



T.C.

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**AFET EĞİTİMİ VE YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
AFET EĞİTİMİ VE YÖNETİMİ BİLİM DALI**

**112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ
KARŞILAŞTIKLARI MESLEKİ RİSKLER VE RİSK YÖNETİMİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYŞE ŞÜKRAN KARAGÖZ

Tez Danışmanı

PROF. DR. İLKNUR MAYA

ÇANAKKALE – 2022



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

AFET EĞİTİMİ VE YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
AFET EĞİTİMİ VE YÖNETİMİ BİLİM DALI

**112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ KARŞILAŞTIKLARI
MESLEKİ RİSKLER VE RİSK YÖNETİMİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AYŞE ŞÜKRAN KARAGÖZ

Tez Danışmanı
PROF. DR. İLKNUR MAYA

ÇANAKKALE – 2022



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



Ayşe Şükran KARAGÖZ tarafından Prof. Dr. İlknur MAYA yönetiminde hazırlanan ve 07/02/2022 tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Karşılaştıkları Mesleki Riskler ve Risk Yönetimi” başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Afet Eğitimi ve Yönetimi Anabilim Dalı’nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. İlknur MAYA

(Danışman)

Doç. Dr. Bertan AKYOL

Dr. Öğr. Üyesi Ersin UZMAN

İmza

.....

.....

.....

Tez No :

Tez Savunma Tarihi : 07/02/2022

.....
İSİM SOYİSMİ

Enstitü Müdürü

.././20..

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

(İmza)

Ayşe Şükran KARAGÖZ

07/02/2022

TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleştirilmesinde, araştırmamın her aşamasında bana yardımcı olan, bilgi ve önerileri ile yol gösteren tez danışmanım sevgili hocam Prof. Dr. İlknur MAYA'ya sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Bu süreçte kendisine ne kadar teşekkür etsem azdır.

Araştırmam kapsamında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, bilime katkıda bulunmama yardımcı olan Giresun 112 Acil Sağlık Hizmetleri personellerine teşekkürü bir borç bilirim.

Hayatım boyunca benden desteklerini esirgemeyen, her zaman arkamda duran ve beni yüreklendiren annem, babam ve kardeşime çok teşekkür ediyorum. Ayrıca bu süreç boyunca desteğini esirgemeyen arkadaşlarıma da çok teşekkür ediyorum.

Ayşe şükran KARAGÖZ
Çanakkale, şubat 2022

ÖZET

112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ KARŞILAŞTIKLARI MESLEKİ RİSKLER VE RİSK YÖNETİMİ

Ayşe Şükran KARAGÖZ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Afet Eğitimi ve Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Prof. Dr. İlknur MAYA

07/02/2022,73

Araştırmada, hastane öncesi dönemde topluma hizmet sağlayan 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları olan acil tıp teknisyeni (ATT), paramedik ve doktorların mesleklerinde gördükleri riskler ve bu riskler karşısında uyguladıkları risk yönetimi davranışlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmada 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştıkları mesleki riskler ve bu riskleri nasıl yönettiklerini derinlemesine incelenmek amacıyla nitel araştırma yöntemi ve yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır. Örneklem grubu, Giresun İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı çalışan dört yüz personelden kartopu örnekleme yoluyla seçilmiş elli altı kişiden oluşmaktadır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler alt problemler temelinde gruplandırılmış ve içerik analizi yapılmıştır. Verilerin analizinde, tümevarımcı analiz kullanılmıştır. 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının risk ve mesleki risk kavramlarına ilişkin görüşlerinde, büyük çoğunluğun kısmen doğru ve eksik tanımlama yaptıkları, bir kısmının doğru tanımlama yaptıkları görülmekle birlikte bazı çalışanların tanımlama yapamadan örneklendirme yoluna gittikleri görülmektedir. 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının mesleki risk olarak tanımladıkları durumlara bakıldığında, en çok hasta ve hasta yakınları tarafından uğradıkları darp, şiddet, küfür vs. maruz kalmak, ambulans ve trafik kazaları, bulaşıcı hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları, salgın olduğu görülmektedir. 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştıkları mesleki risklerin meslekleri üzerindeki etkileri bakımından en çok psikolojik olarak korku ve üzüntü yaşamak, daha sonra agresif, stresli, kaygılı, gergin olmak ve sağlık açısından etkilenmek olduğu anlaşılmaktadır. 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının, mesleki risklerle karşılaştıklarında uyguladıkları risk yönetimleri incelendiğinde ise, en çok yüzleşme, kabullenme, hiçbir şey yapmamak, beyaz kod vermek, güvenlik güçlerinden destek almak olduğu görülmektedir.

Araştırma neticesinde hasta ve hasta yakınlarından görülen Şiddet davranışlarına karşın halk 112 sistemi ve çalışanları üzerine bilinçlendirilebilir. Ek olarak 112 sistemi emniyet güçleri ile daha entegre çalışabilir. Ambulans ve trafik kazalarına karşın personel ek sürüş eğitimleri ile desteklenebilir. Yaşanılan psikolojik sıkıntılara karşın personele psikolojik destek sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Hastane ncesi, Acil Sağlık, Mesleki Risk, Risk Yönetimi



ABSTRACT

112 OCCUPATIONAL RISKS FACED BY EMERGENCY HEALTH SERVICES WORKERS AND RISK MANAGEMENT

Ayşe Şükran KARAGÖZ

Çanakkale Onsekiz Mart University

School of Graduate Studies

Master of Disaster Education and Management

Supervisor: Prof. Dr. İlknur MAYA

02/07/2022,73

This research aims to determine the risks that emergency medical technicians (ATT), paramedics, and doctors, who are “112” emergency health services workers that provide service to the community in the pre-hospital period may face, and the risk management behaviors which they apply for these risks. The qualitative research method and a semi-structured interview technique has been used in the research to examine in depth the occupational risks faced by 112 emergency health services workers and how they manage these risks. The sample group consists of fifty-six people that have been selected by snowball sampling from four hundred personnel working under the Giresun Provincial Health Directorate. The data has obtained as a result of the research has been grouped on the basis of sub-problems and content analysis has been performed. Inductive analysis has been used for analyzing the data. In the views of 112 emergency health services workers on the concepts of risk and occupational risk, it has been seen that the vast majority of these people define them partially correctly and incompletely, and some of them define the concepts of risk and occupational risk correctly, but some employees choose to exemplify without being able to define. Considering the situations defined as occupational risks by the "112" emergency health services workers, it has been seen that the most common cases are beating, violence, swearing, etc., suffered by the patients and their relatives, exposure, ambulance and traffic accidents, infectious diseases, infectious diseases, epidemics. In terms of the effects of the occupational risks faced by the "112" emergency health services workers on their profession, it has been found that the most common psychological conditions are fear and sadness, being aggressive, stressed, anxious, nervous, and badly affected in terms of health. When the risk management applied by the "112" emergency health services workers

when they encounter occupational risks are examined, it has been seen they are mostly confrontation, acceptance, doing nothing, giving white code, getting support from the security forces. As a result of the research, the public can be made aware of the 112 system and its employees despite the violent behavior seen by the patients and their relatives. In addition, the 112 system can work more integrated with the security forces. Despite ambulance and traffic accidents, personnel can be supported with additional driving training. In addition to that, a better psychological support can be provided to the personnel for the psychological problems.

Keywords: Prehospital, Emergency Health, Occupational Risk, Risk Management

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

| | |
|------------------------------|------|
| JÜRİ ONAY SAYFASI..... | i |
| ETİK BEYAN..... | ii |
| TEŞEKKÜR..... | iii |
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT | vi |
| İÇİNDEKİLER | viii |
| SİMGELER ve KISALTMALAR..... | xi |
| TABLolar DİZİNİ..... | xii |
| ŞEKİLLER DİZİNİ..... | xiii |

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

| | |
|-------------------------------|---|
| 1.1. Problem Durumu | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 2 |
| 1.3. Araştırmanın Önemi | 2 |
| 1.4. Sınırlılıklar | 3 |
| 1.5. Tanımlar | 3 |

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

| | |
|---|----|
| 2.1. Risk | 5 |
| 2.1.1. Riskle İlgili Genel Bilgiler | 6 |
| Risk ve Belirsizlik | 6 |
| Tehlike, Tehdit ve Fırsat | 7 |
| 2.2. Risk Yönetimi | 8 |
| 2.2.1. Risk Yönetimi Süreçleri | 11 |
| Amaçların Tanımlanması | 11 |

| | |
|---|----|
| Risklerin Belirlenmesi ve Tanımlanması | 12 |
| Risklerin Çözümlemesi | 13 |
| Risklerin Ölçülmesi | 13 |
| Risklerin Değerlendirilmesi ve Önceliklendirilmesi | 14 |
| Risklere Cevap Verme | 14 |
| Risk Yönetiminin Uygulanması | 17 |
| Risk Yönetiminin Denetlenmesi | 17 |
| 2.3. Acil Sağlık Hizmetleri | 18 |
| 2.3.1. Dünyada Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi | 20 |
| 2.3.2. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi | 21 |
| 112 Acil Sağlık Hizmetleri | 22 |
| 2.4. Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanları Açısından Mesleki Riskler | 25 |
| 2.4.1. Ergonomik Risk Faktörleri | 26 |
| 2.4.2. Fiziksel Risk Faktörleri | 27 |
| 2.4.3. Kimyasal Risk Faktörleri | 28 |
| 2.4.4. Biyolojik Risk Faktörleri | 29 |
| 2.4.5. Psikososyal Risk Faktörleri | 30 |
| 2.4.6. Çevresel Çalışma Koşullarına Bağlı Kişisel Risk Faktörleri | 31 |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

| | |
|--|----|
| 3.1. Araştırma Modeli | 33 |
| 3.2. Çalışma Grubu | 34 |
| 3.3. Veri Toplama Aracı | 35 |
| 3.4. Veri Toplama Süreci | 35 |
| 3.5. Verilerin Analizi ve Yorumlanması | 35 |
| 3.6. Geçerlilik ve Güvenilirlik | 36 |

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMA BULGULARI

| | |
|--|----|
| 4.1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Dağılımlar | 37 |
| 4.2. Risk ve Mesleki Risk Tanımlama Durumları | 38 |
| 4.3. Mesleki Risk Olarak Tanımladıkları Durumlar | 39 |
| 4.4. Karşılaştıkları Mesleki Risklerin Meslekleri Üzerindeki Etki Durumu | 43 |
| 4.5. Mesleki Risklerle Karşılaştıklarında İzledikleri Yollar | 45 |

BEŞİNCİ BÖLÜM
TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

| | |
|--|-------|
| 5.1. Tartışma | 49 |
| 5.2. Sonuçlar | 54 |
| 5.3. Öneriler | 55 |
| KAYNAKÇA | 57 |
| EK 1. GÖRÜŞME SORULARI | LXVI |
| EK 2. BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİK KURULU | LXVII |
| ÖZGEÇMİŞ | LXIX |

SİMGELER VE KISALTMALAR

| | |
|------|--|
| AFAD | Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı |
| ASH | Acil Sağlık Hizmetleri |
| ATT | Acil Tıp Teknisyeni |
| KKM | Komuta Kontrol Merkezi |
| SARS | Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu |
| TSSB | Travma Sonrası Stres Bozukluğu |



TABLolar DİZİNİ

| Tablo No | Tablo Adı | Sayfa No |
|-----------------|--|-----------------|
| Tablo 1 | Tanımlayıcı Özelliklere Ait Dağılımlar | 37 |
| Tablo 2 | Risk ve Mesleki Risk Kavramlarının Tanımlanma Durumu | 38 |
| Tablo 3 | Görevlerini Yerine Getirirken Mesleki Risk Olarak Tanımladıkları Durumlar | 40 |
| Tablo 4 | Görevlerini Yerine Getirirken Karşılaştıkları Mesleki Risklerin Meslekleri Üzerindeki Etkileri | 43 |
| Tablo 5 | Görevlerini Yerine Getirirken Mesleki Risklerle Karşılaştıklarında İzledikleri Yollar | 46 |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| Şekil No | Şekil Adı | Sayfa No |
|----------|--|----------|
| Şekil 1 | Robert I. Mehr ve Bob Hedges Risk Yönetimi Süreçleri | 9 |
| Şekil 2 | Risk Yönetimi Süreçleri | 11 |
| Şekil 3 | Riske Cevap Verme Yöntemleri | 15 |
| Şekil 4 | Anglo-Amerikan ve Franco-German Modeli Karşılaştırması | 19 |
| Şekil 5 | Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri | 26 |



BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Bu bölümde, araştırmaya ait problem durumu, araştırmanın amacı, araştırmanın önemi sınırlılıklar, varsayımlar ve tanımlara yer verilmiştir.

1.1. Problem Durumu

Risk, bir durumun ya da olayın beklenen senaryosunun zarara uğrama olasılığıdır (Çolak, 2017). Başka bir ifade ile bir olayın belirli şartlarda sahip olunan değerlerde meydana gelebilecek kayıpların gerçekleşme olasılığı olarak tanımlanmaktadır (AFAD, 2014). Risk çeşitli sektörlerle göre değerlendirildiğinde; sigortacılıkta; var olanın yitirilmesi, beklenenin dışında meydana gelen durum, bankacılıkta; ödenmesi beklenen kredinin tahsil edilememesi, finansta ise; işletmenin finans durumunun planlananın dışında uzun sürmesi veya gerçekleştirilememesidir (Emhan, 2009).

Mesleksel riskler, kişinin mensubu olduğu mesleği icra ederken çalışma ortamı ve şartlarından kaynaklı olarak doğrudan veya dolaylı olarak etkilenmesi ve buna bağlı olarak sağlığının bozulmasına sebebiyet verebilecek risk etmenleridir.

Risklerle mücadele, belirlenen hedeflere ulaşabilmek için potansiyel tehlikelerin belirlenmesi, değerlendirilmesi, yönetilmesi ve kontrol edilmesi süreçlerini içeren risk yönetimi ile gerçekleştirilir (Bozkurt, 2010). Bu anlamda ilk adımlar sigortacılık sektöründe başlatılmıştır (Emhan, 2009). Günümüzde ise kamu kurum ve kuruluşlarından özel sektöre kadar birçok alanda ve sektörde risklerle mücadele sürdürülmektedir. Söz konusu riskler kurumdan kuruma, sektörden sektöre çalışma koşullarına bağlı olarak değişmektedir.

112 acil sağlık hizmetleri meydana gelmiş hastalık, kaza, afet vb. durumlarda olay yerinden hastaneye varıncaya kadar geçen sürede tıbbi müdahale sağlamakla görevli hizmet birimidir. Hızlı ve etkili müdahaleyi baz alarak toplum sağlığının sürdürülmesinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu alanda görev alan personeller Komuta Kontrol Merkezi'nden aldıkları çağrılar ile 7/24 çalışma esasına bağlı olarak çalışmakla birlikte olay yerinde her türlü durumla karşılaşma riski yüksek olan meslek gruplarıdır.

ABD’de yapılan çalışmalar neticesinde sağlık sektörünün en riskli meslek grupları arasında yer aldığı belirtilmiştir. Mesleklerine bağlı olarak ölüm hızı ise bir milyon işçi başına 17-57 olduğu, AIDS (HIV) ve Hepatit B enfeksiyonlarından kaynaklanan ölümlerin tahmin edilen sayının yarısını oluşturduğu belirtilmiştir (Çağlayan, 2011). Sağlık çalışanları için başta mikroorganizmalar olmak üzere fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikososyal risk etmenleri mevcuttur (Akmüt, 2019).

Bu çalışma hastane öncesi dönemde hizmet veren 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştıkları mesleki risklerin belirlenmesi, belirlenen riskler karşısında nasıl bir risk yönetiminin uygulanması gerektiğini kapsamaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştıkları mesleki risklerin belirlenmesi ve bu riskleri yönetme yöntemlerinin neler olduğunun tespit edilmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Hayatımızın her alanında riskler mevcuttur. Bu anlamda hayatımızda karşımıza çıkabilecek risklerin önceden belirlenmesi, en aza indirilmesi ve yönetilebilmesi için risk yönetimi becerilerini her bireyin edinmesi gerekmektedir.

112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çalıştıkları ortamdaki belirsizlikler, olay yeri güvenliğinin olmayışı, hasta yakınları ile yaşanan sorunlar, olay yeri ile ilgili bilgi eksikliği nedeniyle çalışma ortamlarında sayısız riskler ile karşı karşıya kalmaktadırlar. 112 çalışanlarının bu riskleri belirleyebilmeleri, en aza indirebilmeleri veya önleyebilmeleri en önemlisi yönetebilmeleri için risk yönetimi becerilerini kazanmaları gerekmektedir. Böylece hastane öncesi sağlık hizmetlerinin etkili, doğru, kaliteli, riskin en az olduğu veya önlenabilir düzeyde tutulmasına imkân sağlayabilir. Böylece 112 acil sağlık personellerinin tam iş gücünde, zaman ve sermaye kaybı olmaksızın tam kapasitede hizmet edebilmesi sağlanabilir.

112 acil sağlık hizmetleri alanında alanyazında yer alan araştırmaların çoğu şiddet üzerinedir. Yürütölen bu çalışma, 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştıkları mesleki risklerin neler oldukları ve bu riskleri yönetmek amacıyla ne gibi yöntemler izlediklerine yönelik daha kapsamlı bir çalışma olma özelliği taşımaktadır. Ek olarak 112 çalışanlarının karşılaştıkları mesleki risklerle alakalı olarak ilgili alanyazın güçlenmesine katkıda bulunma ve ilgili araştırmalara yol gösterici olma niteliğindedir. Araştırma neticesinde elde edilen bulgular, 112 acil sağlık hizmetleri alanında meydana gelecek iyileştirmelere, yeniliklere ve değişikliklere hizmet edebilir.

1.4. Sınırlılıklar

Araştırma kapsamındaki veriler yalnızca Giresun ilinde görev yapan 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarını kapsamaktadır.

1.5. Tanımlar

1.5.1. Risk

Oluşabilecek tehlikenin meydana gelme olasılığıdır (Çolak, 2017). Risk, eylemlerin gerçekteştiği dönem ve dönem sonunda meydana gelebilecek kayıpları ifade etmektedir (Maya, 2008). En kısa şekilde ise; Risk = Tehlike X Tehlikeye Maruz Değerler X Zarar Görebilirlik olarak gösterilebilmektedir. Riskin belirlenebilmesi için tehlikenin, tehlikenin etkilediği değerlerin ve tüm bunlar sonucunda ortaya çıkabilecek kayıpların belirlenmesi gerekmektedir (Uluğ, 2009).

1.5.2. Risk Yönetimi

Kamu veya özel organizasyonlarda maddi ve manevi olarak her yönlerden zarara uğrama ihtimalinin en aza düşürebilmek için uygulanan yönetim şeklidir (Özcan, 2018). Başka bir açıdan ifade edecek olursak; risk yönetimi, riskin mümkün olduğunca kontrol

altında tutulması ve yönetilmesi ile kazanç sağlanması ve finansal açıda oldukça az bir düzeyde harcama yapılması felsefesine dayanmaktadır (Maya, 2008).

1.5.3. Tehlike

Bünyesinde maaş ve sigorta karşılığında çalışan barındıran işyerlerinde hali hazırda bulunan veya dış etkenlerle meydana gelebilecek, çalışan personel veya kurum/kuruluş üzerinde olumsuz etki bırakarak hasara uğratma veya uğratma olasılığıdır (İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 2012).

1.5.4. Acil Sağlık Hizmetleri

Alanında özel eğitim almış personellerin oluşturduğu ekipler tarafından, acil müdahale gerektiren hastalık ve yaralanmalara tıbbi araç/gereç ile olay yerin, ambulans içi ve sağlık kurum/kuruluşlarına kadar sunulan sağlık hizmetlerinin bütünüdür (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000).

1.5.5. Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanları

Hastane öncesi acil sağlık çalışanları, hasta/yaralıya acil müdahale gerektiren hastalık veya afetlerde olay yerinden başlayarak hızlı ve etkili tıbbi destek sağlayan doktor, acil tıp teknisyeni (ATT), paramedik, hemşire, sağlık memuru ve sürücüden oluşmaktadır (Yıldırım ve Gerdan, 2017).

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde risk kavramının tanımı, risk yönetiminin tanımı ve süreçleri, acil sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri çalışanları açısından mesleki risklere yer verilmiştir.

2.1. Risk

Belirli bir tanımı olmamakla beraber, “Arapça rızık/rısk (risk) ve Latince risico (risucum) sözcüklerinden türemiştir” (Kileci, 2009). Rızık, Türk Dil Kurum’unda (2006) “Tanrı’nın bütün yarattıklarına verdiği nimet” olarak tanımlanmıştır. Tanıma göre rızık olasılık dâhilinde rast gelen ve olumlu bir neticedir. Riziko, “denizcilerin karşılaştığı kayalık alan gibi bir engel” anlamında kullanılmaktadır (Kileci, 2009). Bu anlamda riziko daha çok olasılık dahilinde meydana gelen olumsuz neticedir. Her iki tanımdan yola çıkacak olursak, risk rastlantısal olarak meydana gelen, olumlu ve olumsuz sonuçlar doğurabilen bir kavram olarak karşımıza çıkabilmektedir.

