



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP FAKÜLTESİ
TIP TARİHİ VE ETİK
ANABİLİM DALI



**BURSA 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ
PROBLEMLERİNİN ARDINDAKİ “DEĞER BELİRSİZLİĞİ
VE YARATTIĞI ETİK İKİLEMLERİN”
TIP ETİĞİ AÇISINDAN TAHLİLİ**

AHMET ÖNEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURSA-2023

AHMET ÖNEN

TIP TARİHİ VE ETİK ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2023



T.C.
BURSA ULUDAĞ
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
TIP FAKÜLTESİ
TIP TARİHİ VE ETİK
ANABİLİM DALI



**BURSA 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ
ÇALIŞANLARININ PROBLEMLERİNİN ARDINDAKİ
“DEĞER BELİRSİZLİĞİ VE YARATTIĞI ETİK
İKİLEMLERİN”
TIP ETİĞİ AÇISINDAN TAHLİLİ**

AHMET ÖNEN

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:

Doç.Dr. Elif ATICI

BURSA-2023

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Bursa 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Problemlerinin Ardındaki “Değer Belirsizliği ve Yarattığı Etik İkilemlerin” Tıp Etiği Açısından Tahlili” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Ahmet ÖNEN

Tarih ve İmza

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

...../...../.....

Adı Soyadı : Ahmet ÖNEN

Anabilim Dalı : Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Tez Konusu : Bursa 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Problemlerinin Ardındaki
“Değer Belirsizliği ve Yarattığı Etik İkilemlerin” Tıp Etiği Açısından Tahlili

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>ACIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	☒	☐	
Dış Kapak Sayfası	☒	☐	
İç Kapak Sayfası	☒	☐	
Kabul Onay Sayfası	☒	☐	
Sayfa Düzeni	☒	☐	
İçindekiler Sayfası	☒	☐	
Yazı Karakteri	☒	☐	
Satır Aralıkları	☒	☐	
Başlıklar	☒	☐	
Sayfa Numaraları	☒	☐	
Eklerin Yerleştirilmesi	☒	☐	
Tabloların Yerleştirilmesi	☒	☐	
Kaynaklar	☒	☐	

DANIŞMAN ONAYI

Doç. Dr. Elif ATICI

İÇİNDEKİLER

Dış Kapak	
İç Kapak	
ETİK BEYAN.....	II
TEZ KONTROL BEYAN FORMU	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
TÜRKÇE ÖZET.....	VIII
İNGİLİZCE ÖZET.....	IX
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Tezin Kavramsal Boyutu.....	3
1.2. Tezin Araştırma Boyutu.....	6
1.3. Tezin Amacı.....	7
2. GENEL BİLGİLER.....	9
2.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri.....	9
2.1.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Dünyada Tarihsel Süreci ve Gelişimi.....	10
2.1.2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Türkiye’deki Tarihsel Süreci ve Gelişimi.....	11
2.2.Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Modelleri.....	13
2.2.1. Franco – German Modeli.....	13
2.2.2. Anglo – Amerikan Modeli.....	13
2.2.3. Franco – German ve Anglo–Amerikan Modellerin Karşılaştırılması.....	14
2.2.4. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Sistemi Modeli.....	15
2.2.5.Acil Sağlık Hizmeti Ambulanslarında Görevli, Acil Tıp Teknisyeni (ATT), Ambulans ve Acil Bakım Teknikerlerinin (AABT) Görev, Yetki ve Sorumlulukları.....	17
2.3. Afetler ve Olağan Dışı Durumlarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri.....	18
2.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Karşılaştığı Sorunlar.....	20
2.4.1.Şiddet.....	22
2.4.1.1. Şiddet Türleri.....	24
2.4.1.1.1. Fiziksel Şiddet.....	24
2.4.1.1.2. Sözel Şiddet.....	24
2.4.1.1.3. Cinsel Şiddet.....	25
2.4.2. Mobbing (Bezdiri).....	25
2.4.2.1. Mobbing Uygulayan Kişinin Örgüt İçindeki Yeri.....	26
2.4.2.1.1. Yukardan Aşağıya Mobbing (Dikey Mobbing).....	27
2.4.2.1.2. Eşdeğerler Arasında Mobbing (Yatay Mobbing).....	27
2.4.2.1.3. Aşağıdan Yukarı Doğru Mobbing.....	27
2.4.3. İş Yükü.....	27
2.4.4. Tükenmişlik.....	29
2.4.4.1. Duygusal Tükenme.....	30
2.4.4.2. Duyarsızlaşma.....	30
2.4.4.3. Kişisel Başarı Hissinde Azalma.....	31
2.4.5. Yabancılaşma.....	32
2.5. Değer, Etik ve Tıp Etiği İlişkiseliliği.....	33
2.5.1. Değer.....	34
2.5.1.1. Değer ile İlişkili Kavramlar.....	37

2.5.1.2. Değerlendirme Şekilleri.....	37
2.5.1.2.1. Değer Atfetme.....	38
2.5.1.2.2. Değer Biçme.....	38
2.5.1.2.3. Doğru Değerlendirme.....	39
2.5.2. Etik.....	39
2.5.2.1. Etik ve Tarihsel Süreç.....	40
2.5.3. Tıp Etiği.....	44
2.5.3.1. Tıp Etiği ve Tarihsel Süreci.....	45
2.5.3.2. Kendi ile İlişkisinde Kişi.....	47
2.5.3.4. Tıp Etiğinin Temel İlkeleri.....	48
2.5.3.4.1. Yararlı Olma İlkesi.....	48
2.5.3.4.2. Zarar Vermeme İlkesi.....	49
2.5.3.4.3. Özerkliğe Saygı İlkesi.....	49
2.5.3.4.4. Adalet İlkesi.....	50
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	51
3.1. Araştırmanın Tasarımı ve Yöntemi.....	51
3.2. Araştırmanın Deseni.....	52
3.3. Araştırmanın Soruları.....	53
3.3.1. Tanımlayıcı Sorularla İlişkili Araştırma Soruları.....	53
3.3.2. Değer Belirsizliği ve Değerlendirmeye İlişkin Araştırma Soruları.....	53
3.3.3. ATT ve AABT'lerin Çalışma Koşulları, Karşılaştıkları Problemler ve Problemlerin Arkasındaki Değer Belirsizliği Üzerine Araştırma Soruları.....	53
3.3.4. Etik İkilem Üzerine Araştırma Soruları.....	53
3.4. Araştırmanın Hipotezi.....	54
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	54
3.5.1. Araştırmada Katılımcıların Dışlanma Kriterleri.....	55
3.6. Veri Toplama Aracı.....	56
3.6.1. Görüşme Formu.....	56
3.6.2. Görüşme Formunun Geliştirilmesi.....	57
3.7. Verilerin Toplanması.....	57
3.8. Araştırmacının Rolü.....	58
3.9. Verilerin Analizi.....	58
3.10. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenirliliği.....	59
3.11. İzin ve Onaylar.....	60
4. BULGULAR.....	61
4.1. Tanımlayıcı Soruların Analizi.....	62
4.1.1. Tanımlayıcı Soruların Betimsel Analizi.....	62
4.1.2. Tanımlayıcı Sorulara Verilen Cevapların Meslekle İlişkiselliği.....	63
4.1.3. Problem Başlıklarının Değişkenlere Göre Dağılımı.....	63
4.1.4. Hastane Öncesi 112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Önce Çalışma Tecrübesi Olan Çalışanların Görüşlerine Yönelik İçerik Analizi.....	65
4.2. Görüşme Sorularının İçerik Analizi.....	66
4.2.1. Değer Belirsizliği ve Değerlendirme Çeşitliliği.....	66
4.2.1.1. Hastane Önce 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Değer Konusundaki Düşüncelerinin Çeşitliliğinin Değer Belirsizliği Olarak Kodlanması.....	67
4.2.1.2. Pandemi İlişkisinde Değer Çeşitliliğinin Değer Belirsizliği Olarak Kodlanması ve Değerlendirmedeki Çeşitlilik.....	74

