



HASTANE ÖNCESİ DERGİSİ



CİLT 1 – SAYI 2 – EKİM 2016

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>

HASTANE ÖNCESİ DERGİSİ

EKİM 2016, Cilt 1, Sayı 2



İçindekiler

1. Çanakkale 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Şiddetle Karşılaşma Durumu ve Bu Durumun Tükenmişlik Sendromu Üzerine Etkisi- The Condition Of Being Exposed to Violence of Medical Staffs Working in 122 Emergency Medical Service Stations in Çanakkale and Its Impact On Burnout Syndrome
İsmet ÇELEBİ 1
2. Afetlerden Sonra Ortaya Çıkabilecek Çevresel Risklerin Yönetimi- Management of The Possible Post-Disaster Environmental Risks Yrd.Doç.Dr. Ali EKŞİ..... 15
3. Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Reklam ve Sosyal Medyanın Rolü- The Role of Advertising and Social Media in Health Services Marketing- Öğr.Gör. Kemal TEMEL, Prof.Dr. Fevzi AKINCI 27
4. Kuruluştan Bugüne Paramedik Eğitiminde Standardizasyon Çabaları Ve Kırılma Noktaları- From Its Establishment Till Today, Standardization Efforts And Breaking Points In The Paramedic Education
Yrd.Doç.Dr.Semra ÇELİKLİ 43
5. Editöre Mektup- 14. Paramedik Eğitimi Koordinasyon Kurulu Toplantısı Sonuç Raporu
Yrd.Doç.Dr. Suha Kenan ARSERİM 55

YAYIN KURULU

EDİTÖRLER

- Yard.Doç.Dr. Ali EKŞİ a_eksi@yahoo.com
Yrd.Doç.Dr. Emine SEVİNÇ emnsvnc@gmail.com
Öğr.Gör.Dr. Emine Selda GÜNDÜZ seldagunduz@akdeniz.edu.tr

Dil Editörü

Öğr.Gör.Dr.Ahu PAKDEMİRLİ

Alan Editörleri

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

Bu sayıya katkı sunan hakemler;

- Prof.Dr.Recep AKDUR
- Doç.Dr.Mehmet ERYILMAZ
- Yrd.Doç.Dr.Gökhan TENİKLER
- Yard.Doç.Dr. Semra Çelikli
- Yard.Doç.Dr.Suha Kenan Arserim
- Yard.Doç.Dr.Ali EKŞİ
- Yrd.Doç.Dr. Emine Sevinç
- Öğr.Gör.Dr.Emine Selda Gündüz

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

SUNUŞ

Hastane Öncesi Dergisi, Paramedik Eğitiminde Standardizasyon ve Akreditasyon Derneğinin resmi bilimsel yayın organıdır. Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlamak, ilk ve acil yardım programlarının eğitimle ilgili problemlerini çözmek ve eğitimde standardizasyonu sağlayacak çalışmalara ile katkıda bulunmak amacıyla hizmet etmek üzere kurulan PESAD ilk ve acil yardım hizmetlerinin daha iyi ve daha modern şekilde gelişmesi gibi birçok hizmeti de beraberinde sunmak çabasıdadır. Bu hizmetlerden biri de bu alanda süreli bir yayın çıkarmaktır.

İkinci sayısı ile yayın hayatına devam eden dergi; 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. Bu hizmet alanında çalışanların dergiye katkıları son derece önemlidir. Bu sayede ülkemizde konu ile ilgili var olan durumu öğrenmek, sorunları saptamak, çözüm önerileri geliştirmek ve sonuçlarını izlemek mümkün olacaktır. Günümüzde bilimsel bilgi üretmek son derece önemlidir. Dergimize ilgili meslek alanlarından desteği bekliyor, bu sayımıza yazıları ile katkıda bulunanlara ve tüm emeği geçenlere PESAD Yönetim Kurulu adına çok teşekkür ediyorum.

Yrd. Doç.Dr. Semra ÇELİKLİ
PESAD Yönetim Kurulu Başkanı
01.12.2016- İZMİR

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.Sedat YANTURALI	Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof.Dr.Güçlü Selahattin KIYAN	Ege Üniversitesi
Prof.Dr.Gürkan ERSOY	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç.Dr.Birol ÖZKALP	KTO Karatay Üniversitesi
Doç.Dr.Ahmet DEMİRCAN	Gazi Üniversitesi
Doç.Dr. Yunus Emre ÖZER	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç.Dr.Murat ERSEL	Ege Üniversitesi
Doç.Dr.Mehmet ERYILMAZ	Türk Silahlı Kuvvetleri
Doç.Dr.Orhan ÇINAR	Türk Silahlı Kuvvetleri
Doç.Dr.Özcan ALTINEL	Türk Silahlı Kuvvetleri
Doç.Dr. Cem ERTAN	İzmir Medikal Park Hastanesi
Doç.Dr.Sevgi ÖZKAN	Pamukkale Üniversitesi
Doç.Dr.İbrahim TÜRKÇÜER	Pamukkale Üniversitesi
Doç.Dr.Onur POLAT	Ankara Üniversitesi
Doç.Dr. Cenker EKEN	Akdeniz Üniversitesi
Yrd.Doç.Dr.Semra ÇELİKLİ	Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Yrd.Doç.Dr.Sema KAPTANOĞLU	Van Yüzüncüyıl Üniversitesi
Yrd.Doç.Dr.Tijen ERCAL	Dokuz Eylül Üniversitesi
Yrd.Doç.Dr.Başak BAYRAM	Dokuz Eylül Üniversitesi
Yrd.Doç.Dr.Gökhan TENİKLER	Dokuz Eylül Üniversitesi
Yrd.Doç.Dr. Ali EKŞİ	Ege Üniversitesi
Yrd.Doç.Dr.S. Kenan ARSERİM	Celal Bayar Üniversitesi
Yrd.Doç.Dr.Serpil GERDAN	Kocaeli Üniversitesi
Yrd.Doç.Dr. Bülent DEMİR	Ege Üniversitesi
Yrd.Doç.Dr.Süleyman ÜSTÜN	Celal Bayar Üniversitesi
Yrd.Doç.Dr.Hasan ERBAY	Afyon Kocatepe Üniversitesi
Öğr.Gör.Dr.Mahir KUNT	Hacettepe Üniversitesi
Dr.Donald W. WALSH	Chicago Fire Department EMS- USA
Dr.Kersten ENKE	Johanniter Akademie- Germany

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. Gerekliğinde 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), düzeltme, 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 düzeninin 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; Bilimsel yöntem ve etik kurallar çerçevesinde 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 sınavan 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 sorununun 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 cümlenin 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:(Memet Fuat, 2000a:18)..... (Memet 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 Gülümden 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 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.
- 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.

ÇANAKKALE 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ İSTASYONLARINDA GÖREV YAPAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ŞİDDETLE KARŞILAŞMA DURUMU VE BU DURUMUN TÜKENMİŞLİK SENDROMU ÜZERİNE ETKİSİ

İsmet ÇELEBİ¹

Özet

Amaç

Bu çalışma, yoğun olarak şiddetle karşılaşan, şiddetle karşılaşmış olmasına karşın olay yerinde hasta/yaralılara müdahale etmek zorunda kalarak, çok fazla stres faktörü ile mücadele eden 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında (ASHİ) çalışanların, şiddetle karşılaşma durumunu belirlemek ve bu durumun tükenmişlik sendromu üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın evrenini, Çanakkale 112 Acil sağlık hizmetleri istasyonu ve komuta kontrol merkezinde görev yapan sağlık personeli oluşturmaktadır. Örneklem seçim yöntemi kullanılmamış, evrenin tamamına ulaşım hedeflenmiştir. Veriler anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin çözümlemesinde Ki-kare analizi, Kruskal-Wallis ve t-testi yapılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya 112 ASHİ’de görev yapan 116 sağlık çalışanı katılmıştır. Katılımcıların %74.1’i (n=86) sözlü şiddet, %11.2’si (n=13) fiziksel şiddetle karşılaştığını belirtmiştir. Şiddet uygulayanların %73.7’si (n=73) hasta/yaralı yakınıyken, %18.2’i (n=18) hasta/yaralının kendisidir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği’nin alt boyutlarından olan duygusal tükenmişlik puanları, ortalama 15.88±6.34, duyarsızlaşma puanı ortalaması 6.68±3.93, düşük kişisel başarı puanı ortalaması 20.64±4.66 olarak saptanmıştır. Şiddet gören sağlık çalışanlarının duygusal tükenme ortalaması, şiddet görmeyen sağlık çalışanlarının duygusal tükenme ortalamasına göre, istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Sonuç

112 ASHİ’de görev yapan sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının şiddetle karşılaştığı ve bu durumun özellikle duygusal tükenmeyi arttırdığı saptanmıştır. Ayrıca meslekte çalışma süresi arttıkça kişisel başarı düzeyinin düştüğü ve bunların dışında medeni durum, yaş, görev yapılan birimin hastaneye entegre olup olmaması çalışmamızda tükenmişlik sendromu açısından etkili bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, Sağlık Personeli, Tükenmişlik.

¹ Aydın 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği Komuta Kontrol Merkezi, Aydın, İsmetcelebi17@hotmail.com

THE CONDITION OF BEING EXPOSED TO VIOLENCE OF MEDICAL STAFFS WORKING IN 122 EMERGENCY MEDICAL SERVICE STATIONS IN ÇANAKKALE AND ITS IMPACT ON BURNOUT SYNDROME

Abstract

Objective

This study aims not only to examine the condition of the health staffs in 112 Emergency Medical Service Station (EMS), being exposed to stress frequently, being obliged to intervene in patients/casualties on the spot despite too much stress, and thus fighting against stress; but also to analyze the impact of this condition on Burnout Syndrome.

Method

This study is a cross-sectional research. The population of the study includes health staff working in Çanakkale 112 command and control center and in emergency health services. It was planned to be reached all of them. The data were collected in the face to face meetings by using questionnaire forms between the dates of 10 August-10 September 2012. The data were collected through face to face interviews. In the data analysis, chi-square, Kruskal-Wallis and t test were used.

Results

116 medical staffs working in 112 EMS participated in this study. 74,1% of the participants (n=86) stated to experience verbal violence where as 11,2% (n=13) experienced physical violence. 73,7% (n=73) of the ones committing the seviolences were the relatives of patients/casualties while 18,2% (n=18) were patients/casualties themselves. The average scores of emotional exhaustion, the subdimensions of Maslach Burnout Scale, have been determined to be 15,88±6,34; the average scores of depersonalization 6,68±3,93; the average scores of low personal accomplishment 20,64±4,66. The average scores of emotional exhaustion of the medical staff exposed to violence as compared with the others have been found to be more significant and higher (p<0.05).

Conclusion

The majority of the medical staffs working in 112 EMS, have been exposed to violence and this is determined to increase particularly emotional exhaustion.

Key Words: Violence, Healthcare Providers, Burnout Syndrome.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre şiddet "kişinin kendisine, bir başkasına veya bir gruba karşı yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişme geriliği ya da ihmal ile sonuçlanan (ya da sonuçlanma olasılığı yüksek olan) kasıtlı güç kullanımı tehdididir" (WHO, 2002:3; Ayrancı vd., 2002:148; İlhan vd.,2009:16; Annagür, 2010:161; Öztürk vd., 2007:92). İş yerinde şiddet "çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar"dır (Ayrancı vd., 2002:148; İlhan vd.,2009:9; Warshaw vd., 1996:993). Sağlık kurumlarındaki şiddet ise "hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum" olarak tanımlanmıştır (Çamcı ve Kutlu, 2011:9; Ayrancı vd., 2002:148; İlhan vd.,2009:9; Annagür, 2010:161; Saines, 1999:9).

Tükenmişlik, Maslach tarafından bireyin, işinin özgün anlamı ve amacından uzaklaşması ve hizmet götürdüğü insanlarla artık gerçekten ilgilenemiyor olması biçiminde tanımlanmıştır (Maslach vd., 2001:397). Maslach 1981 yılında tükenmişliğin en çok kabul gören modelini geliştirmiş ve tükenmişliği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı duygusunda azalma olarak tanımlamıştır (Maslach vd., 2001:397; Altay vd. 2010:10). Tükenmişlik, stresin ilerlemiş ve kronikleşmiş halidir. Bu durum dört aşamada anlatılabilir. İlk aşamada bireyler sorunlarla baş edebilmek için çeşitli stratejiler üretebilir. İkinci aşamada kişinin geliştirdiği stratejilerde bir takım sorunlar fark edilir. Üçüncü aşamada uygun olmayan stratejiler kullanılmaya başlanır ve her şey kontrol dışı gelişir. Son aşama ise stresle başa çıkılmayan ve bitkinlik hissedilen tükenmişlik halidir (Barutcu ve Serinkan, 2008:541).

Tükenmişliğin nedenleri kişisel ve örgütsel olarak ayrılabilir. Yaş, medeni durum, çocuk sayısı, işe aşırı bağlılık, kişisel beklentiler, motivasyon, kişilik, performans, kişisel yaşamda karşılaşılan stresler, iş doyumu, sosyal ilişki yürüttüğü bireyler ve üstlerinden gördüğü destek gibi nedenler, kişisel nedenler başlığı altında incelenmektedir. İşin niteliği, çalışılan örgüt tipi, haftalık çalışma süresi, örgütün özellikleri, iş yükü, iş gerilimi, rol belirsizliği, eğitim durumu, karara katılmama, örgüt içi ilişkiler, örgüt iklimi, ekonomik ve toplumsal nedenler ise tükenmişliğin örgütsel nedenleri olarak ele alınmaktadır (Izgar, 2001). Sağlık çalışanları genel olarak aşırı yüklenmiş ve stres altında çalışan, tükenmişliğin çok görüldüğü bir meslek grubudur. Sağlık çalışanları arasında özellikle acil tıp servisi çalışanlarının iş ortamı yoğunluğu, bakım verilen hastaların ciddiyeti, zaman baskısı, vardiyalı çalışma programı nedeniyle yoğun stres etmenleri ile karşı karşıya çalıştıkları bilinmektedir. Bu nedenlerle de tükenmişliğe yatkın grup oldukları saptanmıştır (Türkçüer vd., 2007:68). Farklı çalışmalarda, toplumdaki diğer meslek dallarına göre sağlık kurumlarında çalışmak şiddetle karşılaşma riskini 16 kat artırdığı bulunmuştur (Keser Özcan ve Bilgin, 2011:1442; İlhan vd.,2009:9; Elliott, 1997:38; Büyükbayram ve Okçay,2013:46).

Sağlık çalışanlarında tükenmişliğin nedenleri; yoğun stres altında çalışma, yaşamsal risklerin bulunması, psikolojik destek yoksunluğu, düşük ücret düzeyi, hastaların ve hatta hasta yakınlarının yaklaşımları, çalışma süresinin uzunluğu, sürekli yüksek düzeyde bakım verme sorumluluğu, sınırlı terfi olanakları ve iş gerçekleriyle iş beklentileri arasındaki farktan doğan engelleme ve hayal kırıklığı olarak belirtilebilir (Barutcu ve Serinkan, 2008:541; Altay vd., 2010:10). Bu çalışmanın amacı, zaman baskısı ve yoğun stres altında görev yapan 112 AŞHİ çalışanlarının, şiddetle karşılaşma sıklığını ve etkileyen faktörleri tespit etmek ve şiddet sonrası artan stres faktörlerine bağlı olarak gelişen tükenmişlik sendromu düzeyini belirlemektir.

1. Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü 112 başhekimliğine bağlı AŞHİ'de görev yapan 116 sağlık çalışanı oluşturmakta ve örneklem seçim yöntemi kullanılmayarak evrenin tamamına ulaşım hedeflenmiştir. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle anket formu kullanılarak 10 Ağustos- 10 Eylül 2012 tarihleri arasında toplandı. Anket formu sosyo-demografik özellikler ve araştırmacıların geliştirdiği sorular ile Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin yer aldığı iki kısımdan oluşmaktaydı. Çalışmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyo-demografik veri formu kullanılarak elde edildi. Bağımlı değişkenler; Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin alt grupları; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma. Bağımsız değişkenler; Şiddetle karşılaşma durumu (karşılaşmış ise fiziksel ya da sözlü şiddet olması), yaş, cins, çalıştığı 112

ASHİ türü (A tipi istasyon; entegre olmayan, B tipi istasyon; hastaneye entegre çalışan istasyon), medeni durum, eğitim düzeyi, meslekte çalışma süresi, unvan, çocuk sayısı. Araştırmanın yürütülmesi için Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı anlatılmış ve kabul edenlere anket formu uygulandı. Veriler SPSS 15.0 paket programı kullanılarak çözümlendi. Veriler sayı ve yüzde şeklinde ifade edildi. Sayısal verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare ve sürekli verilerin karşılaştırılmasında t testi kullanıldı. Parametrik olmayan durumlar için Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Bu çalışmada tükenmişlik düzeyini belirlemek için, Maslach tarafından geliştirilen, ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çam ve Ergin tarafından yapılmış olan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanıldı. MTÖ, duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarı (KB) olmak üzere üç alt boyuttan ve 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte, duygusal tükenme ile ilgili 9, duyarsızlaşma ile ilgili 5, kişisel başarı ile ilgili 8 madde bulunmaktadır. Maddeler, 5 dereceli (0:hiçbir zaman 1:çok nadir; 2:bazen; 3:çoğu zaman ve 4: her zaman) likert tipi yanıtlanan önermelerden oluşmaktadır. Önermelere verilen yanıtlar, belirli katsayılarla çarpılarak, alt ölçekler için ayrı ayrı puan hesaplanmaktadır. Bu puanların toplanması ile DT için 0-36, D için 0-20 ve KB için 0-32 arasında değişen puanlar elde edilir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt gruplarında, yüksek puanlar yüksek tükenmişliği, kişisel başarı alt grubunda ise düşük puanlar yüksek tükenmişliği göstermektedir (Maslach vd., 2001:397; Çam, 1991).

Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş ölçeğin güvenilirlik katsayısı duygusal tükenmişlik için 0,88; kişisel başarı için 0,83 ve duyarsızlaşma için 0,72 olarak saptanmıştır (Maslach vd., 2001:397). Ülkemizde Çam tarafından ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilirliği incelenmiştir. İki yüz yetmiş altı hemşireden oluşan denek grubunun verdikleri yanıtlara dayanarak elde edilen Kuder-Richardson 20 formülüne göre güvenilirlik katsayıları duygusal tükenme için 0,89; duyarsızlaşma için 0,71 ve kişisel başarı için 0,72 bulunmuştur. Ölçeğin yarıya bölme tekniği ile saptanan korelasyon katsayılarının Spermán- Brown düzeltmesi yapıldıktan sonra elde edilen güvenilirlik ise duygusal tükenme için 0,84; duyarsızlaşma için 0,78 ve kişisel başarı için 0,72'dir (Çam, 1991).