İç Denetçiler Enstitüsü’ne göre (2003); işletmenin belirlediği amaçlara ulaşması sırasında ortaya çıkabilecek, amaçlara ulaşmayı engelleyebilecek tehditler şeklinde tanımlanmaktadır (Başar ve Celayir, 2020). Türk Dil Kurumu (2006) ise riski “zarara uğrama tehlikesi, riziko” şeklinde tanımlanmıştır.

Maliyet bakımından riski tanımlayacak olursak; yapılan uygulama sonrasında maliyet kaybının gerçekleşme ihtimali ya da zarara uğrama neticesinde meydana gelebilecek mali kayıp ihtimali olarak tanımlanabilir (Soajın, 2020). Tehlike sonucunda meydana gelebilecek kayıpların etkilerine ve etkilerine risk denilmektedir (Tafur, 2007). Başka bir ifade ile risk, belirlenen amaca ulaşamama, hedefin sapmasına sebep olabilecek olumsuzlukların meydana gelme olasılığı ve bu olumsuzlukların meydana gelmesi halinde yaşanacak sonuçlar ve etkileridir (Kileci, 2009). Ancak risk söz konusu olduğunda sadece kayıplar akla gelmemelidir (Soajın, 2020). Geleneksel risk tanımları riski olumsuz sonuçlar doğuracak tehlike, kayıp olarak ele alırken, kurumsal risk yönetimi bazında çağdaş risk tanımları ise olumsuz sonuçlar doğuracak tehlikelerin yanında fırsat ve kazanç olarak ele almıştır (Ekici, 2015).

Durmuş (2009) riski, kurumun zayıf yönlerinin bir tehdit ile karşılaşması halinde zarar görme olasılığı olarak tanımlamıştır. Kurumların zayıf yönleri zarar görmeye en müsait yönleridir. Kurumlar riskleri doğru yönetebilmek için bu zayıf yönlerini güçlendirmeleri gereklidir.

Risklerin etkililiği riskten maruz kalan kişi sayısı ve meydana gelen sonucu içerir (Ceylan ve Başhelvacı, 2011). Riskler, kayıp oluşturabilecek durumların meydana gelme ihtimali veya büyüklüğü anlamına gelebilmektedir. Risklerin meydana gelme olasılığı arttığında aynı oranda kayıp da artabilmektedir. Riskler kurum/işletmelerin batmasına sebep olabileceği gibi fırsatları da bünyesinde barındırabilmektedir (Başar ve Celayir, 2020). Riskler düşük bir oranda da olsa her zaman mevcuttur. Kurum için önemli olan bu risklerin doğru yönetilerek fayda sağlanmasıdır. Risklerin yanlış yönetilmesi kurumun mali, insani, prestij vb. kayıpları yaşamasına sebep olabileceği gibi doğru yönetilmesi de bir fırsat oluşturarak aynı oranda kazanç sağlayabilmektedir.

Ekici (2015), risk kavramının bileşenlerini; belirlenen amaç ve hedefler üzerinde doğrudan veya dolaylı olarak etkili olan, geçmişten ziyade gelecekte meydana gelebilecek durumların öngörülememe yetersizliği ve belirsizliğinden doğan, her durum ve olay için aynı olmayıp değişim ve gelişim gerektiren, belirlenen amaç ve hedefler üzerinde fırsat ve kayıplar olarak tanımlamıştır.

Risk almak, mevcut durumun araştırma ve inceleme yapılmadan o yükün altına girilmesi değildir. Mevcut durumda meydana gelebilecek tehlikelerin oluşma olasılığının, bu olasılık sonucunda kurumun kazanabilecekleri ve kaybedebileceklerinin analiz edilerek duruma göre riskin alınması ile gerçekleşen bir süreçtir (Kileci, 2009). Aksi halde araştırma ve inceleme yapmadan alınan tüm riskler ve yapılan tüm işlemler doğrudan ya da dolaylı olarak kurumu olumsuz etkileyebilir.

2.1.1. Riskle İlgili Genel Bilgiler

Risk ve Belirsizlik

Belirsizlik, gelecekte meydana gelme ihtimali olan durumlar ve bu durumların kurumun belirlediği amaç ve hedefler üzerindeki etkileri hakkında bilgisizlikten meydana

gelmektedir (Ekici, 2015). Belirsizlik, zamanın ilerisinde henüz ne olacağını kestirilemediği, şüphe içeren durumlardır (Emhan, 2009).

Yalçınkaya ve Özsoy (2003) belirsizlik ve risk kavramlarını açıklarken; belirsizliği “bilgisizlik” ve “sürpriz” kelimeleri ile açıklarken riski “tehlike” ve “olasılık” kelimeleri ile açıklamışlardır. Bu anlamda riskler bilinen ihtimaller üzerinden değerlendirilirken, belirsizlik bilinmeyen ihtimaller üzerinden değerlendirilmektedir. Belirsizlik kavramı ne olumlu ne de olumsuzdur fakat her ikisini de bünyesinde barındırmaktadır. Belirsizlik daha çok bilgisizlikten dolayı meydana gelmektedir. Belirsizliğin olumlu sonuçlanması fırsatı, olumsuz sonuçlanması ise riski ifade etmektedir (Ekici, 2015).

Belirsizlikler, mevcut durumun neticesinde oluşan sonuçların yayılımıdır. Yayılım ne kadar fazla ise belirsizlik de o ölçüde fazladır. Bu sebeple kurumların dikkat etmesi gereken nokta belirsizliktir (Soajın, 2020). Riskler belirsizlik temelinde oluşabilmektedir fakat tüm belirsizlik durumları için risk söz konusu değildir. Belirsizliğin risk olabilmesi için tehlike durumunun da söz konusu olması gerekmektedir (Kileci, 2009). Risklerle mücadele genel itibarıyla belirsizlikle de mücadele edilmesini kapsamaktadır. Kurumların bağlı olduğu amaç ve hedeflerden, yapılan işlemlere kadar sürecin her aşamasında risklerin belirlenmesi iyi bir risk yönetimini dolayısıyla belirsizliklerle baş edebilmeyi de sağlamaktadır.

Tehlike, Tehdit ve Fırsat

Tehlike, belirlenen hedeflere ulaşma sürecinde kurumu negatif yönde etkileyebilecek olayların meydana gelme ihtimalidir. Tehlikeler, kurumda kâr oluşturmadığı gibi kayıplara da sebep olabilmektedir. Tehlikelerin meydana gelmesi riskleri de meydana getirmektedir. Risklerin olumsuz yönde gerçekleşmesi kurumun tehlike durumu ile karşı karşıya kalarak kayıplar yaşamasına sebep olabilir.

Tehdit, tehlikeye neden olabilecek durumlar ya da olaylardır. Kurumun amaçlarının dışına çıkarak pozitif yönde ilerlemeyi engellediği gibi negatif yönde de kayıplara sebep olabilmektedir. Tehditler tehlikelerin doğmasına sebep olan durumlardır.

Günümüzde mevcut risklerin pozitif yönde fayda sağlayacak şekilde fırsatlara dönüştürülmesi oldukça önemli bir husustur (Soajın, 2020). Geleneksel risk yönetiminde

başarının sağlanamaması üzerine, kurumsal risk yönetimi ile bütüncül, aktif, etkili katılım gerektiren risk yönetimine geçiş sağlanmıştır. Kurumsal risk yönetimi çerçevesinde risklerin bünyesinde fırsatları da barındırdığına vurgu yapılmaktadır (Bozkurt, 2010). Fırsatlar, tehlike ve tehditlere göre olumlu yönde etki eden olaylardır. Tehlike ve tehdidin tersine kurumun mevcut durumunun korunmasına veya kâr elde edilmesine imkân sağlamaktadır.

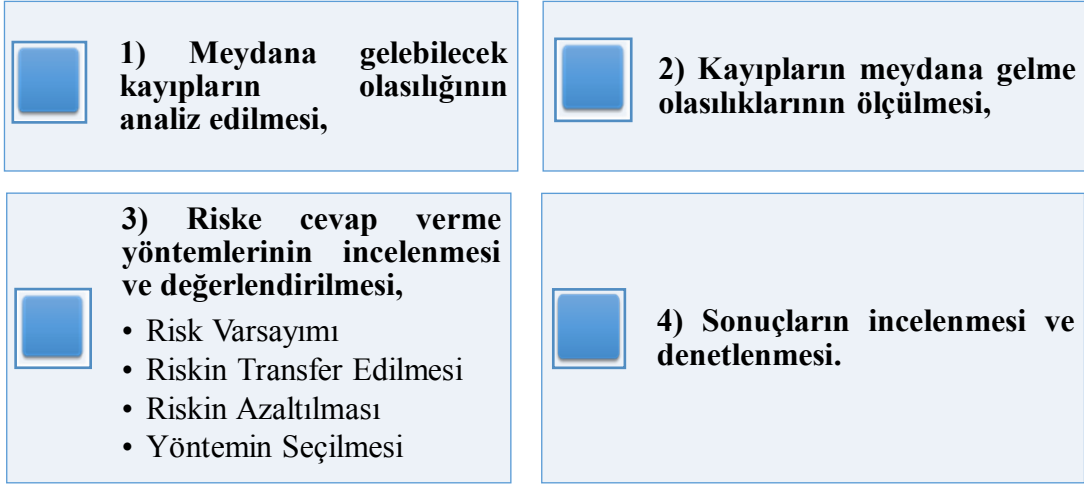
Ekici (2015), tehdit ve fırsatlar için; “Gelecekteki eylem, olay ve durumların kurum için tehdit mi yoksa fırsat mı olacağı bunlar gerçekleşmeden, önceden kesin olarak bilinemez.” ifadesini kullanmıştır. Tehditler negatif sonuçlara sebep olabileceği gibi pozitif sonuçlara da sebep olabilirken fırsatlar da pozitif sonuçların yanında negatif sonuçlara sebep olabilir. Yapılan inceleme ve analizler süreçten etkilenerek değişebilir ancak bu değişim her zaman mümkün ve kesin olmayabilir.

Riskler, bazen kurum için fırsat olan durumların değerlendirilememesi halinde oluşabileceği gibi tehditlerin meydana gelmesi veya kurum için uygun olmayan bir hatanın gerçekleşmesinden dolayı da meydana gelebilmektedir (Kileci, 2009).

2.2. Risk Yönetimi

Risk yönetimi ilk olarak 1950’li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri’nde sigortacılık ile literatüre kazandırılmıştır (Emhan, 2009). Bu alandaki ilk makale Robert I. Mehr ve Bob Hedges’e ait, “Risk Management and Business Enterprise” adlı çalışmadır. Bu çalışmada risk yönetiminin amacı “kurumun üretici etkinliğini maksimize etmek” olarak belirtilmiştir (Ekici, 2015).

Robert I. Mehr ve Bob Hedges risk yönetimi süreçlerini (Kileci, 2009);



Şekil 1. Robert I. Mehr ve Bob Hedges risk yönetimi süreçleri.

Risk yönetimi, yöneticinin kurumda mevcut riskleri belirlemesi, analiz etmesi, mevcut risklerin en az seviyeye indirilmesi ya da tamamen yok edilmesi için gerekli çalışmaların yapılması olarak tanımlanabilir (Çolak, 2016). Başka bir ifade ile risklerin toplum tarafından kabul edilebilir bir düzeye indirilmesi, kontrol, izleme ve kamuoyu ile iletişimin üstlenilmesi sürecini ifade etmektedir (Renn, 1998).

Risk yönetimi sağlık açısından ele alınacak olursa; hasta güvenliği dahil, meydana gelebilecek kayıpların önüne geçilmesi, hafifletmek ve etkin bir sağlık hizmeti sunabilmek için hazırlanan, birçok disiplini bünyesinde barındıran bir süreçtir (İnce, 2008).

Değişen ve gelişen dünya giderek karmaşık bir hal almaktadır. Bu karmaşıklıklarla baş edebilmek mevcut durumların karşılaşılabilecek risklerin belirlenmesine ve bu risklerin etkilerinin doğru analiz edilmesine bağlı olmaktadır. Bu anlamda en basit ifade ile düşünecek olursak aslında büyük işletme olan şirketlerden günlük aktivitemize kadar pek çok alanda risk yönetimi yapmaktayız.

Risk yönetimi, karar mercii birimin tüm proje yaşam döngüsündeki riskleri tanımlaması, analiz etmesi ve değerlendirmesi ve riskler üzerinde proje lehine hareket etmek için organizasyonel yapılarını ve idari uygulamalarını kullanması gerekir (Rodrigues-da-Silva, ve Crispim, 2014).

Risk yönetimi; kurum/işletmenin durumuna göre risklerin ne olduğuna karar verilmesi, analiz edilmesi, kurum çerçevesinde değerlendirilmesi, olumsuz etkileri ile

mücadele edilmesi ve gözlemlenmesi gibi çeşitli süreçlerden oluşmaktadır. Risk yönetimi, kurum ve insanların yararına, henüz kayıplar meydana gelmeden, kayıpların meydana gelmesinden önce hazırlık yapılmasına imkân sağlayan bir araç niteliği taşımaktadır (Ekici, 2015). Risk bünyesinde sadece kayıpları değil fırsatları da bünyesinde barındırmaktadır. Bu anlamda risk yönetimi de kayıpların engellenmesini sağladığı gibi fırsatların oluşturulmasına da zemin hazırlamaktadır.

Risk yönetimi, risk altına girmekten kaçmak yerine riski doğru maliyetle doğru şekilde yönetebilmektir (Duran, 2013). Risk yönetimi risk analizleri neticesinde verilen kararlar ve yapılan uygulamaların doğruluğunu, risk yönetimi sonucunda kurum için yeterince kâr elde edilip edilmediğini ve bunun için kullanılan sermayenin risk için gerekli olup olmadığını da ele almaktadır. Bu anlamda risk yönetiminin çıkış noktası, riskin azaltılması ya da ortadan kaldırılmasından çok kullanılan kaynaklar ile maksimum seviyede kâr sağlamaktır (Atan, 2002).

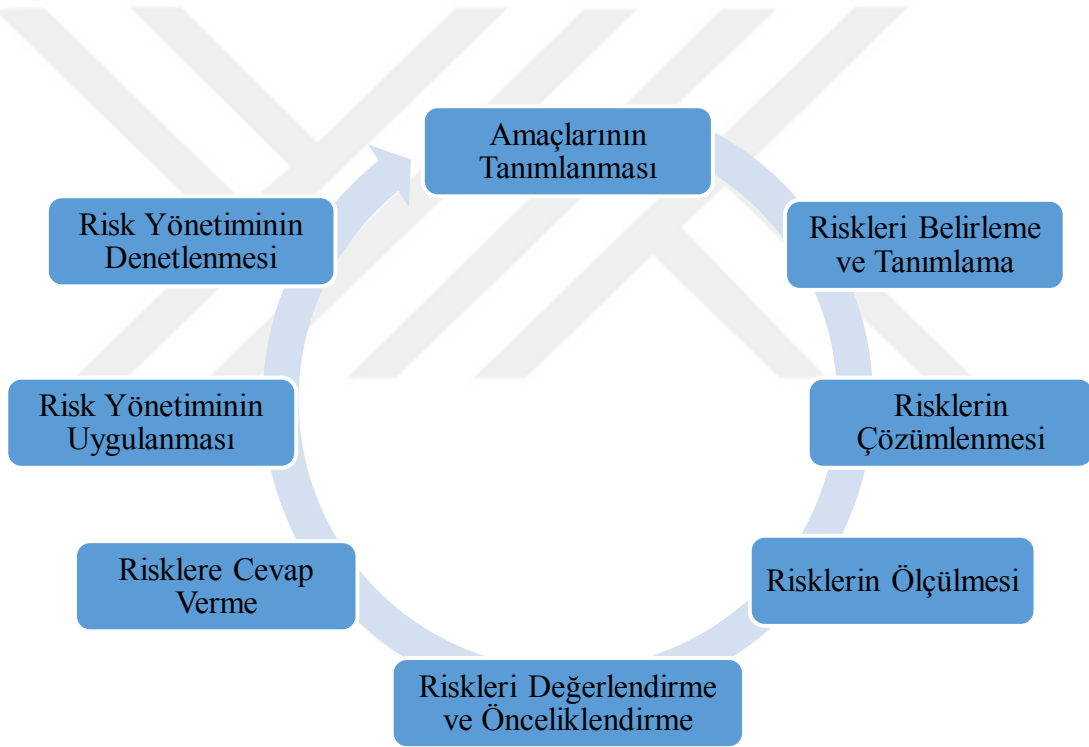
Her kurumun amaç ve hedefleri bir olmadığı gibi risk yönetimi de bir değildir. Belirtilen amaç ve hedefler doğrultusunda mevcut risk faktörleri belirlenir ve risk yönetim süreci uygulanmaya başlar (Özcan, 2018). Risk yönetimi her kurum ve kuruluş için farklı ve kuruma özgü bir süreç anlamına gelmektedir. Aksi halde amaç ve hedeflerinden çalışma koşullarına kadar farklı olan kurumlarda aynı risk yönetim yöntemlerinin uygulanması başarısızlık meydana getirecektir. Kurumlar güçlü ve zayıf yönleri, sahip olduğu fırsatları ve tehditleri ile birbirinden farklıdır ve risk yönetimi de bu yönlerinde eksikliklerin giderilmesi ve maksimum başarının sağlanabilmesi üzerine kurulu olmalıdır. Doğru bir risk yönetimi için kurumun güçlü ve zayıf yönleri fırsatları ve tehditleri iyi analiz edilmeli, belirlenen amaç ve hedefler çerçevesinde değerlendirmeler yapılmalı ve kurum bünyesindeki tüm personel bu sürece entegre edilmelidir (Özcan, 2018). Bu anlamda risk yönetimi sadece üst kademeyi değil kurumun tüm kademesini ilgilendiren, parçaya değil bütüne odaklanan bir yönetim sistemidir.

Risk yönetiminde sadece geçmiş ve o anın değil geleceğin de göz önüne alınması, uygun bir strateji geliştirilmesi, uygulanması ve gerekli hallerde ise iyileştirilmesi göz önüne alınmalıdır (Kileci, 2009). Risk yönetimi geçmişten ders alarak kümülatif olarak ilerleyen bir yöntemdir. Başarılı bir risk yönetimi, risklerin belirlenmesi, azaltılması ya da ortadan kaldırılması temeline dayanarak, kurumun amaçlarını gerçekleştirmek ve engelleri

aşabilmelidir. Kurumun bu başarıyı sağlayabilmesi için değişim ve gelişime ayak uydurması ve ileriye dönük olması gerekmektedir (Çolak, 2016).

2.2.1. Risk Yönetimi Süreçleri

Risk yönetim süreci sekiz aşamadan meydana gelmektedir. Bu aşamalar; amaçların tanımlanması, riskleri belirleme ve tanımlama, risklerin çözümlenmesi, risklerin ölçülmesi, riskleri değerlendirme ve önceliklendirme, risklere cevap verme, risk yönetiminin uygulanması ve risk yönetiminin denetlenmesini içermektedir.



Şekil 2. Risk yönetimi süreçleri.

Amaçların Tanımlanması

Risk yönetimine başlamadan önce kurumun gerçekleştirmeyi hedeflediği amaçların belirlenmesi risk yönetiminin yönünü belirleyen aşamadır. Bu anlamda amaçların tanımlanması risk yönetimi sürecinde atılan ilk ve en önemli adımdır. Amaçlara göre

uygulanacak olan risk yönetiminde amaçların açıkça ifade edilmesi, karmaşık olan kurumlarda ise amaçların önceliklendirilmesi ile risk yönetiminde başarının sağlanmasında önemli hususlardan birini oluşturmaktadır.

Amaçların tanımlanması süreci kurum ile risk yönetimi arasında anlamlı bir bağ oluşturmaktadır. Bu sayede kurum bazında risklerle mücadele daha tutarlı gerçekleştirilecektir. Risk yönetimi süreçleri arasında amaçların tanımlanması sürecinin gözden kaçırılması, risk yönetimi ile kurumun amaçlarının birbirinden bağımsız ve dengesiz olmasına sebep olmaktadır (Maya, 2011)

Risklerin Belirlenmesi ve Tanımlanması

Risklerin belirlenmesi, tehlike yaratan durumların temelini inilerek gerekli çalışmaların yürütülmesi ile yapılmalıdır (Çolak, 2016). Doğru bir risk yönetiminin temeli risklerin belirlenmesi ve tanımlanması gerekli hallerde de iyileştirilmesine bağlıdır (Kileci, 2009).

Risklerin belirlenmesi sürecinin en temel amacı; kurumun ilerlemesini engelleyebilecek tehditlerin meydana gelmeden belirlenmesi ve bu tehditlerin pozitif olarak fırsatlara dönüştürülmesine imkân oluşturabilmektir (Maya, 2011)

Risklerin tanımlanması ile risklerin neler olduğu, ne zaman ve nerede ortaya çıkacağı, nedenleri, ne şekilde ya da nasıl meydana geldikleri ve bu risklerin kimleri içerdiğinin saptanması, risklerin kökeni ve meydana gelen sonuçlarının neler olduğu ortaya koyulmalıdır (Terzioğlu, 2019).

Risklerin belirlenmesi, başarılı bir şekilde gerçekleşmesi oldukça zor olan süreçlerden biridir. Maya (2011), bu zorluğun sebeplerini şu şekilde açıklamaktadır; birincisi, yöneticinin kuruma ait yeterli bilgisinin bulunmaması, ikincisi ise her riskin her kurumda farklı olmasıdır.