4.2.2. Çalışma Koşulları ve Çalışma Koşullarının Çalışanlara Etkisi ve Değer Belirsizliği.....	79
4.2.3. ATT ve AABT'lerin Karşılaştığı Problemler, Problemlerde Etkili Olan Faktörler ve Problemlerin Arkasındaki Değer Belirsizliği.....	80
4.2.3.1. Şiddet.....	80
4.2.3.1.1. Şiddetle Karşılaşan Çalışanlar.....	80
4.2.3.1.2. Şiddette Etkili Olan Faktörler ve Arkasındaki Değer Belirsizliği.....	82
4.2.3.2. Mobbing.....	85
4.2.3.2.1. Mobbingi Etkileyen Faktörler ve Arkasındaki Değer Belirsizliği.....	85
4.2.3.3. İş Yükü.....	90
4.2.3.3.1. İş Yükünde Etkili Olan Faktörler ve Arkasındaki Değer Belirsizliği.....	90
4.2.4. ATT ve AABT'lerin Karşılaştığı Problemlerin Tükenmişlik ve Yabancılaşmaya Etkisi.....	95
4.2.5. ATT ve AABT'lerin Karşılaştığı Çift Yönlü Problemler, Problemleri Etkileyen Faktörler ve Etik İkilem.....	97
4.2.5.1. Tükenmişlik.....	97
4.2.5.1.1. Tükenmişliğin ATT ve AABT'lerde Etkileri.....	97
4.2.5.1.2. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler ve Etik İkilem.....	98
4.2.5.2. Yabancılaşma.....	101
4.2.5.2.1. Yabancılaşmanın ATT ve AABT'lerde Etkileri.....	101
4.2.5.2.2. Yabancılaşmayı Etkileyen Faktörler ve Etik İkilem.....	102
4.2.6. ATT ve AABT'lerin Karşılaştığı Problemlerin Kendilerine ve Hastalara Etkisi.....	105
4.3. ATT ve AABT'lerin Etik İkilem Cevaplarının İçerik Analizi.....	107
4.4. Kelime Bulutu.....	111
4.5. Genel Tablo.....	111
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	113
5.1. Tanımlayıcı Sorulara İlişkin Değerlendirme.....	113
5.1.1. Betimsel Analizle Elde Edilen Bulguların Tartışılması.....	113
5.1.2. Çalışanların Önceki İş Tecrübeleriyle İlişkili İçerik Analizinden Elde Edilen Bulguların Tartışılması.....	114
5.2. Değer Belirsizliği ve Değerlendirmeye İlişkin Araştırma Soruları.....	115
5.2.1. Değer Belirsizliğinin Çalışanlarla İlişkili Faktörler Üzerinden Gösterilmesi.....	115
5.2.2. Pandemi Sürecinde Değer Belirsizliği ve Değerlendirmeler.....	117
5.3. ATT ve AABT'lerin Çalışma Koşulları ve Karşılaştığı Problemlerin Bütüncül Değerlendirilmesi.....	117
5.3.1. ATT ve AABT'lerin Çalışma Koşullarının Bütüncül Değerlendirilmesi.....	117
5.3.2 ATT ve AABT'lerin Karşılaştığı Problemlerin ve Değer Belirsizliğinin Bütüncül Değerlendirilmesi.....	119
5.4. Etik İkilem Üzerine Araştırma Sorularının İçerik Analizi	133
5.5.Tıp Etiğinin Temel İlkelerine Farklı Bir Bakış ve Çalışmanın Tüm Problemlerinin Tıp Etiği Açısından Tahlili.....	137
5.6.Sonuç.....	140
5.7. Öneriler.....	142
6. KAYNAKLAR.....	146
7. SİMGELER VE KISALTMALAR.....	154
8. EKLER.....	155
8.1. EK-1 Görüşme Soruları.....	155

8.2. EK-2 Etik Kurul Karar Formu.....	157
8.3. EK-3 Bursa Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Olur İzni.....	158
8.4. EK-4 Nitel Veri Analizi Eğitimi Katılım Belgesi.....	159
8.5. EK-5 Nitel Araştırma Bulgularının Yazımı Eğitimi Katılım Belgesi.....	159
8.6. EK-6 Temel ve İleri MAXQDA Eğitimi Katılım Belgesi.....	160
9. TEŞEKKÜR.....	161
10. ÖZGEÇMİŞ.....	163



TÜRKÇE ÖZET

Bu çalışmada tıp etiği açısından ele alınan 112 acil sağlık hizmeti çalışanlarının deneyimlediği problemlerin ardındaki “Değer Belirsizliği ve Yarattığı Etik İkilemler” olgusunun araştırılması amacıyla hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları üzerinde yapılan araştırmalar incelenmiş olup çalışanların şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşma problemleriyle karşı karşıya kaldıkları tespit edilmiştir. Literatürde var olan çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada problemlerin tamamı tek bir çatı altında toplanmış ve problemler çok yönlü olarak ele alınmıştır. Problemlerin arkasında yer alan “değer belirsizliği” kavramı, insanların değer tanımlarının ve değerlendirmelerinin bilgi temelli olmaması ve problemlerin etik ikilemlere sebep olması araştırmanın çıkış noktasını oluşturmaktadır.

Araştırma yöntemi olarak nitel araştırma desenlerinden çalışanların deneyim ve düşüncelerine ek olarak olay ve olguların incelenmesine imkân tanıyan fenomenoloji tercih edilmiştir. Araştırmanın örneklemini Bursa 112 acil sağlık hizmetlerinde görev yapan 10 acil tıp teknisyeni (ATT; n=5) ve acil ambulans bakım teknikeri (AABT; n=5) oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak benimsenen röportaj yöntemi ile elde edilen veriler MAXQADA 2022 programında işlenerek betimsel analiz ve içerik analizi yapılmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler daha önce hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetleri üzerinde ülkemizde ve dünyada yapılmış, şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşma üzerine yapılan araştırmalarla karşılaştırılarak problemin birbiriyle ilişkili olduğu ve problemlerin küresel ölçekli olduğu ortaya konmuştur. Daha sonra önceki araştırmalardan farklı olarak problemlerin arkasında yer alan değer belirsizliği ortaya konmuştur. Çalışmamızdaki bir diğer fark ise tıp etiğinin temel ilkelerinden olan adalet, özerkliğe saygı, yararlı olma ve zarar vermeme ilkelerini sahip olduğu hasta merkezli bakış yerine, bütüncül bir bakış kullanarak hasta ve çalışan özelinde ele alınarak çalışanların karşılaştığı problemler, bu problemlerin çalışana ve hastaya etkisi ve etik ikilem örnekleri tahlil edilmiştir.

Sonuç olarak problemlerin birbirleri ile ilişkili oldukları, bu problemlerin çalışanı etkilediği gibi hastaları da etkilediği ortaya konmuştur. Problemlerin arkasındaki değer belirsizliği gösterilerek tıp etiği düzleminde ele alınmasının problemlerin çözümünde yararlı olacağı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca çalışanlar açısından tıp etiği eğitimi ve etik bildirgelerinin gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Son olarak tespit ettiğimiz değer belirsizliği kavramının doğru değerlendirilebilmesi amacıyla literatürden yararlanarak sağlık çalışanlarına olay, durum ve etik ikilemlerde doğru değerlendirme yapmalarına imkân verdiği gösterilerek öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: etik, değer, tıp etiği, fenomenoloji, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri

İNGİLİZCE ÖZET

An Analysis of the "Valuation Uncertainty and Ethical Dilemmas It Creates" Behind the Problems of Bursa 112 Emergency Health Service Employees in Terms of Medical Ethics

In this study, studies on pre-hospital 112 emergency health care workers were reviewed to investigate the phenomenon of "Value Uncertainty and the Ethical Dilemmas It Creates" behind the problems experienced by 112 Emergency Health Service employees, which are discussed in terms of medical ethics, and it was found that the employees encountered with the problems of violence, mobbing, workload, burnout, and alienation. Unlike the previous studies in the literature, all of the problems in this study were gathered under a single roof and the problems were handled in a multi-faceted manner. The concept of "value uncertainty" behind the problems and the fact that people's value definitions and evaluations are not knowledge-based and the problems that cause ethical dilemmas constitute the starting point of the research.

Phenomenology, which is one of the qualitative research designs, was used in the study since it allows the examination of events and phenomena in addition to the experiences and thoughts of the employees. The sample of the study consists of 10 emergency medical technicians (EMT; n=5) and paramedics (n=5) working in Bursa 112 emergency health services. The data obtained by the interview method adopted as the data collection tool were processed in the MAXQADA 2022 program, and thus descriptive and content analyses were made.

The data obtained in the study were compared with the previous studies on violence, mobbing, workload, burnout, and alienation made on pre-hospital 112 emergency health services in our country and in the world, and it was revealed that the problem is interrelated, and the problems are on a global scale. Then, unlike previous studies, the concept of value uncertainty behind the problems was revealed. Another difference in our study is that the principles of justice, respect for autonomy, beneficence, non-maleficence, which are the basic principles of medical ethics, are handled with a holistic view instead of a patient-centered perspective, and the problems faced by the employees, the effects of these problems on the employee and the patient, and ethical dilemma samples were analyzed.

In conclusion, it was revealed that the problems were related to one another, and that these problems affected the patients as wells as the employees. It was concluded that dealing with the problems in the level of medical ethics by showing the value uncertainty behind the problems would be beneficial in solving the problems. In addition, it was concluded that medical ethics training and ethical declarations are necessary for the employees. Finally, to evaluate the value uncertainty correctly, suggestions were presented by demonstrating that it allows healthcare professionals to make correct assessments in cases, situations, and ethical dilemmas by considering the literature.

Keywords: ethics, value, medical ethics, phenomenology, prehospital emergency health services

1. GİRİŞ

“Görmeyi öğrenmek, gözü sakinliğe, sabretmeye alıştırmak ve her şeyin ona gelmesini beklemek; yargılamayı ertelemek, tek bir olaya bütün boyutlarıyla yaklaşma ve onu böyle kavrama alışkanlığı edinmek. Entelektüellik okulunun ilk dersleri bunlardır. İnsan bir uyarıcıya hemen yanıt vermemelidir. İnsan engelleyici ve yalıtıcı dürtülerini kontrol altına almak zorundadır.”