2. Bulgular

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo1'de verilmiştir. Çalışmamıza Çanakkale 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında çalışan 116 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılanların %50.9'u (n=59) Acil Tıp Teknisyeni (ATT), %15.5'i (n=18) İlk ve Acil Yardım Teknikeri (Paramedik); katılımcıların yaş ortalaması 27.6 ± 6.3 olup, %73.9'u (n=95) otuz yaşından küçüktür. Katılımcıların %42.2'si (n=49) lise mezunu, %49.1'nin de (n=57) bekar olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo1: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Ünvan	n	%	Yaş			Eğitim Durumu			Medeni Durum		
			n	%	n	%	n	%	n	%	
Doktor	6	5.2	18-22	24	20.7	Lise	49	42.2	Evli	55	47.4
Paramedik	18	15.5	23-27	37	31.9	Ön lisans	35	30.2	Bekar	57	49.1
ATT	59	50.9	28-32	34	29.3	Lisans	25	21.6	Boşanmış	4	3.4
Hemşire	13	11.2	33+	21	19.1	Yüksek Lisans	7	6.0	Toplam	116	100.0
S.Memuru	12	10.3	Toplam	116	100.0	Toplam	116	100.0			
Şoför	8	6.9									
Toplam	116	100.0									

Katılımcıların %85.3'ü (n=99) son bir yıl içinde nöbet esnasında şiddetle karşılaşmış olup, bunların %74.1'i (n=86) sözlü şiddettir. "Şiddet gördüğünüz şahsın alkol durumu nedir?" sorusuna katılımcıların %27.3'ü (n=27) alkollüydü yanıtını verirken, şiddet görenlerin %33.3'ü (n=33) 20:00-24:00 saatleri arası şiddet gördüğünü ifade etmiştir. En çok şiddet görülen yer %41.4 (n=41) ile acil servis, en çok şiddet görülen vaka türü %71.7 (n=71) ile medikal, en çok şiddet görülen vaka kodu ise %50.5 (n=50) ile yeşil kod olmuştur (Tablo 2).

Tablo 2: Şiddetle Karşılaşma İle İlgili Özellikler

Saat	n*	%	Yer	n*	%	Vaka	n*	%	Kod	n*	%
08:00-12:00	6	6.1	Ev	14	14.1	Medikal	71	71.7	Yeşil	50	50.5
12:01-16:00	18	18.2	Sokak	25	25.3	Trafik K.	19	19.2	Sarı	29	29.3
16:01-20:00	12	12.1	Acil	41	41.4	KüntTra.	7	7.1	Kırmızı	17	17.2
20:01-24:00	33	33.3	Arazi	5	5.1	Yangın	1	1.0	Siyah	3	3.1
24:01-04:00	24	24.2	Ambulans	10	10.1	İntihar	1	1.0	Toplam	99	100
04:01-08:00	6	6.1	KKM	4	4.1	Toplam	99	100			
Toplam	99	100	Toplam	99	100						

Şiddet	n	%	Kim	n	%	Alkol Durumu	n*	%
Sözlü	86	74.1	Kendisi	18	18.2	Alkollü	27	27.3
Fiziksel	13	11.2	Yakını	73	73.7	Alkolsüz	54	54.5
Hayır	17	14.7	Vatandaş	8	8.1	A.Olabilir	18	18.2
Toplam	116	100.0	Toplam	99	100.0	Toplam	99	100.0

*Sadece şiddete uğrayan personeli cevaplamıştır.

Şiddetle karşılaşanlara "Şiddet gördüğünüz kişi/kişiler kim(ler)di?" diye sorduğumuzda %73.7'si (n=73) hasta/yaralı yakını, %18.2'si (n=18) hasta/yaralının kendisi yanıtını vermiştir. Hasta/yaralının kendisi şiddet uyguladı yanıtını verenlerin %50.6'sı (n=10) müdahale için gittiği kişiye yeşil kod vermiştir.

"Sözlü olarak nasıl bir şiddete maruz kaldınız?" sorusuna katılımcıların %77.9'u (n=67) yüksek sesle bağırma ve %62.8'i de (n=54) hakaret yanıtını vermiştir. "Fiziksel olarak nasıl bir şiddete maruz kaldınız?" sorusuna, katılımcıların %76.9'u (n=10) fiziksel saldırıya yeltenme,

%23.1'i (n=3) silah/kesici alet kullanma, %23.1'i (n=3) tekmeleme ve %15.4'ü de (n=2) yabancı cisim ile darp yanıtını vermiştir.

“Şiddet sonrası tutumunuz ne oldu?” sorusuna, katılımcıların %57.6'sı (n=57) şiddete rağmen hastaya baktım, %45.5'i (n=45) hastayı ve yakınlarını sakinleştirmeye çalıştım, %8.1'i (n=8) yasal işlem başlattım, %7.1'i de (n=7) kaçtım yanıtını vermiştir. “Şiddete maruz kaldıktan sonra kendinizi nasıl hissettiniz?” sorusuna, katılımcıların %65.7'si (n=65) kızdım ve %50.5'i de (n=50) üzüldüm yanıtını vermiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Şiddet Sonrası Sağlık Çalışanının Davranış ve Duygu Durumu

Davranış*	n**	%	Duygu*	n**	%
Sakinleştirmeye çalıştım	45	45.5	Kızgınlık	65	65.7
Yine de hastaya baktım	57	57.6	Üzüntü	50	50.5
Hastayı diğer görevliye teslim ettim	14	14.1	Hayal kırıklığı	34	34.3
Karşılık verdim	19	19.2	Çaresizlik	21	21.2
Şiddete uğradığımı yazılı olarak rapor ettim	11	11.1	Güçsüzlük	10	10.1
Güvenlik güçlerine haber verdim	19	19.2	Utanma	3	3.0
Hastaya bakmadım	0	0	Korku	15	15.2
Şahıs/yakını tedaviyi reddetti	1	1.0	Neden ben? Algısı	7	7.1
Kaçtım	7	7.1	Toplam	99	
Yasal işlem başlattım	8	8.1			
Toplam	99				

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**Sadece şiddete uğrayan sağlık personeli cevaplamıştır.

“Şiddet görmenizin nedenleri nedir?” sorusuna, katılımcıların %61.6'sı (n=61) toplumun saldırgan-agresif olması, %42.4'ü (n=42) aile ve toplumun eğitim seviyesinin düşüklüğü yanıtını vermiştir. “Şiddet görmeniz iş hayatınızı nasıl etkiledi?” sorusuna, katılımcıların %38.4'ü (n=38) mesleğime olan bağlılığım azaldı yanıtını vermiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Şiddet Görme Nedeni ve Şiddet Sonrası İş Hayatına Etkisi

Şiddet görme nedeni*	n**	%	İş hayatına etkisi*	n**	%
Aile ve toplumun eğitim seviyesinin düşüklüğünden	42	42.4	Şiddet sonrası ilk mesaimde kötü performans sergiledim	29	29.3
Ambulansa refakatçi alınmadığından	19	19.2	Hastalardan korkmaya başladım	18	18.2
Hasta/yaralıya müdahale etmememizden	2	2.0	Mesleğime olan bağlılığım azaldı	38	38.4
Olay yerinde fazla zaman kaybettiğimizden	9	9.1	112'de çalışmak istemiyorum	16	16.2
Sağlık personelinin sayıca yetersiz olduğundan	6	6.1	Bölüm/branş değiştirmek istiyorum	20	20.2
112Personelinin yeterli eğitimi almamış olması	0	0	Mesleği/sektörü değiştirmek istiyorum	27	27.3
Sağlık kuruluşlarının yetersiz görülüşünden	19	19.2	Etkilenmedim	18	18.2
Basın yayın organlarının yanlış yönlendirmeleri	14	14.1	Toplam	99	
Sosyoekonomik olarak yetersiz olmamız	5	5.1			
Toplumun saldırgan-agresif olması	61	61.6			
Toplam	99				

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**Sadece şiddete uğrayan sağlık personeli cevaplamıştır.

Otuz yaşından büyük sağlık çalışanlarında, otuz yaşından küçük sağlık çalışanlarına göre duyarsızlaşma ortalaması anlamlı olarak düşük çıkmıştır ($p<0.05$). Şiddetle karşılaşanlarda karşılaşmayanlara göre duygusal tükenme ortalaması anlamlı olarak yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). Çalışma süresi beş yıldan fazla olanlarda, çalışma süresi beş yıldan az olanlara göre kişisel başarı ortalaması anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Bunların dışında medeni durum, cinsiyet, şiddetin türü ve görev yapılan 112 acil sağlık istasyonunun türü ile tükenmişlik ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Gruplarının Bağımsız Değişkenlere Göre ortalaması

Yaş	Duygusal Tükenme		Duyarsızlaşma		Düşük Kişisel Başarı	
	X ±S	p	X ±S	p	X ±S	p
≤30	15.96±6.35		7.03±3.87		20.43±4.60	
>30	15.52±6.47	0.773	5.14±3.88	0.046*	21.61±4.89	0.293
Medeni Durum						
Evli	15.74±6.64	0.802	6.52±4.02	0.640	21.05±4.92	0.634
Bekar	16.05±6.28		6.87±3.86		20.19±4.54	
Cins						
Erkek	15.83±6.06	0.781	6.28±3.89	0.512	22.01±4.78	0.618
Kadın	15.82±6.13		6.92±4.12		21.74±4.52	
Şiddet						
Var	16.73±5.96	0.000**	6.78±3.70	0.519	20.87±4.63	0.197
Yok	10.94±6.41		6.11±5.18		19.29±4.74	
Şiddet çeşidi						
Sözlü	16.60±5.80	0.572	6.79±3.73	0.985	20.87±4.66	0.971
Fiziksel	17.61±7.14		6.76±3.60		20.92±4.60	
İstasyon Tipi						
A tipi	15.92±6.59	0.941	7.16±3.96	0.129	20.73±4.46	0.838
B tipi	15.83±6.07		6.04±3.83		19.55±6.82	
Çalışma süresi						
≤5	16.04±6.42	0.638	6.84±3.89	0.465	20.15±4.59	0.045*
>5	15.39±6.18		6.21±4.07		22.17±4.61	

*P<0.05, **p<0.001

Sözlü hakarete uğrayan sağlık çalışanlarının duygusal tükenme ortalaması hakarete uğramayan sağlık çalışanların duygusal tükenme ortalamasına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,05). Bağırma şeklinde sözel şiddetle karşılaşanlarında aynı şiddetle karşılaşmayanlara göre duyarsızlaşma ortalaması anlamı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,05). Tekmeleme şeklinde fiziksel şiddetle karşılaşanların duygusal tükenme ortalaması, tekmeleme şeklindeki fiziksel şiddetle karşılaşmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 6).

Tablo 6: Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Alt Gruplarının Şiddet Çeşidine Göre Ortalaması

Şiddet çeşidi	Duygusal Tükenme		Duyarsızlaşma		Düşük Kişisel Başarı	
	X ±S	p	X ±S	p	X ±S	p
Tehdit						
Var	16.65±6.2		6.97±3.56		21.62±4.27	
Yok	16.56±5.50	0.947	6.63±3.91	0.672	20.21±4.93	0.164
Hakaret						
Var	17.57±6.18		7.12±3.60		21.07±4.58	
Yok	14.96±4.74	0.044	6.21±3.94	0.277	20.53±4.84	0.605
Bağırma						
Var	16.25±5.33		9.21±4.10		21.10±4.68	
Yok	17.84±7.25	0.295	6.10±3.34	0.001	20.05±4.61	0.389
Küfür						
Var	16.34±5.28		6.11±3.49		21.77±4.67	
Yok	16.88±6.35	0.669	7.50±3.88	0.085	19.92±4.51	0.066
Tekmeleme						
Var	22.00±1.02		9.00±2.64		19.00±7.21	
Yok	16.30±7.71	0.047*	6.10±3.69	0.238	21.50±3.89	0.434
Tokat						
Var	21.50±5.80		7.00±4.54		19.75±5.73	
Yok	15.88±7.28	0.204*	6.66±3.42	0.886	21.44±4.30	0.564
Silah/kesici alet						
Var	17.66±6.65		6.66±5.50		23.66±5.77	
Yok	17.60±7.63	0.989*	6.80±3.25	0.958	20.10±4.20	0.257
İtme						
Var	16.83±8.56		6.33±3.50		22.33±3.89	
Yok	18.28±6.31	0.732*	7.14±3.93	0.705	19.71±5.15	0.328

*Kruskal-Wallis

3. Tartışma

Tüm meslek grupları içerisinde, zor durumdaki bireylerle doğrudan teması gerektiren sağlık bakım sektöründe çalışanların, iş yeri şiddetinin en önemli hedefi ve kurbanları olduğu giderek daha fazla kabul görmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'nin 2002 yılı "sağlık sektöründe iş yeri şiddeti" başlıklı ortak raporuna göre, sağlık çalışanlarının %50'sinden fazlası mesleklerini uyguladıkları herhangi bir zamanda şiddete maruz kaldıklarını bildirmektedir (Keser Özcan ve Bilgin, 2011:1442). Sağlık alanında hizmet verenler, diğer iş alanlarındaki meslek gruplarına göre 16 kez daha fazla saldırıya uğramaktadırlar (Keser vd., 2011:1442; İlhan vd., 2009:9; Elliott, 1997:38; Büyükbayram ve Okçay, 2013:46).

Franz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, şiddetle karşılaşma oranı %89.4 bulunmuştur (Franz vd., 2010:6). Chein ve arkadaşlarının Tayvan'da görevli sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmada fiziksel şiddetle karşılaşma oranı %57.7 iken, sözel şiddetle karşılaşma oranı %52.2 bulunmuştur (Chein vd., 2008:288). Coşkun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hemşirelerin şiddetle karşılaşma durumu %86 bulunmuş ve en çok karşılaşılan sözlü şiddet %64.5 ile hakaret, en çok karşılaşılan fiziksel şiddet ise %28.9 ile itme olarak bulunmuştur (Coşkun ve Tuna Öztürk, 2010:19). Araştırmamız Coşkun ve arkadaşlarının çalışması ile uyumlu olarak 112 çalışanlarının %85.3'ünün şiddetle karşılaştığı ve en çok karşılaşılan sözlü şiddetin %77.9 ile yüksek sesle bağırma, en çok karşılaşılan fiziksel şiddetin ise %46.2 ile itme olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada fiziksel şiddetle karşılaşma oranı %50.4 iken, bizim çalışmamızda fiziksel şiddetle karşılaşma oranı %11.2 bulunmuştur (Öztürk, 2010:11). Bunun sebebi 112'de görev yapan sağlık çalışanlarının hasta/yaralının ilk müdahalesini olay yerinde başlatarak, ihtiyacına yönelik hastaneye sevkini gerçekleştirmek için hızlı hareket ettiğinden, hasta/yaralı yakınlarıyla uzun süreli iletişim kurmaması olabilir. Çalışmamızda 112 çalışanlarının şiddete en fazla maruz kaldığı yerin, acil servis olması (% 41.4), bu düşüncemizi desteklemektedir.

Çamcı ve Kutlu'nun yapmış olduğu çalışmada şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının %78.1'i, şiddet gösterene karşılık verirken, bizim çalışmamızda bu oran %19.2 bulunmuştur (Çamcı ve Kutlu, 2011:14). Çalışmamızda karşılık verme oranının bu kadar düşük çıkmasının sebebi, 112 çalışanlarının sürekli olarak bilmedikleri ortamlara vakaya gittikleri ve bunun için karşılık vermeleri sonucunda daha fazla şiddete maruz kalabileceklerini düşünmeleri olabilir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayanlar çoğunlukla hastalar ve hasta yakınlarıdır (Büyükbayram ve Okçay, 2013:46). İlhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada intörn doktorların %16.1'i hasta/yaralı yakınları tarafından şiddete maruz kaldıklarını belirtirken, çalışmamızda bu oran %73.3 bulunmuştur (İlhan vd., 2009:19). Bunun sebebi çalışmamızın evreninin tek merkezli değil, tüm topluma hizmet vermiş olmasından kaynakladığı düşünülmektedir. ASHİ çalışanları intörn doktorların çalıştığı hastane ortamının açık ve güvenlik güçlerinin olmadığı alanlarda hizmet vermektedir. Ayrıca, hastane ortamlarında çalışmadıklarından şiddet olgusu karşısında kendilerini savunacak güvenlik personeli desteğine de sahip değillerdir.

Çalışmamızda Maslach tükenmişlik ölçeğinin alt boyutlarından olan duygusal tükenmişlik puan ortalaması 15.88 ± 6.34 , duyarsızlaşma puanı ortalaması 6.68 ± 3.93 , düşük kişisel başarı puanı ortalaması 20.64 ± 4.66 olarak saptanmıştır. Süloğlu tarafından diyaliz merkezinde çalışan doktor ve hemşirelerle yapılmış olan çalışmada, duygusal tükenme ortalaması 15.30 ± 6.89 , duyarsızlaşma ortalaması 6.99 ± 4.96 ve düşük kişisel başarı ortalaması 21.86 ± 5.76 olarak, bizim çalışmamız ile benzer sonuçlar elde edilmiştir (Süloğlu, 2009). Medeni durumun tükenmişlik sendromu üzerine etkisi konusundaki sonuçlar çelişkilidir. Süloğlu'nun çalışmasına göre, evlilerde duyarsızlaşma ortalaması anlamlı olarak daha düşük, kişisel başarı ortalaması ise anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır (Süloğlu, 2009). Erol ve arkadaşları ile Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda ise medeni durum ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Öztürk vd., 2007:94; Erol vd., 2012:103). Çalışmamız Erol ve arkadaşlarının çalışması ile uyumlu olup, medeni durum ile Maslach tükenmişlik ölçeğinin herhangi bir alt grubunda anlamlı fark saptanmamıştır. Bunun sebebinin çalışma grubumuzun yaş aralığı, çalışma süreleri bakımından benzer olması ve acil çalışanlarının yoğun stresli ortamda bulunmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Barutcu ve Serinkan'ın hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmada, yaş ilerledikçe duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın azaldığı görülmüştür (Barutcu ve Serinkan, 2008:541). Çalışmamızda ise duygusal tükenme ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamasına karşın, duyarsızlaşma ortalamasının yaş ilerledikçe anlamlı olarak azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Yine aynı çalışmada, çalışma yılı arttıkça duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın azaldığı tespit edilmiş ve çalışmamız bu durumu desteklemiştir. Kişisel başarı düzeyini artırabilmek için hizmet içi eğitimlerin artırılması ve tüm personelin katılımının sağlanması önerilebilir. Yoğun stres ve zamanla yarış içerisinde görevini yürüten 112 çalışanlarında tükenmişlik sendromunun gelişmesini beklemek doğaldır. Ancak bu denli genç ve mesleğine yeni başlamış bir grupta, bu kadar yüksek düzeyde duygusal tükenme görülmesi şaşırtıcıdır. 112 ASHİ çalışanlarına karşı uygulanan şiddetin gece saatlerinde artıyor olmasının nedeni, halkın dışarıda olmamasının ve güvenlik güçlerinin azalmasının şiddet uygulayacak kişilere verdiği cesarettten kaynaklandığı düşünülmektedir.

Altay ve arkadaşlarının hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada 5-10 yıldır çalışan hemşirelerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksek ve kişisel başarı puanları da anlamlı olmasa bile daha düşük bulunmuştur (Altay vd. 2010:10). Çalışmamızda ise beş yıl ve üzeri çalışanlarda sadece kişisel başarı oranı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Şiddet eylemini daha çok kırmızı kod verilen “beklemekle durumu kötüye giden, acil müdahale gerektiren ağır hasta/yaralı” yakınlarından beklenirken, sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanların yarısının (%50.5) yeşil kod verilen “yürüyebilir, uzun süre bekleyebilir hafif hasta/yaralı” grubundan olması ilginçtir. Bu durumun nedeni olarak, medyada çıkan haberlerinde etkisi altında toplumun “nede olsa ambulans geç geliyor” tutumu içerisinde saldırgan-agresif davranış sergilediği düşünülmektedir. Şiddet uygulayan hasta/yaralıların %50.6'sına yeşil kod verilmiş olması, 112 acil hizmetlerinin bekleyebilecek, hiçbir aciliyeti olmayan kişiler tarafından oldukça yoğun olarak kullanıldığının da bir göstergesi olabilir.