Yönetici bağlı bulunduğu kurumda yeterli bilgiye sahip değilse hangi risklerle karşılaşacağını da bilemez. Mevcut belirsizliğin aşılması ve risklerle mücadele edilebilmesi için yönetici mümkün olan performans ve kapasitesini kurum hakkında bilgi sahibi olmak için kullanmalıdır.

Her kurumun amaçları, çalışma koşulları, sunduğu hizmetler birbirinden farklıdır. Buna bağlı olarak kurumun işlevini gerçekleştirdiği süreçler de birbirinden farklılık göstermektedir. Risk yönetimi belirli bir standart ve yönetime sahip değildir. Esnek yapıda olan risk yönetiminin başarı ile gerçekleştirilmesi, yöneticinin bağlı olduğu kurumu tanıması, kurumun amaçlarına hâkim olarak riskleri doğru bir şekilde belirleyebilmesi yeteneğine bağlıdır.

Risklerin belirlenmesi ve tanımlanması sürecinde, konu analizi (insan, çevre-yönetim-kullanılan malzeme), meydana gelebilecek tehlikeler ve bu tehlikelerin nedenlerinin listelenmelidir (Emhan, 2009).

Risklerin Çözümlemesi

Risklerin çözümlemesi süreci, meydana gelebilecek risklerin oluşma ihtimali ve meydana gelmesi halinde kurum üzerindeki şiddetinin etkilerinin analiz edilmesini içermektedir. Risklerin çözümlemesi sürecine gerekli bilgiler, bilgi toplayıcılar, gerekli raporlar ve denetileme ile sağlanmaktadır (Maya, 2011)

Risklerin Ölçülmesi

Risklerin ölçülmesi, riskin tesiri ile meydana gelmesi halindeki şiddetinin etkisinin ölçülmesidir (Duran, 2013). Bu etkilerin ölçülmesi aşamasında hem riskin etkisi hem de şiddeti üzerine çeşitli sorular sorulmaktadır. “Risk ne boyutta kayıplar meydana getirebilir?”, “Riskin kuruma, iç ve dış çevreye ne gibi etkileri olabilir?” türünden sorular ile riskin tesiri ölçülmeye çalışılır. Risklerin meydana gelme ihtimalini ise; “Risk meydana gelebilecek midir?” şeklinde sorular ile ölçebiliriz.

Risklerin ölçülmesi süreci, alanında uzman ya da bu alanda eğitim sahibi kişiler tarafından özel matematiksel yöntemlerle gerçekleştirilmektedir (Maya, 2011)

Yöneticilerin iyi bir risk yönetimi yapabilmeleri için bağlı oldukları kurumları iyi analiz etmelidirler. Kurumun güçlü ve zayıf yönlerine, sahip olduğu fırsatlara ve tehditlere hakim olmalıdırlar. Bu analizler neticesinde ise uygun ölçme yöntemini tercih etmelidirler çünkü riski yönetebilmenin ön koşulu onun ölçülmesidir (Kileci, 2009).

Risklerin Değerlendirilmesi ve Önceliklendirilmesi

Risklerin değerlendirilmesi, risklerin niteliksel ve niceliksel ölçütler yoluyla ölçülmesi ile yapılmaktadır (Tafur, 2007). Risklerin belirlenen risk ölçütleri ile kıyaslanmasını daha sonra risklerle mücadele etmek için sıralanmasını kapsamaktadır (Terzioğlu, 2019).

Belirlenen risklerin kurum üzerinde negatif yönde ne kadar büyük bir kayba sebep olabileceğinin analiz edilmesi esasına dayandırılmaktadır (Maya, 2011). Risklerin değerlendirilmesi sürecinde, risklerin belirlenmesi, fırsata dönüştürülmesinin tüm ihtimaller dâhilinde, erken ve geç dönemde ele alınması ya da ihmal edilme halindeki senaryoların ve sonuçların şiddetinin incelenmesi yapılmaktadır.

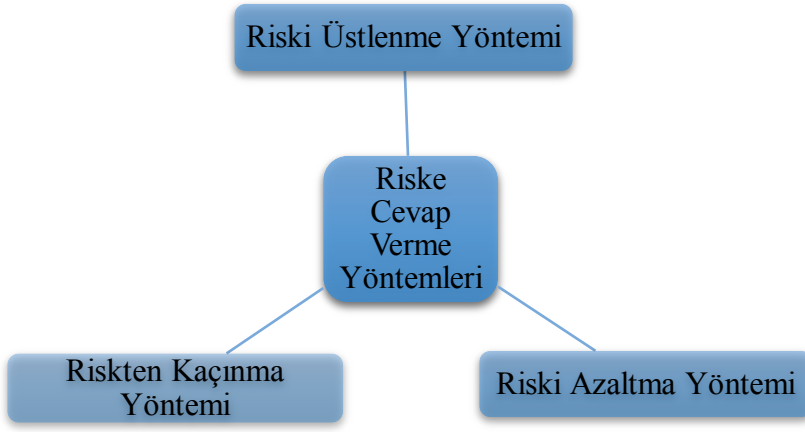
Bankalarda bu işlem sınıflandırılmış risklerin çeşitli şekillerde analiz edilmesinden meydana gelmektedir. Bankalar risk yönetimi stratejileri oluşturmak için analizlerden elde edilen bulguları değerlendirmektedir (Oğraş, 2010).

Risklerin değerlendirilmesinde yönetici; meydana gelebilecek muhtemel kayıpları, ekonomik açıdan para kaybı veya iflası, çalışan gücü açısından hastalık veya başka bir kuruma transferi gibi sebeplerle kaybedilmesi göz önünde bulundurmalı ve gerekli risk azaltma ve önleme çalışmalarını oluşturmalıdır (Maya, 2011).

Risklere Cevap Verme

Risklere cevap verme yöntemine karar vermeden önce ekonomik kâr zarar analizleri yapılmalıdır (Duran, 2013). Yönetici hangi riske cevap verme yöntemini seçeceğine karar verirken kayıp olasılığına ve şiddetine, meydana gelebilecek olasılıklara ve kayıpların meydana gelmesi halinde temin edilecek kaynakları iyi analiz etmelidir (Emhan, 2009). Bu analizler kurumun mali yapısının anlaşılmasında ve riske cevap verme yönteminin seçilmesinde oldukça önemli hususlardan birini oluşturmaktadır.

Risklere cevap vermede kullanılan yöntemler; riski üstlenme yöntemi, riskten kaçınma yöntemi ve riski azaltma yöntemidir.



Şekil 3. Riske cevap verme yöntemleri.

Riski Üstlenme Yöntemi

Meydana gelebilecek risklerin neler olabileceği ve bu risklerin ne gibi sonuçlar doğurabileceğinin farkında olarak ya da olmayarak kabul edilmesidir. Ancak proaktif bir yönetici riskleri üstlenme yöntemini, risk yönetimi becerileri dahilinde, yapılan risk analizlerine dayandırarak ve farkında olarak kullanılmalıdır (Maya, 2011).

Riski üstlenme yöntemi daha çok riskin baş edilebilecek düzeyde düşük olması ya da risklerin kontrol altına alınabilecek bir düzeyde olmasına bağlı olarak gerçekleştirilmelidir (Soajın, 2020). Yönetici, yapılan risk analizleri neticesinde riskleri pozitif yönde fırsata çevirebilmek için yeni yollar aramalıdır. Yönetici riski üstlenme yöntemini kullanmasına rağmen riski fırsata çeviremiyorsa riski üstlenme yöntemini kullanmak yöneticiye ve kuruma zarar verebilmektedir (Maya, 2011). Riski üstlenme yöntemi daha çok muhtemel kayıpların ve riskin meydana gelme olasılığının oldukça düşük olduğu durumlarda tercih edilmelidir (Maya, 2011).

Riski üstlenme yönteminde meydana gelebilecek muhtemel durumların kabul edilmesi ve bu durumların iyileştirilmesi kurum tarafından ekonomik kaynakların ekstra kullanılmasına ihtiyaç duyulmasına neden olabilmektedir (Maya, 2011). Başka bir ifade ile risklerin üstlenilmesi yönteminde, giderler kuruma ait bütçeden temin edilmektedir (Emhan, 2009). Bu sebeple yönetici riski üstlenme yöntemini tercih etmeden önce gerekli bu ihtimali de göz önünde bulundurmalıdır.

Riskten Kaçınma Yöntemi

Diğer bir ifade ile riskten kurtulma yöntemi; risklerin kuruma pozitif anlamda bir yarar sağlamadığı gibi zarara sebep olabileceği durumlarda kullanılması önerilmektedir (Maya, 2011). Başka bir ifade ile riskler yönetilemeyecek derecedeysen ya da kurum için kayıp oluşturması önem teşkil etmiyorsa bu yöntem kullanılmaktadır (Terzioğlu, 2019).

Riskin üstlenilmesi sonucunda elde edilecek kâr durumu karşılaştırma yapılarak, kayıpların kâr durumundan fazla olması halinde riskte kaçınma durumu söz konusu olabilmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken en önemli noktalardan biri riskleri ve etkilerini değerlendirirken fırsatların da göz ardı edilmemesidir (Soajın, 2020). Riskten kaçınma yönteminin kullanılması tüm riskler için geçerli olmayabilir (Maya, 2011). Karşılaşılan risklere göre diğer riske cevap verme yöntemlerinin kullanılması kurum için fırsat oluşturabildiği gibi daha az kayıp vermesi de söz konusu olabilir.

Risk yönetimini gerçekleştiren kişinin, bu yöntemi kullanabilmesi için risk analizini iyi analiz etmiş olması gerekmektedir. Riskten kaçınma yöntemi riskin yönlendirilmesi ile de gerçekleştirilebilmektedir. Bu yönlendirme kurumun kendi bünyesinde bulunan birimler arasında olabildiği gibi başka bir kuruma doğru da olabilmektedir. Ancak riskin yönlendirilmesi olası kayıpların daha da artmasına sebep olabilmektedir. Yönetici yönlendirmeyi uygulayacağı birimlere gerekli bilgilendirmeyi yapmalı ve birimler de riski üstlenmelidir (Maya, 2011).

Riski Azaltma Yöntemi

Meydana gelebilecek kayıpların oldukça fazla olması ve yapılan tüm çalışmalara karşın yine de kayıpların söz konusu olduğu durumlarda kullanılabilir (Maya, 2011). Riski azaltma yöntemi, kayıpların tamamen ortadan kaldırılamayacağını kabul ederek daha çok bu kayıpların azaltılmasına ağırlık vermektedir. Başka bir ifade ile meydana gelen kayıp, hasar veya risklerin şiddetinin etkisinin azaltılmasıdır (Soajın, 2020).

Risk azaltma yöntemini kullanmadan önce risklerin olumsuz sonuçları halinde meydana gelebilecek kayıpların boyutunun iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Yönetici bu analizler neticesinde kayıpların etkileri ve ekonomik boyuta dikkat etmelidir (Maya, 2011).

Risk azaltma, kayıp öncesi risk azaltma ve kayıp sonrası risk azaltma olarak iki yönde gerçekleştirilmektedir. Kayıp öncesi risk azaltma, riskler tanımlandıktan sonra henüz kayıp meydana gelmeden yapılan risk azaltma yöntemidir. Kayıp sonrası risk azaltma ise, kayıp meydana geldikten sonra etkilerini azaltabilmek amacıyla yapılan risk azaltma yöntemidir (Tummala ve Burchett, 1999).

Riski azaltma yönteminde, çalışma koşullarının riskten kaçınılmaz olduğu işlerde çalışanların görev yerlerini tanımaları, görev gereği özel kıyafet ve teçhizat temini kullanılarak riskler azaltılmaya çalışılmaktadır (Emhan, 2009). Risk azaltma yöntemine sağlık kuruluşlarında çalışan personellerin hasta kan ve vücut sıvıları ile temas halinde kapabilecekleri hastalıkların engellenmesi amacıyla kullandıkları maske, eldiven, önlük, gözlük vb. malzemeler örnek olarak gösterilebilir. Risk azaltma yöntemi mevcut riskin azaltılması amacıyla kullanılan aracı görevini üstlenmektedir.

Kayıp öncesi azaltma, risk yöneticisinin bir risk tanımlandıktan sonra, ancak herhangi bir kayıp meydana gelmeden önce atmayı düşünebileceği adımları içerir. Benzer şekilde, kayıp sonrası azaltma, olay gerçekleştikten sonra risk yöneticisinin bir kaybın etkisini azaltabileceği adımları da içerir.

Risk Yönteminin Uygulanması

Yönetici kurumda yapılan risk analizleri neticesinde uygun olan risk yönetimi faaliyetlerini kurum çalışanları ile birlikte uygulayabilmelidir.

Risk Yönteminin Denetlenmesi

Risk yönetiminin denetlenmesi sürecinde yönetici risk yönetiminin sonuçları ile risk yönetiminin ilk aşaması olan amaçların tanımlanması arasındaki tutarlılığın ve başarının değerlendirilmesini yapmakta, gerekli hallerde iyileştirme yoluna gidebilmektedir (Maya, 2011).

Risk yönetiminin denetlenmesi, uygulamaya konan risk yönetim yönteminin kurumun tüm aşamaları dâhil olmak üzere işleyişinde sorun olup olmadığını incelemektedir.

Denetleme, risk yönetiminin başarısını etkileyen veya kurum için tekrar risk teşkil eden durumların kontrol edilerek gerekli hallerde yeni bir risk yönetim sürecinin başlamasını sağlamaktadır.

Risk yönetiminin denetlenmesi, risk yönetim aşamaları arasında son sırada olmasına rağmen diğer tüm aşamalar içerisine entegre edilmelidir. Böylece değişen şartlara daha kolay uyum sağlanabildiği gibi risk yönetiminin başarısını da arttırabilir (Maya, 2011).

2.3. Acil Sağlık Hizmetleri

Acil sağlık hizmetleri sistemi ile acil müdahale gerektiren durumdaki hastalar hastaneye öncesi bakım döneminde hastane gelmeden gerekli müdahale hizmetinde yararlanabilmektedir (Wilson vd., 215). Acil Sağlık Sistemleri, aniden ortaya çıkan, yaşamı tehdit eden bir durum veya hastalık halinde hızlı müdahalenin gerekli olduğu durumlarda mümkün olan en kısa zamanda girişimde bulunan hizmet birimidir (Paksoy, 2016).

Acil sağlık hizmetleri, olay yerinden hastaneye kadar geçen dönemde tıbbi müdahale, gerekli durumlarda kurtarma faaliyetleri, lojistik ve olay yeri yönetimi süreçlerini içermektedir (Wilson vd., 2015).

Acil Sağlık Hizmetleri temelde iki modele dayandırılmaktadır. Bu modeller alan yazında “Anglo-Amerikan” ve “Franko-German” olarak gruplandırılmaktadır (Paksoy, 2016).

Anglo-Amerikan modeli (Scoop and run). Türkçe’ye “Kap Götür” olarak tercüme edilen bu model Amerika Birleşik Devletleri (ABD) tarafından tasarlanmıştır. Anglo-Amerikan modelinde asıl amaç acil müdahaleye ihtiyacı olan hasta veya yaralıların mümkün olan en kısa zamanda gerekli müdahalenin gerçekleştirileceği sağlık kuruluşuna ulaştırılmasıdır. Hasta veya yaralıya ulaşarak sağlık kuruluşuna ulaştırma süreci boyunca hasta ve yaralının hayatını tehdit eden durumlarda gerekli olan hayati müdahalelerin yapılması esastır (Aslantaş, 2019). Amerika, İngiltere, Kanada, Türkiye gibi ülkelerde uygulanmaktadır. Anglo-Amerikan modelinde temel amaç hastanın sağlık kuruluşuna hızla götürülmesi ve gerekli müdahalelerin hastanede sağlanmasını temel almaktır (Paksoy, 2016).

Anglo-Amerikan modelinde doktor dışında acil sağlık hizmetleri personelleri (Acil Bakım Teknikeri (Paramedik)-AABT ve Acil Tıp Teknisyeni-ATT) hasta veya yaralıya ulaşarak sağlık kuruluşuna kadar gerekli hayati müdahaleleri yapmakla görevlidirler. Hastaneye ulaştırılan hasta veya yaralıya gerekli müdahaleler acil serviste acil servis doktorları tarafından yapılmaktadır (MEB, 2011).

Franco-German modeli (Stay and play). Türkçe'ye “Kal ve Çalış” olarak tercüme edilmiştir. Temel amaç hasta veya yaralıya en kısa zamanda ulaşarak gerekli müdahalenin sahada gerçekleştirilmesi daha sonra hayati riski giderilen hastanın veya yaralının sağlık kuruluşuna sevk edilmesidir (Aslantaş, 2019). Franco-German modelinde doktor ve gerekli sağlık teçhizatlarının sahaya götürülmektedir (Yerlikaya, 2015). Franko-German modelinde ise vakit kaybının önlenmesi ve hemen müdahale edilebilmesi amacıyla tüm imkânların sahaya taşınması temel alınmaktadır (Paksoy, 2016). Fransa, Almanya, Rusya, İsveç, Finlandiya, Norveç gibi ülkelerde kullanılmaktadır (Şimşek vd., 2019).

| Anglo-Amerikan Modeli | Franko-German Modeli |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Temel amaç hasta/yaralının mümkün olan en kısa sürede sağlık kuruluşuna götürülmesidir.• Hasta/yaralı için hayati tehlike söz konusuysa olay yerinden hastaneye varıncaya kadar gerekli müdahalelerin yapılması esastır.• İlk ve Acil Yardım Teknikerleri (Paramedik) ve Acil Tıp Teknisyenleri (ATT) görev alır.• Hasta hastane aciline götürülerek müdahaleye devam edilir. | <ul style="list-style-type: none">• Temel amaç hasta/yaralının bulunduğu konuma hastane şartlarında gerekli tüm araç ve gereçlerin götürülerek hastanın stabilize edilmesinin sağlanmasıdır.• Stabilizasyon gerçekleştirildiğinde hasta hastaneye götürülür.• Doktor ve Acil Tıp Teknisyeni (ATT) görev alır.• Ambulans daha donanımlıdır.• Hasta gerekli ise yoğun bakıma alınır. |

Şekil 4. Anglo-Amerikan Modeli ve Franko-German modeli karşılaştırması (Şimşek vd., 2019).

Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık sisteminde genel olarak “kap ve götür” ilkesinin temel alındığı Anglo-Amerikan modelini benimsemiş olmasına karşın ambulans hizmetlerinde doktorların da görev aldığını göz önünde bulundurursak Türkiye hastane

öncesi acil sağlık sistemi hizmetinin Franko-German modelinden de etkilendiğini söyleyebiliriz.

2.3.1. Dünyada Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Acil Sağlık Hizmetlerine atılan ilk adımın takribi 5000 yıl önce Mısırlılar tarafından yapıldığı, daha sonra Eski Yunan ve Roma uygarlıklarının savaşlarda ilk yardım amaçlı hasta taşınması uygulamalarında buldukları bilinmektedir. Bilinen ilk ambulans hizmeti amacıyla kullanılan araç İspanyollar tarafından 1487’de Malaga kuşatmasında atlı arabalardan oluşturulmuştur. İlk askeri tıbbi birlik 1793 yılında, Prusya seferinde Dominique Larrey tarafından “uçan ambulans” olarak nitelendirilen atlı arabalar oluşturulmuş ve yaralıların sevki sağlanmıştır. İlk sivil ambulanslar 1878 yılında, ilk 24 saat esaslı ambulans hizmetleri ise 1897 yılında Londra’da uygulanmaya başlamıştır (MEB, 2011).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri politika ve uygulamaları ülkeden ülkeye değişiklik gösterdiği gibi bir ülkenin bölgeleri arasında da değişiklik göstermektedir. Amerika ve Kanada’da hastane öncesi acil sağlık hizmetleri kapsamında ambulans hizmetlerinin yanında itfaiye ve polis hizmet birimlerini bir çatı altında toplanmış ve aynı merkezden yönetilmektedir. Acil çağrı kodu her iki ülkede de “911” olarak belirlenmiştir. 911’in aranması ile çağrı merkeze düştüğü anda yetkili kişiler tarafından karşılanır ve gerekli ekipler olay yerine yönlendirilir. Her iki ülkede hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde Anglo-Amerikan model benimsenmiştir. Bu kapsamda ambulanslar ile olay yerine intikal eden personeller paramedik ve ATT’lerden oluşmaktadır (Paksoy, 2016).

Almanya, İkinci Dünya savaşından sonra güvenlik ve askeri alanda yetersizlikler yaşamıştır. İlerleyen yıllarda itfaiye teşkilatının giderek ön plana çıkması ile birlikte hastane öncesi acil sağlık hizmetleri itfaiye teşkilatı ile bütünleştirilmiştir. İtfaiye ve acil sağlık sisteminin beraber bir bütün olarak çalışması diğer ülkelere göre bazı farklılıklara sahiptir. Mevcut ambulanslar iki farklı gruba ayrılmaktadır. Genel itibariyle ambulanslarda kurtarma işi yapacak kurtarma personeli ve acil bakım teknikerleri görev almaktadır. Alınan çağrı neticesinde olay yerinde tıbbi müdahaleye gereksinim duyulması halinde olay yerine doktor getirilerek müdahaleye devam edilmektedir. Olay yerine gelen doktorlar anestezi veya travma alanında görev almış kişilerden oluşmaktadır (Aslantaş, 2019).

