grubundaki çalışanlardan araştırmaya katılmayı kabul eden 271 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma verileri, iki bölümden oluşan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Anket, ilk bölümünde sosyo-demografik (7 soru) ve ikinci bölümünde şiddete maruz kalma ile ilgili (20 soru) sorular olmak üzere, toplam 27 sorudan oluşmuştur. Verilerin toplanması, yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmıştır.

Veriler, öncelikli olarak normallik testi Kolmogorov-Smirnov testi ile sınanmış ve homojenlik için de Levene's testi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 istatistik programı kullanılarak sayı ve yüzde dağılımları değerlendirilmiş, $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırma için etik kurul izni ve Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izinler alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak, katılımcılardan sözel onamlar alınmıştır.

2.Bulgular

Araştırmaya katılanların %51,3'ü 18-27 yaş grubunda; %52,4'ü erkek; %52,0'ı evli; %48,7'si ön lisans mezunu; %37,6'sinin paramedik olduğu; %61,6'sının görev süresinin 0-5 yıl olduğu; %75,2'sinin 0-5 yıldır şuan görev yaptığı birimde çalıştığı saptanmıştır. Katılımcılarla ilgili sosyo-demografik bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Gaziantep 112 Acil Sağlık Çalışanlarının Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tanıttıcı özellikler	n	%	
Yaş	18-27	139	51,3
	28-37	77	28,4
	38 ve üzeri	55	20,3
Cinsiyet	Kadın	129	47,6
	Erkek	142	52,4
Medeni durum	Evli	130	48,0
	Bekar	141	52,0
Öğrenim durumu	Lise	104	38,4
	Ön lisans	132	48,7
	Lisans ve yüksek lisans	35	12,9
Görevi	Paramedik	102	37,6
	ATT	96	35,4
	Sürücü	49	18,1
	Doktor/ Hemşire	24	8,9
Görev süreniz	0-5 yıl	167	61,6
	6-9 yıl	60	22,1
	10 yıl ve üzeri	44	16,3
Şuan çalıştığınız birimdeki görev süreniz	0-5 yıl	204	75,3
	6-9 yıl	44	16,2
	10 yıl ve üzeri	23	8,5

Katılımcıların %69,7'sinin çalışma hayatlarında en az bir kez şiddete maruz kaldığı; %56,5'inin son on iki ay içerisinde şiddete tanıklık ettiği belirlenmiştir. Şiddete maruz kalanların (%69,7) %33,3'ünün 3 defa ve %33,3'ünün 10 kez ve daha fazla şiddete maruz kaldığı; %16,9'unun son bir hafta içerisinde şiddete maruz kaldığı; %53,4'üne uygulanan şiddetin engellenebilir olmadığı; %71,4'ünün şiddete karşılık vermediği belirlenmiştir. Katılımcıların %86,8'inin sözel şiddete, %30,2'sinin fiziksel şiddete, %28,6'sının

zorbalığa/psikolojik şiddete, %2,1'inin cinsel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Şiddet sonrasında katılımcıların %16,9'unda yaralanma olduğu; fiziksel yaralanmaların %56,3'ünün tedavi gerektirdiği; yaralanmaların %37,5'inin rapor gerektirdiği; katılımcıların %40,5'inin şiddeti gerekli birimlere bildirdiği saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2: Gaziantep 112 Acil Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldıkları Şiddetlerin Dağılımı

Şiddete Maruz Kalma Durumları	n	%
Çalışma hayatında şiddete maruz kalma durumu		
Evet	189	69,7
Hayır	82	30,3
Son 12 ay içerisinde şiddete tanık olma durumu		
Evet	153	56,5
Hayır	118	43,5
Şiddete maruz kalma sıklığı (n:189)		
1 defa	46	24,3
3 defa	63	33,3
5 defa	17	9,1
10 ve üzeri	63	33,3
En son şiddete maruz kalma zamanı (n:189)		
1 hafta önce	32	16,9
1 ay önce	46	24,3
3 ay önce	35	18,5
6 ay önce	26	13,8
1 yıl ve üstü	50	26,5
Şiddet engellenebilirlik durumu (n:189)		
Evet	88	46,6
Hayır	101	53,4
Şiddete karşılık verme durumu (n:189)		
Evet	54	28,6
Hayır	135	71,4
Şiddet sonrası fiziksel yaralanma oluşma durumu		
Evet	32	16,9
Hayır	157	83,1
Fiziksel yaralanmanın tedavi gerektirme durumu (n:32)		
Evet	18	56,3
Hayır	14	43,7
Fiziksel yaralanmanın rapor gerektirme durumu (n:32)		
Evet	12	37,5
Hayır	20	62,5
Şiddet gerekli makamlara bildirme durumu		
Evet	85	45,0
Hayır	104	55,0

Araştırmaya katılan çalışanlara şiddet uygulayan kişilerin %40,8'inin hasta yakını, %11,1'inin hastanın kendisi olduğu; çalışanların %65,1'inin erkek bireylerden, %29,6'sının hem kadın hem erkek bireylerden şiddet gördüğü; şiddet uygulayan bireylerin %27,5'inin madde kullandığı; katılımcıların verdikleri bilgiler doğrultusunda şiddet uygulayanların %57,1'inin sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olduğu; %13,2'sinde yasal veya yasal olmayan gerekçelerle silah bulundurduğu; %21,7'sinin nörolojik sorunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Gaziantep 112 Acil Sağlık Çalışanlarına Şiddet Uygulayan Kişilerin Özellikleri ile İlgili Veriler

Şiddetin Özellikleri	n	%
Şiddeti kim uyguladı		
Hasta	21	11,1
Hasta yakını	77	40,8
Hasta ve yakını	63	33,3
Çevredekiler	28	14,8
Şiddet uygulayan kişinin cinsiyeti		
Kadın	10	5,3
Erkek	123	65,1
Kadın ve erkek	56	29,6
Madde kullanımı durumu*		
Evet	52	27,5
Hayır	137	72,5
Sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olma durumu*		
Evet	108	57,1
Hayır	81	42,9
Yasal veya yasal olmayan silah bulundurma durumu*		
Evet	25	13,2
Hayır	164	86,8
Nörolojik sorunu olma durumu*		
Evet	41	21,7
Hayır	148	78,3
Şiddetin türü*		
Sözel Şiddet		
Evet	165	86,8
Hayır	25	13,2
Fiziksel şiddet		
Evet	57	30,2
Hayır	132	69,8
Zorbalık/psikolojik şiddet		
Evet	54	28,6
Hayır	135	71,4
Cinsel taciz		
Evet	4	2,1
Hayır	184	97,6

* Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Şiddete maruz kalan katılımcıların şiddete maruz kaldıktan sonra, %27,0'ının mesleğe bakışının olumsuz yönde değiştiği, %458,0'ının ise kısmen değiştiği; %52,9'unun tekrar şiddete maruz kalma korkusu yaşadığı; %30,1'inin işe dönmekten korktuğu; %57,7'sinin iş performansında azalma olduğu; %26,5'inde uyku düzensizliği olduğu; %32,8'inin mesleğe inancını kaybettiği; %23,3'ünün baş ağrıları yaşadığı; %38,1'inin şaşkınlık yaşadığı; %44,4'ünün tükenmişlik hissettiği; %28,6'sının güçsüzlük hissettiği; %63,0'ünün üzüntü duyduğu; %15,3'ünün kendini suçladığı; %28,6'sının depresyon yaşadığı; %67,2'sinin öfke duyduğu; %55,0'ında stresin arttığı; %36,5'inin korku yaşadığı; %46,6'sının güven kaybı yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4: Gaziantep 112 Acil Sağlık Çalışanlarının Şiddete Maruz Kaldıktan Sonra Yaşanan Duyguların Dağılımı (n:189)

Şiddet sonrası yaşanan duygular		n	%
Şiddetten sonra mesleğe bakış açısının olumsuz yönde değişme	Evet	51	27,0
	Hayır	53	28,0
	Kısmen	85	45,0
Tekrar yaşama korkusu	Evet	100	52,9
	Hayır	89	47,1
İşe dönmekten korkma	Evet	57	30,1
	Hayır	132	69,9
İş performansında azalma	Evet	109	57,7
	Hayır	80	42,3
Uyku düzensizliği	Evet	50	26,5
	Hayır	139	73,5
İnancını yitirme	Evet	62	32,8
	Hayır	127	67,2
Baş ağrıları	Evet	44	23,3
	Hayır	145	76,7
Şaşkınlık	Evet	72	38,1
	Hayır	117	61,9
Tükenmişlik	Evet	84	44,4
	Hayır	105	55,6
Güçsüzlük	Evet	54	28,6
	Hayır	135	71,4
Üzüntü	Evet	119	63,0
	Hayır	70	37,0
Kendini suçlama	Evet	29	15,3
	Hayır	160	84,7
Depresyon	Evet	54	28,6
	Hayır	135	71,4
Öfke	Evet	127	67,2
	Hayır	62	32,8
Streste artma	Evet	104	55,0
	Hayır	85	45,0
Korku	Evet	69	36,5
	Hayır	120	63,5
Güven kaybı	Evet	88	46,6
	Hayır	101	53,4

Şiddet mağduru sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile şiddeti tekrar yaşama korkuları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma süresine ile diğer yaşanan duygular arasında; cinsiyet ile şiddete maruz kaldıktan sonra diğer yaşanan duygular arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

3.Tartışma

Bu çalışmada, 112 acil sağlık çalışanlarının yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ünün çalışma hayatlarında şiddete maruz kaldığı, yarısından fazlasının ise son 12 ay içerisinde şiddete tanıklık ettiği görülmektedir. Literatür değerlendirmesi yapıldığında iş yeri şiddetine en çok maruz kalan

grupların sağlık çalışanları olduğu ve sağlık çalışanları içerisinde ise en çok acil servis çalışanlarının ve 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının maruz kaldığı görülmektedir (TBMM Komisyon Raporu, 2013; Gillespie ve HowardPk, 2010:177-184; Cruz ve Klinger, 2011). Sağlık çalışanlarının diğer gruplara nazaran daha fazla şiddete maruz kalmalarının nedeninin, görev kapsamlarının içerisinde hasta bireyler ve yakınlarının olması, bu kişilerin içinde buldukları acil durumdan dolayı korku, endişe ve stres gibi durumlarla çoğu zaman yaşadıkları baş edemeyip, şiddete başvurabildikleri düşünülmektedir.