Friedrich NIETZSCHE

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”ni kapsamaktadır (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000). Tanımda da görüldüğü üzere acil gelişen hastalık ve kaza durumunda alanında yetişmiş personel ve gerekli tıbbi araçlarla hastanın ya da kazazedenin yardımına koşan kesintisiz hizmet veren bir organizasyonu ifade etmektedir. Yaşam ile ölüm arasındaki mücadelenin soğukkanlı ve hızlı yürütülmesi gereken süreçlerini kapsayan acil sağlık hizmetleri, afet durumlarında da önemli görevler üstlenir ve ilk müdahale için başvurulacak merkezlerdendir. Afetler ve acil durum öncesi ilin talebi ve Bakanlığın uygun gördüğü öncelikli sağlık hizmetlerini vermek üzere belirlenen istasyonlar olağan durumlarda da 112 sağlık hizmetlerini sunmaya devam eder. Bu istasyonlarda görev alan personel UMKE (Uluslararası Medikal Kurtarma Ekibi) temel eğitimini almış hekim, ambulans ve acil bakım teknikeri (AABT) ve acil tıp teknisyenlerinden (ATT) oluşmaktadır (Afetlerde ve Acil Durumlarda Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2021). Bu doğrultuda hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının hızlı ve doğru tıbbi müdahale bilgisinin yanı sıra, her an tetikte ve hazır olma yeteneğine de sahip olmaları gerekmektedir. Ayrıca afet bölgeleri, kaza alanları gibi tehlikeli olan ve can güvenliği riski taşıyan alanlarda başkalarının hayatlarını kurtarmak adına hızlı ve doğru kararlar almaları gerekmektedir. Bu zorlu görevler, çalışanların psikolojik açıdan sağlam olmalarını gerektirmekle birlikte bu olaylar karşısında etkinlenmemeleri mümkün değildir. Özellikle yakın zamanda geçirdiğimiz küresel ölçekli olağan dışı durum olan

pandemi sürecinde kendi canlarını arka planda tutarak yaşanan belirsizlik durumu ve yoğun çalışma saatlerine rağmen insanların hayatlarını kurtarmaya çalışmışlardır. Bu faktörlerle ilişki olarak bu tezin hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları üzerinde yürütülmesi planlanmıştır. Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının bu zorlu görevlerine duyulan ayniyet duygusuyla ilişkili olarak ülkemizde ve dünyada hastane öncesi acil sağlık hizmetleri üzerine yapılan çalışmalar incelenerek çalışanların karşılaştığı problemler tespit edilmiştir.

Konya’da yapılan bir çalışmada acil sağlık hizmeti çalışanlarının hasta yakınları tarafından fiziksel şiddete maruz kalma oranlarının yüksek olduğu (Durmuş, 2019), ABD’de yapılan çalışmada çalışanların hastalar tarafından şiddete maruz kaldıkları görülmüştür (Maguire, Browne, O’Neil, Dealy, Clare, & O’Meara, 2018). Bir diğer karşılaşılan problem çalışanların diğer sağlık çalışanlarında olduğu gibi mobbinge maruz kalmalarıdır. Bu durumun sonucunda da sosyal hayatlarında daha içedönük ve depresif oldukları belirlenmiştir (Karçın, 2016). Benzer olarak Şili’de çalışanların fiziksel şiddetin yanı sıra mobbinge maruz kaldıkları ortaya konmuştur. (Campo, & Klijn, 2017). Duran’ın yaptığı bir araştırmaya göre; Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) belirlediği uluslararası 32 acil durum parametresi dikkate alındığında acil yardım ambulanslarının görevlendirildiği hastaların bu parametrelere uygun olmadığı, bu durumun iş yükü artışını sebep olduğu ifade edilmiştir (Duran, 2015). Acil sağlık hizmetleri üzerine Almanya ve İran’da yapılan çalışmalara göre de iş yükünün çalışanları negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir (Afshari, Jafarzadeh, Nakhaei, Samani, & Nourollahi-Darabad, 2020; Prottengeier, Keunecke, Gall, Eiche, Moritz, & Briksch, 2019). Bu çalışmalarda da belirtildiği üzere hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştıkları bu problemler yeni problemleri de beraberinde getirmektedir. Denizli ilinde Kuh’un yaptığı çalışmaya göre; iş yükü ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında pozitif yönde, iş kontrolü ve sosyal destek arasında negatif yönde korelasyon vardır ve işe yabancılaşmanın tükenmişlikle anlamlı ilişkisi bulunmaktadır (Kuh, 2017). Kore’de yapılan bir çalışmada pandemi sürecinde görev alan acil sağlık hizmetleri çalışanlarının, görevli olmayan çalışanlara göre çok fazla psikolojik etkilerle mücadele ettikleri ifade edilmiştir (Kim, Kwon, Hwang, Ryoo, Chung, Lee, Lee, Park, Shin, & Bae, 2022). Literatürde acil sağlık hizmetleri çalışanlarının problemleri; şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve

yabancılaşma olarak belirlenmiş olup aynı zamanda bu problemlerin küresel ölçekli olduğu da saptanmıştır.

Bu tezde literatürde bulunan çalışmalardan farklı olarak hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştığı problemler (şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşma) tek çatı altında toplanarak aralarındaki ilişkiselliğin, problemlerde etkili ve ilişkili olan faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu problemlerin çalışanlar ve hastalar üzerindeki etkisi, problemler ile etik ikilemler arasındaki ilişki çok yönlü değerlendirme ile ele alınmıştır. Bu tezi özgün kılan bir diğer farklılık ise problemlerin arkasındaki sorunun farklı değer tanımı ve değerlendirmelerin yani “değer belirsizliği”nin olduğunu iddia etmesi ve bu iddiayı da görünür kılmayı amaçlamasıdır. Tezin kavramsal boyutunda, değer belirsizliğinin bilgi temelli bir problem olduğunun, araştırma boyutunda da uygulama alanına yansımalarının gösterilmesi amaçlanmıştır. Kısaca ifade etmek gerekirse değer belirsizliği konusundaki teorik bilginin pratik hayatla ilişkisinin gösterilmesi amaçlanmıştır. Tezi özgün kılan bir diğer nokta, olağan dışı durum (afet) olan covid-19 pandemisinde çalışanlara karşı değer ya da değerlendirme yönünden farklılık olup olmadığını incelemeyi amaçlamasıdır. Bu bağlamda durum ve koşullar değişse de değer belirsizliğinin bir bilgi problemi olduğunu, koşullar ve şartlara bağlı değişmediğini işaret etmek hedeflenmiştir. Son olarak acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştığı problemler ve arkasındaki değer belirsizliği çağdaş tıp etiği anlayışına paralel olarak tıp etiğinin yararlı olma, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet ilkeleriyle tahlil edilmesi amaçlanmıştır, tezin amacı başlığı altında konu detaylandırılmaktadır.

1.1. Tezin Kavramsal Boyutu

İnsan doğumundan ölümüne kadar birçok insanla karşılaşır ve bu karşılaşmalarda kişiliğini, kendi değerini, değer tanımını, değerlendirmesi ve davranışlarını oluşturur. Toplumsal yapıda insanın kendini var etmesinin yolu da kendisinin istemesi ve bulunduğu toplumsal yapının içinde kendini oluşturmasından geçmektedir. İnsanın kendisini oluşturmasının temelinde kendisi ve değer anlayışı vardır, yani değer kavramı aslında özne ve eylemlerinin ilişkisidir. Kısaca ifade etmek

gerekirse öznenin olay ve eylemlere yüklediği anlamdır. Bu ilişkide değer konusunu önemli kılan öznenin, olay ve eylemleri kendi açısından anlamlı ve faydalı kılmasında ölçü görevi görmesidir. Bahsedilen ölçü, aslında öznenin değerlendirmeleridir, bu noktada bazı problemler de ortaya çıkmaktadır. Öznelerin/kişilerin, farklı değerlendirmeleri, değer tanımlarının farklı olması karmaşaya neden olmaktadır. Bir diğer ifadeyle herkesin kendince yorumlar yapması, kendi değerlendirmesini doğru sanması, değere sahip olmayla değer olma konularının birbirine karıştırılması sonucunda bazı çatışmalar meydana gelmektedir. Bu problemlere ek olarak “değer adına yapılan yanlışlıklar, değer adı altında harcanan değerler” konunun ele alınmasının gerekliliğini gösterdiği gibi bu çatışmaların temelinde de bir bilgi sorununun olduğunu işaret etmektedir. Çalışmamızın çıkış noktası ve temel noktası olan “değer belirsizliği” kavramı bu problem alanından ortaya çıkmıştır. Değer belirsizliği kavramıyla ifade edilmek istenen ise değer konusundaki farklı tanımlar ve değerlendirmelerdir. Bu bilgi probleminin üstesinden gelmeye yardımcı olacak disiplin ise “etik”tir. Bu bilgi probleminin kaynağı bireysel görölse de insan ilişkilerinde ortaya çıkmasıyla ilişkili olarak aslında toplumsal bir sorundur. Toplumsallık söz konusu olduğunda da öncelikle hesaplaşmamız gereken alan ahlak konusudur (Kuçuradi, 2013). Bu noktada ahlak ve etik ayrımından bahsetmemiz gerekli görölmüştür.