2.3.2. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Osmanlı döneminde ilk olarak 1871 yılında hekimlerin acil sağlık hizmetine ihtiyacı olan bireylere sağlık kurumları dışında hasta olan bireylerin bulunduğu konuma gidilerek hizmet vermekle başlatılmış olup ilerleyen yıllarda ise Hilal-i Ahmer Cemiyeti tarafından atlı arabalarla ambulans hizmeti verilmeye çalışılmıştır (Şimşek vd., 2019).

Cumhuriyet ilanından sonra 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” ile birlikte tıbbi yardımın temin edilmesi, dispanser ve doğum evlerinin kurulması görevleri belediyelere verilmiştir (Kaba ve Elçioğlu, 2013). Ancak belediyelerin yeterli kaynağa sahip olamaması sebebiyle hedeflenen başarıya ulaşamamıştır (Şimşek vd., 2019).

1980’li yıllara kadar Türkiye geneline hitap eden bir ambulans hizmeti hali hazırda bulunmuyordu. Kurulan mevcut ambulans hizmetleri belediyelerin bütçelerince karşılanmakla birlikte kurumsal bir sistem mevcut değildi. 1985 yılında Ankara Numune Hastanesi’nde “Hızır Acil Servisi”nin açılmasıyla kurumsal ve gezici bir hastane öncesi acil sağlık hizmeti temeli atılmaya başlanmıştır (Erbay, 2017).

1986 yılında kurulan bu hastane öncesi acil sağlık hizmeti Ankara, İstanbul, İzmir gibi büyükşehirlerde uygulanmak üzere teknik ekip ve donanımları oluşturulmuş ve kodu “077” olarak belirlenmiştir. Böylece günümüzde kullanılan hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin ilk adımları atılmıştır (MEB, 2011).

1987 yılında Sağlık Bakanlığı Yüksek Şurası tarafından ilk yardım hususunda bilgi ve beceride eksiklikler olduğu öne sürülerek ortaöğrenim ve yükseköğrenim düzeylerinde desteklenmesi gerektiğine karar verilmiştir. 1993 yılında ilk kez yükseköğrenim düzeyinde İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi’nde “İlk ve Acil Yardım” bölümü kurulmuştur (Kaba ve Elçioğlu, 2013). Bu sayede acil sağlık hizmetleri alanına uzmanlık getirilmiş ve bu alanda görev alacak paramedik personelleri yetiştirilmeye başlanmıştır.

1994 yılında “077-Hızır acil Servis” çağrı sisteminden “112-Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri” olan ve herkesin ücretsiz erişebileceği çağrı sistemine geçiş yapılmıştır. Akabinde Ankara, İstanbul ve İzmir büyükşehirlerinde 112 istasyonları ve altyapıları kurulmaya başlanmıştır (Aslantaş, 2019).

1996 yılında ise 1987 yılında Sağlık Bakanlığı Yüksek Şurası tarafından alınan karar neticesinde ortaöğrenim düzeyinde “Acil Tıp Teknisyenliği (ATT)” bölümü açılmıştır (Şimşek vd., 2019).

112 Acil Sağlık Hizmetleri

Sağlık sektörünün çalışma kapsamı canlılar olmakla birlikte bu sektörde çalışanlar oldukça fazla risk ile karşı karşıyadır. Herhangi bir yanlış müdahale telafisi olmayan kötü sonuçların doğmasına sebep olabilmektedir.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (2016)’ne göre acil sağlık hizmetleri; “acil hastalık ve yaralanma hallerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetleri” olarak tanımlanmıştır. Olay yerinden hastaneye kadar geçen süre içerisinde gerçekleştirilen tüm müdahaleler hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde meydana gelmektedir (Akmüt, 2019). Bu alanda hizmet gösteren hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları istasyon birimlerinde görev almaktadırlar.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (2016)’ne göre istasyon; “acil çağrılara olay yerinde ve nakil sırasında sağlık hizmeti vermek üzere ambulans ve ekiplerin bulunduğu birimler”dir. Bu ekipler doktor, paramedik, acil tıp teknisyeni ve şoförlerden oluşmaktadır. Paramedik (ambulans ve acil bakım teknikeri-AABT); “ üniversitelerin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu’ndaki 2 yıllık ambulans ve acil bakım teknikerliği programlarından mezun olmuş kişilerdir.” Acil tıp teknisyenleri (ATT) ise; “Sağlık meslek liselerinin acil tıp teknisyenliği bölümlerinden mezun olmuş kişilerdir.” Hekimler A1 tipi istasyonlarda paramedik ve ATT’ler ile vazifesini yerine getiren en sorumlu kişidir.

İstasyonlar çalışan personel kadrosu ve hizmet grubuna göre başlıca A tipi istasyon, B tipi istasyon ve C tipi istasyon olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (2016)’e göre;

A Tipi İstasyonlar

“ 24 saat kesintisiz sadece ambulans hizmeti verilen, ihtiyaca göre birden fazla ekip ve ambulans bulundurulan, idari ve özlük hakları bakımından başhekimliğe bağlı ve kadrolu personeli olan istasyonlardır. (A) tipi istasyonların açılış ve kapanış işlemleri Bakanlığın onayı ile gerçekleştirilir.”. A tipi istasyonlar A1 ve A2 olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Çalışan ekibe hekimin dahil olması halinde A1 tipi istasyon, hekimin dahil olmaması halinde ise A2 tipi istasyon olarak tanımlanmaktadır.

B Tipi İstasyonlar

“Birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile entegre olarak kesintisiz ambulans ve acil servis hizmeti verilen, kadrosu ve özlük hakları bakımından bünyesinde bulunduğu kuruma, ambulans hizmeti bakımından merkeze bağlı olan istasyonlardır.”. B tipi istasyonlar B1 ve B2 olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Hastanelerin (devlet, özel, üniversite) acil bölümü ile beraber çalışması halinde B1 tipi istasyon, sağlık ocağı, aile sağlığı merkezleri gibi birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar ile beraber çalışması halinde B2 tipi istasyon olarak tanımlanmaktadır.

C Tipi İstasyonlar

“İhtiyaca göre günün belirlenen saatlerinde sadece ambulans hizmeti verilen, idari ve özlük hakları bakımından başhekimliğe bağlı acil sağlık istasyonlarıdır.” şeklinde tanımlanmıştır.

Ambulanslar ulaşım yoluna göre üç gruba ayrılmaktadır. Bunlar; kara ambulansları, hava ambulansları, deniz ambulanslarıdır.

Kara Ambulansları

En çok kullanılan ambulans grubudur. Kara ambulansları acil yardım ambulansları, hasta nakil ambulansları, yoğun bakım ambulansları ve özel donanımlı ambulanslar olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır. Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği (2013)'e göre;

Acil yardım ambulansı; “Her türlü acil durumda, olay yerinde ve ambulans içerisinde hasta ve yaralılara gerekli acil tıbbi müdahaleyi yapabilecek ekibe ve ek-1 ve ek-2’de yer alan teknik ve tıbbi donanıma sahip kara aracıdır”.

Hasta nakil ambulansı; “Acil tıbbi müdahale gerektirmeyen hasta veya yaralıların nakli amacıyla kullanılan, en az bir sağlık personeli bulunan ve ek-1 ve ek-2’de belirtilen teknik ve tıbbi donanıma sahip kara aracıdır”.

Yoğun bakım ambulansı; “Hastaların nakli esnasında ileri seviyede izlenmesine ve tedavisine yönelik tasarımılanan, Yönetmeliğin ek-1 ve ek2’sinde yer alan teknik ve tıbbi donanıma sahip kara aracıdır”.

Özel donanımlı ambulanslar; “Acil hasta veya yaralılara olay yerinde acil tıbbi yardımı sağlamak veya görev yaptığı bölgenin coğrafi özelliği ile taşıdığı hasta veya yaralıların yaşı, fiziki ve tıbbi durumlarına göre özel olarak tasarlanmış ve buna göre personel ve ekipmanla donatılmış araçlardır”.

Hava Ambulansları

Hasta ve yaralıların sevk işlemlerinin daha kısa sürede gerçekleştirilmesinin sağlanması ve bu süre zarfında tıbbi müdahalelerin de yapılmaya devam ettiği, ulusal sivil havacılık biriminden gerekli izinler alınarak hizmet eden tıbbi donanımlı uçak veya helikopterlerdir (Aslantaş, 2019).

Deniz Ambulansları

Hasta veya yaralının sevki veya acil müdahalenin gerçekleştirilebilmesi için Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığında gerekli izinler alınarak hizmet eden tıbbi donanımlı deniz araçlarıdır.

2.4. Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanları Açısından Mesleki Riskler

Mesleki riskler, kişinin mensubu olduğu mesleği icra ederken çalışma ortamı ve şartlarından kaynaklı olarak doğrudan veya dolaylı olarak etkilenmesi ve buna bağlı olarak sağlığının bozulmasına sebebiyet verebilecek risk etmenleridir. Çalışan sağlığının korunması ve sunulan hizmetin kalitesinin artırılması amacıyla tehdit oluşturan bu risklerin giderilmesi oldukça önem arz etmektedir.

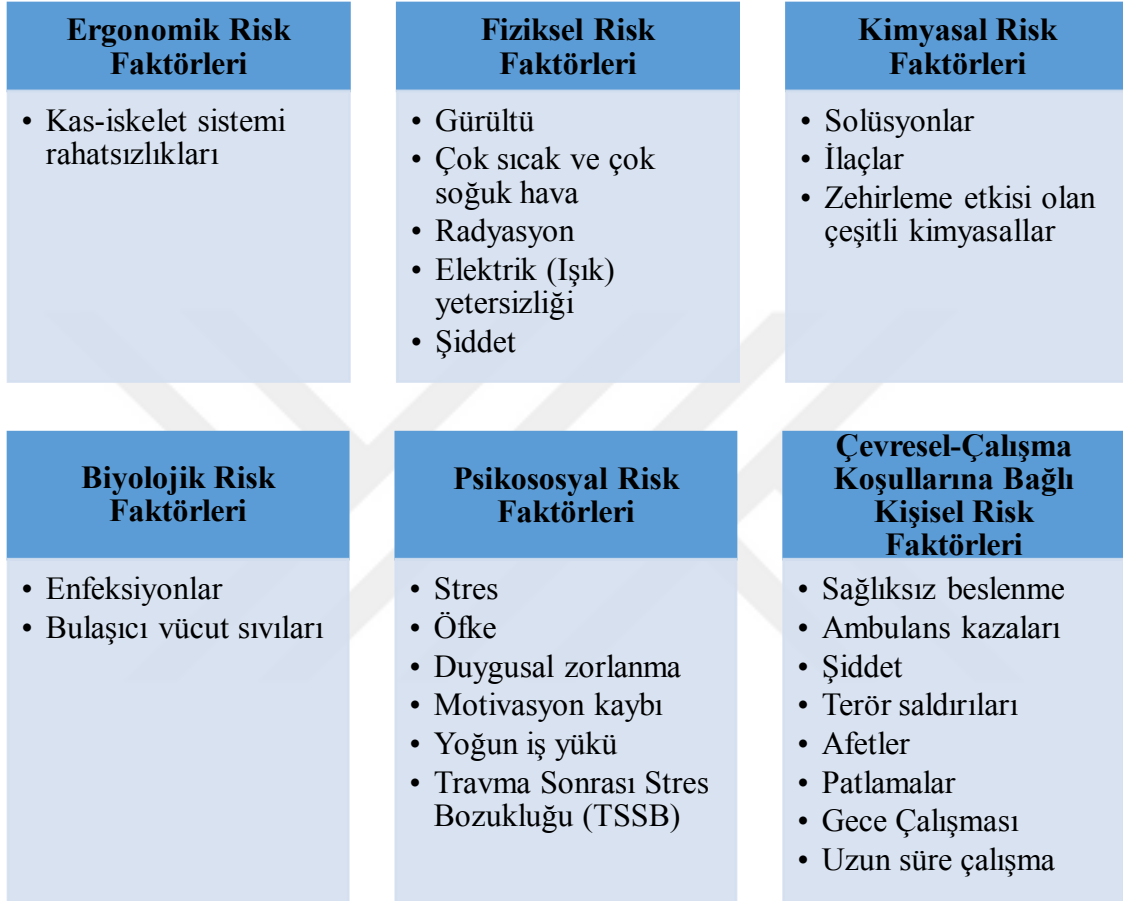
112 acil sağlık hizmetleri çalışanları 7/24 çalışma esasına bağlı olarak hastane öncesi dönemde hizmet sunmaktadırlar. Gelen çağrılar neticesinde tespit edilen olay yerinde acil müdahale gerektiren durumlar ve kazalara ek olarak afetlerde de görevlerinin yerine getirirken bir takım risklerle karşı karşıya kalmaktadırlar.

Ambulans personelleri mesleki eğitimlerine rağmen olağan toplum düzeni dışındaki durumlarla, müdahale ettikleri hastadan hastalık kapmak, evcil hayvan ısırığı, psikolojik olarak çeşitli sıkıntıları bulunan kişilerden saldırıya uğramak gibi spesifik olmayan tehlikelerle karşı karşıya kalabilme olasılığındadır (James, 1988).

Hastane öncesi dönemde aktif görev alan acil sağlık hizmetleri çalışanları çoğunlukla boyutları tam olarak tahmin edilemeyen, görevlerini yapmakta güçlük çıkartabilecek ve hayatlarını tehlikeye sokabilecek şartlarda görev alabilmektedir (Cenk, 2018).

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık personellerinin karşılaştıkları mesleki risklerin sebep olduğu ölümler üzerine yürütülen çalışmalar neticesinde yıllık bir milyonda 17-57 arasında olduğu tespit edilmişken Türkiye'de henüz bu alanda bir veri bulunmamaktadır (Akmüt, 2019). Yine ABD 2001 yılı Ulusal İşçi İstatistikleri sonuçlarına göre sağlık sektörünün diğer sektörlere göre mesleki risk ve mesleki hastalıklar bakımından ikinci sırada yer aldığı tespit edilmiştir (Bulut, 2016).

Amerika Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH) hastane öncesi ve hastaneyi kapsayan tüm sağlık sektöründeki riskleri ergonomik, fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikolojik olarak beş gruba ayırmaktadır (Yıldırım ve Gerdan, 2017).



Şekil 5. Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının mesleki riskleri (NIOSH sınıflamasına göre oluşturulmuştur) (Bulut, 2016; Yıldırım ve Gerdan, 2017; Akmut, 2019).

2.4.1. Ergonomik Risk Faktörleri

Teknolojik gelişmeler her alanda hayatımızı kolaylaştırdığı gibi sağlık sektöründe de büyük kolaylıklar sağlayarak hizmet kalitesini artırmakla birlikte iş yükünün azalmasına da imkân sağlamaktadır. Teknoloji ile değişim ve gelişim gösteren tıbbi cihaz ve malzemeler ile daha doğru ve derinlemesine incelemeler yapılabilen, yapılan müdahalelerin süresi kısaltılmakta ve kolaylaştırmaktadır. Ancak yine de insan gücü ve dayanıklılığına olan ihtiyaç

devam etmektedir. Bu anlamda sağlık hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde görev alan 112 personellerinin hasta kaldırma, taşıma vb. durumlarında yeterli fiziksel yeterliliğe sahip olmaması, uygun yöntemleri veya aparatları doğru bir şekilde kullanmaması veya yerine getirememesine bağlı olarak kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları yaşayabilmektedir (Akmüt, 2019).

112 acil sağlık hizmetleri çalışanları olay yerinde güvenliğin sağlanmasıyla hastaya müdahale, hastanın stabil hale getirilmesi ile ve taşınması esnasında kullanılan teknikler ve aparatların dışında geçişi zorlaştıran yollar ve kilolu hastalara bağlı olarak da kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları yaşayabilmektedirler. Ek olarak yetersiz personele bağlı olarak iş yükünün artması, çalışma esnasında kayma, düşme vb. sebepler de kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarına tekrarlanması halinde sakatlanmasına sebep olabilmektedir (Bulut, 2016).

2.4.2. Fiziksel Risk Faktörleri

Sağlık sektöründe çalışanlar için başlıca fiziksel risk faktörleri olarak gürültü, radyasyon, sıcak ve soğuk hava, yetersiz aydınlatma belirtilmektedir (TTB, 2008). Aşırı sıcak havalar hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının sıcak stresi yaşamasına sebep olabilmektedir. Sıcak stresi, kişinin metabolizması, çevresel etkenler ve kıyafete bağlı olarak oluşan ısıdır. Sıcak stresi ile vücutta sıcaklık artışı meydana gelmekle birlikte nabız artışı, tansiyon düşmesi gibi fizyolojik bazı belirtilerin yaşanmasına da sebep olabilmektedir (Yıldırım ve Gerdan, 2017).

Fiziksel risk faktörlerinin ortadan kaldırılmaması veya giderek artan maruz kalma durumunda 112 acil sağlık hizmeti çalışanları fizyolojik değişiklikler ve zorlanmaların yanı sıra psikolojik olarak da olumsuz etkilenebilmekte buna bağlı olarak da personelin performansında düşüşlere sebep olabilmektedir (Şahin, 2014).

Çalışma ortamında meydana gelen gürültü personelin performansında azalma, stres, işitme kaybı gibi etkilere sebep olabilmektedir. Birleşik Devletlerde yapılan araştırmalar neticesinde Çevre Koruma Ajansı (EPA)'nın hastaneler için belirlediği gürültü sınır değerleri gündüz 45 dB iken, gece 35 dB'dir. Ancak yapılan bazı ölçümlerde gürültü

değerinin 55 dB'in üzerinde olduğu olarak tespit edilmiştir (TTB, 2008). Ambulansta ise gürültü değeri hasta kabini kısmında 58-70 dB, sürücü kabini kısmında ise 60-84 dB olarak tespit edilmiştir. Ek olarak ambulans sireninin de oluşturduğu gürültü değeri 110 dB olarak temel alınırsa gürültü 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları için oldukça büyük bir risk oluşturmaktadır (Yıldırım ve Gerdan, 2017).

112 acil sağlık hizmetleri aldıkları çağrı doğrultusunda yönlendikleri olay yerinde yetersiz aydınlatma ile karşılaşmaları halinde uygulayacakları işlemlerde yanlışlık yapabilirler. Yetersiz aydınlatmaya bağlı olarak olay yerinin güvenli hale getirilmesi sırasında ikincil bir kaza ile karşılaşabilirler.

Hastane öncesi dönemde sunulan hizmette şiddetin yaygın olmasının nedenleri arasında; kritik çalışma koşulları, belirsiz çalışma ortamları, ani ölümler, trafik kazaları ve ağır yaralanmalar yer almaktadır (Dadashzadeh vd., 2019).

2.4.3. Kimyasal Risk Faktörleri

Dezenfektanlar, antiseptikler, anestezi gazları, ilaçlar ve vücut sistemini zehirleyen bazı kimyasallar sağlık çalışanları açısından kimyasal risk faktörleridir. Kimyasal risk oluşturan bu tür maddelerin saklanması, kullanım teknikleri ve birbirleri ile karışması hususunda oluşabilecek tehlikelere dikkat edilmelidir (Özkan ve Emiroğlu, 2006). Hastane öncesi dönemde hizmet sunan sağlık personelleri özellikle ilaçların muhafaza edilmesi, saklanması, ampul ve flakonlarda bulunan ilaçların hazırlanması ve uygulanması sırasında meydana gelebilecek kazalarda dikkatli olmalıdır (Akmüt, 2019).

Yapılan araştırma neticesinde insanların sağlığı için tehlike oluşturan 299 kimyasal maddenin sağlık sektöründe kullanıldığı tespit edilmiştir (Akmüt, 2019). Sağlık çalışanları açısından ilk sırada yer alan kimyasal risk olarak kullandıkları dezenfektan ve antiseptikler yer almaktadır (Şahin, 2014).

Sağlık çalışanlarının kan ve vücut sıvıları gibi bulaş riski olan durumlara karşı kullandıkları kişisel koruyucu ekipmanlardan biri olan eldivenlerin içerisinde bulunan pudra sebebiyle sağlık çalışanlarında lateks alerji ve astıma sebep olabilmektedir. Lateks alerjisi oranı sağlık sektörü dışında çalışan personellerinde %1 iken, sağlık sektörü personellerinde

ise %2,7-11,4 arasında değişiklik gösterdiği belirlenmiştir (Yıldırım ve Gerdan, 2017). Lagier ve arkadaşlarının (1992) yürüttüğü çalışma kapsamında ise lateks alerji oranı %10,7 olarak tespit edilmiştir.

Kimyasallardan herhangi bir yol ile etkilenme çeşitli rahatsızlıklara yol açabilmektedir. Kimyasal risklerin tehlike oranı kimyasal ajanın yoğunluğu, etkilenme süresi, etkilenme yolu ve kimyasal ajanın özelliğine bağlı olarak değişmektedir. Kimyasal ajanlara örnek olarak formaldehitler alerjilere, zehirlenmelere, göz ile temas sonucunda ise körlüğe sebep olabilmektedir (Bulut, 2016).

Yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının anestezi gazlara sürekli maruz kalma durumunda düşükler, erken doğumlar, bağ ağrısı ve yorgunluk gibi etkilerin söz konusu olduğu belirtilmektedir (TTB, 2008).

2.4.4. Biyolojik Risk Faktörleri

Sağlık çalışanlarının en fazla karşı karşıya kaldıkları biyolojik risk faktörlerinin başında mikroorganizmalar gelmektedir. Mikroorganizmalarla temas hastane ortamında olabildiği gibi hastane öncesi dönemde de oldukça fazladır (Akmüt, 2019).