Bu çalışmada şiddet mağdurlarının hangi tür şiddete maruz kaldıklarına bakıldığında, en fazla sözel şiddete maruz kalındığı görülmektedir. Literatür incelemelerinde de en sık maruz kalınan şiddetin söz şiddet olduğu belirlenmiştir. Bernaldo ve arkadaşlarının Madrid’te hastane öncesi acil servis çalışanları ile yaptıkları çalışmada paramediklerin yaklaşık $\frac{1}{3}$ 'ünün (Bernaldo-de-Quirós, 2015:260–270); Şahin ve arkadaşlarının Ankara’da yaptıkları çalışmada acil servis çalışanlarının $\frac{1}{2}$ 'sinin (Şahin vd., 2011:110-114); Kitaneh ve Hamdan’ın Filistin’de yaptıkları çalışmada tüm hastane çalışanlarının yaklaşık $\frac{2}{5}$ 'sinin sözel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Kitaneh ve Hamdan, 2012: 469). Bu çalışmalarda ki benzer sonuçlar, bize sağlık çalışanlarına yönelik sözel şiddetin çok yaygın olduğunu göstermektedir.

Araştırmada sözel şiddete ek olarak önemli oranda ($\frac{3}{10}$) fiziksel şiddete maruziyet olduğu da saptanmıştır. Fiziksel şiddet sonucunda azımsanmayacak oranda ($\frac{1}{6}$) mağdurların fiziksel yaralanma geçirdiği, yaralanmaların yarısından fazlasının tedavi gerektirdiği ve tedavi sonucunda büyük bir kısmının ise rapor gerektirdiği saptanmıştır. Ancak şiddete maruz kalanların, yalnızca yarısına yakınının şiddeti gerekli makamlara bildirdiği görülmüştür. Bunun nedeninin, bürokratik engeller ve mağdurların tekrar saldırgan ile karşı karşıya gelmek istememesi gibi durumlara en sık maruz kalınan şiddet türünün sözel olmasından ve bireylerin fiziksel bir şiddete maruz kalmadıkları ve yaralanma oranlarının düşük olması nedeniyle bildirim oranının bu kadar düşük olduğu düşünmekteyiz.

Literatür incelemelerindeki yurtiçi ve yurt dışı araştırmalarda şiddet uygulayan bireylerin çoğunlukla hasta yakını olduğu belirlenmiştir (Akca, 2011:1-12; Sarcan, 2013; Akbaş vd., 2016: 93-100; Kitaneh ve Hamdan, 2012: 469; Günaydın ve Kutlu, 2012: 1-5). Araştırmamızda da en fazla şiddeti uygulayanın hasta yakınları olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3). Hasta yakınlarının yüksek oranda şiddet eğilimli olmalarının nedeninin, yakınları acı ve ıstırap içinde olduklarında, kendilerini çaresiz hissettiklerinden ve kontrol edememelerinden, koruyuculuk içgüdüsünden kaynaklanıyor olabileceği ya da iletişim sorunları, yeterli personelin olmaması nedeniyle yeterince bilgilendirilememeleri gibi problemlerden kaynaklanıyor olabileceği kanaatindeyiz.

Bu çalışmada şiddete eğilim konusunda cinsiyetin etkili olduğu ve şiddet uygulayanların %65,1'inin erkek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Akbaş ve arkadaşlarının 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları ile yaptıkları çalışmada da şiddet uygulayanların büyük oranda erkekler olduğu belirlenmiştir (Akbaş vd., 2016: 93-100). Literatürde karşılaşılan diğer çalışmalarda da benzer veriler elde edilmiştir (Dursun, 2012:103-113; Kitaneh ve Hamdan, 2012: 469; Günaydın ve Kutlu, 2012:1-5). Genç erkeklerin şiddetin her türüne çok fazla maruz kaldıklarının ve bu bireylerin genellikle kadınlara ve kızlara şiddet uyguladıkları literatür taramalarında görülmüştür. Ayrıca dünya genelinde erkeklerin daha fazla silah kullandıkları, savaşta, sokakta, evde, hatta okul bahçelerinde kadınlardan daha çok dövüştükleri, erkeklerin daha fazla alkol kullandıkları ve alkollü iken daha fazla şiddete eğilimli oldukları da görülmüştür (Körükçü, 2012;396-413). Literatür taramaları sonucunda erkeklerin şiddete olan eğilimlerinin nedenleri hakkında bilgiler elde edilebilmektedir.

Şiddet, maruz kalan birey üzerinde birden fazla olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Bireylerde meslekten soğuma, öfke, korku, üzüntü, depresyon gibi birçok olumsuz etki oluşturmakta ve bu durum bireylerin çalışma hayatlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Kitaneh ve Hamdan, 2012: 469; Kahriman: 77-83; Kamchuchat vd., 2008: 201-207; Pınar ve Pınar 2012: 315-326). Araştırmamızda şiddete maruz kalanların yoğun olarak yaşadıkları duygular da literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. Şiddete maruz kalanların yaşadıkları en büyük olumsuz duygunun yüksek oranda öfke olduğu saptandı. Ayrıca üzüntü yaşama, iş performansında azalma, stres oranında artış, çalışanların büyük bir kısmında şiddeti tekrar yaşama korkusu, tükenmişlik, güven kaybı, mesleğe bakış açısının değişme olduğu saptanmıştır.

Sucu ve arkadaşlarının acil servis ve 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada, katılımcıların en çok yaşadıkları duyguların kızgınlık ve üzüntü olduğu (Sucu vd., 2007: 156-162); Bernaldo ve arkadaşlarının çalışmasında şiddet mağdurlarının en çok anksiyete yaşadıkları (Bernaldo-de-Quirós, 2015:260–270); Günaydın ve Kutlu'nun hemşireler ile yaptıkları çalışmada ise katılımcıların en çok yaşadığı duyguların kızgınlık ve korku olduğu (Günaydın ve Kutlu, 2012: 1-5) belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının birimleri farklılık gösterse de yaşanan duyguların çoğunlukla benzer olduğu görülmektedir. Öfke ise en belirgin şekilde karşımıza çıkan durumdur. Sağlık çalışanlarının şiddet sonrası yaşanan bu duygularla baş edilebilmesi için düzenli aralıklarla profesyonel destek almaları önerilmektedir. Şiddete maruz kalmak normal şartlarda katlanılması zor bir durum olsa da çalışma gruplarının riskli hastalar olması nedeniyle, sağlık çalışanlarının şiddet karşısında otokontrolü oldukça önemlidir.

SONUÇ

Şiddetin 112 Acil sağlık hizmetlerinde ne kadar yaygın olduğu bu araştırmanın sonuçlarında da görülmüştür. Bununla birlikte şiddete maruz kalan acil sağlık personelinin gerekli birimlere resmi bildirimde bulunma oranları son derece düşüktür. Maruz kalınan şiddet oranlarının yüksek olması, iş sağlığı ve güvenliğini olumsuz etkilemekte ve hizmet sunumunun etkinliğini bozmaktadır. Aynı zamanda, şiddete maruz kalan acil sağlık personelinde en çok öfke, üzüntü, iş performansında azalma gibi sorunların olduğu görülmektedir. Acil sağlık hizmetlerinde şiddeti azaltmaya yönelik köklü değişiklikler yapılması gerekmektedir. Geliştirilecek önlemlerde, hizmetin yararlanıcılarına yönelik kamu spotlarının oluşturulması, şiddet uygulayanlara yönelik rehabilitasyon programlarının düzenlenmesi ve şiddete maruz kalan personelin, gerekli makamlara bildirimlerde bulunmaları konusunda teşvik edilmelerinin yanı sıra, şiddete maruz kalan personele yönelik rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

- Akbaş, M., Boz, A., Durdun, A., Çetin, S., Kılıçaslan, A. (2016). 112 Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Şiddete Yönelik Davranışları. *DEUHFED*. 9(3): 93-100.
- Akca, N. Yılmaz, A., Işık, O. (2014). Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 13(1):1-12.
- Annagür, B. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2(2): 161-173.
- Atan, SÜ. ve Dönmez S. (2011). Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. *Adli Tıp Dergisi*. 25(1): 71-80.
- Bernaldo-de-Quirós, M., Piccini, AT., Gómez, MM., Cerdeira, JC. (2015). Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 52: 260–270.
- Büyükbayram, A. Okçay, H. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 4(1): 46-53.
- Canbaz, S., DüNDAR, C., Dabak, F., Sünter, AT., Pekşen, Y., Çetinoğlu, EÇ. (2008). Samsun'da hastane acil servisleri ve 112 acil çalışanlara karşı şiddet: Epidemiyolojik bir çalışma. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*. 14(3): 239-244.
- Cruz, A. Klinger, S. Gender-based violence in the world of work: Over view and selected annotated bibliography. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_155763.pdf (Erişim Tarihi: 25.07.2016).

Çamcı, O. Kutlu, Y. (2011). Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2(1): 9-16.

Di Martino, V. (2002) *Workplace Violence in the Health Sector: Country Case Studies*.

http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/WVs

ynthesisreport.pdf (Erişim Tarihi: 10.04.2018).