Kısaca ahlak ve etik ilişkisine değinmek gerekirse ahlak toplumsal bir varlık olan insanın var olma alanını konu edinir. Etik ise insanın eylemlerini konu alır. Ahlak konusu felsefe düzleminde ele alındığında ahlak, etiğin konusu haline gelir; insanın eylemlerini, davranış modellerini ve tutumlarını betimleyip çözümler. Etik bu betimleme ve çözümlemeyi, bilgi ve bilme süreciyle sağlamaktadır. Başka bir ifadeyle etik, insanın eylemlerini, davranışlarını, tutumlarını ve insan ilişkilerini bilme süreciyle ilgilenir. Buna ek olarak karmaşık halde olan insan davranışları ve olayları anlaşılır hale getirerek neden ahlaklı davranmamız gerektiğini yöntemler yardımıyla temellendirir, ortaya koyar. Kısaca etiğin görevi; kişi değerleri ve kişiler arasındaki ilişkilerin değerini anlamak, değerini önemini göstermek, değer tanımındaki çeşitliliği görünür kılmak, olaylar ve durumlar karşısında kişinin nasıl bir değerlendirme yapması gerektiğine dair bilgi temelli çıkarım yapmaktır (Çotuksöken, 2021; Kuçuradi, 2018).

Tezde etiğin bahsettiğimiz görevlerinden hareketle 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının (ATT ve AABT) içerisinde bulunduğu sistem, ilişki içinde olduğu yönetici, hasta ve/veya yakınları arasındaki ilişkide farklı değer tanımı ve değerlendirmeler olduğunu değer belirsizliği adı altında görünür kılmak amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışanların karşılaştıkları problemlerin (şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşma) arkasında da değer belirsizliği olduğunun gösterilmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle bütün problemler tek çatı altında toplanmıştır. Daha sonra etiğin, “kişi değerlerinin ve kişiler arasındaki ilişkilerde değerinin anlaşılmasını sağlamak” görevine paralel olarak çalışanlar ve hastalar arasındaki ilişkide bu problemlerin hem çalışanlara hem de hastalara etkisinin olduğu yani döngüsel olduğunu göstermek amaçlanmıştır. Bu döngüsel olduğu iddiamızı görünür kılmak adına; şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşma problemlerinden hareket edilerek çalışanları ve hastaları nasıl etkilediği ATT ve AABT’lerin ifadeleri yardımıyla gösterilmesi amaçlanmıştır. Etiğin “değerin önemini gösterme” görevinden hareketle de yine çalışanların ifadelerinden yararlanılarak yaşanan problemlerin arkasında da değer belirsizliği olduğunun gösterilmesi amaçlanmıştır. Son olarak insanların karar vermesi etiğin konusu olmasa da “insanların karar veremediği durumlar”da etiğin devreye girdiğini ve insanların karar verme sürecine yardımcı olduğunu göstermek amaçlanmıştır. İfade edilen yardımcı olma, etiğin insanların olaylar ve durumlar karşısında bilgi temelli bir değerlendirme yapmasına imkân tanımasındandır (Kuçuradi, 2018). Bu noktadan hareketle amacımız; 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştığı olay, durum, etik ikilem karşısında yani karar vermede zorlandıkları durumlarda bilgi temelli bir değerlendirme yapmalarına yardımcı olmaktır. Çalışanların bilgi temelli değerlendirme yapmaları, uygulamalı etiğin en önemli alanı olan tıp etiğinin sayesinde mümkün olacağı düşünülmektedir. Tıp çatısı altında (çalışan, hasta, yönetici dahil) karşılaşılan bu problemlerde; davranış, değer sorunları ve karar verememe durumları tıp etiğinin konu alanıdır. Günümüzdeki tıp etiği anlayışına paralel (kendi üzerine düşünen, kritik eden, sorgulayan ve analiz eden) bir yaklaşım sergilemek amaçlanmıştır. Tıp etiği ayrıca; değerlere, insan onuruna saygı duymayı gerektirdiği gibi buna uygun bir değerlendirmeyi de gerekli kılmaktadır (Kızıltan, & Brömer, 2018). Bu alan ise çalışmamızın son kısmı olan problemlerin tıp etiği açısından nasıl

bir yaklaşımla tahlil edileceğini ifade etmektedir. Bu noktaya kadar anlatılanlar çalışmamızın kavramsal kısmını ifade etmektedir.

1.2. Tezin Araştırma Boyutu

Çalışmamızın araştırma kısmında günümüz tıp etiği anlayışına ve bakışına uygun olarak hasta ve/veya hasta yakınları ile acil sağlık hizmetleri çalışanları arasındaki değer ilişkisinin bütüncül olarak ele alınması amaçlanmıştır. Daha önce de bahsettiğimiz üzere, kuruluş amacı ve işleyişi bakımından kendi başına değerli olan acil sağlık hizmetleri alanında farklı değer tanım ve değerlendirmelerin hasta ve çalışan arasındaki ilişkide karmaşaya, bu karmaşaların da çatışmalara yol açtığının görülmesi bu problemin ele alınmasına dayanak oluşturmuştur.

İnsan doğası gereği karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu karmaşayı yaratan etmenler de insanın fizyolojik yapısı ve psikoloji faktörüdür. İnsanın ele alınarak değerlendirmesinin gerekli olduğu durumlarda sosyolojik etkenlerin de dikkate alınması gerekmektedir. Bu karmaşık yapıya sahip olan insanı sayısal olarak ele alıp nicel verilere dökmek, deneysel bulgularla anlamaya çalışmak sorunlu bir bakış açısı olarak görülmektedir. Her insanın biricik yani kendi başına özne ve birey olduğu düşüncesi ifade edilse de araştırmalarda nicel veriler ve deneysel bulgular kullanılarak insanlar üzerinde genel kanılar, değişmez ilkeler ve kurallar ortaya konması bir diğer sorun olarak ifade edilmektedir. Zira insan sürekli değişim halindedir, duyguları, deneyimleri topluma göre şekillenip hareket eder. Bu nedenle insanlar üzerine yapılan araştırmalarda insanın bütüncül olarak ele alınması sonuçların güvenilirliği açısından doğru olacağı düşünülmektedir. Olay ve olguların derinlemesine incelenmesini amaçlayan “nitel araştırma” yöntem olarak belirlenmiştir. Araştırmanın yönteminin nitel araştırma olarak belirlenmesinde etkili olan bir diğer önemli faktör, problemi doğal bağlamında ele alması ve karmaşık olguların açıklamasında insanların kişisel deneyiminden yararlanmasıdır (Baltacı, 2019; Güçlü, 2019). Araştırmanın desenin belirlenmesinde Creswell’in (Creswell, 2016) tanımından hareketle; bir veya birkaç kişinin fenomen ya da kavramla ilgili ortak deneyimlerinin ortak anlamını bulmaya imkân tanıyan, bireysel deneyimlerden hareketle de evrensel nitelikli bir açıklama yapmaya yardımcı fenomenoloji olarak belirlenmiştir. Fenomenoloji, bireylere “neyi”,

“nasıl” sorularını sorarak veriler elde etmekte ve bu verilerin yardımıyla da bireylerin deneyimlerinin özünü tanımlayan bütüncül bir betimleme yapmaktadır.

Bu doğrultuda 112 acil sağlık hizmetlerinde görev yapan çalışanlara (ATT ve AABT) bulundukları sistem içinde ya da ilişkide bulundukları yönetici, hasta ve/veya hasta yakınlarıyla ilişkilerinde, şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşma problemleriyle karşılaşma durumları, problemler üzerine düşünceleri ve deneyimleri değer kavramı özelinde sorularak yanıtlar elde edilmiş olup tezin içerisinde değer belirsizliği olarak ifade edilmiştir. Hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının ifadesi doğrultusunda elde edilen veriler yine çalışanların ifadeleriyle ilişkili olarak tıp etiğinin; yararlı olma, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkeleriyle tahlil edilmiştir. Günümüz tıp etiği anlayışına paralel olarak tıbbın içinde verilmesi zor kararlar felsefi açıdan ele alınarak tıbbın temeline ve amacına uygunluğu, neden sonuç ilişkisi içinde ve insan değerleri özelinde tartışılmıştır. Mafatih tıbbın ve tıp etiğinin değeri ve temeli olan “insancıl özü” hatırlatılarak hastalarla ilişki konusunun ele alınması amaçlanmıştır. Çağdaş tıp etiği anlayışına paralel ve bütüncül bir bakış açısı benimsenerek çalışanlar için “etik ilke ve etik öğelerin önemine” vurgu yapılmıştır.