1983 yılında ABD’de yapılan araştırmalar sonucunda sağlık sektörü personellerinin diğer sektör personellerine göre enfeksiyon hastalıklarına yakalanma oranının 10 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Enfeksiyon etkenleri kan ve vücut sıvıları ve damlacık yoluyla olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Kan ve vücut sıvılarıyla temas açık yara, kesici-delici aletlerin batması ile oluşmaktadır. Hepatit B, Hepatit C, HIV kan ve vücut sıvıları ile bulaşan hastalıklar grubunda yer almaktadır. Üst solunum yolu enfeksiyonları, tüberküloz ise damlacık ve solunum yolu ile bulaşan hastalıklardır (TTB, 2008).

112 acil sağlık hizmetleri çalışanları acil çağrı durumunda müdahalede bulunan ilk ekiplerden biri olmakla birlikte bilinmeyen durumlarda risklerle doğrudan karşı karşıya kalmaktadırlar (Bulut, 2016). Bu anlamda koruma amaçlı olarak sağlık çalışanları gerekli aşuları yaptırmalı ve koruyucu önlemleri almalıdırlar. Yapılan araştırmalar sonucunda sağlık çalışanlarının difteri, boğmaca, tetanoz, polio, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, hepatit B, influenza aşularını mutlaka olması gerektiği belirlenmiştir. Meydana gelen salgınlara bağlı

olarak pandemi durumlarında da sağlık çalışanlarının gerekli aşıları yapılmalıdır (Yenal, 2010).

2.4.5. Psikososyal Risk Faktörleri

112 acil sağlık hizmetleri çalışanları gelişen hastalık veya kaza durumlarında hızlı karar vermek ve hemen müdahale etmekle yükümlüdürler. Müdahale esnasında olay yerinde uygun olmayan çeşitli durumlarla ve insanlarla doğrudan karşı karşıya kalmakla birlikte sözlü ve fiziksel şiddete maruz kalabilmektedirler. Hastane öncesi sağlık hizmetinin en önemli yapı taşı olan 112 personellerinin şiddet sonrası aldıkları bedensel ve ruhsal travmalar hem sağlıkları hem de sağlık hizmetleri açısından oldukça olumsuz durumlar oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Bu anlamda 112 personelleri sundukları hizmet çerçevesinde oldukça stresli meslek grupları içerisinde yer alan “yüksek riskli” meslek grubu olarak değerlendirilmektedir (Tokuç, Turunç ve Ekuklu, 2011).

Sürekli ve yoğun olarak strese maruz kalmak bir süre sonra mesleki doyumda azalmalara, baş ağrısı, titreme, bitkinlik, uykusuzluk, konsantrasyon bozukluğu, unutkanlık, gerginlik, sinirlilik gibi fiziksel, duygusal ve zihinsel belirtilere sebep olarak işteki verimliliğin azalmasına sebep olabilmektedir (Yenal, 2011).

Kısa zamanda müdahale etme baskısı, her türlü koşulda görev yapma, 7/24 nöbet usulü çalışma, merhamet yorgunluğu, TSSB, tükenmişlik sendromu 112 acil sağlık hizmetleri alışanlarında psikososyal risk faktörlerinin artmasına zemin hazırlamaktadır (Yıldırım ve Gerdan, 2017).

Sağlık personeline yönelik şiddet davranışının, fiziksel yaralanma olmadığında bile, TSSB da dâhil olmak üzere kurbanları üzerinde genellikle uzun vadeli psikolojik etkileri olduğu gösterilmiştir. Hastaların saldırgan veya şiddet içeren davranışları, personelin bakıcı olarak rollerini sorgulamasına neden olarak suçluluk ve kendinden şüphe duyma ile sonuçlanabilir (Arnetz ve Arnetz, 2001).

Ambulans ortamında çalışmanın hem kronik hem de akut işle ilgili strese neden olduğu ve bunun da örneğin kardiyovasküler hastalıklara neden olabileceği genel olarak

görülmektedir. İşle ilgili stresle ilgili diğer hastalıklar TSSB, uyku sorunları ve obezitedir (Karlsson vd., 2021).

112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının psikososyal risklerin meydana gelmesine sebep olan etkenler arasında; uzun süreli çalışma, gece çalışması, yoğun iş yükü, ekip uyumu, kaygı, motivasyon kaybı vb. sayılabilmektedir (Akmüt, 2019).

2.4.6. Çevresel/Çalışma Koşullarına Bağlı Kişisel Risk Faktörleri

Uzun süren çalışma saatlerinin nörolojik ve kardiyovasküler bazı sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda iş kazası yapma riskinin özellikle 9. mesai saatinden sonraki arttığı belirlenmiştir. Şiddet, patlama, terör olayları, afetler gibi toplumsal olaylar da 112 acil sağlık hizmetleri için risk oluşturmaktadır (Yıldırım ve Gerdan, 2017).

Şiddet, bireyleri fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkileyen bir durum olmakla birlikte hayati tehlike oluşturan ve toplumsal hayatlarını aktif devam ettirmelerine mani olan bir durumdur (Gümüşsoy vd., 2021).

Sağlık sektöründe meydana gelen şiddet olayları hasta, hasta yakınları ya da herhangi bir bireyden tarafından sağlık personeline karşı tehditkâr davranışlar, sözel, fiziksel veya cinsel taciz durumlarıdır (Uçak, 2009). Sağlık çalışanları diğer sektör çalışanlarına oranla 16 kat daha fazla şiddet ile karşı karşıya kalmaktadır (Bulut, 2016). Sağlık sektöründe meydana gelen şiddet davranışları basit veya ciddi yaralanmalar, kısa veya uzun süreli iş göremezlik, travma, ölüm gibi çeşitli sonuçlara sebep olabilmektedir (Akgün, 2015).

112 acil sağlık hizmetleri çalışanları açısından en önemli risk faktörlerinden biri de ambulans kazalarıdır. Ambulans araçlarının kullanım güvenliği kapsamında ambulansların önce hastaya daha sonra hastaneye güvenli bir şekilde ulaşması; sürücünün mesleki eğitimi ve becerisi, ambulans aracının çalışma koşullarına uygun teknik durumu, ambulansla ortalama hız ve konfor, karayolu trafik durumu, hastaya seyahat mesafesinin yanı sıra bir tıbbi kuruma ulaşımına bağlıdır (Voitko vd., 2020). 112 personelleri olay yerinden hastaneye varıncaya kadar geçen süre içerisinde doğru ve etkin müdahale yapmanın yanında

ambulans sürüşünde dikkatli olmalıdır. Ambulans içerisinde nakil sırasında müdahale yapan sağlık personeli dışında bulunan herkes emniyet kemerini takmalıdır. Türkiye’de meydana gelen 614 ambulans kazası neticesinde 3 kişi hayatını kaybetmiş 367 kişi ise yaralanmış olduğu belirlenmiştir (Yenal, 2010).

Emniyet Genel Müdürlüğü’nün Trafik İstatistikleri Bülteni’ne (2021) göre Temmuz ayı içerisinde meydana gelen 34.463 trafik kazasının 35’i ambulans kazası iken bu sayı yıl genelinde 187 olarak tespit edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri Ulaştırma Bakanlığı Ulusal Karayolu Trafik Güvenliği İdaresi (2014) raporuna göre 1992’den 2011’e kadar geçen 20 yıllık süreçte ortalama 29 ölümcül ambulans kazası ve buna bağlı olarak da 33 ölüm meydana gelmiştir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Bu bölümde, araştırmanı modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları ve verilerin analizi nitel araştırma çerçevesinde açıklanmaktadır.

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırmada 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştıkları mesleki riskler ve bu riskleri nasıl yönettiklerini derinlemesine incelenmek amacıyla nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma, toplumda göz önünde bulunan sosyal varlık veya durumların derinlemesine incelenmesi, analiz edilmesi, yordanması ve katılımcıların içinde buldukları durumun daha iyi anlaşılması amacıyla görüşlerinin göz önüne alındığı araştırma türüdür (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Nitel araştırma yöntemi sayıca daha az örneklem grubu üzerinden daha fazla ve ayrıntılı bilgi elde edilmesine imkân sağlamaktadır (Bütün ve Demir, 2018).

Araştırmada, nitel araştırma desenlerinden olgubilim (fenomenoloji) deseni tercih edilmiştir. Olgubilim deseninde hedef, kişinin deneyimlerinin hangi şartlar altında, nasıl oluştuğunun anlamlandırılmasıdır (Bakioğlu ve Koç, 2017). Olgubilim deseni ile bir olgunun genel hatları ile daha iyi analiz edilmesine ve anlaşılmasına katkıda bulunacak örnekler ve yaşanmışlıkları ortaya koymaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Çalışma kapsamında olgubilim deseni çerçevesinde veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır.

Görüşme yöntemi, araştırma grubunun araştırılan konu hakkında gözlemlenemeyen bilgilerine erişmek amacıyla görüş ve deneyimlerinin ön planda olduğu veri toplama tekniğidir (Baltacı, 2019). Görüşme yönteminin hedeflenen çalışma grubu ile yüz yüze gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla görüşmenin yapılmasının hedeflendiği grubun bağlı bulunduğu müdürlüğe çalışma kapsamında bilgilendirilme yapılarak gerekli izinler alınmıştır. Görüşmeler alınan izin çerçevesinde belirlenen tarihler arasında, yüz yüze ve birebir gerçekleştirilmiştir. Görüşme esnasında önceden hazırlanan sorular sorulmuş,

soruların anlaşılması halinde ise yönlendirici olmayan ek sorular sorularak tamamen kişilerin görüşleri temel alınmıştır.

Derinlemesine bilgi edinmek amacıyla sorulacak soruların önceden hazırlanması ve anlaşılması halinde ek sorular yöneltilmesi ile yapılan görüşme tekniği yarı yapılandırılmış görüşme tekniğidir. Görüşme esnasında katılımcının dikkatinin dağılmaması, görüşmenin bölünmemesi ve çağrı bazlı çalışan 112 personelinin çalışma şartları da göz önüne alınarak zaman kaybının önlenmesi amacıyla görüşmecilerin de izni ile ses kayıt cihazı kullanılmıştır.

3.2. Çalışma Grubu

Araştırma evreni, Giresun 112 acil sağlık hizmetlerinde görev yapmakta olan 400 personelden oluşmaktadır. Çalışma evreninin oldukça geniş olması ve Covid-19 pandemisi sebebiyle bu süreçte aktif olarak çalışan 112 personelini riske atmamak amacıyla örneklem seçme yoluna gidilmiştir. Araştırma örneklemini ise araştırma evreninden amaçlı örneklem yöntemlerinden biri olan kartopu örnekleme yoluyla seçilen 56 kişiden oluşmaktadır.

Amaçlı örneklem, araştırma kapsamına en uygun grubun araştırmaya seçilmesidir (Erçetin, 2020). Amaçlı örneklem veri açısından zengin durumların belirlenmesini ve seçilmesi sağlamaktadır (Yağar ve Dökme, 2018). Amaçlı örneklem çeşitli bilgi birikimine ulaşılabileceği düşünülen araştırmalar üzerinde derinlemesine inceleme yapabilme imkânı sunmakla birlikte üzerinde çalışma yapılması hedeflenen durumların ortaya çıkarılması ve bu durumların açıklığa kavuşturulmasına katkıda bulunmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Amaçlı örneklem parçadan yola çıkarak bütünü açıklamaya çalışmaktan ziyade olgunun genel çerçevede incelenerek analiz edilmesine çalışmaktadır (Bütün ve Demir, 2018). Başka bir ifade ile amaçlı örneklem, araştırmanın hedefi ve araştırma örneklemini göz önüne alınarak değerlendirilir (Baştürk ve Taştepe, 2013). Kartopu diğer bir ifadeyle zincir örnekleme, örnekleme oluşturan bireyden başka bir bireye temas ederek oluşturulmaktadır (Baltacı, 2018).

3.3. Veri Toplama Aracı

Araştırma için veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu oluşturulmuştur. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile araştırma kapsamında katılımcılara yöneltilmesi hedeflenen önceden hazırlanmış sorulara benzer nitelikte veya alınan cevapların daha da detaylandırılmasına katkıda bulunmaktadır (Türnüklü, 2000). Görüşme formunda yer alan sorular 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının görevleri ve mesleki riskler üzerine alanyazın taramaları yapılarak oluşturulmuştur. Uygulamaya başlamadan önce araştırma için görüşmeye katılmayan 3 kişi ile görüşme sağlanarak deneme yapılmıştır. Görüşme neticesinde alınan cevaplar göz önünde bulundurularak görüşme formu yeniden şekillendirilmiştir. Görüşme formu, 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının kişisel bilgilerine yönelik dört, mesleki riskleri üzerine dört olmak üzere toplamda sekiz açık uçlu sorudan meydana gelmektedir.

3.4. Veri Toplama Süreci

Araştırma için veri toplama aracı olarak hazırlanmış görüşme formunun 112 acil sağlık hizmetleri personellerine uygulanması amacıyla Giresun İl Sağlık Müdürlüğüne resmi olarak izin talebinde bulunulmuştur. Yapılan başvuru neticesinde olumlu dönüt alınmakla birlikte izin sonucu ekte yer almaktadır. Araştırmada kullanılacak olan veriler 15.03.2021-31.05.2021 tarihleri arasında, alınan izin doğrultusunda Giresun il ve ilçelerinde komuta kontrol merkezi ve istasyonlarda görev yapmakta olan ATT, paramedik ve doktorlardan oluşan toplamda 56 personel ile görüşme sağlanarak elde edilmiştir. Görüşmeler yüz yüze yapılmış, veri kaybını engellemek amacıyla ses kaydı alınarak notlar tutulmuştur.

3.5. Verilerin Analizi ve Yorumlanması

Araştırma sonucunda elde edilen veriler alt problemler temelinde gruplandırılmış ve içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi, elde edilen verileri tanımlayabilecek kavramlar ve bağıntıları ortaya koymaktadır. İçerik analizi ile aralarında benzerlik bulunan ortak veriler

bir araya getirilir ve daha kolay anlaşılabilmesi amacıyla düzenlenerek yeniden açıklanır (Yıldırım ve Şimşek, 2018). Verilerin yorumlanması, araştırma konusu ile ilgili alanyazından elde edilen araştırmalardan oluşturulan kontrol listesi temelinde gerçekleştirilmiştir.

Yapılan tüm görüşmeler ve görüşmelerin analizine ilişkin kodlamalar aynı araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Ek olarak kontrol amaçlı kodlama, nitel araştırma konusunda bilgin ve yetkin bir öğretim üyesi tarafından gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler betimsel analiz ile analiz edilmiştir. Görüşme formunda yer alan sorulara karşılık ses kaydedici ile kayıt altına alınan yanıtlar bilgisayar ortamında yazıya geçirilerek listelenmiş daha sonra kategorilere ayrılmıştır. Kategorilenen sorularda alınan cevaplar gruplara ayrılmış ve kodlanmıştır. Kodlar excel ortamında tablo haline getirilerek sıklık dereceleri analiz edilmiştir. Alınan yanıtlara göre frekans belirlenmiştir. Deşifre işlemi her bir katılımcı için tek tek gerçekleştirilmiştir.

3.6. Geçerlilik ve Güvenilirlik

Geçerliliği yüksek bir görüşme formu oluşturmak için, görüşme formunda yer alan sorular hazırlanmadan önce 112 acil sağlık hizmetleri, mesleki riskler ve risk yönetimi alanlarında detaylı bir alan yazın taraması yapılmıştır. Hazırlanan form Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi eğitim bilimlerinde görevli bir ve afet eğitimi ve yönetimi alanında görevli iki öğretim üyesi olmak üzere toplam üç öğretim üyesinin uzman görüşü alınmıştır. Daha sonra, asıl görüşmeye katılmayan üç 112 personeli ile pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonrasında gelen dönütlere bakılarak görüşme formu üzerinde son düzeltmeler yapılmıştır. Çalışma kapsamında örneklem grubunda maksimum çeşitleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışma grubu Giresun KKM ve il merkezi, merkeze bağlı ilçelerde yer alan istasyonlarda çalışan doktor, ATT, paramedik olmak üzere 112 personellerinden oluşturulmuştur. Görüşme yapılan katılımcılardan elde edilen bulgular neticesinde en az ve en çok oranlarda elde edilen görüşlere yer verilmiştir. Araştırma içerisinde katılımcı görüşleri değiştirilmeden ve doğrudan alıntılarla yer verilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Araştırmanın bu bölümünde, katılımcılardan görüşme yoluyla elde edilen bulgular analiz edilerek araştırmanın alt problemleri ile sunulmaktadır. Alt problemlere ilişkin elde edilen bulgular tablo haline getirilerek yorumlarıyla birlikte sunulmuştur.

112 ASH çalışanlarının karşılaştıkları mesleki riskler ve risk yönetimi; risk ve mesleki risk kavramlarının tanımlanması, görevlerini yerine getirirken mesleki risk olarak tanımladıkları durumlar, bu risklerin meslekleri üzerinde etkileri ve mesleki risklerle karşılaştıklarında izledikleri yollar olarak ayrı ayrı ele alınmıştır. Bu kapsamda aşağıdaki sorular sorulmuştur.

4.1. 112 ASH Çalışanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Dağılımları

Araştırma kapsamında çalışma grubunu oluşturan 112 ASH çalışanlarının cinsiyet, yaş, meslek, çalışma yıllarına ait tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1’de sunulmaktadır.

Tablo 1

Tanımlayıcı özelliklere ait dağılımlar

| Değişken | Özellikler | f |
|-----------------|---------------------|----------|
| Cinsiyet | Kadın | 23 |
| | Erkek | 33 |
| Yaş | 25 yaş ve altı | 5 |
| | 26-30 yaş arası | 21 |
| | 31-35 yaş arası | 21 |
| | 36 yaş ve üzeri | 9 |
| Meslek | Motorize Ekip | 1 |
| | Doktor | 5 |
| | Acil Tıp Teknisyeni | 25 |
| | Paramedik | 25 |
| Çalışma Yılı | 1-5 yıl arası | 5 |
| | 6-10 yıl arası | 26 |
| | 11-15 yıl arası | 19 |
| | 16 ve üzeri yıl | 6 |

Katılımcıların cinsiyet dağılımı incelendiğinde; 23 kişinin kadınlardan ve 33 kişinin erkeklerden oluştuğu belirlenmiştir. Katılımcıların yaş aralığı incelendiğinde; 5 kişinin 25 yaş ve altı, 21 kişinin 26-30 yaş arasında, 21 kişinin 31-35 yaş arasında ve 9 kişinin ise 36 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların mesleki dağılımları 1 motorize ekip, 5 doktor, 25 ATT ve 25 paramedikten oluşmaktadır. Katılımcıların çalışma yıllarına bakıldığında ise; 1-5 yıl arası çalışan 5, 6-10 yıl arası 26, 11-15 yıl arası 19, 16 yıl ve üzerinde ise 6 kişi olduğu belirlenmiştir.

4.2. 112 ASH Çalışanlarının Risk ve Mesleki Risk Tanımlama Durumları

Risk ve mesleki risklerin doğru tanımlanması, çalışanların mesleki riskleri ayırt edebilmesi için oldukça önemlidir. Bu sayede doğru bilgiye sahip bireyler mesleki bilgi becerinin yanında risk farkındalığına sahip olabilmekte ve gerekli durumlarda önlemler alabilmektedir. 112 ASH çalışanlarının risk ve mesleki risk kavramlarını tanımlama durumları Tablo 2’de verilmektedir.

Tablo 2

Risk ve mesleki risk kavramlarının tanımlama durumu

| Değişken | Gruplar | f |
|--|------------------------------|-----------|
| Risk ve mesleki risk kavramlarını nasıl tanımlarsınız? | Kısmen Doğru/Eksik Tanımlama | 26 |
| | Doğru Tanımlama | 19 |
| | Tanımlayamama/Örneklendirme | 10 |
| | Yanlış Tanımlama/Kavram | 1 |
| | Kargaşası | |
| Toplam | | 56 |

Tablo 2’de görüldüğü üzere, 112 ASH çalışanlarının risk ve mesleki riski tanımlama durumlarına ilişkin, çalışanlardan 26 kişinin kısmen doğru/eksik tanımlama yaptığı, 19

kişinin doğru tanımlama yaptığı, 10 kişinin /örneklendirme yaptığı ve 1 kişinin yanlış tanımlayama/kavram kargaşası yaşadığı görülmektedir.

Risk ve mesleki risk tanımlarında, kısmen doğru/eksik tanımlamaya örnek olarak, katılımcıların risk ve mesleki riski sadece olumsuz, istenmeyen bir durum olarak değerlendirdikleri görülmekle birlikte konuyla ilgili açıklamaları şu şekildedir:

“Risk hayatın her karesinde, her alanında karşılaşılabileceğimiz olumsuz durumlardır.” (K-20).

“Risk hayatta istemediğimiz her an başımıza gelebilecek olayların bir bütünüdür. İstemediğimiz herhangi bir olay başımıza gelebilir...” (K-31).

“Yaşanabilecek her türlü olumsuz durum olarak tanımlarım. Mesleki risk de mesleğimi yerine getirirken karşılaşılabileceğim herhangi bir olumsuz durum olarak tanımlarım.” (K-58).