Doğanay, İ. (2014). ALO 113-BEYAZ KOD: Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Yaşadığı Şiddet Olgusu ve Çözüm Önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 1(2): 136-140.

Dursun, S. (2012). İşyeri Şiddetinin Çalışanların Tükenmişlik Düzeyi Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. *Çalışma İlişkileri Dergisi*. 3(1): 103-113.

Günaydın, N. Kutlu, Y. (2012). Experience of Workplace Violence Among Nurses in Health-Care Settings. *Journal of Psychiatric Nursing*. 3(1): 1-5.

Gillespie, Gl., Howard, PK. (2010). Work Place Violence İn Health care Settings: Risk Factors And Protective Strategies. *Rehabilitation Nursing*. 35(5): 177-184.

Kahriman, İ. (2014). Determination of the Situation of Exposed to Verbal and Physical Violence of Nurses. *Journal of Psychiatric Nursing*. 5(2): 77-83.

Kamchuchat, C., Chngsuvivatwong, V., Oncheuntjit, S., Yip, TW., Sanhyhong, R. (2008). Work place Violence Directed at Nursing Staff at a Genel Hospital in Southern Thailand. *J Occup Health*. 50; 201-207.

Kitaneh, M., Hamdan, M. (2012). Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 12: 469.

Körükcü, Ö., Kayır, GÖ., Kukulu, K.(2012). Kadına yönelik şiddetin sonlanmasında erkek işbirliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*:4(3):396-413.

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, 2013. <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2012014171439-5256.pdf> (Erişim Tarihi: 25.01.2018)

Sarcan, E. (2013). *Toplumun sağlık çalışanlarına uygulanan şiddete bakış açısı*. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı. Gaziantep.

Sucu, G., Cebeci, F., Karazeybek, E. (2007). Acil Birim Çalışanlarına Hasta ve Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddet. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*. 7(4): 156-162.

Şahin, B., Gaygısız, Ş., Balcı, FM., Öztürk, D., Sönmez, BD., Kavalcı, C. (2011). Yardımcı Acil Sağlık Personeline Yönelik Şiddet. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*. 11(3): 110-114.

Pınar, T. ve Pınar, G. (2012). Sağlık Çalışanları ve İş yerinde Şiddet. *TAF Prev Med Bull*. 12(3): 315-326.

HOD, Nisan 2018, 3(1): 31-42

World report on violenceandhealth: summary.
[http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf] (Erişim
Tarihi: 25.07.2016).

BİR GRUP MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİSİNİN AKADEMİK ÖZYETERLİK VE MESLEKİ BENLİK SAYGISI DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ¹

Deniz Zeynep SÖNMEZ² Eray GÖÇ³

Özet

Amaç: Bu araştırma, meslek yüksekokulunda öğrenim gören üniversite öğrencilerinin akademik özyeterlik algıları ile mesleki benlik saygısının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Tanımlayıcı nitelikte olan araştırmanın örneklemini ilk ve acil yardım programı ile özel güvenlik ve koruma programlarında öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur. Veriler sosyo-demografik veri toplama formu ve beşli Likert skalasıyla sunulan iki ölçek aracılığı ile elde edilmiştir. Elde edilen veriler SPSS istatistik programı ile analiz edilmiştir. Veriler sayı, yüzdeler, student t testi, pearson korelasyon katsayısı, mann whitney U testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Akademik Özyeterlik Ölçeğinden alınan puanlar ile Mesleki Benlik Saygısı Ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel yönden anlamlı pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. İlk ve acil yardım programında okuyan öğrencilerin akademik özyeterlik ve mesleki benlik saygısı ölçek puanları, özel güvenlik ve koruma programında okuyan öğrencilerin ölçek puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin okudukları bölümden memnun olma düzeyleri ile mesleki benlik saygıları karşılaştırılmış ve buna göre öğrenim gördükleri programdan memnun olma düzeyi yüksek olan öğrencilerin, mesleki benlik saygılarının yüksek olduğu bulunmuştur. Yine kendilerini akademik anlamda başarılı bulan öğrencilerin akademik özyeterlik ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Meslek yüksekokullarında öğrenim gören öğrencilerin, öğrenim gördükleri programa göre akademik özyeterlik düzeyleri ve mesleki benlik saygıları farklılık göstermektedir. Mesleki eğitimin ve bilincinin erken yaşta başlaması ve öğrencilerin eğitim gördükleri meslek alanından memnun olmaları, akademik özyeterlik ve mesleki benlik saygısını olumlu yönde etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Akademik Özyeterlik, Mesleki Benlik Saygısı, Paramedik, Özel Güvenlik.

¹Bu çalışma, 18-20 Mayıs 2017 tarihli VI.Uluslararası Meslek Yüksekokulları Sempozyumu'nda sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

² Çankırı Karatekin Üniversitesi Eldivan Sağlık Hizmetleri MYO Çankırı-TÜRKİYE
E-posta: dzeynep@gmail.com

³ Çankırı Karatekin Üniversitesi Yapraklı Meslek Yüksekokulu Çankırı- TÜRKİYE
E-posta: eraygoc@karatekin.edu.tr

EVALUATION OF ACADEMIC SELF-EFFICACY AND PROFESSIONAL SELF-ESTEEM LEVELS OF A GROUP OF STUDENTS OF VOCATIONAL SCHOOL

Abstarct

Objective: This research was conducted to determine the academic self-efficacy perceptions and professional self-esteem of university students in vocational college.

Materials and Methods: The sample of this descriptive type research was composed by the students of first and emergency aid program and the student who were training in the special security and protection program. Data were collected through two scales; socio-demographic data collection form and five-point Likert scale. The obtained data were analyzed by SPSS statistical program. Data were analyzed using number, percentile, Student t Test, Pearson Correlation Coefficient, Mann Whitney U Test.

Findings: It was determined that there was a statistically significant positive relation between the scores obtained from the Academic Self-Efficacy Scale and the Resume of Professional Self-Efficacy. The scores of academic self-efficacy and occupational self-esteem scores of first and emergency program students were found to be statistically significantly higher than the ones in the private security and protection program. The level of satisfaction of the students from the program that they involve and their professional self esteem were compared, according to this the students who had high levels of satisfaction from the program also had the high levels of professional self esteem scores. the students who found themselves successful in academic terms were found to have a statistically significant higher level of academic self-efficacy scale scores. The academic self-efficacy scale scores were found to be statistically significantly high over the students who find themselves academically successful.

Conclusion: The levels of academic self-efficacy and professional self-esteem differ according to the program the students involve at vocational schools. Early onset of the vocational education and vocational consciousness,

being satisfied with the profession in which the students are trained affects the academic self-efficacy and the professional self-esteem positively.

Keywords: Academic Self-Efficacy, Vocational Self-Esteem, Paramedic, Private Security.

GİRİŞ

Özyeterlik algısı, insanların hayatlarını etkileyen olaylara etki eden, belirli performans seviyelerini gerçekleştirme inançları olarak tanımlanır (Bandura, 1994;1). Özyeterlik kavramı kişinin belirli bir konuda başarılı olabilmesi için gereken faaliyetleri organize ederek gerçekleştirebileceğine dair inancıdır (Akyüz, 2016:89). Bireylerin karşılaştıkları zor ya da tehdit edici durumlar karşısında yeteneklerine inançları bu durumlarla baş etmelerinde etkili

olmaktadır. Özyeterlik inancı yüksek olan bireylerin zor süreçlerle mücadele etme motivasyonları daha yüksek olmaktadır. Özyeterliği düşük olan bireyler ise zorlu görevlerde pes edebilmekte ve hayal kırıklığı yaşayabilmektedir (Bandura, 1993:132). Akademik özyeterlik ise bireylerin önceden planlanmış eğitim başarılarına erişebilmek için gereken faaliyetleri düzenleyebilme ve bu faaliyetleri gerçekleştirebilme kapasiteleriyle ilgili kanaatleri olarak tanımlanabilir (Akyüz, 2016:89).

Belli bir mesleğe yönelik olarak eğitim alan öğrencilerin seçtikleri mesleğe ilişkin sahip oldukları bir diğer kavram da mesleki benlik saygısıdır. Meslek, “bir kimsenin hayatını kazanmak için yaptığı, diğer insanlara yararlı bir hizmet ya da ürün sağlamaya yönelik olan, kuralları toplumca belirlenmiş ve belli bir eğitimle kazanılan bilgi ve becerilere dayalı etkinlikler bütünü” olarak tanımlanır. Bireyin mesleği, kimliğini oluşturan ve onu tanımlayan önemli bir unsur olarak algılanmaktadır (Yeşilyaprak, 2011:6). Bireyler yaptığı meslek aracılığı ile yaşamdaki diğer rollerini ve toplum içindeki statüsünü kazanır. Bireylerin toplumsal statüsünü belirleyen en önemli kriterlerden biri yaptığı meslektir (Yeşilyaprak, 2011:6; Dilmaç ve Ekşi, 2012:66; Şener vd., 2011:12). Bireylerin meslek seçiminde, sahip oldukları benlik kavramının önemli etkisinin olduğu, birey kendisi ile ilgili değerlendirmelerine uygun olduğu ya da olmadığına dair kanaatine göre, bir mesleğe yöneldiği düşünülmektedir (Meyvacıoğlu; 1983:2).