Çalışmanın kavramsal boyutundan hareketle; felsefenin teori bilgisi, çalışmanın araştırma boyutundan hareketle de çalışanların deneyimleri birleştirilerek teori-pratik uygunluğunun gösterilmesi hedeflenmiştir. Kısaca ifade etmek gerekirse felsefenin teori bilgisi, çalışanların deneyimleri sayesinde uygulama alanındaki problemlerin üstesinden gelinebileceğinin gösterilmesi hedeflenmiştir. Çalışanların gözünden problemleri tanımladıktan sonra felsefe yardımıyla arka plandaki sorunları keşfetmek, tıp etiği sayesinde de uygulama alanındaki sorunların çözümü adına bilgi temelli, yöntemlere dayalı bir değerlendirme önerisinde bulunmak tezin amacı ve hedefidir.

1.3. Tezin Amacı

Sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan “insanlara yardım etme” amacının günümüzle ilişkili olarak maddi bir değerlendirmeye evrildiği ön görüşüyle 112 acil sağlık hizmeti çalışanlarının problemlerinin ardındaki değer belirsizliğini ve bu

durumun getirdiği etik ikilemleri 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının görüş, düşünce ve deneyimleri üzerinden irdelemek, elde edilen sonuçları tıp etiği ilkeleri kapsamında değerlendirmek amaçlanmıştır.

Bu amaç bağlamında tezin hedefleri

1. Hastane ncesi 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının problemlerinin (şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşma) literatürden farklı olarak tek çatı altında toplanmasıyla bu durumun sadece Bursa ili özelinde değer lkemizde hatta dünyada çözülmesi gereken bir sorun olduğunun tespit edilmesi

2. Bu problem alanından hareketle yine literatürden farklı olarak problemlerin arkasındaki asıl problemin değerler varlığı olan insanın farklı değer tanım ve değerlendirmeleri olduğunun gösterilmesi

3. Araştırma problemini bütüncül olarak ele alma amacına uygun olarak nitel araştırma yöntemi ve fenomenoloji desenini kullanarak problemlerin arkasındaki değer belirsizliğine ek olarak problemlerde etkili olan faktörlerin, pandemi sürecinde yaşanan değerlendirme sorunlarının, pandemi süreciyle ilişkili değer tanımı ve değerlendirmelerde değerim olup olmadığının, problemlerin hem çalışanlara hem de hastalara etkisinin gösterilmesi

4. Değer belirsizliğinin getirdiği etik ikilemlerin saptanması olarak belirlenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

“Yaptığınız işin felsefesini bilmezseniz/yapmazsanız yalnızca teknisyen olarak kalırsınız.”

Friedrich NIETZCHE

2.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

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 hizmetlerini kapsamaktadır (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000). Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde yer alan bu tanımdan da anlaşılacağı üzere ani olarak gelişen hastalık veya yaralanma gibi acil durumlarda, hastanın ya da yaralanın yaşamını ve yaşam kalitesini korumak için hızlı bir şekilde yapılan tıbbi müdahale, tıbbi bakım ve tıbbi girişimleri içermektedir (Aslan, & Güzel, 2018). Acil sağlık hizmetleri, kesintisiz hizmet veren ve yaşam ile ölüm arasındaki mücadelenin soğukkanlı ve hızlı yürütülmesi gereken süreçlerini kapsamaktadır. Acil sağlık hizmetleri hizmet uygulayan personel için her an tetikte ve hazır olmayı, hızlı ve doğru tıbbi müdahaleyi ve bu müdahaleyi yapacak bilgi ve yeteneğe sahip olmayı gerektirdiği gibi psikolojik yönden de sağlam olmayı beraberinde getirmektedir. Kimsenin görmek hatta duymak bile istemeyeceği olaylara çoğu zaman ilk kez onlar tanıklık etmektedirler.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri acil sağlık hizmetlerinin bir bileşeni olup hastalık veya yaralanmaya bağlı olarak acil tıbbi yardıma ihtiyacı olan bireye yer ve zaman kısıtlaması olmaksızın acil sağlık hizmetinin hastane dışında ulaştırılmasını ve hastaneye ulaşımının sağlanmasını içerir (Aslan, & Güzel, 2018). Acil sağlık hizmetleri konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, hastalık ve yaralanma durumlarında ayrıca olağan dışı durumlarda, tam donanımlı (reanimobil) ambulans, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında sunulan hizmetlerdir (Oktay, & Kayışoğlu, 2005).

2.1.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Dünyada Tarihsel Süreci ve Gelişimi

Tarihsel süreçte acil sağlık hizmetlerine duyulan gereksinim öncelikle savaş sonrasında kaza ve afetlerin neden olduğu acil sağlık sorunlarının çözümüne dayanmaktadır. Eski Mısır'a ait kaynaklardan edinilen bilgelere göre; acil sağlık hizmetlerinin gelişiminde kazalar ve felaketler önemli rol almıştır. Eski Yunan ve Roma medeniyetlerinde yapılan savaşlarda, yaralanan askerlere savaş meydanında müdahale edilerek cephe gerisine taşınmaları örnek verilmektedir (Demirhan Erdemir, 2006). Antik Roma'da Punic Savaşı (MÖ 212) sırasında askeri barakaların sahra hastanesi olarak kullanıldığı (Laufman, 1989), 1487'de Malaga Kalesi kuşatmasında Kraliçe Isabella tarafından büyük çadırlarda sahra hastanelerinin kurulduğu ve yataklı vagonların ambulans görevi gördüğü bildirilmektedir (McSwain, 2012). Prusya Savaşı sırasında çatışma bitene kadar yaralı askerlerin sahada bırakılmasından rahatsız olan ve yaralıların savaş alanından hızlı tahliyesini sağlamak için cerrah Dominique-Jean Larrey 1793'te mobil ambulans kavramını geliştirmiştir. İki tekerlekli at arabası şeklinde olan, "uçan ambulanslar" olarak adlandırılan bu taşıtlar hem savaş alanında cerrahların müdahale etmesine olanak sağlamış hem de yaralı askerlerin hastaneye naklini gerçekleştirmiştir (McSwain, 2012). Larrey, günümüzde de hastane öncesi bakım için kullanılan hızlı müdahale, eğitilmiş personel bakımı ve hastaneye hızlı nakil kavramlarını ve acil müdahale standartlarını geliştirmiştir (Stewart, 1979; McSwain, 2012). Ayrıca triaj için kategorik bir kural oluşturan Larrey, yaralıları, rütbeleri veya milliyetleri ne olursa olsun, yaralarının gözlemlenen ciddiyetine ve tıbbi bakımın aciliyetine göre tedavi yaklaşımını benimsemiştir (Skandalakis, Lainas, Zoras, Skandalakis; & Mirilas, 2006).

Savaşlarda önemli görevler üstlenen ambulanslara saldırılar 1864 yılında Cenevre Sözleşmesi ile yasaklanarak güvenlikleri sağlanmıştır. Ambulansların yaralanan askerleri taşıma amacı dışında ilk kez sivil halk için kullanılması İngiltere'de 1878 yılında başlanmıştır (Ekşi, 2005). Almanya'da 1906'da motorlu araçlar ilk kez ambulans olarak kullanılmış, bu sayede acil sağlık hizmetlerinde yeni bir döneme girilmiştir (Kaba, & Elçioğlu, 2013). Helikopterlerin ambulans olarak kullanılması 1950 yılında Amerika Birleşmiş Milletler ile Kore arasında yapılan

savaşta – acil sağlık hizmetlerinin kurulma amacına paralel olarak- yaralanan askerlerin taşınması için kullanılmıştır. Günümüzde de olduğu gibi içerisinde tıbbi cihaz ve malzemelerin bulunduğu, alanında uzmanlaşmış kişilerce acil sağlık hizmetlerinin sunulmaya başlanması 1960 yılında motorlu taşıtların gelişmesi ve yaygınlaşması ile mümkün olmuştur (Ekşi, 2021).