Risk ve mesleki risk tanımlarında, doğru tanımlamaya örnek olarak, katılımcıların risk ve mesleki riski olumlu-olumsuz durumlar veya tehlike potansiyeli olan durumlar olarak değerlendirdikleri görülmekle birlikte konuyla ilgili açıklamaları şu şekildedir:

“... olumlu ve olumsuz riskler olarak ikiye ayırabilirim. Risk almazsan olumlu bir çözüme kavuşturamam. Çözüm odaklı çalışacaksam risk alarak bir tık daha yukarı çıkmalıyım. Diğer risk ise olumsuz yönde olan beni mesleki açıdan ya da duygusal açıdan da etkileyebilecek riskler diyebiliriz.” (K-16).

“Risk; herhangi bir günlük yaşamda bizi tehlikeye sokabilecek olaylar, durumlardır. Mesleki risk de meslekte bizi tehlikeye sokabilecek olaylardır.” (K-27).

“Risk, insanın hayatını tehlikeye sokabilecek her türlü durum. Mesleki risk de kişiyi çalıştığı ortamda başına gelebilecek, hayatını tehlikeye sokacak, psikolojik olsun, maddi olsun, manevi olsun her türlü durum.” (K-47).

4.3. 112 ASH Çalışanlarının Mesleki Risk Olarak Tanımladıkları Durumlar

Mesleki riskler, kişinin mensubu olduğu mesleğin icra edilmesinde hem meslek sahibine hem de mesleğin görev ve yetki alanına çeşitli zararlar verebilmektedir. Her meslek

grubu için bu riskler farklılık göstermektedir. Araştırma kapsamında 112 ASH çalışanlarının görevlerini yerine getirirken mesleki risk olarak tanımladıkları durumlara ilişkin bulgulara Tablo 3'te yer verilmektedir.

Tablo 3

Görevlerini yerine getirirken mesleki risk olarak tanımladıkları durumlar

| Değişken | Gruplar | f |
|--|---|----|
| Görevinizi yerine getirirken mesleki risk olarak tanımladığınız durumlar nelerdir? Açıklayınız. | Hasta/Hasta Yakını Tarafından | |
| | Şiddet/Darp/Küfür vs. | 38 |
| | Ambulans/Trafik Kazası | 32 |
| | Bulaşıcı Hastalıklar/Enfeksiyon | |
| | Hastalıkları/Salgın | 28 |
| | İğne Batması/Kesici-Delici Alet Yaralanması | 20 |
| | Belirsiz Çalışma Ortamı/Olay Yeri/Olay Yeri Güvenliği | 14 |
| | Ambulans (Teknik, Kullanılan Malzeme, Çalışma Ortamı) | 14 |
| | Trafik/Yol/Coğrafya | 12 |
| | Bel/Boyun Fıtığı/Fiziksel Rahatsızlıklar | 11 |
| | Alkollü Vatandaş | 9 |
| | Güvenlik | 7 |
| | Düşme/Kayma | 7 |
| | Antisosyal Kişiler/Psikososyal Bozukluğu Olan Kişiler | 6 |
| | Çalışma Saatleri/Usulü | 6 |
| | Hız/Kural İhlalleri | 5 |
| | Afetler/Hava Şartları/Savaş/Yangın | 5 |
| | Mobing | 5 |
| | Hayati Risk/Sakat Kalmak | 5 |
| | İstasyon (Ergonomik Olması/Konumu) | 4 |
| | Yanlış Müdahale | 3 |
| | Kullanılan Malzeme veya Hastanın Düşmesi | 3 |
| | Adli Durum Yaşama | 3 |
| | Hasta Hayatı | 2 |

Tablo 3'ün devamı

| | |
|--------------------------------|---|
| Vücut Sıvıları İle Temas | 2 |
| Şoför | 2 |
| Personelle/Ekip Arkadaşı İle | |
| Anlaşmamak | 2 |
| Ambulansta Ayakta Gitmek | 1 |
| Hayvan Saldırısı | 1 |
| Madde Bağımlısı Kişiler | 1 |
| Kimyasal Maddeler ve Etkileri | 1 |
| Kullanılan İlaçlar ve Etkileri | 1 |
| Elektrik Çarpması | 1 |
| Boğulma | 1 |
| Tetkiksiz İlaç Uygulamak | 1 |
| Stres | 1 |
| Hastayı Görmeden Karar Vermek | 1 |
| Kullanılan Malzemenin Kalitesi | 1 |

Tablo 3'e göre, 112 ASH çalışanlarının görevlerini yerine getirirken mesleki risk olarak tanımladıkları durumların oldukça fazla olduğu ve belli başlı mesleki risklerin sıklığının öne çıktığı görülmektedir. 112 ASH çalışanlarının mesleki risk olarak tanımladıkları durumlara bakıldığında; 38 kişi hasta/hasta yakını tarafından şiddet/darp/küfür vs., 32 kişi ambulans/trafik kazası, 28 kişi bulaşıcı hastalıklar/enfeksiyon hastalıkları/salgın yanıtını vermiştir. 20 kişi iğne batması/kesici-delici alet yaralanması, 14 kişi belirsiz çalışma ortamı/olay yeri/olay yeri güvenliği, 14 kişi ambulans (teknik, kullanılan malzeme, çalışma ortamı) cevabını vermiştir. 12 kişi trafik/yol/coğrafya, 11 kişi bel/boyun fitiği/fiziksel rahatsızlıklar, 9 kişi alkollü vatandaş cevabını vermiştir. 7 kişi güvenlik, 7 kişi düşme/kayma, 6 kişi antisosyal kişiler/psikososyal bozukluğu olan kişiler, 6 kişi çalışma saatleri/usulü yanıtını vermiştir. 5 kişi hız/kural ihlalleri, 5 kişi afetler/hava şartları/savaş/yangın, 5 kişi mobing, 5 kişi hayati risk/sakat kalma, 4 kişi istasyon (ergonomik olması/konumu) mesleki risk olarak tanımlamış bulunmaktadır. Daha az sıklıkta; 3 kişi yanlış müdahale, 3 kişi kullanılan malzeme veya hastanın düşmesi, 3 kişi adli durum yaşama, 2 kişi hasta hayatı, 2 kişi vücut sıvıları ile temas, 2 kişi şoför ve personelle/ekip arkadaşı ile anlaşmama yanıtı vermiştir. 1 kişi ambulans ayakta gitmek, 1 kişi hayvan saldırısı, 1 kişi madde bağımlısı kişiler, 1 kişi kimyasal maddeler ve etkileri, 1

kişi kullanılan ilaçlar ve etkileri, 1 kişi elektrik çarpması cevabını vermiştir. 1 kişi boğulma, 1 kişi tetkiksiz ilaç uygulamak, 1 kişi stres, 1 kişi hastayı görmeden karar vermek ve 1 kişi kullanılan malzemenin kalitesi yanıtını vermiştir.

Katılımcılara sorulan “Görevinizi yerine getirirken mesleki risk olarak tanımladığınız durumlar nelerdir?” sorusuna sıklığı en yüksek oranda (38 kişi) alınan yanıt, hasta/hasta yakını tarafından şiddet/darp/küfür vs. olmuştur. Bu konuya ilişkin katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

“...İlk gittiğim vakada darp edildik. Olay yerine gittiğimizde emniyet genel olarak bizden sonra gidiyor... O ilk zamanda o vakadan sonra bir 3-5 ayda bütün vakalara taşikardik olarak çıktım. Çünkü her çıktığım vakada dayak yiyeceğiz korkusu vardı. Bir süre sonra kendiliğinden geçiyor.” (K-55).

“...Şiddetin her türüsüne zaten her an maruz kalabiliyoruz. Özellikle biz birebir hastayla evinde ya da olay yerinde, olayın yaşandığı anda tanık olduğumuz için bir hastaneye göre şiddete daha çok maruz kalıyoruz.” (K-56).

Katılımcılara sorulan “Görevinizi yerine getirirken mesleki risk olarak tanımladığınız durumlar nelerdir?” sorusuna sıklığı en az oranda (1 kişi) alınan yanıtlardan birkaçı, kimyasal maddeler ve etkileri, tetkiksiz ilaç uygulamak olmuştur. Bu konuya ilişkin katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

“...Covid sürecindeyiz, biyolojik bir etkene maruz kalıyoruz. Normal toplumsal hayatın içinde bulunan insanlardan daha fazla maruz kalıyoruz. Bu biyolojik etkeni temizlemek için kimyasal olarak ilaçlar kullanılıyor. Bu ilaçların da mesela akciğerlerimiz üzerinde etkisi var. Buradan da kimyasal etkenlere, risklere maruz kalıyoruz...” (K-22).

“...hastada bazı bakılması gereken laboratuvar tetkiklerine bakılmadan hastaya hızlı bir şekilde müdahale yapılması gereken bazı durumlar oluyor. Bunları mesleki risk olarak algılayabiliriz. Bazı laboratuvar tetkiklerine bakmadan hızlıca müdahaleyi yapmak olarak da mesleki risk olarak da tanımlayabiliriz...” (K-41).

4.4. 112 ASH Çalışanlarının Karşılaştıkları Mesleki Risklerin Meslekleri Üzerindeki Etki Durumu

Mesleki riskler, çalışanları geçici ve kalıcı olmak üzere çeşitli şekillerde etkilemektedir. Sunulacak mesleki hizmetin etkin bir şekilde yerine getirilmesi, çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığının sürdürülmesi, oluşabilecek ekonomik ve iş gücü kaybının önüne geçilmesinde oldukça önem teşkil etmektedir. 112 ASH çalışanlarının karşılaştıkları mesleki risklerin meslekleri üzerindeki etki durumuna ait bulgular Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4

Görevlerini yerine getirirken karşılaştıkları risklerin meslekleri üzerinde etkileri

| Değişken | Gruplar | f |
|--|---|----|
| Görevinizi yerine getirirken karşılaştığınız risklerin mesleğiniz üzerinde nasıl etkileri oluyor? Açıklayınız. | Psikolojik Olarak Etkilenme (Korku/Üzüntü Yaşama) | 29 |
| | Agresif/Stresli/Kaygılı/Gergin Olma | 12 |
| | Sağlık | 12 |
| | Yorgunluk (Fiziksel/Ruhsal) | 9 |
| | Tecrübe | 7 |
| | Meslekten Soğuma/Bıkma | 7 |
| | Temkinli Olma/Dikkatli Olma | 6 |
| | Uyku Bozukluğu | 6 |
| | İşe Gitmeyi İstememe | 6 |
| | Moral Bozukluğu/Depresyon | 5 |
| | Akılcı Yaklaşma | 4 |
| | Hayattan Zevk Alamama/Tatminsizlik | 4 |
| | Mesleki Deformasyon/Yıpranma | 4 |
| | Mesleği Yapma İsteğinde Azalma | 3 |
| | Geçici Bir Süre Olayın Etkisinde Kalma | 3 |
| | Hizmet Kalitesi/İş Verimi | 2 |
| | Güvensiz Hissetme | 2 |
| | Olgun Düşünme | 2 |
| | Çabuk Hareket Etme | 2 |
| | Panik Atak | 2 |

Tablo 4'ün devamı

| | |
|-----------------------------|---|
| Mesleki Olarak Körelme | 1 |
| Maddi Olarak Etkilenme | 1 |
| Hızlı Düşünme | 1 |
| Sağduyulu Olma | 1 |
| Travma Yaşama | 1 |
| Tükenmişlik Sendromu Yaşama | 1 |
| Daha Yaşlanmış Hissetme | 1 |
| Motivasyon Kaybı | 1 |

Tablo 4'te görüldüğü gibi, 112 ASH çalışanlarının görevlerini yerine getirirken karşılaştıkları mesleki risklerin meslekleri üzerindeki etkilerine; 29 kişi psikolojik olarak etkilenme (korku/üzüntü yaşama), 12 kişi agresif/stresli/kaygılı/gergin olma ve sağlık açısından etkilenme cevabını vermiştir. 9 kişi fiziksel ve ruhsal olarak yorgunluk hissetme, 7 kişi tecrübe ile aşma ve meslekten soğuma/bıkma yaşama, 6 kişi daha temkinli/dikkatli olma ve 6 kişi uyku bozukluğu yaşama yanıtını vermiştir. 5 kişi katılma/duygusuzlaşma, 5 kişi moral bozukluğu/depresyon yaşama, 4 kişi olaylara daha akılcı yaklaşma, 4 kişi hayattan zevk alamama/tatminsizlik yaşama, 4 kişi mesleki deformasyon/yıpranma yaşama durumları olduğunu belirtmiştir. 3 kişi mesleği yapma isteğinde azalma, 3 kişi geçici bir süre olayın etkisinde kalma, 2 kişi hizmet kalitesi/iş veriminin etkilenme, 2 kişi güvensizlik yaşama, 2 kişi daha olgun düşünme, 2 kişi çabuk hareket etme güdüsünde artma ve 2 kişi panik atak yaşama olasılıklarının arttığını belirtmiştir. 1 kişi acil müdahale gerektirmemesine rağmen 112'nin çağırıldığı vakalardan dolayı körelme, 1 kişi maddi olarak etkilenme, 1 kişi işe gitmek istememe, 1 kişi hızlı düşünme yetisi kazanma, 1 kişi daha sağduyulu olma, 1 kişi yaşanan risklerden dolayı travma yaşama, 1 kişi tükenmişlik sendromu yaşama, 1 kişi daha yaşlanmış hissetme ve 1 kişi motivasyon kaybı olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılara sorulan “Görevinizi yerine getirirken karşılaştığınız risklerin mesleğiniz üzerinde nasıl etkileri oluyor?” sorusuna sıklığı en yüksek oranda (29 kişi) alınan yanıt, psikolojik olarak etkilenme (korku/üzüntü yaşama) olmuştur. Bu konuya ilişkin katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

“Özellikle ilk başlarda psikolojik bozukluklarımız da oldu. İşe gelmeyi istememeye başladık. Bu benim işim değil, ben bunu yapamam diyorduk. Ama daha sonra yıllar geçtikçe sürekli bunları yaşadıkça bazı şeylere alışıyor...” (K-18).

“... başta duygusal olarak insan gerçekten çöküyor... Sürekli bir yoğun baskı altındasın tedbir, dikkat, hızlı olmamız gerekiyor... Elimizde olmayan durumlar var. Bunlara karşı da dediğim gibi duygusal yükü çok fazla oluyor. Psikolojik olarak yorgunluk, bıkkınlık...” (K-22).

“Psikolojik olarak etkileniyorsun... Genç hastalarda, yetişemediğin, kurtaramadığın durumlarda gerçekten psikolojik travma yaşıyorsun. Günlerce gözünün önünden gitmediği zamanlar oluyor. Acaba bende mi eksiklik oldu?... Daha iyi olabilir miydi? Ya da arkadaşımda mı eksiklik vardı? Diye bu tür psikolojik sıkıntılar da olabiliyor.” (K-28).

Katılımcılara sorulan “Görevinizi yerine getirirken karşılaştığınız risklerin mesleğiniz üzerinde nasıl etkileri oluyor?” sorusuna sıklığı en az oranda (1 kişi) alınan yanıtlardan birkaçı, mesleki olarak körelme ve daha yaşlanmış hissetme olmuştur. Bu konuya ilişkin katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

“112 acil çağrı sisteminin %90’ı zaten gerçekten 112 ile alakalı olmayan farklı amaçlar için kullanılan hastalar oluyor. Zamanla köreliyoruz diyebilirim. Çünkü işimizi yapmıyoruz, işimiz dışındaki bazı şeyleri yapmak da bizi köreltiyor.” (K-14).

“...bu işi yapmayan diğer insanlardan daha yaşlı hissediyoruz. Mesela 30 değil de daha yaşlı hissediyorum, daha güçsüz hissediyorum... Mesela 30 yaşında bir insanın sırtının ağrısı ve bel fıtığının olmuş olması, çok genç bir yaş 30 yaş. Sosyal hayatımızı erkenden yıpratmış oluyoruz.” (K-45).

4.5. 112 ASH Çalışanlarının Mesleki Risklerle Karşılaştıklarında İzledikleri Yollar

Mesleki riskler karşısında uygulanacak yöntemler tehlike meydana gelmeden önce risk yönetimi veya tehlike meydana geldiği anda kriz yönetimi şeklinde çeşitli yollar izlenerek yapılabilmektedir. 112 ASH çalışanlarının mesleki risklerle karşılaştıklarında izledikleri yollara ait bulgular Tablo 5’te bulunmaktadır.

Tablo 5

Görevlerini yerine getirirken mesleki risklerle karşılaştıklarında izledikleri yollar

| Değişken | Gruplar | f |
|---|--|----|
| Görevinizi yerine getirirken mesleki risklerle karşılaştığınızda nasıl bir yol izliyorsunuz? Açıklayınız. | Yüzleşme/Kabullenme/Hiçbir Şey Yapmama | 11 |
| | Beyaz Kod Verme | 11 |
| | Güvenlik Güçlerinden Destek Alma | 11 |
| | Kişisel Koruyucu Ekipman Giyme | 10 |
| | Zamanla Alışma/Tecrübe | 9 |
| | Riskleri Bilme/Dikkat Etme | 8 |
| | İSG/Kalite Biriminden Destek Alma | 7 |
| | Sözel İletişim ile Uzlaşmaya Çalışma | 6 |
| | Susma | 5 |
| | Komuta Kontrol Merkezi (KKM) ile İletişime Geçme | 5 |
| | Hız/Trafik Kurallarına Uyma | 4 |
| | Psikolojik Destek Alma | 4 |
| | Ekip Arkadaşlarımızdan Destek Alma | 4 |
| | Tutanak Tutturma/Şikâyet Etme | 3 |
| | Başka Şeylere Yönelme | 3 |
| | Boş Vermeye Çalışma/Kafaya Takmamaya Çalışma | 3 |
| | Olay Yeri Güvenliğini Sağlama | 2 |
| | İdari Desteğe Başvurma | 2 |
| | Eğitim Alma | 2 |
| | Sakin Olmaya Çalışma | 2 |
| | Toplum Bilinci Oluşturulmalı | 2 |
| | Suçlama/İsyan Etme | 2 |
| | Kan Tahlili Verme/Tedavi Olma | 2 |
| | Emniyet Kemerini Takma | 2 |
| | İzole Olma | 1 |
| | Dezenfeksiyon İşlemi Yapma | 1 |
| | Spor Yapma | 1 |
| Dinlenme/Uykuya Dikkat Etme | 1 | |
| Aileden Destek Alma | 1 | |
| Aşı Olma | 1 | |

Tablo 5'te belirtildiği üzere, 112 ASH çalışanları görevlerini yerine getirirken mesleki risklerle karşılaştığında; 11 kişi yüzleşme/kabullenme/hiçbir şey yapmama, 11 kişi şiddetle karşılaştıkları durumlarda ise beyaz kod verme ve 11 kişi güvenlik güçlerinden destek alma cevaplarını vermiştir. 10 kişi salgın ve vücut sıvılarına karşın kişisel koruyucu

ekipman giyme, 9 kişi zamanla tecrübe ettikçe bu riskleri aşma cevabını vermiştir. 8 kişi riskleri bildiklerini, 8 kişi bu risklere karşı daha dikkatli olma, 7 kişi iş sağlığı ve güvenliği, 7 kişi kalite birimlerinden destek alma yanıtını vermiştir. 6 kişi sözel iletişim ile uzlaşmaya çalışma, 5 kişi yaşadıkları durumlar karşısında susma ve 5 kişi KKM ile iletişime geçme yöntemlerini izlediklerini belirtmişlerdir. Daha az olmak üzere; 4 kişi trafik/ambulans kazalarına karşın mümkün olduğunca hız kurallarına uyma, 4 kişi psikolojik destek alma cevabını vermiştir. 3 kişi yaşadıkları olayları arkadaşları ile paylaşma ve onlardan destek alma, 3 kişi tutanak tutma/şikâyet etme, 3 kişi kafalarını dağıtmak için başka şeylere yönelme, 3 kişi boş vermeye çalışma/kafaya takmamaya çalışma yanıtını vermiştir. 2 kişi olay yeri güvenliğini sağlama, 2 kişi idari desteğe başvurma, 2 kişi mesleki anlamda kendilerini geliştirmek için eğitim alma, 2 kişi sakin olmaya çalışma yanıtı vermiştir. 2 kişi toplum bilinci oluşturulmalı, 2 kişi yaşadıkları durumlar karşısında suçlama ve isyan etme eğiliminde olduklarını, 2 kişi vücut sıvılarıyla herhangi bir temasta bulunma veya kesici-delici alet yaralanmasında kan tahlili verme/tedavi olma cevabı vermiştir. 2 kişi trafik kazalarına önlem amacıyla ambulans hareket halindeyken emniyet kemeri takma önlemlerini aldıklarını ifade etmiştir. 1 kişi sosyal medyadan meslek arkadaşlarına destek sağlama, 1 kişi salgınlara karşı izole olma, 1 kişi dezenfeksiyon işlemi yapma, 1 kişi spor yapma, 1 kişi kaliteli hizmet vermek amacıyla nöbet öncesi dinlenme ve uyku almaya dikkat etme cevabı vermiştir. 1 kişi aileden destek alma, 1 kişi hastalıklara karşı tedbir amaçlı aşı olma yanıtını vermiştir.