Günümüzde nüfusun artması ile birlikte çeşitli meslek gruplarının önemi ve etkinliği de artmıştır. Bunlardan bir tanesi acil sağlık hizmetleri alanında hizmet veren ilk ve acil yardım teknikerliği (paramedik) mesleğidir. Modern tıbbi yaklaşımlarda yaşanan gelişmeler, araç gereçlerdeki teknolojik ilerleme ve toplumun daha geniş bir coğrafik alanda hizmet beklemesi gibi nedenlerden dolayı, acil sağlık hizmetlerinde bazı değişimler zorunlu hale gelmiştir (Eryılmaz, 2007:1). Bu zorunluluktan doğan paramedik mesleği; ülkemizde, sağlık meslek yüksekokulları bünyesinde ön lisans düzeyinde bir eğitimi gerektirmektedir. Acil sağlık hizmetlerinin sunumunda çok önemli bir yere sahip olan paramedikler yaşam zincirinin anahtarı olarak tanımlanmaktadır. Paramedikler acil bakımın profesyonel seviyede verilmesinden sorumlu kişilerdir. Hastane öncesi acil bakımda paramediğin görevi acil bir olay ile başlar ve hastanın hastaneye nakledilmesi ile sona erer (Ünlüoğlu vd., 2000:308). Paramedikler ayrıca hastanedeki acil bakım hizmetlerinde de görev alabilmekte; acil servislerde görev yetki ve sorumlulukları dahilinde hasta bakımına katılmaktadırlar (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik;2007 Madde 28).

Paramedik mesleği gibi artan toplumsal ihtiyaca cevap vermeye çalışan bir diğer meslek grubu ise özel güvenlik mesleğidir. Özel güvenlik, özel kişi ve kuruluşlarca, kar amacıyla, talepte bulunan kişi ve kuruluşlara ücret karşılığında, güvenlik araştırması yapan ve/veya

güvenlik hizmeti sunan kişi veya kuruluşlar olarak tanımlanabilir (Kuyaksil, 2013:348). Güvenlik görevliliği de başka meslekler gibi planlı programlı eğitim almayı gerektiren bir meslektir. Ülkemizde birçok üniversiteye bağlı meslek yüksekokullarında “özel güvenlik ve koruma programı” olarak ön lisans düzeyinde bir eğitim ile özel güvenlik mesleği kazanılabilmektedir. Ancak farklı ve daha kısa süreli eğitim süreçlerinden geçerek de bu unvanı almak mümkündür. Güvenlik hizmetleri toplumun önemli ihtiyaçlarından bir tanesidir ve bu ihtiyaca cevap veren meslek üyesi özel güvenlik görevlisinin bir takım önemli özelliklere sahip olması beklenir (Kuyaksil; 2013:348).

Paramedik ve özel güvenlik mesleğinin ortak yanları, uğraş alanlarının insan olması ve çoğu zaman, acil durum ve belirsizliklerin fazla olduğu durumlarda hizmet sunmak zorunda olmalarıdır. Her iki meslek de zor koşullar altında görev yapmak ve bu zor koşulları mesleki bilgi beceri ile birlikte, kişisel özelliklerini de kullanarak yönetmek durumundadır. Mesleki eğitim sürecinde, öğrencilerin sahip olduğu kişisel algı ve inançları mesleğe yönelik tutumlarını ve mesleki gelişimlerini etkileyebilir. Öğrencilerin mesleğe ilişkin değer yargılarını belirleyen mesleki benlik saygılarının ve akademik özyeterlik inanç düzeylerinin bilinmesi öğrencilere verilen eğitiminin etkinliğinin artırılmasında etkili olabilir. Bu araştırmanın amacı, Meslek Yüksekokullarının “İlk ve Acil Yardım Programı” ve “Özel Güvenlik ve Koruma Programı”nda öğrenim görmekte olan bir grup meslek yüksekokulu öğrencisinin akademik özyeterlik düzeyleri ile mesleki benlik saygılarının çeşitli değişkenler açısından belirlenmesidir. Öğrencilerin akademik özyeterlikleri ve mesleki benlik saygı düzeylerinin belirlenmesi öğrencilerin bu alanlarda güçlendirilmesi için daha sonra yapılacak çalışmalarda rehber niteliği taşıyacaktır.

1. Gereç ve Yöntem

Araştırmanın evrenini Çankırı ilinde bulunan Çankırı Karatekin Üniversitesi Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ve Yapraklı Meslek Yüksekokulu’nda öğrenim görmekte olan öğrenciler oluşturmaktadır. Örneklem ise bu öğrencilerden araştırmaya katılmayı kabul eden, ikinci sınıfta öğrenim gören 151 öğrenciden oluşmuştur. Eğitime yeni başlamış olduğu için birinci sınıfta okuyan öğrenciler araştırmaya dâhil edilmemiştir. Verilerin toplanmasında öğrenciler ile ilgili demografik bilgileri toplamak amacıyla “Kişisel Bilgi Formu”, mesleki benlik algılarını değerlendirmek amacıyla Arıcak (1999) tarafından geliştirilen “Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği (MBSÖ)” ve öğrencilerin akademik Özyeterlik algılarını değerlendirmek amacıyla Jerusalem ve Schwarzer (1981) tarafından geliştirilen ve tek boyut içeren “Akademik Özyeterlik İnanç Ölçeği (AÖÖ)” kullanılmıştır. Uygulamaya başlanmadan önce etik kurul onayı alınmıştır. Öğrencilerin ders programlarının uygun olduğu saatlerde,

araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilerek, çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere veri toplama araçları sınıf ortamında uygulanmıştır.

Arıcak (1999) tarafından geliştirilmiş olan Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği, bir mesleği tercih etmiş, bir alanda mesleki eğitim gören ya da bir mesleği icra eden 17 yaş ve üstü bireylerin ilgili mesleğe olan saygı tutumlarını ölçmek amacıyla kullanılabilir. Arıcak Mesleki Benlik Saygısı Ölçeği 30 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Bu maddelerin 14'ü olumlu, 16'sı olumsuz ifadeler içermektedir. Olumsuz maddelerde puanlama ters yönde yapılmıştır. Mesleki Benlik Saygısı Ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 150, en düşük puan 30'dur. Ölçekten alınan puanların yüksek ya da düşük olması, o ölçekte ölçülen özelliğin katılımcıda yüksek ya da düşük olduğunu göstermektedir (Arıcak, 1999; Körükçü, 2011). Akademik Özyeterlik İnanç Ölçeği ise 7 maddeden oluşmaktadır. Ölçek "4'lü Likert Tipi Ölçek" formundadır. Ölçekten alınan puanların yüksek olması katılımcıda ölçülen özelliğin yüksek olması olarak yorumlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe 'ye uyarlaması 2007 yılında Yılmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Yılmaz vd., 2007:255).

2. Bulgular

Tablo 1: Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=151)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%	
Öğrencilerin Yaşı (ort±sd)	20,65	±1,44	
Öğrencilerin Cinsiyeti	Kadın	80	53
	Erkek	71	47
Öğrencilerin Yaşadıkları Yer	Ev	112	74,2
	Yurt	39	25,8
Öğrencilerin Okudukları Bölüm	İlk ve Acil Yardım Programı	95	62,9
	Özel Güvenlik ve Koruma Programı	56	37,1
Bölüm seçme nedeni	Kendi isteği	141	93,4
	Aile	5	3,3
	Diğer	5	3,3
Öğrencilerin okudukları bölümden memnun olma düzeyi	Düşük düzeyde	11	7,3
	Orta düzeyde	77	51,0
	Yüksek düzeyde	63	41,7
Öğrencilerin kendilerini başarılı algılamaları	Düşük düzeyde	7	4,6
	Orta düzeyde	115	76,2
	Yüksek düzeyde	29	19,2

Tablo 1'de katılımcıların tanıtıcı özelliklerine yer verilmiştir. Öğrencilerin yaş ortalaması, 20,65 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %53'ü kadın, %47 si erkektir. Öğrencilerin %74,2'si yurttta kalmakta, %62,9'u ilk ve acil yardım programında okumaktadır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin, %93,4'ü okuduğu bölümü kendi isteği ile seçtiğini, %51,0'ı

okuduğu bölümden orta düzeyde memnun olduğunu, %76,2'si kendisini akademik anlamda orta düzeyde başarılı bulduğunu ifade etmiştir.

Öğrencilerin her iki ölçekten aldıkları puanlar arasında bir ilişki olup olmadığına bakıldığında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre akademik özyeterliliği yüksek olan öğrencilerin mesleki benlik saygılarının yüksek olabileceği ifade edilebilir ($p<0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2: Öğrencilerin AÖÖ Puanları İle MBSÖ Puanları Arasında Bir İlişki Olup Olmadığının İncelenmesi

Değişkenler	n=151	r	p
AÖÖ		0,230	0,04
MBSÖ			

Paerson korelasyon testi

Öğrencilerin okudukları bölüme göre AÖÖ puanları karşılaştırıldığında Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Programı'nda Öğrenim görenlerin ortalama puanlarının, Yapraklı Meslek Yüksekokulu Özel Güvenlik ve Koruma Programı'nda Öğrenim görenlerden yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). İki grup arasında MBSÖ puanları ortalaması karşılaştırıldığında Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Programında okuyanların ortalama puanlarının Yapraklı Meslek Yüksekokulu Özel Güvenlik ve Koruma Programı'nda okuyanlardan yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3: Öğrencilerin Okudukları Bölüme Göre AÖÖ ve MBSÖ Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Okudukları Bölüm	n=151	AÖÖ.	MBSÖ
Eldivan SHMYO (İlk ve Acil Yardım Programı)	95	20,76±3,62	121,29±21,39
Yapraklı MYO(Özel Güvenlik ve Koruma Programı)	56	23,05±3,38	112,41±20,71
T		-3,83	2,493
P		0,000	0,014

Bağımsız gruplarda t testi

Öğrencilerin kendilerini akademik anlamda başarılı bulma düzeyleri açısından AÖÖ puanları Kruskall Wallis testi ile değerlendirilmiş ve istatistiksel fark oluşturan grubu belirlemek için ardından Mann Whitney U testi yapılmıştır. Buna göre kendini akademik olarak

başarılı bulma düzeyi yüksek olan grubun, kendini düşük düzeyde akademik olarak başarılı gören gruba göre, AÖÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4: Öğrencilerin Kendilerini Akademik Anlamda Başarılı Bulmaları Açısından AÖÖ Puanlarının Değerlendirilmesi

Akademik olarak başarılı algılama düzeyi	n=144	ST	S.O.	U	z	p
Orta düzeyde	115	65,35	7515,00	845,00	-4.115	0,000
Yüksek düzeyde	29	100,86	2925,00			

Mann Whitney U testi

Öğrencilerin okudukları bölümden memnun olma düzeyleri ile MBSÖ puanları arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmış ve gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Mann Whitney U testi yapılmış ve farklılığın okuduğu bölümden memnun olma düzeyi “orta düzeyde” olan ikinci grup ile okuduğu bölümden memnun olma düzeyi “yüksek düzeyde” olan üçüncü grup arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Buna göre bölümden memnuniyet düzeyi yüksek düzeyde olan öğrencilerin MBSÖ puanları, orta düzeyde olan öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo5).