Çalışma Kısıtlılıkları

112ASHİ'de görev yapan sağlık çalışanları nöbet usulüne göre çalıştıkları için her istasyona en az 4 kez gidilmesi gerekmektedir. 112 ASH yoğun ve ertelemesiz olduğu için sağlık çalışanlarına ulaşılsa bile anket formu doldurulurken kesintiler oluştu. Sorularımız geçmişe yönelik olduğu için unutma faktörü bulunmaktadır.

Sonuç

112 ASHİ'de görev yapan sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının şiddetle karşılaştığı ve bu durumun özellikle duygusal tükenmeyi arttırdığı saptanmıştır. Ayrıca meslekte çalışma süresi arttıkça kişisel başarı düzeyinin düştüğü sonucuna ulaşılmıştır. Tükenmişlik sendromunun nedenleri arasında gösterilen medeni durum, cinsiyet gibi faktörlerin çalışmamızda etkili olmadığı, şiddetle karşılaşmanın ise duygusal tükenmeyi önemsenecek düzeyde arttırdığı görülmüştür.

Teşekkür

Çalışmamız sırasında yardımlarından dolayı Doç.Dr.Arzu TUNA ve Ümit ÖZİL'e teşekkür ederiz.

Kaynaklar

- Annagür, B. (2010). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2(2):161-173.
- Altay, B., Gönener, D., Demirkıran, C. (2010). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. 15(1): 10-16
- Ayrancı, Ü. ve Yenilmez, Ç.(2002). Günay Y ve ark. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslekgruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.3:147-154.
- Barutcu, E. ve Serinkan, C. (2008). Günümüzün önemli sorunlarından biri olarak tükenmişlik sendromu ve Denizli'de yapılan bir araştırma. *Ege Akademik Bakış* 8(2):541-561
- Büyükbayram, A. Okçay, H. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-Kültürel etmenler. *Journal of Psychiatric Nursing* 2013;4(1):46-53
- Chein, WC., Hwu, HG., Kung, SM., Chiu, HJ., Wang, JD., (2008). Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *Journal of Occupational Health* 50(3):288-293
- Çam, O. (1991). Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromunun Araştırması. 9 Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü. Yüksek lisans tezi. İzmir
- Çamcı, O. Kutlu, Y. (2011) Kocaeli'de sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing* 2(1):9-16
- Elliott, PP. (1997). Violence in health care. What nurse managers need to know. *Nurses Management*. 28(12):38-42
- Erol, A., Akarca, F., Değerli, V., Sert, E., Delibaş, H., Gülpek D. ve ark. (2012). Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 15(2):103-110
- Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *Health Services Research* 10:1-8
- Izgar H. (2001). Okul yöneticilerinde tükenmişlik. Nobel Yayın Dağıtım. -Ankara
- İlhan, NM., Özkan, S., Kurtcebe, ÖZ., Aksakal, N. (2009). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntörn Doktorlarda Şiddete Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler. *Toplum Hekimliği Bülteni*.28(3):15-23.
- Keser Özcan, N., Bilgin H. (2011) Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet:Sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 31(6):1442-56
- Maslach, C., Wilmar, BS., Leiter, MP. (2001). Job burnout. *Annual Reviews Psychology* 52(1):397-422
- Saines, J. (1999). Violence and Aggression in A&E: Recommendations for Action. *Accident and Emergency Nursing* 7(1):8-12
- Süloğlu, A. (2009). Diyaliz merkezinde çalışan doktor ve hemşirelerde tükenmişlik sendromu. Bakırköy Dr Sadi Konuk eğitim ve araştırma hastanesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul
- Türkçüer, İ., Erdur, B., Ergin, A., Serinken, M., Bukıran, A., Aydın, B. ve ark. (2007).Acil tıp sisteminde çalışan hekimlerin iş yeri stres faktörleri: Denizli ili araştırma sonuçları. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 7(2):68-72
- Öztürk, A. Tolga, Y. Şenol, V. Günay, O. (2007). Kayseri ilinde görev yapan sağlık idarecilerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Erciyes Tıp Dergisi* 30(2):92-99.

Coşkun, S. Tuna Öztürk, A. (2010).Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 3(3):16-23

Warshaw, LJ. Messite, J. (1996). Workplace violence: Preventive and interventive strategies. Journal Occupational Environ Medicane 38(10): 993-1006

WHO (2002).World Report on Violence and Health. Cenevre.

AFETLERDEN SONRA ORTAYA ÇIKABİLECEK ÇEVRESEL RİSKLERİN YÖNETİMİ

Yrd.Doç.Dr.Ali EKŞİ¹

Özet

Afet ve çevre yönetimi birbiri ile birçok alanda kesişen ve birbiri ile bütünleşik yürütülmesi gereken iki önemli konudur. Çalışma, afet sonrası hayatta kalımı olumsuz etkileyebilecek çevresel risklerin ve bu risklerin kontrol altında tutulması için yapılması gerekenlerin birlikte değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Çalışmada, literatürde yer bulmuş ve afet deneyimlerinde karşılaşılmış olan afet sonrası çevresel riskler ve bu risklere karşı alınması gereken önlemler konusunda kavramsal bir çerçeve oluşturulacaktır. Bu gün afetlerde risk yönetiminin önemi tartışmasız olup, risklerin kontrol altında tutulması ve güvenlik açıklarının önlenmesi adına çevre yönetimi son derece önemlidir. Afetlerle çevre yönetiminin tek ilişkisi, risk yönetimi aşamasında değildir. Afetlerden sonra çevre risklerinin kontrol altında tutulamaması, afetin hasarını arttırabilir. Özellikle bulaşıcı hastalık salgınlarıyla oluşabilecek hasar, bazen afetin akut dönemindeki hasardan daha büyük olabilir. Afetlerden sonra, afete bağlı dolaylı ölümlerin engellenebilmesi için afet sonrası çevresel risklerin yönetimi önemlidir. Bunun başarı ile yapılabilmesi için kurumsal ve bireysel görev ve sorumluluklar afet planlarında tanımlanmalı, eylem planları afet sonrası oluşabilecek bölgesel risk faktörleri de dikkate alınarak hazırlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler; Afet Yönetimi, Çevresel Risk Yönetimi, Geçici Barınma Alanları, Bulaşıcı Hastalıklar.

MANAGEMENT OF THE POSSIBLE POST-DISASTER ENVIRONMENTAL RISKS

Abstract

Disaster and environmental management are two important issues that have a lot in common and that should be executed in unison. The objective of this study is to evaluate the environmental risks that might have negative effects on survival following disasters along with things that should be done to control these risks. A theoretical framework will be set up in the study regarding the environmental risks that have been experienced following disasters which have found place in literature as well as the precautions that should be taken against these risks. Today, the importance of risk management in disasters is indisputable and environmental management for the prevention of security breaches is very important. Risk management stage is not the only relationship between disasters and environmental management. Failure to control post-disaster environmental risks might increase the damage caused by the disaster. The possible damages that might be caused especially by contagious diseases might be greater than the damages caused by the disaster during its acute period. The management of environmental risks is vital for the prevention of disaster related deaths. Corporate and individual responsibilities should be defined in disaster plans and action plans should be prepared by taking into consideration the regional risk factors that might occur following a disaster in order to carry this out successfully.

¹ Ege Üniversitesi, Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İZMİR, a_eksi@yahoo.com

Keywords; Disaster Management, Environmental Risk Management, Temporary Shelter Areas, Contagious Diseases.

Giriş

Toplumun olağan yaşam düzenini bozan, toplumun yanıt verme ve uyum sağlama kapasitesini aşarak dış yardım gerektiren, çok sayıda can kaybı ve yaralanmaya neden olabilen doğal ya da insan kaynaklı olaylara “afet” denir. Afetler bugün gelişmekte olan ülkeler için sürdürülebilir kalkınmanın önündeki en önemli engellerden biri olarak görülmekte, kamu yönetimi açısından ciddi sorun olarak görülmektedir. Türkiye’de afet yazınının, görülme sıklığı ve ölüm oranları nedeniyle daha çok depremlerle bütünleşmiş olduğu görülmekle birlikte; en az depremler kadar önemli risk ve hasar oluşturma kapasitesi olan, seller başta olmak üzere başka afet türleri de bulunmaktadır (Sarp, 2007). Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu’na göre dünyada afetler nedeniyle, yılda yaklaşık 200 bin kişi yaşamını yitirmekte, 2 milyondan fazla kişide fiziksel ve ruhsal olarak etkilenmekte, afetlerin dünya ekonomisine yıllık maliyeti 20 milyar doların üzerine çıkabilmektedir (Eryılmaz, 2007).

Afet risklerinin azaltılması ve afet yönetimi ile çevre yönetiminin entegrasyonunun sağlanması konusunda uyarılarda bulunan çok sayıda uluslararası belge bulunmaktadır. “Birleşmiş Milletler (BM) 1990-2000 Yılları Doğal Afetlerin Azaltılması Uluslararası On yılı” (IDNDR), “BM Binyıl Bildirgesi” (2000), “Afetlerin Azaltılması Uluslararası Stratejisi (ISDR) Hazırlanması (2000)”, BM Kalkınma Programı (UNDP) tarafından hazırlanan “Afet Riskinin Azaltılması Küresel Raporu (2004)”, “BM Afet Risklerinin Azaltılması Konferansı ve Hyogo Bildirgesi (2005)” ve “Ulusların ve Toplulukların Afetlere Karşı Dirençlerinin Artırılması ile Risk Azaltma Küresel Platformu (2007)” gibi belgelerin tamamında, afet risklerinin azaltılması ve güvenlik açıklarının engellenebilmesi için çevre yönetiminin önemine vurgu yapılmaktadır. Çevre yönetimine risk yönetiminin entegre edilmesi, afet risklerinin azaltılması ile sürdürülebilir kalkınmanın sağlanması adına önemli olduğu kadar, afetin oluşması durumunda hasarın azaltılması ve daha etkin bir müdahale ile iyileştirme için son derece önemlidir (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

İdare, afet yönetimi ile ilgili değerlendirmelerinde, afet sonrası erken dönem hasarı daha çok dikkate almaktadır. Afetlerden sonraki ilk birkaç günde, kurtarma ve acil sağlık organizasyonları oldukça büyük önem taşımaktadır. Olaya bağlı oluşan ciddi yaralanması olan kazazedelere hızlı cevap verebilmek, acil tıbbi bakım ve hastane naklini zamanında sağlayabilmek hayat kurtarmak adına son derece önemlidir. Ancak bununla birlikte, afetlerden sonra hayatta kalımı etkileyen önemli bir diğer konuda, afet sonrası oluşabilecek olan çevresel risklerin kontrol altında tutulabilmesidir. Bu riskleri; barınma ve kalabalık faktörü; yeterli

miktarda, kaliteli suyun sağlanamaması; insan atıklarının oluşturduğu riskler, bulaşıcı hastalık riski ve afetin çeşidine bağlı olarak gelişebilecek kirliliklerin oluşturduğu riskler olarak sıralamak mümkündür. Afet alanlarında hijyenik koşulların daha da bozulduğu ve koruyucu sağlık hizmetlerinin kesintiye uğradığı düşünüldüğünde, değişen çevre koşullarına uygun önlemler alınamaz ve çevre sağlığı hizmetlerine gereken önem verilmezse, afet sırasında oluşan hasar ve kayıplar daha da artabilir (Akdur, 2001; Srinivas, 2015). Çalışmada, afet sonrası hayatta kalımı etkileyebilecek ve nispeden daha geç ortaya çıkan çevresel riskler için idare tarafından alınabilecek önlemlerin ve kontrol altında tutulması için gerekli eylemlerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmada, afetzedelerin yaşamını sürdürebilmelerinde belirleyici olan; barınma ve kalabalık faktörü, yeterli miktarda kaliteli suyun sağlanması, insan atıklarının zararsızlaştırılması, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması ve özel kirliliklerin kontrol altına alınması gibi konulara değinilecektir.

1. Barınma ve Kalabalık Faktörü

Özellikle doğal afetler ve nükleer kazalar gibi insan kaynaklı afetler sonrası, müdahale organizasyonunun en önemli sorun alanlarından birisi, afet mağdurlarının barınma ihtiyacının sağlanmasıdır. Afetlerin çok önemli bir kısmında barınma sorunu, afet sonrası tahliye mekanizmalarının işletilmesi yerine afet bölgesinde geçici barınma alanlarının oluşturulması şeklinde çözümlenmektedir. Geçici barınma alanlarının, afet mağdurunun yakınlarından ve sosyal çevresinden uzaklaşmadan ve gündelik eylemlerine devam edebilmesi gibi avantajları bulunmaktadır. Ancak kısıtlı alanlarda birçok afet mağdurunun bir arada barınması, kalabalık faktörünü ve bir takım riskleri beraberinde getirmektedir (Ekşi, 2013).

Uygun barınma alanlarının zamanında sağlanamaması durumunda, afet mağdurları başta soğuk olmak üzere iklimsel faktörlerden olumsuz etkilenme, yetersiz beslenme ve yeterli hijyen koşullarının sağlanamaması gibi risklerle karşı karşıya kalmaktadır. Afet sonrası geçici barınma alanları olarak, en fazla, zarar görmemiş kamu binaları ve kurulan çadır kentlerdir. Bu alanların, afetlerden sonra geçici barınma ihtiyaçlarını karşılayıp karşılayamayacağı son derece önemli bir sorudur. Geçici barınma amacıyla kullanılacak olan kamu binaları da, afet bölgesinde ki diğer tüm binalar gibi yapısal hasar görmüş olabilir. Çadır kentler ise yeterli iklimsel yanıtı sağlayamama dezavantajına rağmen, özellikle hızla kurulabilmesi ve maliyetinin diğer seçeneklere göre daha makul olması gibi nedenlerden dolayı en sık tercih edilen yöntemdir.

Barınma alanlarının fiziksel olarak oluşturulması kadar, bu alanlarda kalabalık kontrolünün sağlanması, hijyen koşullarının ve yeterli hijyenin sağlanması da önemlidir. Afet sonrası oluşturulan geçici yerleşim alanlarında en önemli sorunlardan birisi, kalabalık faktörüdür. Buna yeterli hijyenin sağlanamaması da eklendiğinde başta solunum yolu ile bulaşan enfeksiyonlar

olmak üzere, bulaşıcı hastalıkların sayısı ve yayılma riskleri artmaktadır (Eldridge ve Tenkate, 2006:287).

Geçici barınma alanlarında, çevresel risk faktörlerinden korumak için alınması gereken önlemler;

- Geçici barınma alanları, mümkün olduğunca her aile ayrı barınacak şekilde planlanmış olmalıdır.
- Kişi başına asgari üç metrekare yaşam alanı olmalıdır.
- Yerleşim alanı, vektör üreme alanları olabilecek, çöp toplama ve sanayi alanlarından uzak olmalıdır.
- İnsan atıkları için yerleşim alanlarına 30-50 metre uzaklıkta, her yirmibeş kişiye bir tuvalet sağlanmış olmalıdır.
- Her 50 kişiye bir duş kabini sağlanmış olmalıdır.
- Geçici barınma çadır kentler ile çözümlenecekse, çadırların birbirine uzaklığı en az 50 metre olmalıdır.
- Yeterli sayıda (kişi başı 2 litre) çöp konteynırı sağlanmış olmalıdır.
- Barınma alanlarında yatak olarak mümkünse ranza tercih edilmeli, yataklar arasında en az 70 cm'lik mesafe bulunmalıdır.
- Geçici barınma alanlarından yararlanan afet mağdurları için koruyucu sağlık hizmetleri, ruh sağlığı ve danışmanlık hizmetleri de dahil düzenli sağlık hizmetleri sağlanmış olmalı, kronik sağlık problemi olan mağdurlar için gerekli tıbbi yardım ve lojistik sağlanmış olmalıdır.
- Çocuklar ve engelliler için özel yaşam alanları oluşturulmuş olmalıdır.
- Barınma alanında ki mağdurlara yeterli olacak düzeyde yiyecek ve temiz su ihtiyacı sağlanmış olmalıdır (Eryılmaz, 2007; Bakırcı, 2000).

2. Yeterli Miktarda Kaliteli Suyun Sağlanması

Afetlerden sonra, yeterli miktarda kullanılabilir suyun sağlanması afetzedeler için hayati önem taşımaktadır. Afet mağdurları için içme ve kullanma suyunun sağlanması veya temiz kalması sağlanarak, sürdürülebilirliğin sağlanması gerekir. Çünkü su insanlar için çok önemli bir ihtiyaçtır ve sağlıklı bir kişi bile susuzluğa ancak birkaç gün dayanabilir. Ancak özellikle geçici barınma alanlarında suyun sağlanması kadar suyun yeterli miktarda ve temiz olması da önemlidir. Afet deneyimleri, afet bölgelerine yeterli miktarda suyun sağlanamaması durumunda afet mağdurlarının ulaşabildikleri her türlü suyu içtiklerini göstermektedir. Bu durum başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere birçok hastalığa neden olabilir ve hastalıkların hızla yayılmasına etken olabilir. İçme suyu ile birlikte kişisel hijyen için, diğer insani ihtiyaçlar ve

sanitasyon² için de yeteri kadar su sağlanmış olmalıdır. Eğer yeteri kadar su sağlanamaz ise, afetzedeler su kaynaklı ölümcül hastalıklar ile karşı karşıya kalabilir. 1994 Yılında Zaire'de geçici barınma için oluşturulan kamplarda, 50 binden fazla Rwanda'lı mülteci Vibrio Cholera bulaşmış su ile yayılan hastalık nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Yetişkin bir kişi bedensel işlevlerini sürdürebilmek için soğuk ılıman iklimlerde yaklaşık üç litre, sıcak iklimlerde de yaklaşık altı litre içme suyuna ihtiyaç duymaktadır. İçme ve kullanma suyu birlikte düşünüldüğünde, geçici yerleşim alanlarında 15-40 litre/kişi günlük suya ihtiyaç duyulmaktadır (Bakır ve Hacım, 2007).

Afetin ilk anları güvenli suyun sağlanması ile ilgili en fazla sıkıntının yaşandığı dönemlerdir. Deprem, sel ya da nükleer olaylar gibi afet çeşitlerinde, yerleşim alanının olağan durumlarda su karşılama kaynakları kontamine olmuş veya şebeke zarar görmüşse ulaşım sağlanamıyor olabilir. Geçici yerleşim alanları sağlanıncaya dek mümkünse içme suyu olarak sadece ambalajlı sular kullanılmalıdır. Ambalajlı su kullanılırken, tek kullanımlık ambalajlar tercih edilmeli, kapakların açılmış olmasına, kapak ve şişe markalarının aynı olmasına ve kapaktaki firma isminin kabartma olduğuna dikkat edilmeli, son kullanma tarihleri kontrol edilmelidir. Afetlerden sonra, yerleşim alanlarını kaybeden mağdurlarla birlikte, nispeten daha az etkilenmiş ve halihazırda olağan barınma alanlarını sürdüren önemli bir nüfusta bulunmaktadır. Afetlerden sonra mümkün olan en kısa sürede, hasar gören su ve kanalizasyon sistemleri tamir edilmeli, mümkün olan en kısa zamanda şebekeden güvenilir su sağlanmalıdır (Gupta ve Nair, 2012:7).