Katılımcılara sorulan “Görevinizi yerine getirirken mesleki risklerle karşılaştığınızda nasıl bir yol izliyorsunuz?” sorusuna sıklığı en yüksek oranda (11 kişi) alınan yanıt, yüzleşme/kabullenme/hiçbir şey yapmama, beyaz kod verme, güvenlik güçlerinden destek alma olmuştur. Yüzleşme/kabullenme/hiçbir şey yapmama yanıtı veren katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

“... Beyaz kodla beraber şikâyette bulunduğumuz zaman bu biraz da kamu davasına dönüyor... Bir yaptırım olsun istiyorsun ama bazen öyle bir sıkıntıya giriyor ki bu süreçte sen de bıkiyorsun. Boş veriyorsun....” (K-30).

“Baş etmek için herhangi bir şey yapmıyorum. İşi işte bırakıp bir şey olmamış gibi eve geliyorum. Düşünmemeye çalışıyorum.” (K-48).

Beyaz kod verme yanıtı veren katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

“... Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı beyaz kod uygulaması var. Ama çoğu zaman başvurmuyoruz. Çünkü artık bu bizi yıpratıyor. Şu şekilde yıpratıyor; sonuca varılmıyor veya insanlar gerekli cezayı almıyor. Biz de artık bir insandan küfür de duysak, şiddet de görsek sadece susmakla kalıyoruz...” (K-2).

“... Hastayı aldım ya da hasta yakınları çevremde herhangi bir saldırganlık durumunda karşılaştığımda da hemen 112 sistemimizden beyaz kod çağrı veriyoruz. Ve imkânımız varsa olay yerinden uzaklaşıyoruz. Uzaklaştığımızda kolluk kuvvetleri geliyor, devreye yine o resmi süreçler giriyor.” (K-7).

Güvenlik güçlerinden destek alma yanıtı veren katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

“Mesela olay yerine gittiğimizde aksi büyük bir problemle karşılaştığımızda önce sözel olarak iletişime geçip eğer sözel olarak halledemiyorsak emniyetten yardım isteyerek işin içinden çıkmaya çalışıyoruz. Sözel olarak konuşmak her zaman yeterli olmuyor. Bazen işimizin içinde maalesef şiddet gören arkadaşlarımız da oluyor...” (K-5).

“Acilde çalışırken şiddete karşı güvenlik personelleriyle önlem almaya çalışıyorduk. Ama onlar da sınırlı sayıda oluyor. Vatandaşlarımız darp etmeye niyetleniyorsa zaten güvenlik de durduramıyor...” (K-58).

Katılımcılara sorulan “Görevinizi yerine getirirken mesleki risklerle karşılaştığımızda nasıl bir yol izliyorsunuz?” sorusuna sıklığı en az oranda (1 kişi) alınan yanıtlardan birkaçı, izole olma, dezenfeksiyon işlemi yapma ve dinlenme/ uykuya dikkat etme olmuştur. Bu konuya ilişkin katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

“... Bulaşı olduğunda, örnek veriyorum o gün nöbetteysek nöbetimizi bırakıyoruz. İşte nöbetimizi bırakıp kendimizi izole ediyoruz. Ekstra bulunduğumuz ortamlar dezenfekte ediliyor herhangi bir riske karşı...” (K-8).

“... Ama işte sonuçta biz 24 saat çalışıyoruz. Uykusuz kalıyoruz. Nöbete gelmeden önce uykusuz kalmamaya dikkat ediyoruz. En azından işte alkol alan arkadaş varsa nöbetlerden 24 saat önce alkol almamaya dikkat ediyorlar ki almıyorlar. Başka, yorgun gelmemeye çalışıyoruz...” (K-24).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde elde edilen sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

5.1. Tartışma

Hastane öncesi dönemde ambulanslarda çalışan 112 ASH çalışanları, sağlık hizmeti sunarken pek çok mesleki risk ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu riskler; ergonomik, fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikolojik ve çevresel-çalışma koşullarına bağlı kişisel risk faktörleri olarak sınıflandırılabilir.

112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştıkları mesleki riskler ve risk yönetimini belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışma kapsamında araştırmanın ilk bulgusu olarak 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştıkları mesleki risklerin en çok hasta/hasta yakını tarafından şiddet/darp/küfür vs. davranışları olduğu belirlenmiştir. İkinci olarak ambulans/trafik kazası, üçüncü olarak da bulaşıcı hastalıklar/enfeksiyon hastalıkları/salgın olduğu belirlenmiştir.

Acil sağlık sisteminde çalışan personellerine hasta/hasta yakını tarafından şiddet/darp/küfür vs. davranışlarına yönelik son yıllarda yapılan çalışmalardan Akbaş ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada, araştırmaya katılan örneklem grubunun büyük çoğunluğunun mesleklerini yerine getirirken şiddetle karşılaştıkları fakat bu oranın 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışırken daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Akmut'un (2019) örneklem grubunun yarısından fazlasının şiddetle karşı karşıya kaldığı belirlenmiş bu duruma ek olarak şiddet türleri olarak incelendiğinde ise en çok sözlü daha sonra psikolojik şiddet en az oranda da fiziksel şiddet ile karşılaştıkları tespit edilmiştir. Bernaldo ve arkadaşlarının (2014) araştırması kapsamında çalışma grubunun neredeyse yarısının sözel şiddete, daha az oranda ise hem fiziksel hem sözel şiddete maruz kaldığı, en az oranda ise şiddete maruz kalmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Çelebi'nin (2016) yaptığı çalışma kapsamında örneklem grubunu oluşturan bireylerin oldukça yüksek bir kısmının son bir yıl içerisinde şiddetle karşı karşıya kaldıkları, şiddet türünün ise en çok sözel şiddet olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışma kapsamında şiddet davranışı gösterenlerin büyük

çoğunluğunun hasta yakını olduğu tespit edilmiştir. Durmuş'un (2019) yaptığı araştırma verilerinde ise katılımcıların neredeyse 4/5'inin fiziksel şiddetle karşı karşıya kaldığı ortaya çıkmıştır. Gormly ve arkadaşlarının (2016) acil sağlık hizmetleri personelleri üzerine yürüttükleri çalışma kapsamında katılımcıların yarısından fazlasının son bir yıl içerisinde en az bir kere şiddete maruz kaldıklarını, şiddet türü olarak incelendiğinde ise sözlü şiddetin fiziksel şiddetten daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İlhan ve arkadaşlarının (2013) yürüttüğü araştırma verilerinde ise katılımcıların neredeyse yarısının şiddete maruz kaldığı, şiddet türleri olarak incelendiğinde ise en çok sözel şiddetle karşı karşıya kaldıkları görülmüştür. Özdemir ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada örneklem grubunun neredeyse 3/4'ünün mesleki hayatlarında şiddete maruz kaldıkları, şiddet türleri olarak incelendiğinde ise daha çok sözel şiddet ile karşı karşıya kaldıkları saptanmıştır. Elazığ ASHİ çalışanları üzerine yürütülen araştırma kapsamında ise çalışanların 2/3'ünün sözel ve fiziksel şiddete maruz kaldığı, 1/3'ünün ise şiddete maruz kalmadığı tespit edilmiştir (Atıcı, 2014). Uçak'ın (2009) yürüttüğü çalışma verilerinde ise çalışanların neredeyse yarısının sözlü şiddet ve tehdide, daha az oranlarda ise fiziksel şiddet ve cinsel tacize uğradığı tespit edilmiştir. Sonuçlar araştırmamızla uyumludur.

112 çalışanlarının mesleki risk olarak algıladıkları şiddetin nedenleri arasında hasta ve hasta yakınlarının içinde buldukları şartların daha hızlı ve acil müdahale gerektiren bir durumda olduğunu düşünmeleri yer almaktadır (Avcı vd., 2015). Şiddetin diğer nedenleri olarak hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında meydana gelen iletişim eksiklikleri, psikiyatrik hastalıklar ve madde bağımlılığı da gösterilebilir.

Ambulans/trafik kazasına yönelik yapılan çalışmalar arasında Akmut'un (2019) yürüttüğü çalışmada katılımcıların neredeyse yarısının trafik kazası geçirdiği belirlenmiştir. Ekşi ve arkadaşlarının (2015) araştırma bulgularına göre araştırmanın son beş yılı ele alındığında ambulans kazalarının %42,5 artış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Gülen ve arkadaşlarının (2016) yürüttüğü araştırma kapsamında örneklem grubunun büyük çoğunluğunun en az bir kere ambulans kazası geçirdiği saptanmıştır. Maguire ve arkadaşlarının (2014) 2000-2010 yılları arasında Avustralya sağlık görevlileri arasında mesleki yaralanma üzerine yürüttüğü araştırma verilerinde ise acil servis çalışanlarının (6728 kişi) %2'sinin (150 kişi) araç kazasına bağlı yaralanma ve ölüm yaşadıkları tespit edilmiştir. Sonuçlar araştırmamızla uyumludur.

Araştırma kapsamında ambulans/trafik kazasının mesleki risk olarak oldukça yüksek bir oranda çıkmasının nedenleri arasında vakalara ulaşım süresinin kısa olması ve aşırı hız gösterilmektedir (Yıldırım ve Gerdan, 2017). Buna ek olarak yeterince dinlenememeye bağlı yorgunluk ve yetersiz uyku da bu sebepler arasında yer almaktadır (Bulut, 2016).

Acil sağlık hizmetlerinde bulaşıcı hastalıklar/enfeksiyon hastalıkları/salgınlarla yönelik yürütülen az sayıda araştırma arasında Akmut'un (2019) araştırması kapsamında acil sağlık hizmetleri çalışanlarının %2,6'sının mesleğe bağlı bulaşıcı hastalığa yakalandığı, %51,7'sinin ise enfeksiyon hastalığına yakalandığı sonucuna ulaşılmıştır. Erkan'ın (2014) yürüttüğü çalışmada ise katılımcıların yarısından fazlasının enfeksiyonun mesleki hayatlarında risk oluşturduğunu ifade etmiştir. Yavuz'un (2010) yürüttüğü çalışma kapsamında, araştırmaya katılan 112 personellerinin neredeyse tamamının bulaşıcı hastalıkların oldukça yüksek oranda mesleki risk olduğunu vurguladıkları tespit edilmiştir. Bu bulaşıcı hastalıklar ise şu şekilde sıralanmıştır; hepatit B, hepatit C, HIV, domuz gribi (H1N1), mevsimsel grip ve tetanos olarak sıralanmıştır. Sağlık çalışanları bulaşıcı hastalıklardan en çok etkilenen gruptur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre şiddetli akut solunum yolu sendromu (SARS) salgını sırasında 8.098 vakanın %21'i (1.707) sağlık çalışanlarından oluşmuştur (Sepkowitz, Eisenberg, 2005). Sonuçlar araştırmamızla uyumludur.

Araştırma kapsamında bulaşıcı hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları ve salgının mesleki risk olarak yüksek çıkmasının sebebi araştırma sürecinin covid-19 pandemisi içerisinde yer almasından kaynaklanabilir. Covid-19 pandemisi sürecinde yoğun iş yükü altında olan sağlık sektörünün bir parçası olan 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları salgın sürecinde aktif rol almaktadır. Salgın sürecinde aktif rol alan 112 acil sağlık hizmetleri sağlık sektörünün diğer birimleri gibi birinci dereceden etki altında kalan birimler arasında yer almaktadır.

Denizli ilinde 112 çalışanlarının %13,5'inin iğne batması yaşadığı, bu durumun sebebini çalışanların %47,5'inin ambulansın hareket halinde olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Yılmaz, 2012).

Araştırmanın ikinci bulgusu, 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının görevlerini yerine getirirken karşılaştıkları mesleki risklerin meslekleri üzerindeki etkilerinde en çok psikolojik olarak etkilenme (korku/üzüntü yaşama), daha sonra agresif/stresli/kaygılı/gergin olma, son olarak da sağlık açısından etkilenme olduğu belirlenmiştir.

Psikolojik olarak etkilenme (korku/üzüntü yaşama) ve agresif/stresli/kaygılı/gergin olmaya yönelik Büyükbayram ve Okçay (2013) tarafından yapılan araştırmada mesleki risk olarak algılanan şiddetin sağlık personelleri açısından oldukça uzun vadede etkiler bıraktığı, bu etkilerin ise; korku, anksiyete, huzursuzluk, depresyon gibi etkilere sebep olmakla birlikte mesleklerine olan bakış açılarının olumsuz yönde değişmesine ve iş veriminin düşmesine sebep olduğu ortaya koyulmuştur. Çelebi'nin (2016) yürütmüş olduğu çalışmada ise şiddetle karşılaşan 112 personelinin yarısından fazlasının kızgın, yarısının ise üzgün olduğu, daha az oranda güvenlik güçleri ile iletişime geçtiği sonucuna varılmıştır. Önal'ın (2015) yaptığı araştırma sonucunda şiddetle karşılaşan çalışanların neredeyse ¼'ünün sık aralıklarla, 1/4' ünden fazlasının ise daha sık oranda psikolojik oranda etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Özdemir ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada şiddet ile karşı karşıya kalan 112 personelinin şiddet sonrasında öfke, üzüntü, korku duyguları yaşadığı buna ek olarak mesleki performanslarında isteksizlik meydana geldiği görülmüştür. Fernandes ve arkadaşlarının (1999) yürüttüğü çalışma kapsamında şiddete maruz kalan katılımcıların %73'ünün korku yaşadığı, %49'unun kimliğini hastalardan gizlediği ve %74'ünün ise iş tatmininin azaldığı tespit edilmiştir. Tokuç ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında örneklem grubunun neredeyse yarısının bulaşıcı hastalıkların anksiyete, depresyon ve işe bağlı gerginlik düzeylerini arttırdığı tespit edilmiştir. Bu durumun sebebi 112 personellerinin fiziksel ve psikolojik olarak oldukça yoğun bir tempoda çalışmaları ve bu duruma ek olarak psikolojik olarak yeterince destek görememeleri düşünülebilir. İsveç ambulans personelleri arasında travma sonrası stres üzerine yapılan araştırmada ise örneklemin %61,6'sının TSSB yaşadığı, bu durumun en çok çocukları kapsayan olaylar sonrasında meydana geldiği görülmüştür (Jonsson vd., 2003).

Sağlık açısından etkilenenlere yönelik Sarıkahya ve arkadaşlarının (2020) yürüttüğü araştırma kapsamında araştırmaya katılan acil sağlık hizmetleri çalışanlarının yarısından fazlasının bel ağrısı ve bel fitiğine bağlı olarak sağlık açısından kötü etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Güneri ve arkadaşlarının (2011) yürüttüğü çalışmada katılımcıların geçirdikleri kaza veya hastalık sebebiyle mesleklerinde iş göremezlik raporu aldığı tespit edilmiştir. Önal'ın (2015) araştırma bulgularında 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının neredeyse yarısının fiziksel olarak rahatsızlık yaşadığı sonucuna varılmıştır. Tokuç ve arkadaşlarının (2011) yürüttüğü çalışmada ise örneklem grubunun yarısından fazlasının sırt, bel ve boyun rahatsızlıklarına bağlı sağlık sorunları yaşadıkları sonucuna varılmıştır. Uçak'ın (2009)

araştırma verilerine göre ise katılımcıların yarısından daha azının bel ağrısı ve kas-iskelet rahatsızlığı olduğu buna bağlı olarak fiziksel sağlık açısından sorun yaşadığı saptanmıştır.

Çalışma kapsamında 112 çalışanlarının sağlık açısından etkilenme sıklığının yüksek çıkmasının sebepleri spor yapmama ve buna bağlı olarak kas-iskelet sisteminin zayıf olması olabilir. Ek olarak taşıma tekniklerinin doğru bir şekilde yerine getirilmemesi, taşınması gereken hastanın fiziksel özelliklerindeki aşırılıklar, taşıma işleminin gerçekleştiği bina ve apartmanlarda hareket alanının uygun olmaması, taşıma işlemini yapan kişi sayısının az olmasına bağlı olarak kişinin taşıma yükünün fazla olması söylenebilir. Fiziksel olarak etkilenmeye ek olarak, covid-19 pandemisi sebebiyle salgın şüphesi olan hasta ile direkt temas halinde olan 112 çalışanlarının salgından etkilenmesi de bu durumun sebepleri arasında gösterilebilir.

Araştırmada görevlerini yerine getirirken karşılaştıkları risklerin meslekleri üzerinde etkileri arasında uyku bozukluğu yanıtı az oranda bulunmuştur. Sarıkahya ve arkadaşlarının (2020) yürüttüğü araştırmada acil sağlık hizmetleri çalışanlarının meslekleri nedeni ile karşılaştıkları sağlık problemlerinde çalışanların %32,5'i uyku bozukluğu yaşadığı belirlenmiştir. Veri araştırma ile uyumludur.

Araştırmanın üçüncü bulgusu, 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları görevlerini yerine getirirken mesleki risklerle karşılaştığında 112 personelinin en çok yüzleşme/kabullenme/hiçbir şey yapmama, şiddetle karşılaştıkları durumlarda ise beyaz kod verme ve güvenlik güçlerinden destek alma olduğu belirlenmiştir.

Akbaş ve arkadaşlarının (2016) araştırma bulgularına göre; şiddete maruz kalan 112 personellerinin büyük çoğunluğunun şiddet karşısında hiçbir şey yapmadıkları, yarısının güvenlik endişesi ile güvenlik güçlerinden sürekli olmamakla birlikte destek istedikleri, 112 personelinin beyaz kod sisteminden haberdar olmasına rağmen bu sistemi kullandıkları saptanmıştır. Aydemir ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmaya göre şiddetle karşılaşan sağlık personellerinin 1/5'inin güvenlik güçlerinden destek aldığı, 1/5'inin hiçbir şey yapmadığı, daha az oranlarda ise resmi mercilere taşıdığı, tedaviye devam etmediği, fikir beyan etmediği görülmüştür. Çelebi'nin (2016) bulgularına göre 112 personelinin şiddet karşısındaki tutum ve davranışları ise; yarısından fazlasının hiçbir şey yapmadan tedaviye devam ettiği, oldukça az bir kısmının ise şikâyetinde bulunduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamında mesleki risklerle karşılaşan 112 çalışanlarının yüzleşme/kabullenme/hiçbir şey yapmamayı tercih etme sebebi mesleki riskleri mesleklerinin bir parçası olarak görmeleri, bu durumlarla sürekli karşılaşmaları düşünülebilir. Araştırmada mesleki riskler ile karşı karşıya kalan 112 çalışanlarının olay yerini bilmeme, ekipteki personel sayısının az olması, daha önce şiddet vb. durumları ile karşı karşıya kalmaları gibi nedenlerle kendilerini güvende hissetmediklerini bu sebeple şüpheli buldukları çağrılarda ve olay yerindeki vakalarda güvenlik güçlerinden destek aldığı düşünülmektedir. Nitekim Akbaş ve arkadaşlarının (2016) yürüttüğü çalışma verilerinde de araştırma kapsamındaki katılımcıların neredeyse tamamının güvenlik konusunda tedirgin oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Ancak araştırma kapsamında bazı 112 çalışanlarının şiddet durumu ile karşılaşmalarına rağmen beyaz kod sistemini kullanmadıkları belirlenmiştir. Akbaş ve arkadaşlarının (2016) araştırmasında bu durumun sebebi yasal sürecin oldukça uzun sürmesi olarak ifade edilmiştir.

112 ASH çalışanlarının mesleki risklerle karşılaştıklarında izledikleri yollarda ekip arkadaşlarından destek alma, aşı olma en az alınan yanıtlar arasında bulunmaktadır. Yeşil (2010), yürüttüğü araştırmada sağlık çalışanlarının %30'unun şiddet ya da travma sonrasında destek aldığı, bunların da %10'unun aynı mesleği paylaştığı arkadaşlarından destek aldığı tespit edilmiştir.

Sarıkayha ve arkadaşlarının (2020) araştırma bulgularında ise mesleğe başlamadan önce aşı olmamış çalışanların (%67), göreve başladıktan sonra %18,8'inin aşı (Hepatit B) olduğu belirlenmiştir. Denizli ilinde görevli 112 çalışanları üzerine yapılan araştırmada ise; bulaş riskini azaltmak amacıyla çalışanların %77,3'ünün aşı olduğu belirlenmiştir (Yılmaz, 2012).

5.2. Sonuçlar

Araştırma sonucunda, Giresun il merkezi ve merkeze bağlı ilçelerde görev yapan 112 çalışanlarının mesleki risk olarak en çok hasta/hasta yakını tarafından şiddet/darp/küfür vs. davranışlarına maruz kaldığı belirlenmiştir. İkinci olarak ambulans/trafik kazası, üçüncü olarak ise bulaşıcı hastalıklar/enfeksiyon hastalıkları/salgın yanıtları alınmıştır. Bulaşıcı hastalıklar/enfeksiyon hastalıkları/salgın yanıtının mesleki risk olarak oldukça yüksek

çıkmasının sebebinin çalışmanın Covid-19 salgını sürecinde yürütülmesine ek olarak 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının bu süreçte aktif rol almaları olduğu tespit edilmiştir.

112 çalışanlarının mesleki risk olarak algıladıkları durumlar ile karşılaştıklarında en çok psikolojik olarak etkilenme (korku/üzüntü yaşama), daha sonra agresif/stresli/kaygılı/gergin olma, son olarak da sağlık açısından etkilenme yaşadıkları tespit edilmiştir.