Tablo 5: Öğrencilerin Devam Ettikleri Programla İlgili Memnun Olma Düzeyleri İle MBSÖ Puanları Arasında Anlamlı Bir İlişkinin Olup Olmadığının İncelenmesi

Okudukları bölüm ile ilgili memnun olma düzeyleri	n=140	ST	S.O.	U	z	p
Orta düzeyde	77	57,58	4433,50	1430,50	-4,169	0,00
Yüksek düzeyde	63	86,29	5436,50			

Mann Whitney U Testi

3.Tartışma

Eğitim ortamlarını inceleyen araştırmacılar, öğrenme sürecinde öğrencilerin düşünce ve inançlarının önemli rol oynadığını belirtmektedir (Dinther vd., 2011:96). Öğrencilerin kendi öğrenmelerini düzenlemeye ve akademik faaliyetleri yönetmeye olan inançları, öğrencilerin isteklerini, motivasyon seviyelerini ve akademik başarılarını belirler (Bandura, 1993:118). Özyeterlik bireyin bir fonksiyonu olmayıp, becerilerini kullanarak yapabileceklerine dair kendi

algısı olarak tanımlanabilir. Bu algı belli hedeflere ulaşmak amacıyla belirli davranışları organize etmek için gereklidir (Azar, 2010:236). Etkinliklerini düzenleyebilmede kendilerini yeterli olarak algılayan öğrencilerin akademik öz yeterlik inançları güçlü olmaktadır ve bu öğrenciler daha yüksek akademik performans göstermektedirler. Özyeterlik inançlarının diğer inançlarla, güdülenmeyle, akademik seçimlerle ve başarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Oğuz, 2015:16). Akademik özyeterlik inancı yüksek öğrenciler, öğrenme faaliyetlerine daha istekli ve gönüllü yaklaşmakta, zorluklar karşısında uzun süre dayanarak ve sabrederek daha etkili yöntemler kullanmakta ve bu inancı zayıf olan öğrencilerden daha yüksek performans göstermektedir (Akyüz, 2016:89). Ayrıca öğrencinin akademik görevlerle ilgili etkinliklerini yönetmeye dair inançlarının yüksek olması, onların stres, endişe ve depresyon düzeylerini azaltarak onları olumlu yönde etkileyebilmektedir (Zimmerman, 2000:86).

Bireyler meslek seçimlerini, yeteneklerine kişilik özelliklerine ve doyum alacaklarını düşündükleri alanlara göre yaparlar. Bireyin mesleki başarısı seçtiği mesleğin benlik yapısı ile uyumlu olması ile ilişkilidir. Buna göre mesleki benlik saygısı bireyin tercih ettiği mesleğe karşı geliştirdiği değerlilik yargısı olarak da ifade edilebilir. Bu kavram, bireyin mesleğini ne kadar önemli ve değerli gördüğü ile ilgilidir. Mesleki benlik saygısı, mesleki uyum ve doyumun bir ön koşulu sayılabilir (Şener vd., 2011:12). Meslek aynı zamanda, bireyin benliğini ifade etme araçlarından biri olarak algılanmaktadır. Mesleki benlik saygısı, bireyin mesleki rolünü kabul etmesi ve mesleki pozisyonuna ilişkin sahip olduğu bireysel değer yargısı olarak tanımlanabilir (Dilmaç ve Ekşi, 2012:66). Meslek üyelerinin mesleki başarı ve doyuma ulaşmaları, mesleğin gereklerine inanmaları ile mümkündür (Arıca, 1999:18).

Bu çalışmada ilk ve acil yardım programı ve özel güvenlik koruma programında öğrenim görmekte olan bir grup meslek yüksekokulu öğrencisinin akademik özyeterlik ve mesleki benlik saygısı düzeyleri incelenmiştir. Çalışma sonucunda öğrencilerin akademik özyeterlikleri ile mesleki benlik saygıları arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre akademik özyeterlikleri yüksek olan öğrencilerin mesleki benlik saygıları da yüksek olarak değerlendirilebilir. Bu sonuç, akademik özyeterlik algısı yüksek olan öğrencilerin mesleğe yönelik tutum ve davranışlarının olumlu olacağını göstermesi bakımından önemlidir. Bir mesleğin profesyonel statüye ulaşması ve topluma nitelikli hizmet sunabilmesi için meslek üyelerinin mesleki kimliklerinin güçlü olması gerekmektedir (Sabancıoğlu 2012;275). Öğrencilerin akademik anlamda özyeterlik algılarının güçlendirilmesi mesleki benliklerini de güçlendirebilir.

Çalışmada ayrıca öğrencilerin okudukları bölümlere göre mesleki benlik saygıları ve akademik özyeterlikleri ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Buna göre; ilk ve acil yardım programında okuyan öğrencilerin akademik özyeterlik düzeylerinin ve mesleki benlik saygı düzeylerinin özel

güvenlik ve koruma programında okuyan öğrencilerden yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde benzer bir çalışmaya rastlanılmamakla beraber, bu durumun nedeni ilk ve acil yardım programında okuyan öğrencilerin büyük çoğunluğunun sağlık meslek lisesi acil tıp teknisyenliği bölümü mezunu olmaları ve bu nedenle lise yıllarından itibaren bir meslek bilincinin gelişmeye başlaması olarak değerlendirilebilir. Aynı nedenle akademik özyeterliklerinin de yüksek olduğu düşünülebilir. Özsüer ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin akademik özyeterliklerinin okudukları bölüme göre değiştiği bulgusu bizim çalışmamız ile uyum göstermektedir (Özsüer vd., 2011:123).

Çalışmada elde edilen bir diğer sonuç ise öğrencilerin okudukları bölümden memnun olma düzeyleri arttıkça mesleki benlik saygı düzeyinin artmakta olduğudur. Buna neden olarak, mesleğe ilişkin daha önceki olumlu tutumların bölüm seçmede etkili olması olarak değerlendirileceği gibi, bölümle ilgili memnuniyetin sonradan mesleki benlik saygısını arttıran bir etken olabileceği de düşünülebilir. Yapılan literatür taramasında çalışmamıza benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, Ulusoy ve arkadaşlarının (2016) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada; çalıştıkları birimden memnun olmayan hemşirelerin mesleki benlik saygıları düşük olarak bulunmuştur (Ulusoy vd., 2016:34). Bizim çalışmamızda da araştırmaya dâhil edilen öğrencilerin okudukları bölümden memnun olma düzeyleri arttıkça, mesleki benlik saygılarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma sonuçlarından bir diğeri ise öğrencilerin kendilerini akademik olarak başarılı algılama düzeyleri arttıkça akademik özyeterlik düzeylerinin yükseldiğidir. Bu sonuç da akademik özyeterlik algısını değerlendiren ölçekten alınan puanları destekleyen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmamıza benzer bir sonuç, Oğuz'un (2015) sınıf öğretmenlerinin akademik özyeterliklerinin değerlendirildiği çalışmasında, akademik özyeterlik ile kamu personeli seçme sınavında başarılı olma beklentisi arasında bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (Oğuz, 2015:23).

Araştırmamızda cinsiyet değişkeninin akademik özyeterliği ve mesleki benlik saygısını etkilemediği bulgusuna ulaşılmıştır. İlgili literatüre bakıldığında çalışmamızla birebir uyumlu bir araştırmaya rastlanmamakla beraber; akademik özyeterlik ile ilgili yapılan çalışmalarda akademik özyeterliğin cinsiyet değişkeni açısından incelendiği çalışmalarda farklı sonuçlar ortaya konulmuştur. Durdukoca (2010) araştırmasında akademik özyeterlik algısının cinsiyete göre değişkenlik gösterdiği belirtirken; Özsüer ve arkadaşları (2011), Tunca ve Şahin (2014), Yalmancı ve Aydın (2014), Azar (2010), Oğuz (2015) çalışmalarında cinsiyet değişkeninin akademik özyeterliği etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır (Durdukoca, 2010:74; Özsüer vd., 2011:123; Tunca ve Şahin, 2014:52; Yalmancı ve Aydın, 2014:25; Azar, 2010:246, Oğuz, 2015:22). Bizim çalışmamızın bulguları, literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik taşımaktadır.

Mesleki benlik saygısı ile ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda ise Çivitçi (2010:61), Canpolat ve Özşaker (2013:97) yaptıkları çalışmalarda, cinsiyetin mesleki benlik saygısını etkilediğini belirlemişlerdir. Demir ve arkadaşları (2011:602) tarafından okul öncesi öğretmen adayları üzerinde yapılan bir çalışmada, kız öğrencilerin mesleki benlik saygı puanlarının, erkeklerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Uslu (2015:153) tarafından yapılan bir çalışmada, kız öğrencilerin mesleki benlik saygısı düzeylerinin erkek öğrencilerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızda ise mesleki benlik saygısı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Bu bulgumuz bilişim teknolojileri öğretmen adaylarının mesleki benlik saygılarının incelendiği, Dursun ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışma ile uyumludur (Dursun vd., 2014:140).