Afet bölgelerinde su sıkıntısının olduğu durumlarda, ilk tercih edilen su elde yöntemlerinden birisi, yağmur ve kar sularının sarnıçlarda biriktirilerek kullanılmasıdır. Ancak yağmur suları bölgenin hava kirliliği koşullarına göre değişebilmekle birlikte, toksik olabilecek miktarda CO₂ ve ağır metal kalıntıları içerebilir. Bununla birlikte, nükleer olaylarda, yağmur ve kardan elde edilen sulara, radyoaktif kirlilik hiçbir zaman gözden kaçırılmamalıdır. Tüm bunlarla birlikte, elde edilen yağmur sularının hijyenik bir şekilde depolanması ve güvenliğinin sağlanması da önemli bir sorundur. Afet dönemlerinde acil su ihtiyacının sağlanması için kullanılan yaygın bir yöntemde, yer altı sularıdır. Yeraltı sularının çok az bir kısmı kullanılabilir nitelikte olduğu unutulmamalıdır. Özellikle son yıllarda, evsel kirlilikler, tarımsal etkenler ve diğer çevresel faktörlerden dolayı yer altı suları hızla kirlenmektedir. Özellikle afetlerin ilk anlarından kaynağı bilinmeyen sular, mümkün olduğunca kullanılmamalı, yer altı suları mutlaka gerekli testler ve iyileştirmeler yapıldıktan sonra kullanılmalıdır. Eğer ki afet bölgesinde, yer altı sularının kullanılmasından başka seçenek yoksa kullanılacak olan su kaynaklarının, tuvalet

² Sanitasyon: Gıda üretiminin temizliğinin ve üretilen gıdaların tüm bulaşma etmenlerinden ve zararlı mikro organizmalardan uzak tutulması için yapılan prosedürlerdir.

çukurlarından 25, lağım ve septik çukurlardan 15, atık suların 15 ve otlaklardan en az 35 metre uzakta olması tercih edilmelidir. Afetlerden sonra yüzeysel su kaynakları da su temininde kullanılabilir. Afet bölgesinde bulunan akarsu, göl ve baraj suları, afet mağdurları tarafından su kaynağı olarak tercih edilebilir. İlke olarak bu tür kaynakların öncelikle kirli kabul edilmesi gerekir ve ancak filtrasyon ve dezenfeksiyona tabi tutulduktan sonra kullanılabilir hale gelir. Nükleer olaylarda, yüzeysel sular kullanılmaması gerektiği unutulmamalıdır. Afetlerden sonra geçici yerleşim alanlarında şebeke sağlanana kadar, su genellikle su tankerleri ile sağlanmaktadır. Geçici yerleşim alanlarında kullanılacak olan su tankerlerinin en az 200 litrelik, taşınabilir ve kolay temizlenebilir olması gerekir. Çadır kentlerde, tanker ile en uzak çadır arasında en fazla 100 metre mesafe olması gerekir. Afetlerden sonra özellikle ilk anlarda su temini sağlanırken unutulmaması gereken, suyun kaynağı ne olursa olsun her suyun kirlenmiş olabileceğidir. Bu nedenle afet durumunda kullanılacak olan suyun mutlaka dezenfeksiyonunun sağlanması önerilir (Güler ve Çobanoğlu, 1997).

Su kaynağında kirlenmiş olabileceği kadar, taşınırken kirlenmesi de mümkündür. Afet durumunda, temizliğinden emin olunmayan her su kullanılmadan önce dezenfekte edilmelidir. Dezenfeksiyon için birçok farklı yöntem kullanılabilir. Afet durumlarında ise uygulama kolaylığı ve maliyetten dolayı kaynatma ve klorlama ön plana çıkmaktadır. Kaynatma yönteminde suyun 100 derecede 5-10 dakika kaynatılması yeterli kabul edilir. Klorla yapılan dezenfeksiyonda ise en çok kullanılan hazır klor tabletleridir. Dezenfeksiyon için 40 litre su için 160 mg'lık tabletler kullanılır. Acil durumlarda suyun dezenfeksiyonu için % 4-6 arasında klor içeren Sodyum Hipoklorit Solüsyonu yani çamaşır suyu da kullanılabilir. 1 litre suyun dezenfeksiyonu için temiz sularda 2 damla, bulanık sularda da 4 damla kullanılabilir. Acil durumlarda damlalık bulunamaması durumunda, pamuğa emdirilmiş çamaşır suyu damlatılarak kullanılabilir. Suyun klorlanarak dezenfekte edilmesi durumunda, su 30 dakika dinlendirildikten sonra kullanılmalıdır. Eğer dezenfekte edilen su bulanıksa, su şehir şebekesinden sağlanıyorsa klorlama miktarı iki katına çıkarılmalıdır. Su tankerleri ile taşınan sularda su kaynağında klorlanmadı ise, kullanılmadan önce tankerlerde mutlaka klorlanmalıdır. Geçici barınma alanlarında kalan afet mağdurlarına, suyun dezenfekte edilmesinin eğitimi verilmelidir (Akdur, 2001; Westfall ve Winterburn, 2015:6).

3. İnsan Atıklarının Zararsızlaştırılması

İnsan dışkısında, bağırsaklarda bulunduğu sürece zararsız olan ama barsak dışına çıktığında hastalıklara neden olan mikroorganizmalar bulunmaktadır. Afetlerde zarar görmüş olan kanalizasyon hatlarının mümkün olduğunca hızlı rehabilite edilmesi gerekir. Geçici yerleşim alanlarında tuvaletlerin mümkün olduğunca hızlı bir şekilde sağlanması ve halkın

tuvaletleri kullanımı konusunda eğitilmesi gerekir. Tuvalet alanlarında ve el yıkama alanlarında suyun birikmesi engellenmelidir. Geçici yerleşim alanlarında en ideal olanı her aileye bir tuvaletin sağlanmasıdır. Eğer bu sağlanamıyorsa maksimum 20 kişiye bir tuvalet sağlanmaya çalışılmalıdır. Geçici yerleşim alanlarında tuvalet sorunu genellikle seyyar tuvaletler ile çözülmeye çalışılmaktadır. Ama afetin boyutunun büyüklüğü çoğu zaman seyyar tuvaletleri yetersiz kılabilir. Kalıcı tuvaletler yapılanaya kadar ya da yetersiz kaldığında, çoğu zaman çözüm açık hela çukurlarıyla sağlanmaktadır. Bu çukurlar 1-1.5 metre derinliğinde, en fazla 30 cm genişliğinde ve 3 metre uzunluğunda olmalıdır. Açık hela çukurlarına haftada bir kez mazot atılması, bulaşıcı hastalıkların engellenmesi için vektör kontrolüne ve kokuların azaltılmasına yardımcı olacaktır. Kalıcı tuvaletler sağlandıktan sonra bu çukurlar kolay açılmayacak ve haşereler ile teması kesilecek şekilde toprak ile kapatılmalıdır. Tuvalet yakınlarına ellerin yıkanması için hijyenik koşullara uygun su ve sabunun bulunduğu alanlar yapılmalıdır (Bakırcı, 2000; Günçikan, 2007).

Afet alanlarında ve geçici barınma alanlarında çöpler düzenli olarak toplanmalı, mümkünse olağan durumlarda kullanılan çöp dökme alanlarına dökülmelidir. Ulaşım ve benzeri yetersizliklerden dolayı çöp dökme alanları kullanılamıyorsa, yeni çöp biriktirme yerleri oluşturulmalıdır. Geçici yerleşim alanlarında çöpler poşetler veya kapalı kaplarda günlük olarak toplanarak çöp dökme alanlarına dökülmelidir. Eğer bu mümkün değilse, barınma yerlerinin dışına uygun büyüklükte çöp biriktirme konteynırları konmalıdır. Konteynırlar 50 kişiye 100 litrelik bir çöp konteynırı olacak şekilde planlanmalı, kapaklı ve kolay temizlenebilir olmalıdır. Çöplerin, çöp dökme alanlarına götürülememesi durumunda, yerleşim alanının dışında yeraltı sularını kirletmeyecek bir yerde en az iki metre derinliğinde bir çukurda çöpler toplanmalı, çukur dolduktan sonra çöpler yakılmalı ve üzeri en az 40 cm kalınlığında bir toprak tabakası ile kapatılmalıdır. Çöp çukurlarına çocukların ve hayvanların ulaşımına izin verilmemeli, hayvan ölüleri bu çukurlara atılmamalıdır (Akdur, 2001; Ritchie, 2004:669).

Afet sonrası ilk dönemde ölümler genellikle yaralanmalar sonucu oluşur. Bu tip ölümlerde, ölümlerin salgınlara yol açma olasılığı oldukça düşüktür. Afet durumunda cenaze işlemleri, mutlak suretle kimliklendirme yapıldıktan sonra, insanların inanç ve kültürlerine uygun koşullar sağlanarak yapılmalıdır. Ölümlerin su kaynaklarının yakınına gömülmesi, suyun kirlenmesine ve dolayısıyla ishali hastalıklara neden olabilir. Hayvan ölüleri ise hiçbir şekilde bekletilmemeli, diğer hayvanlar tarafından yenilmesi önlenmelidir. Sıcak mevsimlerde hayvan ölüleri en fazla 6 saat bekletilebilir. Hayvan ölüleri barınma yerlerinin en 1 km uzağına gömülmeli ya da yakılmalıdır. Ölü hayvanların taşınmasında kullanılan araçlar, dezenfekte edilmeden başka amaçla kullanılmamalıdır. Salgın riski taşıyan hayvan ölüleri mümkünse özel fırınlarda yakılmalı, eğer bu olanak yok ise en az iki metre derinliğe gömülmelidir. Hayvan

ölüsü bir su kaynağında bulunmuş ise, o kaynağın insanlar tarafından kullanılmasına izin verilmemelidir (Günçikan, 2007; Güler ve Çobanoğlu, 1994).

4. Bulaşıcı Hastalıkların Kontrol Altına Alınması

Afetlerden sonra bulaşıcı hastalık salgınlarının hem görülme riski hem de yayılım hızı artar. Ama bu her afetten sonra salgınların olacağı anlamına gelmez. Dört haftadan daha uzun süre kalabalık ortamda yaşamak zorunda kalınması, enfeksiyon hastalıklarının yayılma riskini artırır. Salgınların oluşmasında kalabalık faktörü ile birlikte, bazı başka bir takım koşullarda etkilidir. Enfeksiyon ajanının daha önceden bölgede var olması, yeteri miktarda sağlıklı suyun sağlanamaması, evsel atıkların ve insan atıklarının zararlaştırılmaması gibi çevresel risklerin var olması, afet sonrası başıboş kalmış kedi, köpek gibi hayvanların kontrol edilememesi salgın riskini artırır. Bununla birlikte afet koşulları insanların bulaşıcı hastalıklardan korunmasını zorlaştırır (Bakırcı, 2000, Dizer, 2007).

Afetlerden sonra salgınlar engellenmesi için önlemlerin zamanında alınması ve iyi bir kayıt sistemi kurarak başlamak üzere olan salgınlara zamanında müdahale edilebilmesi oldukça önemlidir. Çünkü salgının boyutları büyüdüğünde, kontrol altında tutulması zorlaşır ve binlerce insanın zarar görmesi engellenemeyebilir. Salgınlar için su birikintilerinin engellenmesi ve haşerelerin çoğalmasının engellenmesi için atıkların kontrol edilmesi hayati önem taşımaktadır. Gıda güvenliğinin sağlanamaması veya suyun kirlenmesi gibi durumlarda, tifo ve kolera; vektörlerin kontrol altında tutulamaması durumunda veba ve sıtma; kalabalık faktöründen dolayı temasla bulaşan Hepatit A ve solunum yoluyla yayılan kızamık gibi hastalıkların salgınları oluşabilir. Şimdiye kadar yaşanan afetlerden sonra oluşturulan geçici barınma alanlarında en sık görülen hastalıklar; sıtma, ishalleri hastalıklar, alt solunum yolu hastalıkları ve kızamık olarak belirtilmiştir (Güler ve Çobanoğlu, 1997; Yağcı, 2007).

5. Özel Kirliliklerin Kontrol Altına Alınması

Afetlerde çevresel risk faktörleri, her zaman afet sonrası yeni çevre koşullarının oluşması ya da oluşabilecek yetersizliklerden dolayı oluşmamaktadır. Bazen izole edilmiş ve kontrol altındaki tehlikeli maddeler, ihmal ya da kaza nedeni ile kontrol dışına çıkarak çevreye zarar verip, başlı başına bir afet olarak insanların yaşamını tehdit edebilir. 2 Aralık 1984'de Hindistan'ın Bhopal kentindeki bir insektisid fabrikasından sızan gaz nedeni ile binlerce insan ölmüş, binlercesi de yaralanmıştır. Bir bölgede, toksik kimyasalların üretildiği veya bulundurulduğu, petrol ve petrol ürünlerinin bulundurulduğu, radyoaktif madde ya da atık bulunduran, patlayıcı ve parlayıcı madde bulunduran işyerleri her zaman risk oluşturur. Bu riskler yapılan risk yönetimi ve hazırlık çalışmalarında iyi değerlendirilmeli, riskin oluşmaması

için gerekli önlemler alınmalı, tüm önlemlere rağmen gelişmesi durumunda da gerekli olabilecek hazırlık çalışmaları öncesinde yapılmış olmalıdır. Bu işyerleri oluşabilecek kazalara müdahale için yeterli personeli bulundurmalı, bu eğitilmiş personel kaza sonrası, itfaiye, sivil savunma ve acil sağlık hizmetleri gibi diğer kurtarma birimleri ile birlikte çalışmalıdır. Tehlikeli madde bulunduran işyerleri, 17 Kasım 1999 İzmit Depremi sonrası TÜPRAŞ Yangınında olduğu gibi doğal bir afetin tetiklemesi ile olabileceği gibi, 3 Temmuz 1997'de Kırıkkale MKE Tesisleri'nde olan patlama gibi insan kaynaklı kazalar sonrası da çevreyi tehdit edebilir (Akdur, 2007; Topaçoğlu, 2007).

Radyasyon kazaları nadir görülmekle birlikte, insanlar ve doğal çevre üzerinde önemli hasar oluşturan, Çernobil, Three Mile ve Fukuşima gibi önemli kazalarda yaşanabilmektedir. En çok doğrudan ölümünün yaşandığı nükleer kaza 26 Nisan 1986 tarihinde meydana gelen ve 29 kişinin öldüğü Çernobil Nükleer Kazası olmuştur. Nükleer kazalar, en fazla kritiklik kazaları olarak adlandırılan, nükleer enerji üretim tesislerinde herhangi bir nedenle nükleer reaksiyonun kontrol dışına çıkması ile olmaktadır. Radyasyona uzun süre maruz kalınması durumunda, kalp-damar sisteminin ve beyin zarar görmesi sonucu dakikalar içerisinde ani ölümlerin gelişmesi ile birlikte daha düşük doz etkilenmelerde, kemik iliğinin ve beyaz kan hücrelerinin zarar görmesi sonrası daha uzun sürelerde ölümlerle karşılaşılabilir. Nükleer kazalar ya da silah kullanımı sonrası oluşacak olan serpinti ile radyoaktif madde yayılımı yıllarca sürmekte, genetik ve sistemik hastalıklara neden olarak nesiller boyu etkili olabilmektedir. Nükleer kazalarından sonra, radyasyon hasarının azaltılması için daha fazla kirlenmenin önüne geçilmesi yani kirlilik kontrolünün yapılması oldukça önemlidir. Özellikle su ve gıda güvenliğinin sağlanması, daha fazla kişinin radyasyonun zararlı etkilerinden korunması açısından önemlidir (Özgüven, 2007).

Sonuç

Afet yönetimi ve çevre yönetimi madalyanın iki yüzü gibi birbirine bütünleşik halde sürdürülmesi gereken önemli iki konudur. Güncel tartışma alanı, daha çok afet risklerinin azaltılması ve güvenlik açıklarının önlenmesi adına risk yönetiminde, çevre yönetimine vurgu yaparken; afetlerden sonra ortaya çıkabilecek çevre risklerinin kontrol altında tutulması da son derece önemlidir. Afetlerden sonra çevresel risklerin kontrol altında tutulamaması, afetin doğrudan hasarı kadar önemli kayıplara neden olabilir. İdare açısından afet sonrası çevrenin yönetimi; erken dönemde oluşan ölümlerden sonra, çeşitli nedenlerin tetiklemesi ile geç dönemde hasarın artmasının engellemesi adına büyük önem taşımaktadır. Çevresel risk faktörleri, afetlerden sonra değişen çevre şartları ve yetersizliklerden dolayı oluşabileceği gibi, doğal afetlerin tetiklemesi ya da kazalar sonrası tehlikeli maddelerin kontrol dışına çıkması ile

de gelişebilir. Afetlere hazırlıksız yakalanmamak ve çevresel risklere bağlı afet hasarının artmasını engellemek adına, yapılan afet planlarında; afet mağdurları için uygun geçici barınma alanlarının ve yeterli miktarda temiz suyun sağlanması, insan atıklarının zararlaştırılması, bulaşıcı hastalıklar için önlemlerin alınması ve afetin getirebileceği diğer özel çevre risklerinin kontrol altında tutulmasına yönelik eylemler yer almalıdır. Afet sonrası çevresel risk yönetimi ile ilgili kurumsal görev ve sorumluluklar afet planlarında tanımlanmalı, eylem planları afet sonrası oluşabilecek çevresel risk faktörleri de dikkate alınarak hazırlanmalıdır.

Kaynaklar

- Akdur, R. (2001) "Afetlerde Çevre Sağlığı Hizmetleri" Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Sağlık Projesi Genel Müdürlüğü, Ankara, ss.179-201.
- Bakır, B. ve Hacım, A.K. (2007). "Afetlerde Temiz Su Sorunu", Afet Tıbbı (Ed.Mehmet Eryılmaz ve Ufuk Dizer), Ünsal Yayınları, Ankara, Ünsal Yayınları, Ankara, ss.589-600.
- Bakırcı, N. (2000) "Afetlerde Halk Sağlığı Hizmetleri" Depremde Uzmanlık Hizmetleri, İstanbul Tabip Odası, İstanbul, ss.63-74.
- Dizer, U. (2007). "Bulaşıcı Hastalık Önlemleri", Afet Tıbbı (Ed. Mehmet Eryılmaz ve Ufuk Dizer), Ünsal Yayınları, Ankara, Ünsal Yayınları, Ankara, ss.555-564.
- Ekşi, A. (2013). "Nükleer Kaza ve Saldırılarda Bütünleşik Kriz Yönetimi", Ege Üniversitesi Basım Evi, İzmir.
- Eldridge D. and Tenkate TD. (2006). The role of environmental health in disaster management: an overview and review of barriers and facilitators for action, Rev Environ Health, 21(4):281-94.
- Eryılmaz, M. (2007). "Afete Giriş", Afet Tıbbı (Ed. Mehmet Eryılmaz ve Ufuk Dizer), Ünsal Yayınları, Ankara, Ünsal Yayınları, Ankara, ss.3-77.
- Gupta AK. and Nair SS. (2012). Environmental Legislation for Disaster Risk Management, National Institute of Disaster Management, New Delhi, India.
- Güler, Ç. ve Çobanoğlu, Z. (1994). "İnsan ve Hayvan Atıkları Sıvı Atıklar", Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Güler, Ç. ve Çobanoğlu, Z. (1997). "Afetlerde Çevre Sağlığı Önlemleri" Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Günçikan, M.N. (2007). "Afetlerde Çevre Sağlığı", Afet Tıbbı (Ed.Mehmet Eryılmaz ve Ufuk Dizer), Ünsal Yayınları, Ankara, Ünsal Yayınları, Ankara, 573-582.
- Kalkınma Bakanlığı (2014). Afet Yönetiminde Etkinlik, TC Kalkınma Bakanlığı, Ankara.
- Özgüven, M.A.(2007). "Nükleer ve Radyolojik Afetler, Risk Değerlendirme ve Kontrolü", Afet Tıbbı (Ed.Mehmet Eryılmaz ve Ufuk Dizer), Ünsal Yayınları, Ankara, ss.1113-1134.
- Ritchie, BW. (2004). Chaos, crises and disasters: a strategic approach to crisis management in the tourism industry, Tourism Management, 25(2004): 669-683.
- Sarp, N. (2007). "Sağlık Hizmetlerinde Afet Yönetimi" Mehmet Eryılmaz ve Ufuk Dizer (Editörler), Afet Tıbbı, Ünsal Yayınları, Ankara, ss.479-500.