2.1.2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Türkiye’deki Tarihsel Süreci ve Gelişimi

Ülkemizde acil sağlık hizmetlerinin kullanım amacı dünya tarihine benzer niteliktedir. Osmanlı döneminde yaralanan askerlerin cephe gerisine taşınarak tedavi edildiği bilinmektedir. Cenevre Sözleşmesi’ni 1865’te kabul eden Osmanlı Devleti 1868 yılında yeni bir teşkilat oluşturmuştur. Bu teşkilatın adı “Osmanlı Mecruhin ve Mardayı Askeriyeye İmdat ve Muavenet Cemiyeti” yani Yaralı ve Hasta Askerleri Kurtarma ve Yardım Derneği’dir. Derneğin kuruluşunda yer alan 38’i hekim toplam 66 kişi arasında Marko Paşa, Kırımlı Aziz Bey gibi önemli isimler de bulunmaktadır (Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurul Tutanağı, 1999). Uluslararası Kızıl Haç Cemiyeti’ne katıldığında amblem olarak hilali kullanan bu dernek Abdülhamit’in başkanlığında 1877 yılında Osmanlı Hilali Ahmer Cemiyeti adını almıştır (Kaba, & Elçioğlu, 2013; Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurul Tutanağı, 1999). Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı’nda acil sağlık hizmeti sunan Hilal-i Ahmer Cemiyeti, İstanbul ilinin Aksaray semtindeki yangında sivil halkın kurtarılması ve tedavi edilmesinde de görev aldığı kaynaklarda yer almaktadır. 1911-1912 yılları arasında Osmanlı Devleti ile İtalya arasında yapılan Trablusgarp Savaşı’nda ilk kez içinde röntgen cihazı bulunan ambulanslar görev almıştır (Kaba, & Elçioğlu, 2013).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasına dair hükmün yer aldığı ilk yasal düzenleme ise; Cumhuriyet döneminde yürürlüğe girmiştir. 1930 tarihli, 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile “tıbbi imdat ve yardım teşkilatının kurulması” görevi belediyelere verilmiştir. Ancak yerel yönetimlerin kaynak sıkıntısı olması, yönetimde yaşanan yetkiyle ilgili sorunlar, görevlerin net olarak tanımlanmaması ve yerel olarak hizmet verme durumu gibi nedenlerle hizmetin geniş kitlelere ulaşmasında problemler yaşanmıştır (Ekşi, 2021; Erbay, 2021).

Acil sağlık hizmetlerinin düzenli bir şekilde faaliyete konmasının ilk adımı 1985'te Ankara Numune Hastanesinde gerçekleşmiştir. Hastaneye bağlı bir işleyişe sahip olan bu uygulama ‘‘Hızır Acil Servis’’ olarak adlandırılmıştır (Erbay, 2017). Hastane  ncesi acil sağlık hizmetlerinin lokalden ülke geneline yayılması 1994'te Sağlık Bakanlığı tarafından ‘‘112 Acil Yardım ve Kurtarma Merkezi’’nin kurulmasıyla ilişkili olarak modern anlamda hayata geçtiği kabul edilmektedir. İlk olarak ambulanslarda hekim, hemşire ve sağlık memurları göreve başlamış ardından belirli standartları oluşturmak adına bu alanda eğitilmiş personel yetiştirilmeye devam edilmiştir. Dokuz Eylül  niversitesi bünyesinde 1993'te Paramedik  n Lisans Programı, 1996'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Meslek Liselerinde Acil Tıp Teknisyenliği bölümü açılarak personel yetiştirilmesi hedeflenmiştir. Yetiştirilen personel 2004'te göreve başlamış olup görevlerine halen devam etmektedirler (Ekşi, 2021). Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi kronolojik olarak Tablo 1'de verilmiştir (şimşek, Günaydın, & Gündüz, 2019).

Tablo 1. Türkiye'de Hastane  ncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Kronolojik Gelişimi

Organizasyon		Eğitim		Yasal düzenleme	
1930	Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile belediyelere ‘‘Tıbbi İmdat ve Yardım Teşkilatının’’ kurulması görevinin verilmesi	1993	Dokuz Eylül �niversitesinde ilk Acil Tıp Anabilim Dalının kurulması	1930	1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
1986	‘‘077 Hızır Acil Servis’’ uygulamasının başlaması	1993	Dokuz Eylül �niversitesinde ilk Paramedik �n Lisans programının açılması	2000	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
1994	Sağlık Bakanlığı bünyesinde ‘‘112 Acil Yardım ve Kurtarma Merkez’’nin kurulması	1996	Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Meslek Liselerinde Acil Tıp Teknisyenliği bölümünün açılması	2001	Ambulanslar ile �zel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği
1994-1995	İstanbul, Ankara ve İzmir'de 112 ekiplerinin kurulması	1998	Türkiye'nin ilk ‘‘İlk ve Acil Yardım’’ uzmanının mezun olması	2007	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde yapılan değişiklikle hekim olmadan, paramediklerin ambulanslarda görev yapmaya başlaması
				2009	Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin alışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ
				2014	Tababet ve şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun Ek-13'nc� maddesine ‘‘Acil Tıp Teknikeri’’ tanımının eklenmesi
				2018	Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğe Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ

2.2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Modelleri

Acil sağlık hizmetleri, acil olarak karşılaşılan sağlık durumunda kötüleşme ya da yaralanma karşısında ilk başvurulacak merkezdir. İlk başvurulacak merkez olmasının yanı sıra birinci ve ikinci basamak tedavi hizmeti de verebilmektedir. Bu hizmet ülkelere göre bazı farklılıklar göstermektedir. 1970 yılı sonrası acil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacı ile dünya çapında da kabul gören Franco-German Modeli ve Anglo-Amerikan Modeli olmak üzere iki tür model oluşturulmuştur (Paksoy, 2016). Bu modellerin benzerlikleri ve farklılıkları bulunmaktadır. Türkiye'deki acil sağlık hizmetlerinin işleyişi bu iki modelle benzerlik gösterse de bazı noktalarda farklılıkları bulunmaktadır (Aslan, & Güzel, 2018).

2.2.1. Franco – German Modeli

Franco-German Model'i, hastane koşullarının olay yerine götürülmesi üzerine kurgulanmaktadır. Olay yerinde hastanın stabilizasyonu tam olarak sağlanana kadar acil tıbbi müdahalelerin devam etmesi ve mümkün olduğunca daha çok hastanın olay yerinde tedavi edilmesi önerilmektedir. Ambulanslarda görev yapan asli personel, hekimler ve paramedik/acil tıp teknisyenleridir. Genellikle Avrupa ülkelerinde bu model kullanılmaktadır. Fransa başta olmak üzere Almanya, Yunanistan, Malta ve Avusturya gibi ülkelerde bu sistemin özellikleri görülmektedir. Bu modelin en büyük farklılıklarından biri hastaların ilk olarak acil servise götürülmemeleridir. Hastanın durumu ve ihtiyacıyla ilgili olarak hasta doğrudan yoğun bakım ya da diğer kliniklere nakledilmektedir. Bu sistemde görev alan personel acil tıp için yetiştirilmiş özel uzmanlardan ziyade, anestezi uzmanları ve travma uzmanları başta olmak üzere diğer klinik uzmanlarıdır (Dick, 2003).

2.2.2. Anglo – Amerikan Modeli

Anglo–Amerikan Model'i, olay yerinde mümkün olduğunca az zaman kaybedilmesi üzerine kurgulanmaktadır ve hastanın zaman kaybetmeden en hızlı şekilde donanımlı bir acil servise nakledilmesi önerilmektedir. Anglo–Amerikan

Modeli'nin bir diğer özelliği de genellikle polis ve itfaiye hizmetleriyle entegre şekilde çalışmasıdır. Acil sağlık hizmetlerini sunan görevli personel ise, paramedikler (acil ambulans bakım teknikerleri) ve acil tıp teknisyenleridir. Sistem genellikle hekim olan medikal direktörün gözlem ve kontrolü altında sürdürülmektedir. Bu sistemde paramedikler önceden belirlenmiş olan rol ve sorumluluklarını standardize edilmiş tedavi protokolleri üzerinden, medikal direktörün denetimi ile yerine getirmektedir. Olay yerinde hastanın tam olarak stabilizasyonu sağlanana kadar geçen sürede zaman kaybedilmesi yerine, olay yerinde hayat kurtarıcı ilk müdahaleye başlanmasının ardından tıbbi tedavi ve bakımın nakil sırasında devam ettirilerek hastanın bir an önce acil servise ulaştırılması hedeflenir. Bu modeli uygulayan ülkeler ise, ABD, Kanada, Avusturalya ve Hollanda'dır (Al-Shaqsi, 2010).