SONUÇ

Çalışmamızın sonucunda, öğrencilerin akademik özyeterlikleri ile mesleki benlik saygıları arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Buna göre, öğrencilerin akademik anlamda kendilerini yeterli görme düzeyleri arttıkça, sahip olacakları mesleğe ilişkin olumlu benlik saygısı geliştirebilecekleri düşünülebilir. Mesleki eğitim bilincinin erken yaşta başlaması ve öğrencilerin eğitim gördükleri meslek alanından memnun olmaları, akademik özyeterlik ve mesleki benlik saygısını olumlu yönde etkilemektedir. Bu sonuca göre, öğrencilerin istedikleri mesleki alanlara yönlendirilmesi, mesleki bilincin gelişmesi açısından önemli olarak görülmektedir.

Kaynaklar

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2007) TC Resmi Gazete, 26463,15 Mart 2007.

Akyüz, B., Kesen, M., Oğrak, A. (2016). Örgütsel güven ve akademik özyeterlik algısının genel sinizm ve etik dışı davranışlara etkisi. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 7(1):85-106.

Arıca, T. (1999). Öğretmen adaylarının benlik saygısı ve mesleki benlik saygılarının geliştirilmesine yönelik bir grupla psikolojik danışma uygulaması. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi (11), 11-22.

Azar, A. (2010). Ortaöğretim fen bilimleri ve matematik öğretmeni adaylarının öz yeterlilik inançları. Zonguldak Karaelmas University Journal Of Social Sciences, 6(12).

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Educational psychologist, 28(2), 117-148.

Bandura, A. (1994) Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of Human Behavior (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.

Canpolat, AM., Ozşaker, M. (2013). Physical education candidate teachers' beliefs about vocational self-esteem. Turkish Journal of Sport And Exercise, 15(2), 94-99.

Çivıtcı, A. (2010). Vocational self-esteem and psychological needs in Turkish Counseling Students. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 32(1), 56-65.

Demir, V., Gürsoy, F., Ada, Ş. (2011). Okulöncesi öğretmen adaylarının mesleki benlik saygılarının incelenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10 (1), 567-614

Dılmaç, B., Ekşi, H. (2012). Öğretmenlerin sahip oldukları değerlerin ve özgeci davranışlarının mesleki benlik saygısı açısından incelenmesi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 10(23), 65-82.

Dinther, MV., Dochy, F., Segers, M. (2011). Factors affecting students' self efficiency in higher education. *Educational Research Review*, 6, 95-108.

Durdukoca, ŞF. (2010). Sınıf öğretmen adaylarının akademik özyeterlik algılarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi* (10)1.

Dursun, ÖÖ., Çuhadar, C., Tanyeri, T., (2014). Bilişim teknolojileri öğretmen adaylarının mesleki benlik saygıları. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*.35(1),131-142.

Eryılmaz, M. (2007). Ülkemizde acil sağlık hizmetleri: İhtiyaca yönelik güncel çözüm önerileri. *Turkish Journal Of Trauma & Emergency Surgery*, 13(1), 1-12.

Körükçü, Ö., Oğuz, V. (2011). Okul öncesi eğitimi öğretmen adaylarının mesleki benlik saygıları. *Kuramsal Eğitimbilim*, 4(2), 77-85.

Kuyuksil, A. (2013). Özel güvenlikte meslek etiği. 3.Ulusal Güvenlik Sempozyumuna sunulmuş bildiri <http://www.ozelguvenlikdunyasi.com/wp-content/uploads/2013/03/+%C3%BBGS-53.pdf> 15 Ocak 2017 tarihinde alınmıştır.

Meyvacioğlu, YK. (1983). Benlik ve ideal benlik kavramlarının tercih edilen meslek kavramı ile ilişkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 16(1), 1-10.

Oğuz, A. (2015). Sınıf öğretmeni adaylarının akademik öz yeterlik inançları. *Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2 (2).

Özsüer, S., İnal, G., Uyanık, Ö., Ergün, M. (2011). Afyon Kocatepe Üniversitesinde öğrenim gören öğrencilerin akademik özyeterlik inanç düzeylerinin incelenmesi. *Afyon Kocatepe University Journal of Social Sciences*, 13(2).

Sabancıoğlu, S., Doğan, S. (2012). Profesyonel kimlik gelişimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 15(4).

Şener, DK., Karaca, A., Açıkgöz, F., Süzer, F. (2011). Hemşirelik eğitimi mesleki benlik saygısını değiştirir mi? *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(3), 12-16.

Tunca, N., Alkın-Şahin, S. (2014). Öğretmen adaylarının bilişötesi (üst biliş) öğrenme stratejileri ile akademik öz yeterlik inançları arasındaki ilişki. *Anadolu Journal of Educational Sciences International*, 4(1).

Uslu, S. (2015). Sosyal bilgiler öğretmen adaylarının mesleki benlik saygılarının demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 23(1), 141-160.

Uslusoy, EÇ., Gürdoğan, EP., Kurt, D. (2016). Hemşirelerde mesleki benlik saygısı ve meslektaş dayanışması. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 29-35.

Ünlüoğlu, İ., Ekşi, A., Anık, N. (2002). Yeni bir sağlık meslek grubu; paramedikler. *STED*, 11(4), 308.

Yalmancı, SG., Aydın, S. (2014). Fen Bilgisi Öğretmen Adaylarının Akademik Öz-Yeterlik Algılarının İncelenmesi. *e-Kafkas Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 1(2).

HOD, Nisan 2018, 3(1):43-54

Yeşilyaprak, B. (2012). Mesleki rehberlik ve kariyer danışmanlığında paradigma değişimi ve Türkiye açısından sonuçlar: Geçmişten geleceğe yönelik bir değerlendirme. *Kuram Ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 12(1), 97-118.

Yılmaz, M., Gürçay, D., Ekici, G. (2007). Akademik özyeterlik ölçeğinin Türkçe 'ye uyarlanması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, (33), 253-259.

Zimmerman, BJ. (2000). Self-efficacy: An essential motive to learn. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 82-91.

HASTANE ÖNCESİ ACİL BAKIMDA BİR İNTİHAR OLGUSUNUN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yazgül POLAT¹

Özet

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ile bağlantılı çağrı hizmetleri il ambulans servisi başhekimliklerine bağlı Komuta Kontrol Merkezi (KKM) tarafından yönetilir. KKM'ye gelen acil çağrılar ilk olarak burada değerlendirilir, doğru ve eksiksiz bilgiler alınarak olayın meydana geldiği yere en yakın ve en uygun ambulans ekibi yönlendirilir. KKM'nin görevlendirdiği ambulans ekibinin olay yerine en kısa sürede ulaşması ve etkin acil yardım sunabilmeleri için adres bilgilerinin doğru ve eksiksiz alınması yanında, olgu ile ilgili diğer önemli bilgilerin de sorgulanarak acil ekibine aktarılması gerekir. Bu bilgiler hastaya verilecek acil sağlık hizmetinin etkinliği açısından önemli olmakla birlikte, yönlendirilen acil ekibinin kendileri için güvenlik önlemlerini alması bakımından da önemlidir. Bu olgu sunumunda KKM ile 112 acil sağlık istasyonu arasında yeterli iletişim sağlanmaması durumunda karşılaşılabilecek, iş sağlığı ve güvenliği sorunları çerçevesinde, organik fosfat ile intihar girişiminde bulunan hastaya müdahale eden acil sağlık ekibinin karşılaştığı riskler tartışılacaktır. “43 yaşında erkek hasta, intihar amaçlı ilaç alımı” anonsu ile çıkış verilen çağrıda, acil sağlık ekibinin hastanın intihar amaçlı kullandığı ilaç hakkında KKM'den yeterli bilgi alamaması sonucu karşılaşılan riskler, iş sağlığı ve güvenliği açısından önemli sorunlar oluşturmuştur. Bu olgu sunumunda acil sağlık ekiplerinin KKM ile diyaloglarının eksiksiz olması gerektiği, diyalog eksikliğinin ekipleri iş sağlığı ve güvenliği açısından hangi risklerle karşı karşıya bırakabileceği sergilenmeye çalışılmıştır.

Anahtar Kelime; Acil Sağlık Hizmetlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği, Riskli Durumlarda Acil Hasta Yönetimi, Organik Fosfat Zehirlenmesi.

EVALUATION OF A SUICID CASE FOR OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY IN PREHOSPITAL EMERGENCY CARE

Abstract

Call services related with the prehospital emergency healthcare services are managed by the Command Control Center (CCC) affiliated to the Provincial Ambulance Services Division. Emergency calls addressed to the Command and Control Center are firstly evaluated there by obtaining complete and

¹ Paramedik, İzmir İl Ambulans Servisi Başhekimliği, İzmir, prmdc_yzgl@hotmail.com

correct information after which the closest and most suitable ambulance team is directed to the scene of incident. Address information should be complete and adequate to ensure timely response of the assigned ambulance team and besides, other important and necessary information about the case should be inquired and made available to the relevant team. Such information is essential for efficiency of the emergency healthcare services provided to the patients as well as for the adoption of security measures at the scene of incident by the emergency healthcare team. In this case study, risks that may be faced by the emergency healthcare team in a suicide case with organic phosphate intake will be assessed within the framework of the occupational health and safety problems in the absence of sufficient communication between Command and Control Center and 112 emergency health station. In this case, the call specified “suicidal drug intake of a 43-year old male” but the emergency healthcare team could not get any information from the Command and Control Center about the relevant medicine which became decisive in the associated occupational health and safety risks. This study aims to put forth that dialogues between the emergency healthcare teams and CCC must be complete, and tries to specify the occupational health and safety risks that may be faced by the teams as a result of the insufficient dialogue.