- Srinivasm H. (2015). Environmental Management and Disaster Reduction - An Introduction. <http://www.gdrc.org/uem/disasters/disenvi/intro.html>, Erişim Tarihi; 22 Kasım 2016.
- Topaçoğlu, H. (2007). “Afet ve Planlama”, Afet Tıbbı (Ed.Mehmet Eryılmaz ve Ufuk Dizer), Ünsal Yayınları, Ankara, ss.159-184.
- Westfall F. and Winterburn R. (2015). Disaster Response: Managing The Environmental Risks. <http://www.acegroup.com/esis-en/assets/disaster-response-white-paper-final.pdf>, Erişim Tarihi; 21 Kasım 2016.
- Yağcı, A. (2007). “Savaş, Göç ve Afetlerde Salgınlar” 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Antalya.

SAĞLIK HİZMETLERİ PAZARLAMASINDA REKLAM VE SOSYAL MEDYANIN ROLÜ

Öğr.Gör.Kemal TEMEL¹, Prof.Dr. Fevzi AKINCI²

Özet

Sağlık hizmetleri pazarlaması kavramı 1990'lı yıllardan beri hızlı gelişme sürecinde olup, son yıllarda daha da önem kazanmıştır. Sektördeki kurum ve firmalar, artan rekabet ve hasta beklentileri sebebi ile sosyal medya ve diğer medya iletişim araçlarını kullanma eğilimi göstermeye başlamışlardır. Bu durum sağlık sektörü firmalarının tutundurma çalışmaları yapmalarına ve bu yönde yatırım yaparak sektördeki kurumsal ve finansal hedeflerine ulaşmak için çabalarına neden olmuştur. Bu çalışmada sosyal pazarlama ve sosyal medya gibi kavramlar ile bu kavramların sağlık sektöründeki rolü ve hukuksal boyutu ele alınmıştır. Yapılan çalışmada Sağlık hizmetlerinde reklam ve medyanın kullanımı, hangi sosyal medya araçlarının daha yaygın olarak kullanıldığı ve insanlar üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Medya, Sağlık Hizmetleri, Sosyal Pazarlama, Reklam.

THE ROLE OF ADVERTISING AND SOCIAL MEDIA IN HEALTH SERVICES MARKETING

Abstract

The concept of health services' marketing has been in rapid development since the 1990s and became more important in recent years. Due to increased competition and patient expectations, institutions and companies in the sector have begun to show tendency to use social media and other media communication tools. This situation has caused health sector companies to make more investment in marketing efforts to realize their organizational and financial goals. In this study, we examine the concepts of social marketing and social media in the health sector and discuss their role and legal dimension. The aim of the study was to evaluate the use of advertising and media in health services, which social media tools are more widely used and their effects on people.

Key Words: Social Media, Healthcare, Social Marketing, Advertising.

Giriş

Sağlık hizmetleri sunucuları, özellikle de pazarda faaliyet gösteren özel şirketler gelişen teknoloji ile kitlesel hale gelen iletişim araçlarını kullanarak tutundurma ve tanıtım faaliyetleri göstermeye başlamıştır. Sağlık hizmeti veren kuruluş ve şirketlerin pazardaki artışı, sunulan hizmet ve ürünlerin çeşitliliği, hasta beklentileri ve bilgi düzeyindeki artış, teknolojik

¹ Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İlk ve Acil Yardım Bölümü, 17100, Çanakkale, kst1720@hotmail.com

²Professor of Health Care Administration The William G. McGowan School of Business King's College 133 North River Street Wilkes-Barre, PA 18711. / USA,

gelişmelere bağlı olarak kullanılan malzeme ve cihazların gelişmesi, hizmet sunucularının yapmış oldukları yatırım maliyetlerindeki artış gibi nedenler; piyasa koşullarına bağlı olarak sağlık hizmeti sunan firma ve kuruluşların işletme mantığı ile hareket etmelerine ve hastaları müşteri olarak görmelerine neden olmuştur.

Bu durum piyasada faaliyet gösteren hizmet sunucularının, tutundurma çabalarını beraberinde getirmektedir. Günümüz şartlarına bağlı olarak farklılıklarını göstermek isteyen firma ve kuruluşlar reklam ve tanıtım faaliyetleri yapma ihtiyacı duymaktadır. Sağlık hizmeti sunucuları hasta beklentilerini göz önüne alarak, yapmış oldukları yatırım maliyetlerini karşılama ve kar sağlama amacı ile piyasada tanıtım ve reklam yaparak ön plana çıkmaya çalışmaktadırlar. Ülkemizde Sağlık Mevzuatı; Sağlık alanını diğer ticari kuruluşlardan ayırmakta, sağlıkta reklama sınırlama getirmekte ve haksız rekabeti önlemeye çalışan maddeler içermektedir. Ayrıca, bunu yapanlar için cezai uygulamalar önermektedir (Gülhan,2000: 18-21). 1219 sayılı “*Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Yasa*” ve “*Tıbbi Deontoloji Tüzüğü*” nde açıkça belirtildiği gibi ülkemizde sağlık alanında reklam yapılması yasaktır.

Bu çalışmada sağlık hizmeti sunucularının piyasa koşullarına uyum sağlamları, rekabete direnebilmelerinin yanında hizmet kalitesi ve geliştirilmesi açısından sosyal medya araçlarının kullanımı ve reklam çalışmaları ele alınmıştır. Çalışmada Sağlık hizmetlerinde reklam ve medyanın kullanımı, hangi sosyal medya araçlarının daha yaygın olarak kullanıldığı ve insanlar üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.Kavramsal Çerçeve

1.1. Sosyal Pazarlama

“*Sosyal pazarlama*” kavramı, 1970’li yıllarda pazarlama araç ve tekniklerinin ürün veya hizmete uygulanmasının, “*fikirlerin pazarlanması*”na da uygulanabileceği düşüncesi ile ortaya çıkmıştır (Kotler ve Zaltman, 1971, 35 : 3-12). Devlet kurum ve kuruluşları, kar amacı gütmeyen örgütler (dernek ve vakıflar) ve kar amacı güden örgütler tarafından girişilen bir çaba olarak görülebilir. Geniş bir anlatımla sosyal pazarlama, “*Kişilerin, bir takım sosyal grupların ya da toplumun bütünü için pazarlama ilkelerini ve tekniklerini kullanarak hedef kitleyi yeni bir davranış edinmesi, eski davranışlarını değiştirmesi ya da tümüyle bu davranışı bırakması yönünde yapılan çalışmalardır*” olarak tanımlanmıştır (Tengilimoğlu, 2011: 239-241). Sosyal pazarlama ticari beklentilerin yanında toplumsal fayda beklentileri nedeni ile diğer pazarlama sistemlerinden farklıdır. Özellikle sağlık sektöründe yapılan sosyal pazarlama faaliyetlerinde toplumun büyük bölümünde davranışsal değişiklikler amaçlanmaktadır.

1.2. Sosyal Medya

Sosyal medya kısaca internet tabanlı yazılımlar üzerinden karşılıklı iletişim ve bilgi alışverişine olanak sağlayan medya araçları olarak tanımlanabilir. Sosyal medya, pazarlama yöntemi olarak kurum ve şirketler tarafından günümüzde çok sık kullanılmaktadır. Sosyal medya, bireylerin istediği zaman istediği yerden kendi fikir ve düşüncelerini özgürce paylaşmalarını ve bunu sağlamanın yanında kısa sürede büyük kitlelere ulaşması ve evrensel olması gibi özellikleri nedeniyle kurum ve kuruluşlar tarafından tanıtım ve reklam amacıyla da kullanılmaktadır.

1.3. Sosyal Medya Araçları

Geleneksel medyada olduğu gibi sosyal medyanın da var olabilmesi için bir mecraya ihtiyacı vardır. Bu maceraları genel olarak sosyal medya araçları olarak adlandırabiliriz. Farklı teknolojiler ve farklı yöntemlerin kullanıldığı tüm bu araçların belki de tek ortak noktası hepsinin kullanıcılarına üst düzeyde paylaşım hizmeti sunmasıdır. Bu araçları; “*Sosyal ağlar, bloglar, sosyal imleme siteleri, içerik paylaşım siteleri, mikro bloglama ve hayat akışı olarak sıralayabiliriz*”(Kahraman,2010: 15).

1.4. Sosyal Pazarlama ve Sosyal Reklam

Sosyal pazarlama ve sosyal reklam kar amacından çok, sosyal fayda sağlayabilecek davranış değişikliği oluşturma amaçlı yapılan girişimlerdir. Hedeflenen kişi ya da gruplar üzerinde yeni bir alışkanlık kazandırmak ve bilgilendirme yapmak amacıyla kullanılan sosyal pazarlama ve reklam sektöründeki şirketler ve kamu kurumları tarafından kar amacından çok tanıtım ve bilgilendirme amaçlı kullanılmaktadır. Bu durum sektörler arası geçişe yani “*ticari sektörden*”, “*kâr amacı gütmeyen sektöre*” doğru geçişi ortaya koymuştur. (Andreasen, 2002: 3-13).

Sosyal pazarlama ve reklam anlayışı ile kurumlar kendi çıkar ve menfaatlerini korumanın yanında hedef kitlenin isteklerini karşılama konusunda da rol oynamaktadır. Hedef alınan kitlenin isteklerinin belirlenmesi, toplumsal çıkarların korunması ve problemlerin çözümü konusunda daha çoğul bir yaklaşım gösterilerek yönetim anlayışında da değişiklikler beklenmektedir. Bu kapsamda sosyal pazarlama ve reklam çalışmalarında pazarın beklenti ve isteklerinin karşılanması yanında davranışsal değişiklikler oluşturarak hedeflenen kitleye uygun mal ve hizmetlerin sunumu gerçekleştirilmektedir.

2. Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama

Sosyal ihtiyaçların artması ile sağlık sektöründe, sosyal pazarlama ve kurumsal sosyal sorumluluk anlayışları önem kazanmıştır (Hümeriç, 2009). Buna bağlı olarak kar amacı gütmeyen kamu kuruluşları amaçlarına ulaşabilmek için pazarlama tekniklerinden faydalanmaya başlamıştır. Sağlık sektöründe, sosyal pazarlama kullanımı toplumu bilgilendirme ve davranış değişikliği oluşturmak için günümüzde kullanılmaktadır. Örneğin, kamu spotu reklamları ile televizyon kanallarında sigaranın zararlarının anlatılması, anne sütünün bebek için önemi, sağlıklı yaşam için spor yapmanın gerekliliği gibi konularda sosyal pazarlama teknikleri kullanılmaktadır. Ayrıca afiş, ilan, broşür gibi unsurlar kullanılarak acil ambulans hattının gereksiz yere meşgul edilmemesi, sağlıklı beslenmenin gereklilikleri, diş fırçalama alışkanlıkları, uyuşturucu vb. kötü alışkanlıkların zararlarının anlatılması ile toplumun tamamında değişiklik oluşturabilecek eğitim çalışmaları ile de sosyal pazarlama unsurları kullanılmaktadır. Bu durum toplumu ilgilendiren sorunların çözümü için büyük önem arz etmektedir.

Türkiye’de sağlığı koruma ve geliştirme amaçlı sosyal pazarlama uygulamalarına örnek olarak 112 acil sağlık hizmetlerini kullanımda neler yapılması gerektiği, 112 acil hattının hangi durumlarda ve nasıl aranması gerektiği, alkol ve tütün kullanımı gibi konular üzerinde eğitici programlar yapılması gösterilebilir. Sağlık hizmeti sunumunda pazarlama süreci için kar amacı önemli değildir. Önemli olan, sunulan hizmet ile ihtiyaçların tam olarak karşılanabilmesidir. Sosyal pazarlamada sağlık sektörünün temel amacı; sağlık hizmetlerinin eşit, ulaşılabilir, kaliteli hizmetin toplumun tüm bireylerine ulaşmasını sağlayarak bireyin sağlıklı bir ömür sürmesini sağlamaktır.

Son yüzyıl içinde gelişmiş batı ülkelerinde sağlık alanında çok büyük ilerlemeler kaydedilmiş, çok ileri teknolojiler geliştirilmiş ve ortaya gelişmiş sağlık kuruluşları içeren ulusal sağlık sistemleri çıkmıştır. Hatta globalleşen dünya kavramı içerisinde 2000’li yıllarda ulusal sağlık politikalarının yanında uluslararası ilişkileri daha da geliştirerek dünya sağlık politikaları ve dünya sağlık hizmetleri yönetimi gündeme gelmiştir. Günümüzde sağlık hizmetlerindeki teknolojik ilerlemelere bağlı olarak sektörde büyüme ve uzmanlaşma başlamış olup sağlık hizmetleri pazarlaması daha etkin bir rol almıştır. Teknolojinin gelişmesi, sağlık hizmetleri sunumunu daha hızlı ve daha güvenilir bir biçimde sunulmasına olanak vermektedir. Örneğin, kan testlerinde teknolojik cihazların kullanılması ya da radyolojik cihazlar ile teşhis ve tedavinin kolaylaşması gibi (Toker, 1999:10-15).

Fakat teknolojik ilerlemeler kalite artışını sağlarken sağlık hizmeti sunucularını bu cihaz ve malzemelere yatırım yapmaya zorlamakta bu durum sunulan hizmetlerin fiyatlarında artışa

neden olmaktadır. Ancak sağlık hizmetleri talebi sağlık hizmeti sunucularına bağlı değildir. Yani fiyatın yükselmesi ya da azalması sağlık hizmeti talebini etkilememektedir. Tüm sağlık kuruluşları pazarlama faaliyetlerini yürütürken buldukları ülkelerin devlet tarafından belirlenmiş kuralları ve kanuni süreçlerini dikkate almak ve mevzuattaki değişiklikleri yakından takip etmek zorundadır. Sağlık kuruluşları hizmet sunumunda hizmet kalitesi ve teknolojik gelişmelere öncelik tanımakta hasta memnuniyeti ve tatminsizliğini göz ardı etmektedirler. Sağlık yöneticileri ve çalışanları, hastaların ihtiyaçları, istekleri ve toplumun beklentilerini göz ardı etmemelidir. Toplumun beklentileri ve davranışlarını dikkate almadan sağlık hizmeti sunumu planlaması yapmak hasta tatminsizliğini doğurabilir. Bu nedenle sosyal pazarlama sağlık hizmeti sunucularının sunduğu hizmetlerin geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadır.

Sağlık kurumları hizmet üretmektedirler, dolayısıyla mal üreten sektörden farklı birtakım özelliklere sahiptirler. Bu özellikler, sağlık işletmeciliğinin özel bir sektör olmasının nedenlerini de oluşturmaktadır. Mal üretim sektörü ile hizmet üretim sektörü ve dolayısıyla da sağlık sektörü arasındaki önemli farklılıkları şu şekilde sıralamak mümkündür (Yerebakan, 2000: 46-48):

- a. Sağlık piyasalarında eksik rekabet şartları hakimdir.
 - Arz ve talep arasında eşitsizlik vardır.
 - Sağlık piyasalarında arz miktarı sınırlıdır ve sağlık hizmetlerini Arz edenler kendi aralarında monopoller oluşturabilirler.
 - Sağlık piyasasında talep belirsizdir (Hastalık riski önceden hesap edilemez).
 - Sağlık piyasasına girişte bazı kısıtlamalar vardır.
 - Alıcılar piyasa hakkında tam bilgi sahibi değildirler.
 - Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlanamaz.
- b. Sağlık piyasalarında dışsal faktörler mevcuttur.
- c. Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez.
- d. Fiyatlarla gerçek maliyetler arasındaki korelasyon zayıftır.
- e. Sağlık piyasalarında kar amacı gütmeyen kurumların da bulunduğu karma bir yapı mevcuttur.

Ülkemizdeki özel sektöre ait birçok hastanede bilimsel pazarlama bilincinin yerleşmiş olmasına rağmen, henüz kamu hastanelerinde organize olmuş ve uzman kişilerin istihdam edildiği pazarlama faaliyetlerine rastlanmamaktadır (Özgülbaş ve Malhan, 2000: 15-19).

3. Sağlık Hizmetlerinde Reklam

Gelişen teknoloji, bilgi düzeyindeki artış ve beklentilerdeki farklılaşma sonucu sektörde yatırım yapan firma ve kuruluşların sayısında artışa neden olmuştur. Daha kaliteli hizmet

beklentisi nedeni ile sıra beklememe, daha konforlu oda hizmeti sunumu, teknolojik cihazlara daha kolay erişim gibi nedenlerden dolayı kamunun sunmuş olduğu sağlık hizmetine ikame edebileceği özel sektör hizmet sunucularını tercih etme eğilimi görülmeye başlanmıştır. Özellikle özel sektör eliyle sunulan sağlık hizmetlerinde hasta beklentilerini karşılamak adına yatırım yapma eğilimi meydana gelmiştir. Bu durum firmaları maliyetlerini hastalarına yansıtmak zorunda bırakmıştır. Piyasada bu farkı ödemeye razı olan kesimin varlığı nedeniyle oluşan rekabete dayalı olarak sundukları hizmet ve malların tanıtım faaliyetleri nedeni ile tutundurma çalışmaları yapmaya başlamışlardır. Sektördeki hizmet sunucuları farklılıklarını ortaya koyabilmek ve rekabette geri kalmamak için sosyal medya ile birlikte pazarlama unsurlarını da kullanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde talebi etkileyen bir faktör olamaması nedeni ile bazı çevreler sağlık hizmetleri için reklamı kaynak israfı olarak görmektedir. Sisteme büyük yatırımlar yapan sağlık hizmeti sunucuları yatırım maliyetleri ile birlikte kar amaçladıkları için rekabette öne çıkabilmek adına reklam ve tutundurma faaliyetlerinde bulunmaktadır. Hakkında olumsuz bazı görüşlere karşın reklam, “*hastanelerce uzun yıllardır halkla ilişkiler, basınla ve toplumla ilişkiler*” gibi başlıklarla uygulanmaktadır. Bu tür iletişim faaliyetleri sadece sunulan hizmetin tanıtılmasına yardım etmek amacı ile değil, aynı zamanda bir eğitim ve güdüleme, tutum geliştirme fonksiyonunu da göreceğ biçimde genişletilmiştir(Öner, 2001). İletişim aracı olarak reklam sağlık hizmetlerinde etik değerler göz ardı edilmeden, ahlaki değerlere uygun bir biçimde yapılırsa hem hizmet sağlayıcıları hem de hizmet alanlar için etkili olabilir.

Türkiye’de hastanelerin en sık kullandığı tanıtım araçları; afiş, ilan, broşür ve benzerleridir. Yapılan sağlık taraması, doğum ve sünnet kampanyaları gibi uygulamalar sık kullanılan yöntemlerdir. Belli gruplara indirim uygulaması, TV program sponsorluğu, balo ve tanıtım geceleri düzenlenmesi de kullanılan yöntemler arasında gösterilebilir. Sağlık alanında reklamlar en çok 2 şekilde yapılmaktadır (Güler, 2006 ve Tengilimoğlu, 2000:7-15):

Kurumsal reklamlar, kurumsal imaj oluşturma ve geliştirme üzerine odaklanan ve halkla ilişkiler çalışmalarında kullanılan araçlardan oluşurlar. Bu reklamlar sağlık kurum/kuruluşlarının halkla olan ilişkilerini düzenlemeye ve kurum hakkındaki bilgilerini arttırmaya yöneliktir. Kurumsal reklamlar,“müşteri ya da hastaların ilgisini kuruma çekmek ve kuruma olan davranışlarını olumlu yönde etkilemek için yapıldığı gibi olumsuz kamuoyu oluşturabilen durumlarda kurumu koruma görevini de üstlenirler” (Güler, 2006 ve Tengilimoğlu, 2000:7-15).