2.2.3. Franco – German ve Anglo – Amerikan Modellerin Karşılaştırılması

Franco–German Modeli'nde asıl amaç hastanın ayağına hastaneyi getirerek tedavi etmektir. Hastanın yoğun bakım veya ileri tedavi için hastane ihtiyacı olduğu durumlarda da acil servise uğramadan direk ileri tedaviye başlaması hedeflenmektedir. Anglo–Amerikan Modeli'nde asıl amaç hastaya en kısa sürede ulaştıktan sonra hastanın ilk müdahalesini ve stabilizasyonunu sağlamak sonrasında da tedavi için en kısa sürede acil servise nakletmektir. Kitlesele olaylarda ve hızlı müdahale gerektiren hastalarda bu model yararlı görülmektedir. Bu iki model arasındaki bir diğer önemli fark müdahalede bulunan personel arasındadır (Şimşek ve ark., 2019). Franco–German Modeli'nde görevli personel aynı zamanda acil tedaviyi uygulayanlar; anesteziistler, acil servis hekimleri, cerrahlar, dâhiliye bilim uzmanları tarafından gerçekleştirilmektedir. Anglo–Amerikan Modeli'nde acil tedaviyi uygulayan personel acil müdahale konusunda yetiştirilen personel tarafından hekim gözetiminde gerçekleştirilmektedir. Diğer bir ifadeyle birinde hekim hastanın ayağına götürülürken diğer modelde hasta hekimin ayağına götürülmektedir (Dick, 2003). Franco–German ve Anglo–Amerikan modellerinin karşılaştırılması Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Acil Sağlık Hizmetleri Modellerinin Karşılaştırılması

Karşılaştırılan özellikler	Franco – German Modeli	Anglo–Amerikan Modeli
Olay Yerinde Tedavi ve Hastaneye Nakil	▪ Olay yerinde daha çok hasta tedavi edilir. ▪ Hastaneye nakledilen hasta sayısı azdır.	▪ Olay yerinde daha az hasta tedavi edilir. ▪ Hastaların çoğu hastaneye nakledilir.
Görevli Personel	▪ Paramedik (Acil Ambulans Bakım Teknikeri) ile desteklenen hekimler görevlidir.	▪ Paramedik (Acil Ambulans Bakım Teknikeri) görevlidir.
Temel Amaç	▪ Hastaneyi hastanın ayağına getirir.	▪ Hastayı hastaneye getirir.
Hastanın Nakledildiği Alan	▪ Acil servisi atlayarak gerekli alana hasta ulaştırılır.	▪ Hasta ilk olarak Acil servise getirilir.
Organizasyonun Kapsamı	▪ Acil Sağlık Hizmetleri kamu sağlığı organizasyonun bir parçasıdır.	▪ Acil Sağlık Hizmetleri kamu güvenliği organizasyonun bir parçasıdır.

Her iki sistemin de travma ve yaşamı tehdit eden hastalıklarda aynı misyona sahip olduğu söylenebilir. Acil durumlar dışında yaşamı tehdit etmeyen planlı nakil sırasında ise farklılık göstermektedirler. Franco-German Modeli, Anglo-Amerikan Modeli'ne göre daha fazla hastayı acil servise nakletmek yerine birinci basamak tedavi hizmetleri olarak kullanılmaktadır. Maliyet yönünden bir karşılaştırma yapmak farklı talep türleri ile farklı bağlamlarda faaliyet gösterdikleri için pek mümkün görülmemektedir. Sonuç olarak kısaca felsefelerini özetleyecek olursak Franco–German Modeli, kal ve tedavi felsefesini benimserken, Anglo–Amerikan Modeli de yükle ve götür felsefesini benimsemektedir (Al- Shaqsi, 2010).

2.2.4. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Sistemi Modeli

Türkiye’de acil sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı’na bağlı taşra teşkilatı olan il sağlık müdürlüklerine bağlı sürdürülen bir kamu hizmetidir. Organizasyonu İl Sağlık Müdürü’ne bağlı acil sağlık hizmetleri başkanı ve başkana bağlı acil sağlık hizmetleri başkan yardımcısı ve başkan yardımcısına bağlı il ambulans servisi başhekim tarafından yürütülmektedir. İlin büyüklüğüne göre de farklı sayılarda başhekim yardımcıları görev yapabilmektedir (Ekşi, 2021). Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde tanımlanan amaç, “acil sağlık hizmetlerinin ülke genelinde sunulabilmesi için, kesintisiz olarak, bir ekip anlayışı içinde yürütülmesi ve kısa zamanda ulaşılabilir olması”dır. Acil sağlık hizmetlerinin bu esaslara göre “Bakanlığın koordinasyonunda kamu veya özel bütün kurum ve kuruluşların iştiraki ile tek

merkezden yönetilmesini sağlamak maksadıyla, acil sağlık hizmetleri teşkil olunmuştur” (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin işleyişinde 24 saat kesintisiz hizmet veren 112 acil yardım ambulansları ulaşım şekline göre kara, hava ve deniz olmak üzere üçe ayrılmaktadır. İlk kurulduğunda sağlık ekibi hemşire, sağlık memuru, hekim ve şoförden oluşturulurken daha sonraki yıllarda acil tıp teknisyenleri ve acil ambulans bakım teknikerleri görevli personelin çoğunluğunu oluşturmuştur. Acil durum ihbarı 112 Acil Çağrı Merkezine geldikten sonra Komuta Kontrol Merkezi tarafından değerlendirilir. Nüfus yoğunluğu ve ulaşım planlanarak yerleşimi sağlanan acil yardım istasyonları ve bu istasyonlarda görevli ambulanslar ve personeller hazır durumda beklemektedir. Gelen acil çağrı adresine en yakın ambulans Komuta Kontrol Merkezi (KKM) tarafından görevlendirilir. Gerekliği takdirde Komuta Kontrol Merkezi’nde görevli personel yönlendirilerek ambulansın hastaya ulaşımı sağlanır. En kısa sürede tam donanımlı ambulansın ve görevli personelin adrese ulaşımı sağlandıktan sonra gerekli müdahale yapılarak stabil hale getirilen hasta en yakın ve en uygun acil servise nakledilir (Aslan, & Güzel, 2018). Sitemin işleyişinin Anglo-Amerikan Modeli’ne benzer olduğu görülmektedir. Hastaya en kısa sürede ulaşmak, en kısa sürede acil servise ulaştırmak amacı doğrultusunda ulaşımı en kısa süreye düşürmek adına nüfus ve ulaşım gibi parametrelerle planlanarak acil yardım istasyonları kurulmaktadır.

Türkiye’de acil sağlık hizmetleri çalışma şekli ve içinde görevli personele göre bazı farklılıklar mevcuttur. Bu farklılıklarından biri Franko-German Modeli’nde olduğu gibi bazı ambulanslarda hekimlerin görev yapmasıdır. Ancak bu hekimlerin görevi Franko-German Model’inde olduğu gibi uzman hekimler tarafından hastane olanaklarının hastaya götürülerek acil tıbbi bakım verilmesi şeklinde değildir. Yine aynı şekilde uzun da sürse hastanın olay yerinde stabilize edilmesini sağlamak ya da acil servisleri atlayarak yoğun bakıma, kliniklere hastanın ulaştırılması söz konusu değildir. Tüm ambulanslar çalışma prensibi olarak Anglo-Amerikan Model’e tabidir (Ekşi, 2021).

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği referans alınarak istasyonlar arasındaki farklılıklar aşağıda belirtilmiştir (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000):

- **“A Tipi İstasyon:** 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. Ekip içerisinde hekim bulunanlar (A1) tipi istasyon, ekip içerisinde hekim bulunmayanlar ise (A2) tipi istasyon olarak adlandırılır.”
- **“B Tipi İstasyon:** 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. Hastane acil servisi ile entegre olanlar (B1) tipi istasyon, birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olanlar ise (B2) tipi istasyon olarak adlandırılır.”
- **“C Tipi İstasyon:** İhtiyaca göre günün belirlenen saatlerinde sadece ambulans hizmeti veren, idari ve özlük hakları bakımından başhekimliğe bağlı acil sağlık istasyonlarıdır”.

2.2.5. Acil Sağlık Hizmeti Ambulanslarında Görevli, Acil Tıp Teknisyeni (ATT), Ambulans ve Acil Bakım Teknikerlerinin (AABT) Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Acil tıp ana bilim dalı 1993 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi’nde kurulmasının ardından aynı tarihte acil sağlık hizmetlerinin yapı taşını oluşturan Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği (AABT) programı, 1996 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı Sağlık Meslek Liselerinde “İlk Yardım ve Acil Bakım Teknisyenliği (ATT)” bölümleri açılmıştır (Çelikli, 2016). Anglo-Amerikan Modeli’nde olduğu gibi görev ve sorumlulukları önceden belirlenmiş olan ATT ve AABT’ler KKM’de bulunan direktör hekimin gözetiminde hizmet vermektedirler. Acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı tıbbi görev, yetki ve sorumlulukları Tablo 3’te belirtilmiştir (Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ, 2009).

Tablo 3. Acil Tıp Teknisyeni (ATT) ve Acil Ambulans Bakım Teknikeri (AABT) Görev ve Yetkileri

Acil Tıp Teknisyeni (ATT)	Acil Ambulans Bakım Teknikeri (AABT)
▪ İntravenöz girişim yapmak	▪ İntravenöz girişim yapmak
▪ Oksijen uygulaması yapmak	▪ Oksijen uygulaması yapmak
▪ Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak	▪ Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak
▪ Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak	▪ Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak
▪ Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak	▪ Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak
▪ Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak	▪ Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak
▪ Temel yaşam desteği protokollerini uygulamak	▪ Kardiyo-pulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon yapmak
▪ Temel yaşam desteği uygulaması sırasında yarı otomatik ve tam otomatik eksternal defibrilatörleri kullanmak	▪ Monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak
▪ Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak	▪ Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak
	▪ Hastaneye ulaşmaya kadar, kabul edilen acil ilaçları ve sıvıları kullanmak
	▪ Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmak

2.3. Afetler ve Olağan Dışı Durumlarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

“Olağan dışı durum” ve “afet” kavramlarının sıkça birbirlerinin yerine kullanılması ülkemiz ve uluslararası alanda karmaşıklığa sebep olmaktadır. Bu karmaşıklık ortadan kaldırmak adına “afet” kelimesinin kullanılmasının daha doğru olacağı önerilmiştir (Güner, 2016). Her iki kavram da acil sağlık hizmetleri çalışanlarının görev ve sorumlulukları kapsamında olduğundan ve iki kavramın da kullanılmasının sonucu etkilememesi nedeniyle bu çalışmada iki kavrama da yer verilmiştir.