112 acil sağlık çalışanlarının mesleki risk olarak algıladıkları durumlar arasında stres yanıtı en az verilen yanıtlar arasında olmasına rağmen karşılaştıkları mesleki risklerin meslekleri üzerindeki etki durumunda en çok alınan yanıtlar arasında olduğu görülmektedir.

112 çalışanlarının mesleki risk olarak algıladıkları durumlar ile karşılaştıklarında ise en çok yüzleşme/kabullenme/hiçbir şey yapmama, şiddetle karşılaştıkları durumlarda ise beyaz kod verme ve güvenlik güçlerinden destek alma yollarını izledikleri belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda 112 çalışanlarının mesleki risk ile karşılaştıklarında en yüksek oranda çıkan yanıtlarda yüzleşme/kabullenme/hiçbir şey yapmama davranışları gösteren çalışanların riski üstlenme yöntemi tercih ettiği görülmektedir. Beyaz kod verme ve güvenlik güçlerinden destek alma davranışı gösteren çalışanların ise riskten kaçınma yöntemini tercih ettiği görülmektedir.

Mesleki risklerle karşılaştıklarında en az oranda ise izole olma, dezenfeksiyon işlemi yapma, spor yapma, dinlenme/uykuya dikkat etme, aileden destek alma, aşı olma yanıtları alınmıştır. Mesleki riskler karşısında bu davranışları gösteren 112 çalışanlarının riski azaltma yöntemine başvurduğu tespit edilmiştir.

5.3. Öneriler

- Araştırma neticesinde hasta ve hasta yakınlarından görülen şiddet davranışlarına karşın halk 112 sistemi ve çalışanları hususunda bilinçlendirilmelidir. Halkın bilinçlendirilmesi amacıyla kısa filmler ve eğitimler düzenlenmelidir.
- 112 çalışanlarının yaşadıkları psikolojik sıkıntılarına karşın personele psikolojik destek sağlanmalıdır.

- 112 Çalışanları ambulans ve trafik kazalarına karşın ek sürüş eğitimleri ile desteklenmelidir.
- Alınan ağrılar neticesinde müdahaleye giden 112 çalışanlarına emniyet güçleri ile destek daha entegre halde gerçekleştirilmelidir.
- 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştıkları mesleki riskler ve risk yönetimleri alanında nicel araştırmalar yürütülmelidir.
- 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları üzerine yürütülen araştırmalarda bulaşıcı hastalıklar, salgın hastalıkları alanlarında çalışmalar çoğaltılmalıdır.



KAYNAKÇA

- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. Resmî Gazete: 11.05.2016, Sayı: 24046
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4798&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim: 19.10.2021
- AFAD (2014). Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, Ankara, 216 s.
- Akbaş, M., Boz, A., Dursun, A., Çetin, S. ve Kılıçarslan, A. (2016). “112 çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ve şiddete yönelik davranışları”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9 (3), 93-100.
- Akgün, S. (2015). “Sağlık sektöründe iş kazaları”. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2 (2), 67-75.
- Akmut, A. (2019). 112 Acil Hizmetleri İstasyonlarında Çalışanların Mesleki Riskleri (Rize İli Örneği). Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.
- Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği. Resmî Gazete: 07.12.2006, 26369
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=10834&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim: 22.10.2021
- Arnetz, J. E. ve Arnetz, B. B. (2001). “Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care”. *Social Science and Medicine*, 52 (3), 417-427. DOI: 10.1016/s0277-9536(00)00146-5
- Aslantaş, O. (2019). Balıkesir 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Çalışan Personelin Afete Hazır Olma Durumu ve Hazırlık Algısı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale.
- Atan, M. (2002). Risk Yönetimi ve Türk Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Atıcı, E. (2014). Elazığ Merkeze Bağlı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları Çalışanlarının Durumluk/Sürekli Kaygı Durumunun İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
- Avcı, N., Arslan, M. K., Timlioğlu, S. İ., Tay, S., Meriç, K., Ertenü, M. ve Yekeler, İ. (2015). “2012-2015 yılları arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ndeki beyaz kod bildirimleri”. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2 (4), 211-214.
- Aydemir, İ., Üçlü, R. ve Aydoğan, A. (2020). “Acil servis personeline göre şiddetin nedenleri”. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 83 (1), 60-68. <https://doi.org/10.26650/IUITFD.2019.0018>
- Bakioğlu, A. ve Koç, M. H. (2017). “Lise öğretmenlerinin mesleki değerlere ilişkin görüşlerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi”. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 5 (3), 270-296.
- Baltacı, A. (2019). “Nitel araştırma süreci: nitel bir araştırma nasıl yapılır?”. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5 (2), 368-388.
- Başar, P. (Ed). ve Celayir, D. (Ed). (2020). *Kurumsal Yönetim ve Risk Yönetimi*. Nobel Yayın: Ankara.
- Baştürk, S. (Ed). ve Taştepe, M. (2013). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Vize Yayıncılık: Ankara.
- Bernaldo-De-Quiros, M., Piccini, A. T., Gomez, M. M. ve Cerdeira, J. C. (2014) “Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: cross sectional survey”. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 260-270. <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.05.011>
- Bozkurt, C. (2010). “Risk, kurumsal risk yönetimi ve iç denetim”. *Denetim*, 4, 17-30.
- Bulut, A. (2016). 112 Acil Durum Ambulanslarında İSG Risklerinin Tespiti ve İSG Rehberi. İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanlık Tezi. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Bütün, M. ve Demir, S. B. (2018). *Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri* (Çeviri Editörleri). 3. Baskı, Pegem Akademi: Ankara.

- Büyükbayram, A. ve Okçay, H. (2013). “Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti etkileyen sosyo-kültürel etmenler”. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4 (1), 46-53.
- Cenk, S. C. (2018). “An analysi of the exposure to violence and burnout levels of ambulance staff”. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.09.002>
- Ceylan, H. ve Başhelvacı, V. S. (2011). “Risk değerlendirme tablosu yöntemi ile risk analizi: bir uygulama”. *International Journal of Engineering Research and Development*, 3 (2), 25-33.
- Çağlayan, Ç. (2011). “Sağlık çalışanlarında iş kazaları”, *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi*, 18-20 Kasım 2011, Ankara. 75-77.
- Çelebi, İ. (2016). “Çanakkale 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarında görev yapan sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma durumu ve bu durumun tükenmişlik sendromu üzerine etkisi”. *Hastane Öncesi Dergisi*, 1 (2), 1-13.
- Çolak, S. (2017). Risk ve Kriz Yönetimi. Bitirme Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Dadashzadeh, A., Rahmani, A., Hassankhani, H., Boyle M., Mohammadi, E. ve Campbell, S. (2019). “Iranian pre- hospital emergency care nurses' strategies to manage workplace violence: a descriptive qualitative study”. *Journal of Nursing Management*, 6, 1-10. <https://doi.org/10.1111/jonm.12791>
- Duran, E. (2013). Mali Hizmetler Uzmanlığı Araştırma Raporu, T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara
- Durmuş, G. (2009). Risk Analizi. <http://www.tkgm.gov.tr/turkce/dosyalar/diger%5Cicerikdetaydh275.pdf>
- Durmuş, M. (2019). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri’nde Bir Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- EGM. (2021). “Trafik istatistik bülteni Temmuz-2021”. <http://trafik.gov.tr/kurumlar/trafik.gov.tr/04-Istatistik/Aylik/temmuz21.pdf> Erişim: 20.07.2021

- Ekici, H. (2015). *Kurumsal Risk Yönetimi Kalkınma Ajansları Uygulaması*. Çizgi Kitabevi: Konya.
- Ekşi, A., Çelikli S. and Çatak, İ. (2015). “Effects of the institutional structure and legislative framework on ambulance accidents in developing emergency medical services systems”. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 15 (3), 126-130. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tjem.2015.11.006>
- Emhan, A. (2009). “Risk yönetim süreci ve risk yönetmekte kullanılan teknikler”. *Ankara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, (3), 209-220.
- EMS. ve NHTSA. (2014). “The National Highway Traffic Safety Administration and Ground Ambulance Crashes”. <https://www.ems.gov/pdf/GroundAmbulanceCrashesPresentation.pdf>
- Erbay, H. (2017). “Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin numarası niçin 112? Ambulans hizmetleri bağlamında bir yakın tarih araştırması”. *Lokman Hekim Dergisi*, 7 (1), 28-32.
- Erçetin, Ş. Ş. (Ed). (2020). *Araştırma Teknikleri*. Nobel Yayınları: Ankara.
- Erkan, S. (2014). Pamukkale Üniversitesi’nde Çalışan Hemşire ve Teknisyenlerin Mesleki Risk Algısının Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Fernandes, C., Bouthillette, F., Raboud, J.M., Bullock, L., Moore, C., Christenson, J.M., Grafstein, E., Rae, S., Oullet, L., Gillrie, C. ve Way, M. (1999). “Violence in the emergency department: a survey of health care workers”. *CMAJ*, 16 (10), 1245-1248.
- Gormley, M. A., Crowe, R. P., Bentley, M. A. ve Levine, R. (2016). “A national description of violence toward emergency medical services personnel”. *Prehospital Emergency Care*, 20 (4), 439-447. DOI: 10.3109/10903127.2015.1128029
- Gülen, B., Serinken, M., Hatipoğlu, C., Özaşır, D., Sönmez, E., Kaya, G. ve Akpınar, G. (2016). “Work-related injuries sustained by emergency medical technicians and paramedics in Turkey”. *Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 22 (2), 145-149. DOI: [10.5505/tjtes.2015.94224](https://doi.org/10.5505/tjtes.2015.94224)

- Gümüşsoy, S., Dönmez, S., Ekşi, A. ve Dal, N. A. (2021). "Relationship of knowledge about and attitudes towards violence with recognition of violence against women among health staff in pre-hospital emergency medical services". *International Emergency Nursing*, 56, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.100975>
- Güneri, S., İlhan, M. N. ve Avcı, E. (2011). "Ankara 112 acil sağlık hizmeti çalışanlarının çalışma koşulları ve iş memnuniyetinin değerlendirilmesi". *Gazi Medical Journal*, 22 (1), 1-5. DOI:10.5152/gmj.2011.01
- İlhan, M. N., Çakır, M., Tunca, M. Z., Avcı, E., Çetin, E., Aydemir, Ö., Tezel, A. ve Bumin, M. A. (2013). "Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar". *Gazi Medical Journal*, 24 (1), 5-10.
- İnce, B. S. (2008). "Hastanelerde risk yönetimi ve hemşirelik". *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 24 (3), 73-81.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (6331 sayılı). Resmi Gazete: 30.06.2012, Sayı 28339 https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1_5_6331.pdf Erişim: 19.10.2021
- James, A. (1988). "Perceptions of stress in British ambulance personnel". *Work&Stress*, 2 (4), 319-326.
- Jonsson, A., Segesten, K. ve Mattsson, B. (2003). "Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel". *Emergency Medicine Journal*, 20 (1), 79-84. <http://dx.doi.org/10.1136/emj.20.1.79>
- Kaba, H. ve Elçioğlu, E. (2013). "Acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi sürecinde ilk ve acil yardım teknikerliği ve acil tıp teknisyenliği mesleklerinin ortaya çıkışı ve gelişimi". *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 21 (3). 127-135.
- Karlsson, K., Nasic, S., Lundberg, M årtensson, J. ve Jonsson, A. (2021). "Health problems among Swedish ambulance personnel: long-term risks compared to other professions in Sweden – a longitudinal register study". *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics (JOSE)*, 1-6. DOI: 10.1080/10803548.2020.1867400
- Kileci, N. M. (2009). İş Riski Yönetiminin İşletme Yönetimine Etkisi ve Bir Sanayi İşletme Uygulaması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.

- Lagier, F., Vervloet, D., Lhermet, I., Poyen, D. ve Charpin D. (1992). "Prevalence of latex allergy in operating room nurses". *J Allergy Clin Immunol*, 90, 319-322.
- Maguire, B. J., O'Meara, P., Brightwell, R., O'Neill, B. ve Fitzgerald, G. (2014). "Occupational injury risk among Australian paramedics: an analysis of national data". *The Medical Journal of Australia*, 200 (8), 477-480. <https://doi.org/10.5694/mja13.10941>
- Maya, İ. (2008). Teknik Lise Müdürlerinin Döner Sermaye İşlerinin Yönetiminde Karşılaştıkları Riskler ve Yönetme Yöntemleri. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- MEB. (2011). *Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı*. T.C. MEB: Ankara.
- Oğraş, C. (2010). Operational Risk Management In Banks and Internal Audit Function Role In Operational Risk Management. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilgi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Önal, Ö. (2015). "Acil sağlık istasyonlarında çalışan personelin mesleki risk durumları". *Çağdaş Tıp Dergisi*, 5 (4), 239-244. DOI: 10.16899/ctd. 46579
- Özcan, N. (2018). "Sağlık kurumlarında risk yönetimi". *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, 2 (1), 15-24. <https://doi.org/10.26567/JOHSE.2018142108>
- Özdemir, A., Karasu, F. ve Avan, H. (2018). "Gaziantep 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin değerlendirilmesi". *Hastane Öncesi Dergisi*, 3 (1), 31-42.
- Özkan, Ö. ve Emiroğlu, O. N. (2006). "Hastane sağlık çalışanlarına yönelik iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri". *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (3), 43-51.
- Paksoy, V. M. (2016). "Acil sağlık hizmetlerinde uluslararası uygulama modellerinin karşılaştırılması: Anglo-Amerikan ve Franko-German modeli". *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 4 (1), 6-24.
- Renn, O. (1998). "The role of risk perception for risk management". *Reliability Engineering and System Safety*, 59 (1), 49-62. [https://doi.org/10.1016/S0951-8320\(97\)00119-1](https://doi.org/10.1016/S0951-8320(97)00119-1)

- Rodrigues-da-Silva, L.H. ve Crispim, J.A. (2014). "The project risk management process, a preliminary study". *Procedia Technol.* 16, 943–949. <https://doi.org/10.1016/j.protcy.2014.10.047>.
- Sarıkahya, S. D., Güden, E., Balcı, E. ve Güden, A. (2020). "Kayseri 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin çalışma ortamında karşılaştıkları sağlık sorunları ve karşılaştıkları mesleki riskler". *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (1), 31-43.
- Sarıkahya, S. D., Güden, E., Balcı, E. ve Güden, A. (2020). "Kayseri 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin çalışma ortamında karşılaştıkları sağlık sorunları ve karşılaştıkları mesleki riskler". *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (1), 31-43.
- Sepkowitz, K. A. ve Eisenberg, L. (2005). "Occupational deaths among healthcare workers". *Emerging Infectious Diseases*, 11 (7), 1003-1088. doi: 10.3201/eid1107.041038
- Soajın, O. T. M. (2020). Başarılı Bir Risk Yönetiminin Kurumsal Yönetime Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Şahin, V. D. (2014). Sağlık Çalışanlarında İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları (Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ameliyathane Çalışanlarında İş Kazaları). Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Şimşek, P., Günaydın M. ve Gündüz, A. (2019). "Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri: Türkiye örneği". *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8 (1), 120-127.
- Tafur, R. (2007). İş Kazalarının Risk Yönetimi ve Bilişim Teknolojileri Kullanılarak Azaltılmasının İncelenmesi ve Bir Kamu Kurumunda Yürütülen Uygulamaların Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Terzioğlu, C. (2019). Psikiyatri Kliniklerinde Risk Yönetimi İle İlgili Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamalarına Psikodrama Temelli Risk Yönetimi Eğitim Programının Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Tokuç, B., Turunç, Y. ve Ekuklu, G. (2011). “Edirne’de ambulans çalışanlarının anksiyete, depresyon ve işe bağlı gerginlik düzeyleri”. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11 (42), 39-44.
- TTB. (2008). *Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri*. Türk Tabipler Birliği Yayınları: Ankara.
- Tummala, V. M. R. ve Burchett, J. F. (1999). “Applying a risk management process (RMP) to manage cost risk for an EHV transmission line Project”. *International Journal of Project Management*, 17 (4), 223–235.
- Türk Dil Kurumu. (2006). *Türkçe Sözlük*. TDK Yayınları: Ankara.
- Türnüklü, A. (2000). “Eğitimbilim araştırmalarında etkin olarak kullanılabilir nitel bir araştırma tekniği: görüşme”. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 24 (24), 543-559.
- Uçak, A. (2009). Sağlık Personellerinin Maruz Kaldığı İş Kazaları ve Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- Uluğ, A. (2009). Nasıl bir afet yönetimi?, *TMMOB İzmir Kent Sempozyumu*, 8-10 Ocak 2009, İzmir. 1-18.
- Voitko, A., Dobromirov, V., Podoprighora, N. ve Marusin, A. (2020). “Improving safety of using ambulance vehicles in large cities”. *Transportation Research Procedia*, 50 (2020), 716-726. DOI: 10.1016/j.trpro.2020.10.084
- Wilson M. H., Habig K., Wright C., Hughes A., Davies G. ve Imray C. H. E. (2015). “Pre-hospital emergency medicine”. *Extreme Medicine* 2, 386, 2526-2534. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00985-X
- Yağar, F. ve Dökme, S. (2018). “Niteliksel araştırmaların planlanması: araştırma sorunları, örneklem seçimi, geçerlik ve güvenilirlik”. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (3), 1-9.
- Yalçınkaya, T. ve Özsoy, E. (2003). “Risk toplumu: bilgi toplumunun evriminde yeni boyut”, *II. Uluslararası Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, Kocaeli Üniversitesi İİBF, Kocaeli.

- Yavuz, S. (2010). Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarında Hepatit B, Tetanos, Mevsimsel Grip, Domuz Gribi (H1N1) Aşılama Durumları ve Etkili Olabilecek Bazı Faktörlerin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yenal, S. (2010). Hastane Öncesi Acil Bakım Eğitimi Sürecinde Mesleki Risk Etmenleri İle İlgili Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yerlikaya, Ö. (2015). Çalışma Hayatında Tükenmişlik (Edirne 112 Acil Sağlık Çalışanları Örneği). Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yeşil, A. (2010). 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Çalışanlarında Ruhsal Travma ve İlişkili Sorunların Yaygınlığı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2016). *Nitel Araştırma Yöntemleri*. Seçkin Yayıncılık: Ankara.
- Yıldırım, S. A. ve Gerdan, S. (2017). "Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliği kapsamındaki mesleki riskleri". *Hastane Öncesi Dergisi*, 2 (1). 37-49.
- Yılmaz, A. (2012). Denizli İlinde Görevli 112 Personellerinin Geçirdikleri İş Kazaları. Uzmanlık Tezi. Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

EK 1
GÖRÜŞME SORULARI

112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ
KARŞILAŞTIKLARI MESLEKİ RİSKLER VE RİSK YÖNETİMİ

Tarih:

Saat:Başlangıç/ Bitiş:

Sayın Katılımcı,

Adım Ayşe Şükran Karagöz. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi AFEY (Afet Eğitimi ve Yönetimi) Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezimi yürütmekteyim. 112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarının mesleklerini icra ederken hangi mesleki riskler ile karşılaştığını ve bu risklerin nasıl yönetildiğini belirlemeyi amaçlayan bir araştırma yapıyorum. Bu nedenle, izninizle sizinle bir görüşme yapmak istiyorum. Görüşmeyi, sizinle yapmamın nedeni, Acil Sağlık Hizmetlerini gerçekleştiren yetkili kişilerden birinin sizin olmanızdır. Bu araştırmada ortaya çıkan sonuçlar, 112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarının karşılaştıkları mesleki riskler ve bu risklerin nasıl yönetilmesi gerektiği konusunda bu alanda çalışanlara örnek olabilir.

* Bana görüşme sürecinde söyleyeceklerinizle ilgili olarak, sizin ve istasyonunuzun bilgileri gizli kalacaktır.

* Görüşmeye başlamadan önce, söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?

* Görüşmeyi zaman kazanmak açısından izninizle ses kayıt cihazına kaydetmek istiyorum. Bunun sizce bir sakıncası var mı?

İzninizle risk kavramını açıklayıp, sorulara başlamak istiyorum.

112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanı olarak görevinizi yerine getirirken;

Risk sözünü, olası kayıp, tehlike anlamında kullanıyorum. Bu riskler; insan, enerji, zaman, hasta ve moral kaybı, şiddet vb. şeklinde olabilir.

- 1) Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
- 2) Yaşınız:
- 3) Mesleğiniz: ATT () Paramedik () Doktor ()
- 4) Meslekte kaçınıcı yılınız?
- 5) Risk ve mesleki risk kavramlarını nasıl tanımlarsınız?
- 6) Görevinizi yerine getirirken mesleki risk olarak tanımladığınız durumlar nelerdir? Açıklayınız.
- 7) Görevinizi yerine getirirken karşılaştığınız risklerin mesleğiniz üzerinde nasıl etkileri oluyor? Açıklayınız.
- 8) Görevinizi yerine getirirken mesleki risklerle karşılaştığınızda nasıl bir yol izliyorsunuz? Açıklayınız.

Bana zaman ayırdığınız için çok teşekkür ederim. Bu konuda görüşmeden sonra eklemek istediğiniz görüş ve önerileriniz olursa e-posta adresime e-posta atabilirsiniz.

e-posta: aysesukran.karagozz@gmail.com

EK 2
BİLİMSEL ARAŞTIRMA ETİK KURULU



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

İsim SOYİSİM :
Doğum Yeri :
Doğum Tarihi :

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi :
Yüksek Lisans Öğrenimi :
Bildiği Yabancı Diller :

İLETİŞİM

E-posta Adresi :
ORCID :