Gizli ya da örtülü reklamlar; verilen sağlık hizmetinin diğer kurum ve kuruluşlardan daha kaliteli bir şekilde sağlanacağını ima ederler. Bu reklamlar çoğunlukla kamu kurum ya da

kuruluşlarının hem kapasite hem de kalitelerinde yetersizlikler olduğu ve gerekli hizmet geliştirme desteği alamadıkları için özel kuruluşların sağlık alanında daha çok söz sahibi olmaya başlamalarına yol açmaktadır. Aynı zamanda ticari bir meta haline getirilen “sağlık”, bu kurumlar için bir rekabet ortamı içinde kalmaktadır. Kar amacı gütmeyen işletmelerin ise parasal kaynaklarını gereksiz yere reklam veya benzeri faaliyetler için kullanmadıkları görülmektedir (Tengilimoğlu, 2000:7-15, Ersoy, vd. 2008: 3-27).

4. Sağlık Hizmetlerinde Reklam ve Sosyal Medya'nın Rolü

Genel olarak bakıldığında da özel sağlık kurumlarının kendileriyle ilgili reklamlar yaptıkları, bunun yanında kamu sağlık kurum/kuruluşlarının daha çok koruyucu sağlık hizmetleri ve/veya hasta hakları uygulamalarıyla ilgili bilgilendirme yazıları ile yetindikleri görülmektedir. “*Hastanemizde Hekiminizi Seçebilirsiniz*”, “*Hekimini Özgürce Seçme Hakkı'na Sahipsin*” veya “*X Hastanesi ISO 9001 2000 Kalite Çalışmalarına Başlamıştır, Hayırlı Olsun*” gibi, açık olarak reklam olduğu anlaşılmamakla birlikte “*müşteri*”nin adı geçen kurum ya da kuruluş veya kişiye yönlendirilmesi ile gerçekleşen reklamlardır. Televizyonlardaki programlarda belli kurum/kuruluşların faaliyetleri veya çalışanlarından söz etmek/konuk olarak ağırlamak, belli kişilerin konu ile ilgili görüşlerini almak, hastalık üzerinden ilaca dikkat çekmek üzere ilaç firmalarının gazetelerde ürünlerine yer vermesi gizli reklamlara örnek olarak verilebilir. Yine sponsorluk ile reklam yapılması da bu kategoriye alınabilecek reklamlardır (Avşar ve Elden, 2004: 11-25).

Ancak yapılacak yanıltıcı ya da aldatıcı reklamlardaki yanıltma, bilginin doğru olmasına rağmen olması gereken bir konunun çok önemliymiş gibi vurgulanmasından kaynaklanabilir. Bununla birlikte vurgulanan anlamlardan birinin yanıltıcı olması (unvan gibi) veya reklamda eksik ifadeler kullanılması, beklentiye giren tüketicinin isteklerinin karşılanamaması ile sonuçlanabilir. Yine başka kurum ya da kuruluşların sundukları hizmet ile yapılan karşılaştırmalar ve “*en iyi*”, “*en etkili*” ifadelerinin kullanılması da aldatıcı reklamlardır. İnsan sağlığı söz konusu olduğu için de hastaların kolayca istismar edilebileceği dikkate alınarak, reklamın tamamen serbest olmaması gerekir (Tengilimoğlu, 2000:7-15).

Geçmiş yıllarda Türkiye’de sağlıkta reklam uygulamaları ulusal aşı kampanyalarında, aile planlaması çalışmalarında, AIDS, uyuşturucu ve sigara ile mücadelede yaygın bir şekilde kullanılmış olup, toplumsal fayda gözetilmiştir. Bugün ise reklam toplum sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik programlar dışında da kullanılmaktadır. Yasalar ile engellenmesine rağmen, kar amacı ve yatırım maliyetlerini düşünen yatırımcılar tüm medya araçlarını kullanmaktadırlar (Güler, 2006). Özellikle bilişim ve iletişim araçlarının yaygınlaşması,

kullanım kolaylığı ve toplumun her kesimi tarafından talep görmesi dolayısıyla “facebook”, “twitter” gibi internet araçları günümüzde tanıtım ve reklam amacıyla sık olarak kullanılmakta ve etkisi küresel olarak görülmektedir.

4.1. Sağlıkta Reklamın Hukuksal Boyutu

Dünya Sağlık Örgütü sağlık hakkını, “bireylerin ırk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal durumlarına bağlı olmaksızın doğuştan kazandığı temel bir insan hakkı” olarak tanımlamıştır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin ticari bir olgudan çok sosyal bir olgu olarak ele alınması nedeniyle reklam ve pazarlama faaliyetlerine kanuni açıdan engeller getirilmiştir. Avrupa Birliği’ne dâhil ülkelerde doğrudan doğruya aldatıcı reklamlarla ilgili özel bir kanun ya da düzenleme yoktur. Ancak reklamların doğru ve dürüst olma ilkesi, esas itibarıyla, bu ülkelerin tümünde benimsenmiştir. Yalnız bu ilkelerin hukuk temelleri her ülkede farklılık arz etmektedir. Fransa ve İngiltere’de reklamın doğru ve dürüst olması ilkesinin temel kaynağı ceza hukuku içinde görülmekteyken, Almanya, Belçika, Lüksemburg, İtalya ve Hollanda gibi ülkelerde de reklamın doğru ve dürüst olması ilkesi özel hukukla belirlenmektedir (İrgaz, 2002). Türkiye’de sağlık hizmeti sunucularının reklam vermesi kanuni açıdan yasak olmasına rağmen son yıllarda artan rekabet ve piyasa koşullarına bağlı olarak bu durumu göz ardı etmektedirler.

4.2. Türkiye’de Sağlıkta Reklamla ilgili Yasal Düzenlemeler

Türkiye mevzuatında konu ile ilgili bazı kanun maddeleri bulunmaktadır.

4.2.1. 1219 sayılı Tababet ve Şua-Batı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

Madde 24-İcrayı sanat eden tabipler hasta kabul ettikleri mahal ile muayene saatlerini ve ihtisaslarını bildiren ilanlar tertibine mezun olup diğer suretlerle ilan, reklam ve saire yapmaları memnudur.

Madde 40- İcrayı sanat eden dış tabipleri ve dişçiler hasta kabul ettikleri mahal ile muayene saatlerini bildiren ilanlar tertibine mezun olup diğer suretlerle reklam ve saire yapmaları memnudur.

4.2.2. 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu

Madde 13 (Değişik:4/1/1943-4348/1 md.)-Müstahzarları övme yolunda ve bunlara malik olmadıkları şifa hassaları veya şifa-i tesirleri büyütmek suretiyle sabit veya müteharrik sinema filmleri, ışıklı veya ışısız ilan, radyo veya herhangi bir vasıta ile reklam yapılması memnudur. Şu kadar ki, tarifname ve gazetelerde “....Hastalıklarında kullanılması faydalıdır” şeklindeki ilanlara müsaade olunabilir. Ancak reçetesiz satılmasına müsaade edilmeyen müstahzarların tıbbi mecmualardan başka yerlerde reklamları yapılamaz. Reklam numunelerinin önceden sıhhat ve içtimai muavenet vekâletince tasvip edilmeleri lazımdır. Bir müstahzarın ilmi

vasıfları hakkında olan filmler sıhhat ve içtimai muavenet vekâletinin müsaadesiyle ve tayin edileceği yerlerde gösterilebilir.

4.2.3. 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu

Madde 28- 1-Meslek adabına uymayan ve tıp mesleklerinin icrasına dair kanunun kabul ettiği çerçeve dışında tabela kullanılmasını, Sinema, radyo, müstahdemler veya sair yazılı ve sözlü vasıtalarla reklam yapılmasını önlemek.

4.3.4. Konu ile ilgili diğer düzenlemeler

- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
- 2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun
- 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun
- 3224 Sayılı Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu
- 4077 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun
- Hekimlik Meslek Etiği Kuralları
- Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
- Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
- Ambulans ile Özel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği
- Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
- Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik
- Güzellik ve Estetik Amaçlı Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
- Ticari Reklam ve İlanlara İlişkin İlkeler ve Uygulama Esaslarına Dair Yönetmelik
- Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği
- Özel Hastaneler Yönetmeliği
- 5193 Sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun
- 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu

Yukarıda maddelerde belirtildiği gibi yasal düzenlemelerle sağlık hizmetleri pazarlamasında reklam yasakları getirilmiş olup, reklamı yapılacak olan sosyal amaçlı reklamlar içinde denetime tabi olma zorunluluğu koyulmuştur (Tengilimoğlu, 2011:239-241).

Sosyal medya kavramı konu ile ilgili kanun maddelerinin hazırlandığı dönemde yaygınlaşmamış bir tanım olması nedeni ile düzenlenen kanun maddelerinde açıkça belirtilmemektedir. Ancak konu ile ilgili kanun maddelerinde “her türlü tanıtım ve reklam faaliyetleri yasaktır” ibaresi kapsamında sosyal medya kavramı tanıtım ve reklam faaliyetlerinin dışında tutulamaz. Bu durumun istisnası olarak toplumda davranış değişikliğine neden

olabilecek sosyal fayda oluşturacak durumlar gösterilebilir. Denetime tabi olmak koşulu ile Örneğin; kötü alışkanlıkların bırakılması için yapılan bilgilendirme faaliyetleri gibi kar amacı gütmeyen durumlar için sosyal medya kullanımı yasal açıdan reklam ve tutundurma faaliyeti olarak görülmemektedir.

Sonuç

Pazarlama, özellikle son yıllarda sağlık alanındaki etkisini arttırmış küresel değişimler ve hızla büyüyen pazar ortamında sağlık yatırımcıları için vazgeçilmez bir unsur olmuştur. Rekabet ortamının artması işletmelerde değişik pazarlama yaklaşımlarının benimsenmesine ve bu alanda yapılan yatırımların artmasına neden olmuştur. Bu durum tüm dünya da olduğu gibi ülkemizde de yavaş yavaş kabul görmeye başlamış ve firmalar yasal düzenlemelere rağmen bu alanda yaptıkları girişimleri hızla artırmıştır. Öncelikli olarak sosyal fayda ilkesi bulunan sağlık hizmetlerinin tanıtım, bilgilendirme, yeni davranış özellikleri kazandırma gibi toplumun genelini ilgilendiren konularda sektörde bulunan kamu ya da özel sektör kuruluşlarının yazılı ve görsel basının yanında sosyal medya araçlarını kullanmaları normal karşılanmakla beraber kanuni olarak da bir sakınca içermemektedir.

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar özelde bireyin, genelde toplumun sağlık sorunlarıyla ilgilenen ve ekonomik boyutu olan kuruluşlardır. Sağlık hizmetleri pazarlamasında sosyal medyanın yeri tartışılmazdır. Ülkemizde medyanın kullanılması her ne kadar yasak olsa da gelişen ve büyüyen bir sektör olan sağlık hizmetleri pazarlaması büyük firma ve yatırımcıların dikkatini çekmekte ve buna bağlı olarak piyasa rekabet koşulları hızla artmaktadır. Rekabet ve yatırım maliyetlerinin büyük olmasının yanında tüketicilerin dikkatini çekerek kazanç ve kar maksimizasyonu sağlamak isteyen işletmeler çeşitli reklam araçlarını ve sosyal medyayı kullanarak kendilerini ve bünyelerinde bulundukları hizmet ve olanakları duyurmaya ve tutundurmaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle ülkemizde de diğer dünya devletlerinde olduğu gibi denetimli aldatici olmayan doğru ve dürüst reklam ilkesi ile yapılacak reklam ve tanıtım faaliyetlerine olanak sağlanmalı ve rekabet koşulları ile kalite ve hizmet tatmininin önü açılmalıdır.

Kaynakça

- Andreasen, A. R. (2002). Marketing Social Marketing in the Social Change Marketplace. *Journal of Public Policy & Marketing*. 21(1), s. 3-13.
- Avşar, B. Z., Elden M. (2004). Reklam ve reklam mevzuatı. Radyo ve Televizyon Üst Kurulu, Bilkent - Ankara. s.11-25.
- Ersoy, V., Güler, A., Giritlioğlu, H. (2008). Sağlık hizmeti sunumunda reklam ve tanıtım. Ankara *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*. s. 3-27.
- Güler, E. (2006). *Sağlık Sektöründeki mal ve Hizmetler İçin Yapılan Reklamların Hukuksal Boyutunun Türkiye'deki Durumu*. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Gülhan, Y. (2000). Sağlıkta Tanıtım İhlalleri ve Yasal Durum. *Modern Hastane Yönetimi*. Cilt 4 (1), s. 18-21.
- Hümeriç, P. (2009). *Sosyal Pazarlama Yöntemi Olarak Karşılıklı Yarar Odaklı Sponsorluk (Neden İlişkili Pazarlama) Uygulamalarının Tutumlar Üzerine Etkisi*. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Doktora Tezi). İstanbul.
- Irgaz, M. (2002). *Reklam Kavramı ve Sağlık Hizmetlerinde Reklam Olgusunun incelenmesi*. M.Ü. Sağlık Eğitim Fakültesi. İstanbul (Lisans Bitirme Tezi).
- Kotler, P., Zaltman, G. (1971). Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. *Journal of Marketing*. 35(3), s.3-12.
- Kahraman, M. (2010). *Sosyal Medya 101*. Mediacat, s.15. İstanbul.
- Öner, Ö. D. (2001). *Diş Hekimlerinin Diş Hekimliği Hizmetinde Rekabet ve Reklama Yönelik Değerlendirmeleri*. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Özgülbaş, N., Malhan, S. (2000). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama. *Modern Hastane Yönetimi*. cilt 4, sayı 2, s.15-19.
- Tengilimoğlu, D. (2000). Sağlık hizmetlerinde reklam serbest olmalı mı? Yönetim. *İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi*. 11 s. 7-15.
- Tengilimoğlu, D. (2011). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Siyasal Kitapevi. Ankara s.239-241.
- Toker, F. (1999). Sağlık Hizmetleri Yönetimini Diğer Yönetimlerden Ayıran Temel Özellikler. *Modern Hastane Yönetimi*. Cilt: 3, Sayı: 6. s. 10-15.
- Yerebakan, M. (2000). Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2000-26.s.46-48 İstanbul.

KURULUŞTAN BUGÜNE PARAMEDİK EĞİTİMİNDE STANDARDİZASYON ÇABALARI VE KIRILMA NOKTALARI

Yrd.Doç.Dr.Semra ÇELİKLİ¹

Özet

Paramedikler, 2004 yılı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte ambulans çalışan asli personel oldular. Bununla birlikte hem rol ve sorumlulukları hem de eğitimleri açısından en fazla tartışılan meslek gruplarından biri haline gelmişlerdir. Türkiye’de 1993 yılında ilk paramedik (Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği) programının açılmasından bugüne kadar meslek eğitimi alanında çok önemli adımlar atılmıştır. Buna rağmen, ülke genelinde eğitim standardının sağlanamaması, zaman zaman meslek eğitiminin tartışılmasına neden olmuştur. Bu makalede, Türkiye’de paramedik eğitim alanında yapılan standardizasyon çalışmalarının ve bu çalışmalar kapsamında, özellikle dış faktörün etkisi ile yaşanan kırılma noktalarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Paramedik mesleğinin temel sorumluluklarının doğrudan yaşam kurtarmayla bağlantılı olması ve yapılan tıbbi hataların çoğu zaman telafisinin olmamasından dolayı çalışma önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelimeler; Paramedik Eğitimi, Standardizasyon, Eğitim Koordinasyon Kurulu, Meslek Eğitimi.

FROM ITS ESTABLISHMENT TILL TODAY, STANDARDIZATION EFFORTS AND BREAKING POINTS IN THE PARAMEDIC EDUCATION

Abstract

Paramedics have become the primary staff working in the ambulance together with The Transformation Program at Health in 2004. However, they have come into existence one of the most discussed occupational groups in terms of their roles and responsibilities as well as their training. Very important steps have been taken in the field of vocational education since the opening of the first paramedic (Ambulance and Emergency Care Technician) program in Turkey in 1993. Nonetheless, the lack of training standards throughout the country has led to a discussion of vocational training from time to time. In this article, it has been aimed to be evaluated the standardization studies achieved in the field of paramedic education in Turkey and in these studies context, the breaking points experienced with the influence of the external factor especially. This study gets its importance do to the fact that the core responsibilities of the paramedic profession are directly linked by lifesaving and the compensation of the medical errors are not possible most of the time.

Keywords; Paramedic Education, Standardization, Education Coordination Board, Vocational Education.

¹Hasan Kalyoncu Üniversitesi Meslek Yüksekokulu, Gaziantep, semracelikli@yahoo.com

Giriş

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin koşullarını ve alanın zorlu koşullarında gerekli olabilecek rol ve sorumlulukları taşıyan özel donanımlı personelin ambulanslarda görev yapmaya başlaması, başta Kuzey Amerika ülkeleri olmak üzere batılı ülkelerde 1950'li yıllara kadar dayanmaktadır. Türkiye'de ise hastane öncesi alana özgü personel eğitimi 1990'lı yılların başında başlamıştır. Paramedik eğitimi Dokuz Eylül Üniversitesi'nde ilk açıldığı günden bu güne, Türk eğitim sisteminin tüm sorunlarıyla yüzleşmiştir. Meslek eğitiminde atılan önemli adımlara rağmen ülke genelinde eğitim standardının sağlanamaması, meslek üyelerinin eğitiminin zaman zaman sorgulanmasına neden olmuştur.

Paramedik mesleğinin gelişimi Türkiye'de benzer birçok meslek grubunun yaşamış olduğu kaderi paylaşmıştır. 1993 yılında ilk programın açılmasından 2004 yılına kadar kamusal alanda istihdamın azlığına bağlı olarak ilk yıllarda sorunlar yaşanmıştır. 2004 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının da etkisiyle, kamuda yüksek sayıda paramediğin istihdamının önünün açılması ile bu kez istihdam açığı oluşmuş ve bu nedenle çok sayıda paramedik programı arda arda açılmıştır. 2000'li yılların başında 10'lu rakamlarda olan program sayısı 2016 yılında yaklaşık 150 olmuş, nitelikli eğitimci ve mesleki eğitim altyapısı kaygısı olmadan açılan programlardan mezun olan mesleki yeterliliği tam olmayan meslek üyeleri aynı zamanda, mesleki rol ve sorumluluklarında tartışılmasına neden olmuştur.

Paramedik program sayısının artışı, dolayısıyla mezun sayısının ve kamusal alanda istihdam edilen paramedik sayısının artması, tıbbın gelişimine paralel paramedik rol ve sorumluluklarının da artmasına neden olmuştur. Bunun sonucu olarak da mesleki yeterlilikler daha sık tartışma konusu olmuş, gözler meslek üyelerinin mezun olduğu okulları çevrilmiş, standardizasyon tartışmaları daha görünür hale gelmiştir. Çalışmada; Türkiye'de 1993 yılında ilk paramedik (Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği) programının açılmasından bu güne eğitim alanında yapılan standardizasyon çalışmalarının ve bu çalışmalar kapsamında, özellikle dış faktörün etkisi ile yaşanan kırılma noktalarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Paramedik mesleğinin temel sorumluluklarının doğrudan yaşam kurtarmayla bağlantılı olması ve yapılan tıbbi hataların çoğu zaman telafisinin olmamasından dolayı çalışma önemli hale gelmektedir.