Keywords: Occupational Health and Safety in Emergency Healthcare Services, Emergency Patient Management in Risky Conditions, Organic Phosphate Poisoning.

GİRİŞ

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde saha olgu yönetimi, KKM’ne acil çağrının gelmesi ile başlar. Gelen çağrı değerlendirilir, olgu hakkında gerekli bilgiler (çağrıya neden olan olay, olayın nasıl gerçekleştiği, hastanın/yaralının bilincinin açık olup olmadığı, nefes alıp almadığı, yaşı ve olay yeri adresi) alındıktan sonra olay yerine en yakın ve uygun acil ambulans ekibi görevlendirilir. KKM tarafından tüm bilgiler ambulans ekibine doğru ve eksiksiz olarak verilir. Olay yerinde sağlık ekiplerinin güvenliğini tehlikeye düşürecek bir durum olması halinde (yangın, patlama, saldırgan şahıs, elektrik çarpması, ikincil kazalar vb.), KKM, kolluk kuvvetleri, Türkiye Elektrik Dağıtım Anonim Şirketi, Devlet Su İşleri, Acil Kurtarma Sağlık, İtfaiye gibi birimlerle işbirliği içinde olmalıdır. Olay yerine yönlendirilen acil sağlık ekibi, bu birimler tarafından güvenlik önlemleri alınmadan olaya müdahalede bulunmamalıdır. Acil sağlık ekiplerinin hayatını tehlikeye düşüren sorunlar, sadece güvenlik ile ilgili olanlar değildir. Görevlilerin acil bakım ve yardım sırasında enfeksiyon etkeni ile temas etme, zehirlenme, bulaşıcı hastalıklara yakalanma gibi diğer ciddi durumlarla da karşılaşma olasılığı yüksektir. Acil çağrıyı karşılayan ve ekibe bildiren KKM çalışanları olayın oluş mekanizması hakkında detaylı bilgi toplamalı ve acil sağlık ekiplerini var olan tüm riskler konusunda uyarmalı ve kişisel koruyucu ekipmanların kullanılacağı durumlarda ambulans ekibi önceden haberdar edilmelidir.

Özellikle zehirlenme olgularında, acil bakıma başlamadan önce, zehirlenme etkeninin bilinmesi tedaviyi yönetme bakımından oldukça yararlıdır. Organik fosfat zehirlenmesinde hastaya yaklaşım; yoğun oksijen desteği, genel yaşam desteği, absorpsiyonun önlenmesi ve dekontaminasyon şeklinde sayılabilir. Hastaya uygulanacak resüsitasyon esnasında ise ikinci bulaşım önlenmesi amacıyla sağlam maske ve önlük kullanılmalı, koruyucu gözlükler takılmalıdır. Zehirlenme şüphesi olan hasta, kontamine olan çevreden uzaklaştırılmalı, elbiseler ve takılar tamamen çıkartılmalı ve tek kullanımlık plastik torbalara konulmalıdır. Hasta bol sabunlu su ile yıkanmalı, mümkünse ikinci kez sulandırılmış etanol ile yıkanarak dekontaminasyon sağlanmalıdır. Dekontaminasyon saçlı deri, saçlar, ve tüm cildi kapsamalı, bu esnada ciltten absorpsiyon önlenmeli, kontamine sıvılar güvenli bir yere akıtılmalıdır (Yürümez, 2003:9-22).

Organik fosfat tarım alanında ürünlere zarar veren haşerelerle mücadelede kullanılan kolinerjik bir ajandır. Yanlışlıkla veya kasıtlı olarak bu maddeye maruz kalan kişilerde olduğu kadar, onlara müdahale eden acil sağlık çalışanlarında da ciddi riskler oluşturmaktadır. İlacın emilimi, deri, mukoza, konjunktiva, gastrointestinal sistem ve solunum sistemi ile gerçekleşmektedir. Bu hastalara müdahale eden sağlık çalışanları da belirtilen giriş yollarıyla kolinerjik etkeni vücutlarına alıp zehirlenebilmektedirler (Güven,2004). Bu olgu sunumunda iki durum hakkında farkındalık oluşturmaya çalışılmıştır; ilk olarak KKM’de çağrı karşılayan sağlık çalışanlarının hasta öykülerini tam ve eksiksiz almaları ve bunları acil sağlık ekibine eksiksiz olarak aktarabilmelerinin önemi; ikinci olarak da istasyonda görevli her sağlık çalışanının önemli sorunu olan “güvenlik önlemlerinin” daha iyi planlanması ve sahaya giden ekiplerin güven içinde çalışabilmeleri için KKM çalışanlarının kolluk kuvvetleri, itfaiye gibi kuruluşlarla daha iyi işbirliği yapmasının önemine vurgu yapılmıştır. Her iki durumda sağlık çalışanlarının iş güvenlikleri açısından en üst düzeyde önem taşımaktadır.

1.Olgu

KKM telsiz ile acil sağlık ekibine, 43 yaşında erkek hasta için “intihar amaçlı ilaç alımı” bilgisiyle çıkış verilmiştir. Ambulans ekibi sorumlu paramediği, KKM’ne telsizle ulaşmış ve intihar girişiminde kullanılan ilacın ne olduğunun öğrenilmesini istemiştir. Ekibin tüm ısrarlarına rağmen, KKM personeli çok yoğun olduğunu, bunu araştırmaya vakti olmadığını bildirmiştir. Yolda iki kez daha KKM ile iletişime geçilmeye çalışılsa da başarısız olunmuştur.

Yaklaşık 25 dakika içerisinde bir köyde bulunan olay yerine ulaşılmıştır. Olay yerine ulaşıldığında ambulans ekibi çalışanları gerekli malzemeleri (acil yardım çantası, monitör, oksijen, aspiratör) alarak hastanın bulunduğu eve giriş yapmışlardır. Acil sağlık ekibi, evde 43

yaşında bir erkeğin odalarda bağırarak bilinçsizce dolaştığını ve yerde “DECİS” isimli tarım ilacı kutusunun olduğunu görmüşlerdir. İlaç kutusu içeriğinin yaklaşık üçte biri yere dökülmüş olup, evde yoğun tarım ilacı kokusu hissedilmiş ve inhale edilen bu madde için ekip hiçbir önlem alamamıştır.

İlk değerlendirmede hastada, SLUDGE (Salivasyon, Lakrimasyon, Urinasyon, Defekasyon, Gastrointestinal semptomlar, Emezis) bulgularının şiddetli olduğu tespit edilmiş, hastanın ağız ve burnundan gelen sekresyonda ve gözyaşında artma, yoğun terleme ve enüresis dikkati çekmiştir. Evin içindeki yoğun tarım ilacı kokusuna rağmen acil sağlık ekibi kişisel koruyucu kıyafetleri giymemiştir. Hasta, zaman kaybedilmeden bu ortamdan uzaklaştırılmak istenmiş, ancak yaklaşık 1.90 m boyunda ve yaklaşık 150 kg olan hastanın taşıma işlemi uzun sürmüştür. Delirium tablosundaki hastayı zapt etmek ve taşımak oldukça güç olmuş, taşıma çabalarının sürdüğü sırada hastanın bilinci kapanmıştır.

Hasta, salondan çıkartılıp kapıya kadar taşınırken sürücü görevindeki sağlık elemanı tarafından koruyucu kıyafetler ambulandan getirilmiştir. Acil sağlık ekibi hızlıca gözlük, maske ve önlüğü taktıktan sonra, hastaya gerekli acil tedavi girişimlerine başlamıştır. Olay yerinde bulunan ve vakayı 112’ye bildiren hastanın komşusuna da maske ve eldiven verilmiş, evden bulabildiği iki kovaya su doldurması ve temiz bezler getirmesi istenmiştir. Paramedik önce hastanın hava yolunu açık tutmak için aspirasyon uygulamış, ardından orofarengeal havayolu kanülü takıp, hastayı balon valve maske ile solutmaya başlamıştır. Diğer ekip elemanı hızlıca kan basıncını ölçmüş ve her iki koldan damar yolu açarak %0.9NaCl solüsyonu verilmeye başlanmıştır. Damar yolunun açılması sırasında hasta yaklaşık 10 saniye süren bir nöbet geçirmiştir. Üçüncü ekip elemanı ise hastanın üzerindeki kıyafetleri çıkartmış ve kardiyak monitörizasyon sağlamıştır.

Hastanın pupillerinde pinpoint görüntüsü saptanmış, kan basıncı 80/50 mm/Hg, nabız dakikada 36 filiformik, SpO₂: %72 olarak bulunmuştur. Hastanın komşusu bir kovaya su doldurmuş ve bez temin etmiştir. Getirilen su ve bezler kullanılarak hastanın üzeri silinmiş, kontamine olan suların su giderlerine dökülmesi sağlanmıştır. Ekip, sürekli hastanın ağzından ve burnundan gelen salivasyonu aspire etmiş, lakrimasyonu ve vücudundaki teri silmiştir. KKM danışman hekimi ile iletişime geçilerek, hastanın durumu, zehirlenme ajanı, hastanın fizik muayene bulguları, yaşamsal bulgu parametreleri ve yapılan uygulamalar anlatılmış, kolinerjik zehirlenme düşünüldüğü bildirilmiş ve Sağlık Bakanlığı organik fosfat zehirlenmesi tedavi akış şemasına uygun olarak, 2 mg atropin IV uygulanması için onay istenmiştir. Bu uygulamanın SLUDGE bulguları ve pupil muayenesine göre 3-5 dakika aralıklarla tekrar edilebileceği konusunda mutabık kalınmıştır.