Çalışma iki bölümden oluşmaktadır, öncelikle paramedik mesleğinin gelişim süreci, sonrasında da paramedik eğitiminde standardizasyon çalışmaları anlatılacaktır

1. Paramedik Mesleği Gelişim Süreci

Ambulanslar her toplumda, her zaman ve yaştan insanlar için dikkat çekici, ilginç, duygulandıran, meraklandıran, umut veren, endişelendiren araçlar olmuşlardır. Ambulanslar insanoğlunun hayatına girmesinden bugüne saygı duyulan araçlar olmuştur. Bununla birlikte, acil tıp alanında, önemli adımların çoğu savaş alanlarında atılmıştır. Tarihte ambulans ilk olarak 1487 yılında, İspanya kraliçesi Isabel döneminde, Malaga kuşatması sırasında kullanılmıştır. Fransa'da 1590 yılında IV. Henry orduda yaralıları kaldırma ve taşıma ile ilgili görevlendirmeler yapmıştır. Napolyon zamanında ise, 1792'de Büyük Ordu komutanlığında cerrah Baron Dominique Larrey ilk tıbbi ordu birliğini kurmuştur. 1854 – 1855 yılında Kırım Savaşı'nda yaralı askerleri katır sırtında savaş alanından sahra hastanesine taşımak için ilk kez kakuleler (cacolet) kullanılmıştır. İnsanlar zamanla, hastalarını taşımak için bisikletler başta olmak üzere tekerlekli araçları kullanmaya başlamışlar, 18. Yüzyılda, el arabası ve kızaklı at arabalarının yerini zamanla, önceleri cenaze taşımada kullanılan tekerlekli at arabaları almıştır. İlk sivil ambulans örgütü 1878 yılında İngiltere'de kurulmuş, 1906 yılında ambulans olarak ilk motorlu aracın kullanılması ile yeni bir dönem başlamıştır.

Ambulanslar ilk önceleri sadece hasta taşıma işi için kullanılmış, zamanla hasta ve yaralılara ambulans içerisinde müdahale etme olanağı sağlanmış ve ambulanslarda sağlık personeli çalışmaya başlamıştır. 1960'ların sonunda ABD'de, paramediklerin ambulans servislerinde görev almaya başlaması ile birlikte daha hızlı ve kaliteli tıbbi acil bakım hizmeti sunulmaya başlanmış, tanıtım kampanyaları ve dönemin popüler TV dizilerinin de etkisiyle, hayat kurtarma özellikleriyle halk arasında birer kahramana döndürmüştür. 1970'lerin ikinci yarısında paramedik eğitimi iyice yaygınlaşmış ve başta Kanada olmak üzere birçok ülkede paramedik eğitimi verilmeye başlanmıştır. 1976 yılında ABD Ohio Eyaletinde paramedik kadrolaşma seviyesi standart hale getirilmiş, hızla yayılan uygulama sonucunda önce ABD genelinde sonrasında Anglo-Sakson ülkeler başta olmak üzere dünya genelinde, paramedikler hastane öncesi acil sağlık sisteminin asli personeli haline gelmişlerdir.

Türkiye’de, Cumhuriyet döneminde, 1930 tarih ve 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda ilk tıbbi imdat ve yardım teşkilatı kurulması görevi belediyelere verilmiştir. Hizmet alanı uzun yıllar yerel yönetimlerin sunum ve gözetiminde kalmış, bu dönemde hizmet alanında önemli bir gelişme sağlanamamıştır. 1980’li yıllarda hizmet alanında dünyada olan gelişmeler ve hizmet alanından halkın beklentilerinin artması ile birlikte, hizmet alanında yeni çalışmalar yapılmasını gerekli kılmış, 1985 yılında Ankara Numune Hastanesi bünyesinde Hızır Acil Servis uygulaması başlatılmıştır. Daha sonra diğer büyük illere de uygulama yayılmış, “077” kısa numarası ile verilen hizmet bir türlü dünya standartlarına ulaştırılamamış ve sıkça tartışma konusu olmuştur. 1994 yılında 3 büyük ilde 112 Acil Yardım ve Kurtarma Merkezleri kurulmuş, hizmet bu illerde hizmet alanına özgü personeli ile merkezi tek noktalardan yönetilmeye başlanmış ve hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, yataklı tedavi kuruluşlarından idari olarak ayrılmıştır (Ünlüoğlu vd., 2002:18-20).

Paramedik mesleği, gelişmiş ülkelerin ambulans sisteminde uzun yıllardır çok büyük başarılar sağlaması ve iyi örnek olarak tüm dünyaya yayılmasının devamında, Türkiye’de; 1993 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi’nde dönemin rektörü Prof. Dr. Namık ÇEVİK tarafından başlatılmıştır. Programın kuruluşu sırasında, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu dönemin Müdürü Prof. Dr. Necla ÇEVİK’in büyük desteği ile Öğr. Gör.Semra ÇELİKLİ, Kanada’da “Cambrian College Ambulance and Emergency Programme”da eğitim almış ve “Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği” adı altında başlatılan önlisans programının ilk öğretim görevlisi olmuştur. 1995 yılında Türkiye’nin ilk Paramedikleri o zamanki adıyla “Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri” mezun olmuşlardır. Dokuz Eylül Üniversitesi’ni takiben 1994 yılında Ege Üniversitesi devamında da Atatürk, Pamukkale, Eskişehir Osmangazi, Çanakkale 18 Mart ve Samsun 19 Mayıs Üniversitelerinde paramedik eğitimine başlanmıştır.

Mesleğin ilk yıllarında, paramediklerin doğrudan kamusal alanda istihdamlarının sağlanmaması ve henüz ülkede çok iyi tanınmamalarının da etkisiyle özel sektör iş alanlarının da kısıtlı olması önemli istihdam sorunları oluşturmuş ve paramedikler uzun yıllar iş bulma kaygısı yaşamışlardır. Ancak T.C. Sağlık Bakanlığı’nın başlatmış olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapan hekimlerin, aile hekimliği sistemine çekilmesi sonrası, 112 Acil Sağlık İstasyonlarında paramedik kadroları açılmış ve 2004 yılının başında 500 adet paramedik alımı

yapılmıştır. Paramediklerin sisteme girmeleri ile birlikte, bu seferki kaygı paramediklerin rol ve sorumluluklarını yerine getirememeleri olmuştur. Çünkü Türk sağlık sisteminde acil tıbbi girişim ve ilaç kullanımı gibi uygulamalar sadece hekimlerin rol ve sorumlulukları içerisinde tanımlanan görevlerdi.

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 7. Maddesinde 2005 yılında yapılan değişiklikle birlikte, *“(Ek fıkra: 21/6/2005 – 5371/ 7 md.) Acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak ve Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmeliğinde belirtilmek kaydıyla acil tıp teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri hastaya müdahale edebilir, bu hususta lazım gelen iş ve işlemleri yapabilirler. Hastane öncesi acil tıbbi yardım veren personel özel tip kıyafet giyer”* paramedikler kendi rol ve sorumluluklarını ambulans hizmetlerinde yapabilir hale geldiler. Ancak bu seferde Sağlık Bakanlığı'nda istihdam edilen paramediklerin önemli bir kısmının ambulans sürücülüğü görevini de sürdürmeleri, sadece acil tıp teknisyeni ve paramediklerden oluşan ambulans ekiplerinde yeni rol ve sorumluluk tartışmalarına neden oldu. Dünya örneklerinde ambulans ekibinde mesleki eğitim olarak daha üst düzey olan personel ambulans kabininde görev yaparken, Türkiye'de tam tersi bir durum ortaya çıktı. Paramedikler ambulans sürücülüğü yaparken, acil tıp teknisyenlerinin transport sırasında tek başına hasta kabininde hastaya müdahale etmeleri gibi fiili bir durum ortaya çıktı.

Bunun üzerine , *“Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği”* 7. Maddesinde yapılan değişiklikle; *“MADDE 7 – (1) Kara ambulanslarından; a) Acil yardım ambulanslarında en az bir hekim ve/veya ambulans ve acil bakım teknikeri ve bir sağlık personeli olmak üzere en az üç personel görev yapar, gerekiyorsa ekibe şoför eklenir. Hekim bulundurulmayan ambulanslarda hasta kabininde nakil esnasında hastaya müdahale etmek üzere görev yapan personelden en az biri ambulans ve acil bakım teknikeri olmak zorundadır”*, hekim bulunmayan ambulanslarda, paramediklerin ambulans kabininde görev yapmaları zorunlu hale getirildi. Bununla birlikte paramediklerin rol ve sorumluluklarını yerine getirmede kılavuz görevini gören tedavi protokollerinin yayınlanması ancak 2009 yılında *“Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ”* ile mümkün oldu.

T.C. Sağlık Bakanlığı 112 Acil Sağlık Hizmetlerindeki özellikle 2007-2010 yılları arasındaki büyüme ve mevcut ihtiyaca, o dönemki paramedik programlarından mezun olan öğrencilerle yanıt verilemedi ve istihdam açığı oluştu. Mezun sayısının artırılması yönünde Sağlık Bakanlığı'nın talebi ile uzaktan eğitim tartışmaları gündeme geldi, o dönem yapılan Paramedik Eğitimi Koordinasyon Kurulu Toplantılarında alınan kararlar ve Sağlık Bakanlığı ile yapılan görüşmeler sonrasında, uzaktan eğitim yerine henüz altyapısı yeterli olmayan paramedik programlarının kontenjanlarının artırılmasına karar verildi. Tüm bunlara mezun olan paramediklerin kamuya çok hızlı ve kolay atanmaları, paramedik programlarına olan talebi arttırdı. Bunun üzerine, özellikle 2010 sonrası uygun altyapı koşullarının aranma kaygısı olmaksızın, ülkenin her tarafında yeni paramedik programları açılmaya başladı. 1995 yılında sadece iki olan program sayısı, 2000'de yedi, 2010'da yaklaşık 30 ve bugün 2016'da yaklaşık 150 oldu. Bunun sonucu olarak da mezun paramedik sayısı birkaç yılda on bin rakamının üzerine çıktı. Bugün için meslek alanında yaşanan enflasyon ile birlikte, mezunların yeterlilikleri ve eğitim standardizasyonu sıkça tartışma konusu olmaktadır.

2. Paramedik Eğitimi Standardizasyon Çalışmaları

Paramedik programlarının sayısının hızla atması, özellikle yeni açılan programlarda akademik kadro ve altyapı yetersizlikleri ile birlikte müfredatlarında da farklılıklar olması, paramedik programlarında görev yapan öğretim elemanlarını standardizasyonla ilgili çalışmalar yapmaya yönlendirdi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Acil Tıp Anabilim Dalı tarafından 8 Mart 2003 tarihinde Ankara'da, Türkiye Üniversiteleri Paramedik Programlarının Eğitimcilerinin katıldığı, daha sonraki yıllarda gelenekselleşerek, her yıl tekrarlanacak olan ve "Paramedik Eğitim Koordinasyon Kurulu" adı verilen ilk toplantı düzenlenmiştir (Resim 1). Türkiye'de önlisans düzeyinde bir meslek eğitimi için ilk ve örnek olan bu toplantıda süregelen programların güncellenmesi ve standardizasyonunun sağlanması üzerine çalışmalar başlatıldı.



Resim 1: Eğitim Koordinasyon Kurulu ilk toplantısı- 2003

Türkiye’de eğitim veren paramedik programlarının tüm öğretim elemanları Paramedik Eğitimi Koordinasyon Kurulu’nun doğal üyesi olarak kabul edilmiş ve toplantılar tüm üyelere açık olarak yapılmaktadır. Toplantılarda; Türkiye’deki tüm paramedik programlarında eğitim standartlarının oluşturulmaya ve eğitim sorunlarına çözümler üretilmeye çalışılmakta ve kurulun yılda en az bir kez toplanması için her toplantıda bir sonraki toplantının yapılacağı yerin belirlenmesine yönelik kararlar verilmektedir. Mesleki sivil toplum kuruluşlarının desteği ile bir üniversitenin himayesinde yapılan toplantılardan herhangi bir katılım ücreti alınmamakta ve toplantılara mümkün olduğunca fazla paramedik eğitimcisi katılımı sağlanmaya çalışılmakta, toplantının yapıldığı ildeki 112 acil sağlık hizmetleri yöneticilerinin ve sistemde çalışan paramediklerin katılmasına yönelik planlamalar yapılmaktadır. Ayrıca kurul üyeleri, oluşturulan mail ve sosyal medya grupları üzerinden sürekli iletişim ve etkileşim olanağı bulmaktadırlar.

2016 yılında ondördüncüsü yapılan “Paramedik Eğitimi Koordinasyon Kurulu” toplantılarında, eğitim standardizasyonunun sağlanması konusunda çok önemli adımlar atılmıştır (Tablo 1). 28 Ocak 2005 tarihinde Ege Üniversitesinde düzenlenen 3. toplantının en önemli başlığı eğitim müfredatının standartlaştırılması olmuştur. Prof. Dr. Agâh ÇERTUĞ, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi için hazırlanan Eğitim Matrisini örnek olarak Paramedik programlar için “Standart Eğitim Hedefleri Matrisi” hazırlanmasını önermiştir. Kurulun üyeleri tarafından bu öneri kabul edilerek, Ege Üniversitesi

tarafından hazırlanan taslağın değerlendirilmesine başlanmış ve sonraki toplantıya kadar görevler paylaşılmıştır. Müfredat çalışması tamamlandığında “Paramedik Eğitim Matrisi” oluşturulmuştur. Oluşturulan eğitim matrisi YÖK ve MEB’in paydaş olduğu “İnsan Kaynaklarının Mesleki Eğitim Yoluyla Geliştirilmesi Projesi(İKMEP) ve Mesleki Eğitimin Kalitesinin Geliştirilmesi (METEK) projeleri çalışmaları için alt yapı sağlamıştır.

Tablo1: Paramedik Eğitimi Koordinasyon Kurulu Toplantılarının Yapıldığı Üniversiteler

1	2003- Gülhane Askeri Tıp Akademisi- Ankara
2	2004- Dokuz Eylül Üniversitesi- İzmir
3	2005-Ege Üniversitesi- İzmir
4	2005-Ege Üniversitesi- İzmir
5	2007- Erciyes Üniversitesi- Kayseri
6	2008-Başkent Üniversitesi- Ankara
7	2009-Atatürk Üniversitesi- Erzurum
8	2010-Başkent Üniversitesi- Ankara
9	2011- Çukurova Üniversitesi- Adana
10	2012- Süleyman Demirel Üniversitesi- Isparta
11	2013- 18 Mart Üniversitesi- Çanakkale
12	2014- Doğu Akdeniz Üniversitesi- KKTC
13	2015- Akdeniz Üniversitesi- Antalya
14	2016- Celal Bayar Üniversitesi- Manisa

İKMEP çalışmaları sonucunda bir standart eğitim müfredatı oluşturulmuştur. Ancak bu müfredatın, 2010 yılı sonrası çalışmaları başlayan üniversitelerin “Bologna Süreci” ile çelişen yanları saptanmış ve etkin bir standart sağlanamamıştır. İKMEP kapsamında oluşturulan müfredattaki eksiklikler, Paramedik Eğitimi Koordinasyon Kurulu Toplantılarında görüşülmüş ve bu önerilerin daha sonraki METEK çalışmalarına eklenmesi sağlamıştır. METEK çalışmaları, bir yıl boyunca Paramedik Eğitimi Koordinasyon Kurulu üyelerinden oluşturulan 4-5 kişilik bir komisyon tarafından

yürütülmüş, bu komisyon çalışmalarını sonrasında proje toplantılarına taşımış ve öneriler kabul edilmiş ve tüm paramedik programlarında kullanılabilen Bologna Süreci çalışmaları ile uyumlu bir müfredat oluşturulmuştur (Tablo 2). METEK kapsamında hazırlanan müfredat, 2014- 2015 Eğitim yılında pilot illerde uygulanmaya başlanılmıştır. Şu anda yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmalar kapsamında, paramedik programlarında standart eğitim programı çalışmaları büyük ölçüde tamamlanmıştır. Paramedik Eğitim Koordinasyon Kurulu çalışmaları daha çok üniversitelerden paramedik programlarında, hazırlanmış olan standart programın uygulanması, altyapı eksiklerinin tamamlanması ve paramedik eğitiminde araç ve yöntemler üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Tablo 2: METEK Toplantılarında Standart Müfredat Çalışması Sonrası Hazırlanan Eğitim Planı

İLK VE ACİL YARDIM PROGRAMI 4 YARIYIL DERS MÜFREDATI					
1. Yarıyıl Ders Planı					
Kodu	Ders	Z/S	T+U Saat	Kredi	AKTS
	TÜRK DİLİ- I	ZORUNLU	2 + 0	2	2
	ATATÜRK İLKELERİ VE İNKILAP TARİHİ- I	ZORUNLU	2 + 0	2	2
	YABANCI DİL- I	ZORUNLU	2 + 0	2	2
	ANATOMİ	ZORUNLU	2 + 0	2	2
	FIZYOLOJİ	ZORUNLU	2 + 0	2	2
	ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ- I	MESLEK	2 + 0	2	2
	ACİL HASTA BAKIMI- I	MESLEK	9 + 0	9	9
	SEÇMELİ DERS GRUBU I	SEÇMELİ	4 + 0	4	5
	YAZ STAJI (Yıllık)	ZORUNLU	0 + 0	0	4
	TOPLAM			25	30
1. Yarıyıl Seçmeli Ders Listesi					
Kodu	Ders		T+U Saat	Kredi	AKTS
	BEDEN EĞİTİMİ- I		4 + 0	4	5
	YÜZME - I		4 + 0	4	5

2. Yarıyıl Ders Planı					
Kodu	Ders	Z/S	T+U Saat	Kredi	AKTS
	TÜRK DİLİ- II	ZORUNLU	2+ 0	2	2
	ATATÜRK İLKELERİ VE İNKILAP TARİHİ- II	ZORUNLU	2+ 0	2	2
	YABANCI DİL- II	ZORUNLU	2+ 0	2	2
	ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ- II	MESLEK	2 +0	2	2
	ACİL HASTA BAKIMI- II	MESLEK	9 +0	9	9
	FARMAKOLOJİ	MESLEK	2 + 0	2	2
	İLERİ YAŞAM DESTEĞİ UYGULAMALARI- I	MESLEK	2 + 0	2	2
	SEÇMELİ DERS GRUBU II	SEÇMELİ	4 + 0	4	5
	YAZ STAJI (Yıllık)	ZORUNLU	0 + 0	0	4
	TOPLAM			25	30
2. Yarıyıl Seçmeli Ders Listesi					
Kodu	Ders	Z/S	T+U Saat	Kredi	AKTS
	BEDEN EĞİTİMİ- II		4+ 0	4	5
	YÜZME - II		4+ 0	4	5
3. Yarıyıl Ders Planı					
Kodu	Ders	Z/S	T+U Saat	Kredi	AKTS
	ACİL HASTA BAKIMI- III	MESLEK	6 + 4	10	12
	MESLEKİ UYGULAMA- I	MESLEK	6 + 4	10	12
	MESLEK ETİĞİ VE İLETİŞİM	ZORUNLU	1 + 0	1	1
	SEÇMELİ DERS GRUBU III	SEÇMELİ	4 + 0	4	5
	TOPLAM			25	30
3. Yarıyıl Seçmeli Ders Listesi					
Kodu	Ders	Z/S	T+U Saat	Kredi	AKTS
	BEDEN EĞİTİMİ- III		2+ 0	2	3
	TOPLUMA HİZMET UYGULAMALARI		2+ 0	2	2
	DİKSİYON VE GÜZEL KONUŞMA		2+ 0	2	3
	KİŞİSEL GELİŞİM		2+ 0	2	2

4. Yarıyıl Ders Planı					
Kodu	Ders	Z/S	T+U Saat	Kredi	AKTS
	MESLEKİ UYGULAMA- II	MESLEK	4+ 12	16	20
	İLERİ YAŞAM DESTEĞİ UYGULAMALARI- II	MESLEK	1 + 4	5	5
	SEÇMELİ DERS GRUBU IV	SEÇMELİ	4 + 0	4	5
	TOPLAM			25	30
4. Yarıyıl Seçmeli Ders Listesi					
Kodu	Ders	T+U Saat		Kredi	AKTS
	BEDEN EĞİTİMİ- IV	2+ 0		2	3
	ÇEVRE KORUMA	2+ 0		2	2
	GÜZEL SANATLAR	2+ 0		2	3
	BİLGİ VE İLETİŞİM TEKNOLOJİSİ	2+ 0		2	2
KISALTMALAR					
T	<i>Haftalık Teorik Ders Saati</i>	K	<i>Dersin Kredisi</i>		
T	<i>Haftalık Uygulama Ders Saati</i>	AKTS	<i>Avrupa Kredi Transfer Sistemi</i>		

Paramedik Eğitim Koordinasyon Kurulu, standart müfredat çalışmaları yanı sıra paramediklerin sorunlarına çözüm getirmek için de çaba göstermektedir. Mezunlar, kısa boy ve fazla ya da düşük kiloları araç, sedye ve ekipman kullanımında problem yarattığı için istihdamlarında sorun yaşamışlardır. Bu sorun sektör tarafından iletdikten sonra, Paramedik Eğitim Koordinasyon Kurulu çalışmalar yapmış ve bazı kriterler oluşturmuştur. Bunlar ilk önce Paramedik Eğitim Koordinasyon Kuruluna katılan üyeler tarafından görev aldıkları üniversitelerinin senatolarına sunulmuş ve YÖK'e iletilmesi talep edilmiştir. Senatolarında kabul edilen üniversitelerde uygulamakla birlikte tüm üniversitelerde uygulanmadığı için de sorunlar yaşanmıştır. Fakat 2015- 2016 eğitim-öğretim yılından başlamak üzere YÖK tarafından 233. Maddeye, tüm paramedik programlarında uyulması zorunlu kılınmıştır (Tablo 3).

Tablo 3: 2016-ÖSYS Tercih Kılavuzunda Yer Alan Yükseköğretim Programlarının Koşul ve Açıklamaları; 233. Madde.

Bk. 233. Bu programa alınacak öğrencilerin, devlet hastanelerinden veya üniversite hastanelerinden, sürücü belgesi almaya engel olmayan bir beden yapısı ve ruh sağlığına sahip olduklarını belgeleyen rapor almaları (Öğrencinin boy ve kilosunun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gerekmektedir.), program gereği 2. sınıfta araç kullanmalarının zorunlu olması sebebiyle kayıt tarihinde 17 yaşını tamamlamış olmaları; erkek öğrencilerde 1.65 m'den, kız öğrencilerde 1.60 m'den kısa olmamak, boy uzunluğunun santimetre olarak ifade edilen değerinin son iki rakamından en çok 5 fazla veya 15 noksan kilo ağırlığında olmak; kurtarma ve taşıma işlerinde iki kişilik bir ekipte çalışırken sedyedeki bir hastayı ekip arkadaşı ile birlikte taşıyabilecek beden ve fizik yeterliliğine sahip olmaları gerekmektedir.

Paramedik eğitim koordinasyon kurulunun çalışmalarını daha yapıcı kılmak ve daha geniş kitlelere ulaşabilmek ve Türkiye’de Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesine katkı sağlamak amacıyla 2015 yılında, Paramedik Eğitim Koordinasyon Kurulu üyeleri tarafından “Paramedik Eğitiminde Standardizasyon ve Akreditasyon Derneği (PESAD)” kurulmuştur. 2015 yılı ve sonraki Paramedik Eğitim Koordinasyon Kurulu toplantıları, ev sahibi olan üniversite ile birlikte PESAD tarafından yürütülmektedir. PESAD paramedik programları eğitimcilerinin birlikte çalışarak okullarla ilgili sorunlara ortak çözüm yolları araması, standart bir müfredatın tanıtılması ve geliştirilmesi, hızla çok sayıda açılan paramedik okulları ve öğretim elemanı ihtiyacının artması, bölümden mezun öğretim elemanı olmaması nedeniyle eğitimlerdeki farklılıklar ve ortaya çıkabilecek güncel sorunlarla ilgili iş birliği gereksinimi nedeniyle önemli bir misyon yüklenmiştir. Paramedik Eğitim Koordinasyon Kurulu toplantıları da artık sadece sorun tartışmaktan çıkararak eğitimciler için konferans, panel, vaka çalışması ve workshoplar ile birlikte yapılmasını başlatmıştır (Resim 2 a ve b).



Resim 2a: 14. Paramedik Eğitim Koordinasyon Kurulu Toplantısı Vaka Çalışmaları (Celal Bayar Üniversitesi- Manisa)



Resim 2 b: 14. Paramedik Eğitim Koordinasyon Kurulu Toplantısı Katılımcıları

Günümüzde Paramedik programlarının lisans seviyesine çıkarılması görüşleri söz konusudur. Bu konuyla ilgili olarak Paramedik Eğitim Koordinasyon Kurulu tarafından 2014 yılında oluşturulan bir komisyon paramedik eğitiminin 4 yıla çıkarılması ile ilgili çalışmaları başlatmıştır. Aynı yıl Pamukkale Üniversitesi ev sahipliğinde komisyon üyelerince yapılan çalıştayda 4 yıllık program taslağı düzenlenerek lisans düzeyi için hazırlanmıştır. Buradaki en önemli sorun programın henüz alt yapısını oluşturmadan açılan önlisans programlarında olduğu gibi lisans düzeyinde açılan okulların da koşullar oluşturulmadan açılması ve hızla çoğalması

riskidir. Bu nedenle ilgili kurumlar tarafından konunun önemle ele alınması, denetlenmesi son derece önemlidir. İnsan sağlığı ile doğrudan ilişkili paramedik mesleği eğitimi ve uygulamalarının tam olarak yapılabileceği, gerek eğitimci gerekse uygulama alanları ve eğitim materyallerinin eksiksiz olması konusunda son derece titiz davranılmalıdır.

Ülkemizde, 2004 yılında paramediklerin 112 ambulanslarında çalışmaya başlamaları ile ülkemizde yeni bir dönem açılmıştır. Rol ve sorumlulukları yönetmelikler ile belirlenmiştir. 2007 yılında Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2009 yılında da Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ Resmi Gazetede yayınlanmış ve bu tebliğde, paramediklerin rol ve sorumlulukları tanımlanmıştır(Tablo 4). Paramedik Eğitim Koordinasyon Kurulu, toplantılarının tıp başta olmak üzere oluşan bilimsel gelişmeler ve meslek üyelerinin rol ve sorumluluklarında oluşan gelişmeler paralelinde devam etmektedir.

Tablo 4: Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ'e Göre paramediklerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

MADDE 4 – (1) Ambulans ve acil bakım teknikerleri (AABT)'nin acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı olmak kaydıyla tıbbi görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır;

a) Ambulans ve acil bakım teknikerleri (AABT) Ek-1'deki temel eğitim programı, Ek-2'deki akış şemaları ve diğer zorunlu eğitim programlarına uygun olarak;

- 1) İntravenöz girişim yapmak,
- 2) Hastaneye ulaşıncaya kadar, kabul edilen acil ilaçları ve sıvıları kullanmak,
- 3) Oksijen uygulaması yapmak,
- 4) Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak,
- 5) Kardiyo-pulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon yapmak,
- 6) Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak,
- 7) Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak,
- 8) Monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak,
- 9) Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak,
- 10) Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak,
- 11) Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmak ile yetkilidirler.

b) AABT'ler bu yetkilerini sadece hastane öncesi alanda görev yapan hekimsiz ambulanslar veya acil sağlık araçları ile görev yaparken Ek-1'deki temel eğitim programını tamamladıktan sonra Ek-2'de sunulan akış şemalarına göre uygulayabilirler. Bu yetkilerini, ambulans ve acil sağlık araçları dışında, hekimin yazılı veya sözlü talimatı ve onayı olmadan kullanamazlar.

Kuşkusuz ki Paramedik Eğitim Koordinasyon Kurulunun çalışması gereken daha birçok konu bulunmaktadır. Paramedik programların eğitim planları ve müfredatları Paramedik Eğitim Koordinasyon Kurulunda katılımcıları ile standart hale getirilmiştir. Fakat bu plan ve müfredatın standarda uygun şekilde tüm programlarda sürdürüldüğünü söylemek mümkün değildir. Bu nedenle eğitimcilerin bir araya gelerek bilgi ve becerilerini geliştirmeye ve paylaşmaya yönelik PESAD bünyesinde yapılan toplantılara katılması son derece önemlidir. Ayrıca; paramedikler için kaynak kitaplar yazılmasına devam edilmesi ve sınıf uygulamaları ile yaz stajlarının standardizasyonu da göz ardı edilmemelidir. Kurulun, bu konular ve belirlenecek olan diğer konularla ilgili olarak çalışmalarını devam ettirmesi gerekmektedir.

Yeni açılan ve açılması planlanan okullar ile işbirliğinin sağlanması da son derece önemlidir. Okul sayısının kontrolsüz artışı nedeniyle ise istihdam sıkıntısı söz konusudur. Alt yapısı uygun olmayan(eğitimci, ekipman, staj alanı vs.) üniversitelerde programların açılmasına devam edilmektedir, aynı üniversitelerde eğitimin 4 yıllık olması için başvuru çalışmaları yapılmaktadır. Diğer taraftan da paramedik eğitiminin uzaktan eğitim yöntemleri ile verilmesi üzerine tartışmalar yürütülmektedir. Yaşam ile ölüm arasında bu kadar belirleyici olan bir meslek eğitiminin uzaktan eğitim yöntemleri ile verilmesi mümkün değildir. Bir diğer önemli sorunda, öğrenci sayısının fazlalığına bağlı olarak, öğrencilerin önemli bir kısmının ambulanda staj yapamadan mezun oluyor olmasıdır. Kaldı ki sağlık alanındaki hiç bir meslek üyesi asli çalışma ortamı olan alanlarda staj ve uygulama yapmadan mezun olmamalıdır.

Sonuç

Türkiye’de paramedik eğitimi standardizasyon çalışmaları ile ilgili uzun süren çalışmalar sonrasında standart bir müfredat oluşturulmuştur. Ancak bugünün sorunu müfredatların standart olmasından ziyade, uzun emekler sonrası hazırlanan bu müfredatların altyapı eksikliği ve öğrenci sayısının fazlalığı gibi nedenlerle uygulanamamasıdır. Paramedik mesleği diğer meslek gruplarından farklı bir meslek grubudur, dolayısıyla eğitimde uygulanması gereken yöntemlerde farklıdır. Bugün için en önemli sorunlardan biri, özellikle farklı meslek gruplarından olup, meslek eğitiminde görev alan öğretim elemanlarının, mesleğin gerektirdiği eğitim bilgi ve becerilerine

yeterince sahip olmamalarıdır. Ayrıca öğrenci kontenjanlarının fazlalığı, eğitimin kalitesini etkilemekle birlikte, mezun sayısını hızla arttırmakta, mezun enflasyonuna ve istihdam sorunlarına neden olmaktadır. Paramedik programlarının günümüzde amacı, uygun öğrenci sayısı ile mesleğin rol ve sorumluluklarını yerine getirebilecek nitelikli paramedikler yetiştirmek olmalıdır. Meslek eğitim seviyesinin lisans düzeyine çıkarılmasına yönelik tartışmalar devam etmektedir. Lisans çalışmaları salt eğitim süresinin artırılması yönünde sürdürülmemeli, meslekleşme sürecinin olmazsa olmazı olan, meslek alanına yönelik bilimsel bilgi üretilmesine yönelik kaygılarda dikkate alınmalıdır.

Kaynaklar

Ed. Uçan, ES., Çelikli, S., Baruş, NÜ., Ersoy, G. (2000) Paramedik (Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği İçin), Dokuz Eylül Üniversitesi Matbaası, İzmir;2000. p. 125- 138.

Çelikli, S. (1995) “Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Programı” I. Travma ve Acil Cerrahi Kongresi Kitabı, İstanbul; 1995.

Ed. Browner, B. D., Pollak, A. N., Gupton, C. L. (2001) Care and Transportation of the Sick and Injured, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts; 2001, p 4- 15.

Caroline, N. L. (2007) Emergency in the Streets, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts; 2007, p 5- 18.

Ekşi, A., Erçal, T., Çelikli, S., Üstünkarlı, N., Eroğlu Aygül, S., Aslan. D. (2015) Hastane Öncesi Acil Bakım, 1. Baskı, İzmir, Kitapana; 2015. p 1-6.

Ed. Ekşi, A., Aksu, A., Alpakan, A.H., Aydın, T., Çatak, İ., Çeliker, C., Çelikli, S. (2008) Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitim Kitabı, Anıl Matbaacılık, Ankara; 2008. p 5- 6

Ünlüoğlu İ., Ekşi, A., ve Elçioğlu, Ö. (2002). Acil Tıp Hizmetleri Paralelinde Ambulansların Gelişimi. Sendrom. 14(2):18-24.

Sayın Editör;

14. Paramedik Eğitimi Koordinasyon Kurulu Toplantısı, 13-14 Ekim 2016 tarihlerinde Manisa Celal Bayar Üniversitesi'nde gerçekleştirilmiştir. Toplantı ile ilgili sonuç bildirgesi ve görseller aşağıda sunulmuştur.

Yrd.Doç.Dr. Suha Kenan ARSERİM¹

14. PARAMEDİK EĞİTİMİ KOORDİNASYON KURULU TOPLANTISI SONUÇ RAPORU

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Programı ve Paramedik Eğitiminde Standardizasyon ve Akreditasyon Derneği işbirliği ile düzenlenen 14. Paramedik Eğitimi Koordinasyon Kurulu Toplantısı, Prof. Dr. Turan GÜNDÜZ ve Yrd.Doç.Dr.Semra ÇELİKLİ başkanlığında 19 üniversite ve 191 katılımcının katılımı ile 13-14 Ekim 2016 tarihlerinde, Celal Bayar Üniversitesi Süleyman Demirel Kültür Merkezinde yapılmıştır.

Toplantı, üniversitemiz Tıp Fakültesi Dekan yardımcısı Prof. Dr. İpek Akil, Prof. Dr. İsmet TOPÇU, Prof. Dr. Gönül TEZCAN KELEŞ, Prof. Dr. M.Emin LİMONCU, Yrd. Doç. Dr. Suha Kenan ARSERİM, Yrd. Doç. Dr. Gülşen GÜRGEN, Öğr. Gör. Pınar ARPACI, Öğr. Gör. Özgül BALCI ve diğer üniversitelerden; Hasan Kalyoncu Üniversitesi SHMYO Müdürü ve Paramedik Eğitiminde standardizasyon ve Akreditasyon Derneği Yönetim Kurulu Başkanı Yrd. Doç. Dr. Semra ÇELİKLİ, Pamukkale Üniversitesinden Doç. Dr. Sevgi ÖZKAN, Ege Üniversitesinden Yrd. Doç. Dr. Ali EKŞİ ve Öğr. Gör. Çağlar UZ, İzmir Ekonomi Üniversitesi Prof. Dr. İlgi ŞEMİN, Öğr. Gör. Nursun ÜSTÜNKARLI, Dokuz Eylül Üniversitesi Prof.Dr. Gürkan ERSOY ve Öğr.Gör.Dr.Ahu PAKDEMİRLİ, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Öğr. Gör. Neşecan MERCAN, Üsküdar Üniversitesi Öğr. Gör. Hasan BOZOK, Uşak Üniversitesi Öğr. Gör. Hatice SAĞCAN, Marmara Üniversitesi Dr. Merve KOLCU, Hacettepe Üniversitesi Dr. Melahat SAYLAM, Mardin Artuklu Üniversitesi Öğr. Gör. Sevinç YAŞAR CAN, Ankara Üniversitesi Öğr. Gör. Osman Furkan ERGÜN, Artvin Çoruh Üniversitesi Öğr. Gör. Galip USTA, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Öğr. Gör. Nurcan ANIK, Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Yrd. Doç. Dr. Emine SEVİNÇ, Kocaeli Üniversitesi Öğr. Gör. Serap ARSAL YILDIRIM, Adnan Menderes Üniversitesi Öğr. Gör. Gökçe Sibel TURAN ve Erzurum Atatürk Üniversitesinden Öğr. Gör. Seval USLU'nun yanı sıra, Manisa 112 KKM Başhekimliği, Manisa Sağlık Müdürlüğü, İzmir 112 KKM Başhekimliği, Manisa Kamu Hastaneler Birliği, ATT-DER,

¹ Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Manisa, suhaarserim@hotmail.com

AKS 110, İzmir Sağlık Müdürlüğü, Üniversite hastaneleri, Devlet Hastaneleri ve birçok üniversiteden öğrencilerin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

İlk ve acil yardım teknikleri hayat kurtarıcı tıbbi müdahaleler ve mevcut sağlık durumunun kötüleşmesine engel olacak uygulamalar yaparak, hastanın ileri tıbbi tedavi ve bakımını sağlayacak sağlık merkezlerine güvenli naklini sağlar. Yaşamsal önemi son derece yüksek olan bir alanda çalışan İlk ve Acil Yardım tekniklerinin eğitimini (bilgi ve beceri) müfredata göre veren, alanda uygulamalarını sağlayacak olan öğretim elemanlarının da bilgi ve becerilerinin güncellenmesi önemlidir.

Bu toplantıda, Türkiye'deki İlk ve Acil Yardım Eğitim Programlarının standardizasyonu ve akreditasyonu konuları görüşülmüştür. Katılan temsilciler eğitimde standardizasyonun sağlanması ve akreditasyon çalışmalarının geliştirilmesi, üniversite ve ilgili kurumlar arasında işbirliği yapılması konusunda görüş birliğine varmıştır. İlk ve acil yardım eğitiminin kalite standartlarının yükseltilmesi amacıyla; paramedik eğitiminde kullanılacak eğitim yöntemleri, eğitim materyalleri ve paramedik eğitiminde ölçme ve değerlendirme konularında öğretim elemanları arasında bilgi alışverişi gerçekleştirilmiştir.

Toplantı sırasında öğretim elemanlarının, katılımcıların ve öğrencilerin bilgi ve becerilerinin güncellenmesi amacıyla "İleri Yaşam Desteği Simülasyon Çalışmaları", "İleri Yaşam Desteği Uygulamaları" ve "Vaka Uygulamaları" güncel algoritmalara göre yapılmıştır. Ayrıca, toplantı sırasında İlk ve Acil Yardım Programı öğrencilerinin, 112 Ambulanslarında yıl içi uygulamaları ve 112 ambulanslarda yaz stajı yapılmasında ayrıca ambulansla vakaya çıkışlarda yaşanan sorunlar ile çözüm önerileri tartışılmıştır. Üniversite temsilcileri ve eğitimcilerinin katıldığı bu tür toplantılar ülkemizde paramedik eğitimleri standardizasyonu için son derece önem taşımaktadır. Bir sonraki toplantının Artvin Çoruh Üniversitesi yönetiminden izin alınarak yine PESAD ile birlikte yapılmasına karar verilerek toplantı tamamlanmıştır.