Hasta ambulansa alınarak en yakın hastaneye transportu gerçekleştirilmiştir. Transport esnasında ambulansın pencere ve havalandırma sistemleri açık bırakılmış, yolda KKM aranarak, taşınan olgu hakkında hastane acil servisine bilgi verilmesi istenmiştir. Transport sırasında 2 kez daha atropin 2 mg IV yapılmıştır. Hastane acil servisinde acil müdahale odasına alınan hasta, görevli doktora teslim edilmiştir. Tüm olay yeri bilgileri, olayın oluş zamanı, alınan ilacın adı ve miktarı, hastanın yaşamsal bulgu parametreleri, fizik muayene bulguları, olay yerinde yapılan müdahaleler olgu formuna eksiksiz işlenmiş, acil servis doktoruna aktarılmıştır.

2.Tartışma

Hastanın intihar amaçlı aldığı ilaç, tarım alanında kullanılan kolinerjik bir ajandır. Üretimi arttırmak ve zararlı organizmaları kontrol altına almak amacıyla kullanılan ilaç, organik fosfat bileşiklerinden oluşmaktadır. Bu bileşikler oldukça toksik olup, zehirlenme durumunda mortalite oranları yüksektir. İlaç aynı zamanda kitle imha aracı olarak kimyasal silah yapımında da kullanılmaktadır. Özellikle ekonomisi tarıma dayalı olan toplumlarda, kaza veya intihar amaçlı girişimlerle sık rastlanan önemli ve önlenemez zehirlenme nedenlerinden birisidir. Yoğun bakım tedavisi gerektiren zehirlenmeler içerisinde ön sıralarda bulunan organik fosfat bileşiklerinin genel özellikleri, ortaya çıkardığı toksik etkileri, zehirlenmelerinde tanı ve tedavide dikkat edilmesi gereken hususlar acil yardım çalışanları tarafından iyi bilinmelidir. Bu olgulara yaklaşım; dekontaminasyon, absorpsiyonun önlenmesi, hava yolunun açılması, solunum ve dolaşım desteğini içeren genel destek tedavisi ile antidot uygulamasını içermektedir (Uludağ, 2015). Hastane öncesi acil sağlık çalışanları, organik fosfata karşı korunmak amacıyla kişisel koruyucu kıyafetleri (gözlük, maske, önlük, eldiven) kullanmalı ve ancak bu şekilde olguya müdahale etmelidirler.

Örgüt; özünde bir grup insanın belli amaçlar doğrultusunda tasarlanmış işbirliğine dayanan birliktelik ile oluşan toplumsal bir sistemdir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde iletişim, sistemin üyesi olan insan gücünün veya kurumların, yüz yüze ya da iletişim araçları ile karşılıklı olarak mesajlarını iletebilmeleri ve anlaşabilmeleridir. Hastane öncesi acil bakımda iletişim ve haberleşmenin etkinliği, sistemin kalitesini doğrudan etkilemektedir (Ekşi, 2015:48). Afetler ve hastane öncesinde olay yeri yönetimini sağlamadaki en önemli unsurlardan biri iletişimdir (Calkins vd., 1999). Gerek kurum içindeki yatay- dikey iletişim ve gerekse kurumun diğer kurumlar ile iş birliğini gerektirecek her türlü iletişim, sistemin doğal ve sağlıklı işlenmesini sağlamaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri (örgüt) çalışanları, detaylı bir şekilde planlanmış ve tanımları yapılmış görevleri ve rolleri bilmek ve aynı zamanda uygulamak ile yükümlüdür (Başaran, 2004:32).

Çalışma saatlerinin neredeyse tamamını hastane dışında, olumsuz koşullarda acil sağlık hizmeti vererek geçiren acil sağlık ekipleri, diğer sağlık çalışanlarına göre iş sağlığı ve güvenliği açısından en dezavantajlı gruptur. Hastane öncesi acil sağlık personeli günün herhangi bir saatinde, olağandışı koşullarda ve en kısa sürede hastaya ulaşır, gerekli tedaviyi ve transportu sağlarken, iş kazası ve meslek hastalıkları yönünden hastanede çalışan sağlık personeline göre çok daha yüksek risk ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Ekşi, 2017:37-46). Bu olguda 112 acil sağlık ekibi ısrarla intihar amaçlı alınan maddenin ne olduğunu öğrenmek istemiştir. Acil sağlık ekibinin, can güvenliğini sağlamak için gerekli önlemleri almak ve hastaya yapılacak girişimleri planlayarak etkin tedavi ve transportu gerçekleştirebilmek için bu bilgiye ihtiyacı olduğu görülmektedir.

Yukarıdaki olgu sunumunda KKM ile acil sağlık ekibi arasında örgütsel iletişimin sağlıklı bir şekilde kurulamaması sonucunda, acil sağlık ekibinin can güvenliğinin tehlikeye girdiği anlaşılmaktadır. Bu olgu, iş sağlığı ve güvenliği açısından acil sağlık çalışanlarının ne kadar ciddi durumlar ile karşılaşabileceğini gösteren olaylardan sadece birisidir. Acil sağlık çalışanları kimi durumlarda çatışmaların ortasında, tehlikeli noktalardaki trafik kazalarında, yangın- patlama ihtimali olan yerlerde, alkol veya uyuşturucu madde alan saldırgan şahıslara ya da ajite psikiyatrik olgulara müdahale etmek zorunda kalabilmektedirler. Bu nedenlerden dolayı acil sağlık ekibi, olay yerinde olası riskler bakımından bilgilendirilmiş olmalı, olay yeri yönetimi sağlanmışsa, mutlak suretle olay yeri yöneticisi ile iletişim kurduktan sonra olguya müdahale etmelidir (Ekşi,2015:180). Bunun için acil sağlık sistemi içindeki tüm çalışanların, gerek kurum içi ve gerekse kurumlar arası çalışanlar ile etkin ve sağlıklı bir iletişime geçmeleri hayati önem taşımaktadır.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde yaşanabilecek iş kazaları ve meslek hastalıklarını azaltmak için kurumdaki tüm çalışanların üzerine sorumluluklar düşmektedir. Kurumun yönetim birimi; planlama, uygulama ve denetim mekanizmalarını doğru, eksiksiz ve zamanında uygulanmasını sağlamalıdır. KKM görevleri ise gelen çağrıları doğru ve eksiksiz alıp uygun ekiplere iletmek, acil sağlık hizmetleri bünyesinde çalışan ambulans istasyonlarının koordinasyonu ve komuta edilmesini sağlamak ve gerekli hallerde diğer kurumlar ile iletişime geçip, ambulans ekiplerinin güvenliğini sağlamak olarak sıralanabilir. Acil sağlık ekipleri ise kendilerine bildirilen olguya zamanında ulaşmalı, doğru ve erken acil tedaviyi başlatarak, hastanın en kısa sürede, en uygun hastaneye transportunu gerçekleştirmelidir. Bu sistemin eksiksiz işleminin ana prensibi, tüm birimlerin kendi arasında kuracağı etkin ve doğru iletişim ile mümkündür. Bu olgu sunumunda yaşanan olaydaki en büyük sorunlardan birinin iletişim eksikliği olduğu görülmektedir.

SONUÇ

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, iş sağlığı ve güvenliği açısından önemli risklerle sık karşılaşmaktadır. Bu risklerin fark edilmesinde ve önlem alınmasında, KKM ile acil sağlık ekibi arasındaki etkin iletişim önemlidir. Bu olgu sunumunda olduğu gibi hastane öncesi acil sağlık sisteminde yaşanan iletişim problemleri, acil sağlık personeli açısından bazen telafisi mümkün olmayan hasarlara yol açabilmektedir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde iş kazalarını önlemek, ekip elemanlarının güvenli ortamlarda çalışmasını sağlamak oldukça önemlidir. Sağlıklı iletişim ve ekip çalışması ile 112 acil sağlık çalışanlarının görevlerini, daha güvenli ortamlarda yapabilmelerine olanak sağlamak mümkündür.

Kaynaklar

- Başaran, B. (2004). “Örgüt İçi İletişim ve Yönetime Katılma İlişkisinin Genel Memnuniyet Üzerine Etkisi: Sektörel Bir Uygulama” Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler Ve Tanıtım Anabilim Dalı, Ankara.
- Calkins, S. D., Johnson, M. C., Gill, K. L., Smith C. L. (1999). “Emotional Reactivity and Emotional Regulation Strategies as Predictors of Social Behavior with Peers During Toddlerhood”. *Social Development*, 8(3):310 – 334.
- Ekşi, A. (2017). “Nükleer Kazalarda Olay Yeri Yönetimi”, *Hastane Öncesi Dergisi*, 2(1):51-62.
- Ekşi, A. (2015). *Kitlesel Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi*. İzmir: Kitapana.
- Gauge, A. (1999).For Disaster Preparedness Prehospital Triageand Communication Perfonmance in Small Mass Casualty İncident ”The American Journal of Emergency Medicine *Volume 17 Issue 2*.
- Güven, M. (2004). Organik Fosfor Zehirlenmeleri. *Yoğun Bakım Dergisi 4(2):113-121*.
- Uludağ, Ö. (2015). Organik Fosfor Zehirlenmelerinde Tanı ve Tedavide Güncel Yaklaşımlar (Review Current Approaches in Diagnosisand Treatment of Organo phosphate Poisoning). *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi 1(2):126-138*.
- Yıldırım, A., Gerdan, S. (2017). Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamındaki Mesleki Riskleri. *Hastane Öncesi Dergisi 2(1): 37-49*.
- Yürümez, Y. (2003). Deneysel Olarak Oluşturulan Organik Fosfat Zehirlenmesinde İnterlökin-10’ un Organ Hasarlarının Engelleme Üzerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı. Kayseri.