Afet, insanların normal akıştaki hayatını ve insani faaliyetlerini sürdürdüğü esnada ani olarak gelişen durumlardır. Bu ani gelişen durumların sonucunda toplum ya da toplumun belirli kısmı etkilenecek sosyal, ekonomik kayıplar oluşur. İnsanların hayatını, faaliyetlerini durduran, sekteye uğratan doğa olayları, teknoloji ya da insan kaynaklı olaylar olarak afet kapsamındadır. Ayrıca bu olaylar imkânların yetersiz kalarak desteğe ihtiyaç duyulmasına neden olur. Afet durumlarına karşı sağlık hizmetlerinin afet öncesinde hazırlıklı olması gerekmektedir. Çünkü afet ve acil durum geliştiğinde ölüm, yaralanma ve sakatlanmaların önüne geçilebilmesi adına hızlı ve doğru karar vermek gerekmektedir. Aynı zamanda yaralıların tedavisi, sağlık alt yapısının düzenlenmesi, ikincil kazaları önlemek, halk sağlığı hizmetlerini sağlamak

ve sekteye uğrayan sağlık hizmetlerini düzenlemek gibi birçok görev üstlenen kurum ve kuruluşlar bu çalışmalardan sorumludur. Afetler ve acil durum öncesi ilin talebi ve Bakanlığın uygun gördüğü öncelikli sağlık hizmetleri verecek istasyonlar belirlenir. Belirlenen istasyonlar olağan durumlarda 112 sağlık hizmetlerini sunmaya devam eder. Bu istasyonlarda görev alan personel UMKE (Uluslararası Medikal Kurtarma Ekibi) temel eğitimini almış hekim, ambulans ve acil bakım teknikeri ve acil tıp teknisyenlerinden oluşmaktadır (Afetlerde ve Acil Durumlarda Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2021). Acil sağlık hizmetleri yönetmeliğinde yer alan tanıma göre olağan dışı durum, ani olarak meydana gelen ve büyük çapta zararlar meydana getiren doğal afetler, teknolojik afetler ve ya kitlesel kazaların bütünü olarak tanımlanmaktadır (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000). Bir diğer olağan dışı durum tanımı; beklenmedik anlarda ani olarak meydana gelen geniş bir bölgeye yayılmış ve çok fazla hastanın ya da yaralının olduğu, can kayıplarının, maddi/manevi hasarların olduğu bölgesel imkânların yetersiz kaldığı ulusal ya da uluslararası yardımın gerekli olduğu durum veya olaylar olarak tanımlanmaktadır (Karababa, 2002).

Olağan dışı durumları tıp açısından ele aldığımız zaman planlanan durumun dışında olmasının yanı sıra hasta ya da yaralı sayısının fazla olmasıyla ilişkili olarak kaynaklar yetersiz kalmaktadır. Bu sebeple daha fazla hayat kurtarma amacı ile kaynakların daha etkin ve etkili kullanılması gerekmektedir. Bir diğer önem arz eden nokta, ani olarak gelişen durum olmasıyla ilişkili olarak hızlı karar vermeyi ve hızlı bir şekilde eyleme geçmeyi gerekli kılmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca maddi ve doğal hasarların meydana gelmesinin sonucunda olağan dışı durumdan etkilenen hasta veya yaralılara ulaşım tehlikeli bir hal alabilir ve ulaşım gecikmelerin yaşanması muhtemeldir, bu durum hasta veya yaralıları negatif olarak etkileyecektir. Son olarak değineceğimiz nokta yaşanan bu olağan dışı durum karşısında meydana gelen çevre kirliliği ve epidemi risklerine bağlı olarak sağlık çalışanları açısından konuyu ele aldığımızda çift yönlü bir etkinin olmasıdır. İlk olarak bu durumdan etkilenen hasta ve yaralıların yardımına koşması, tedavi etmesi gerekirken aynı zamanda da bu olağan dışı durumdan etkilenmeyen diğer insanları koruması gerekmektedir. Dikkat etmesi gereken ikinci nokta kendi sağlıklarını da korumalarıdır. Bu zor durumlar aynı zamanda zor bir mücadeleyi beraberinde getirmektedir. Olağandışı durumlar üç farklı

sınıflandırma altında toplanmaktadır (Karababa, 2002). Bu sınıflandırma Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4. Olağandışı Durum Sınıflaması

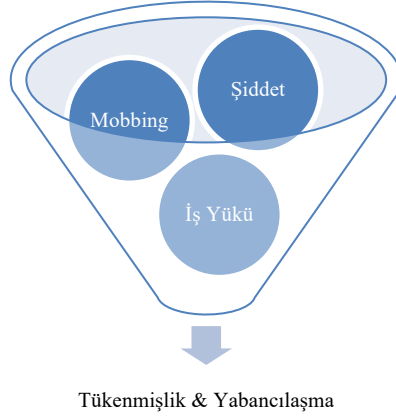
1. Doğal Olaylar Sonucu Ortaya Çıkan Olağandışı Durumlar	2. İnsan Eliyle Ortaya Çıkan Olağandışı Durumlar	3. Karmaşık İnsani Aciller
A. Akut ya da ani olarak meydana gelen olağan dışı durumlar (<i>deprem, sel, toprak kayması vb. doğal afetler ve su, besin, vektörler ya da insanlar kaynaklı bulaşıcı hastalıklar</i>) B. Kronik ya da yavaş başlangıçlı olağan dışı durumlar (<i>açlık, kuraklık, ormanların yok olması, çölleşme vb. durumlar</i>)	- Endüstriyel/teknolojik kazalar, yangınlar, patlamalar, kimyasal/radyoaktif sızıntılar çevre kirliliği, - Ormanların yok olması, çölleşme, - Savaşlar, silahlı saldırılar, - İnsan yerleşim alanlarında ortaya çıkan olaylar, - Etnik ayrımcılık ya da etnik temizlik amaçlı göçe zorlama	A. Bölgesel/ iç savaşlar B. Alt düzeyde sınır ötesi çatışmalar C. Yasal otoriteye karşı silahlı mücadeleler D. Bölgesel ayrılık yanlısı sivil savaşlar E. Etnik sivil savaşlar F. Bölgesel otoritenin yıkılması/çöküşü

2.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Karşılaştığı Sorunlar

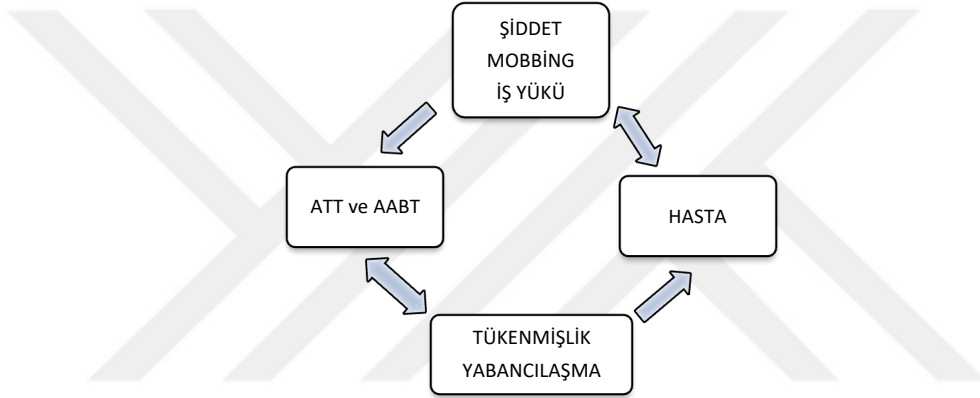
Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri kuruluş amacı itibarıyla en kısa sürede hastaya ulaşmayı hedeflemektedir. Çünkü insan hayatında saniyelerin önemi büyüktür. İnsan hayatını etkileyen acil durumlar bireysel olduğu kadar kitlesel olarak da gerçekleşmektedir. Bu doğrultuda çoğu zaman tehlikeli ya da güvenliğin sağlanmadığı afet bölgeleri (sel, yangın, deprem, heyelan gibi) ya da trafik kazaları gibi olay yeri diye tanımlanan alanlara en kısa sürede ulaşmaktadırlar. Bu durumun sonucu olarak kendi hayatı ile kurtarılması gereken hayat arasındaki ince çizgide acil ve önemli kararlar vermeleri gerekmektedir. Bu zor kararın yanı sıra olay yerinin yönetimini de üstlenmektedirler. Bu durumun kazancı ikincil kazaların önüne geçmek, çevredeki insanların güvenliğini sağlamaktır. Acil sağlık hizmetleri çalışanları; hızlı ve doğru tıbbi müdahalenin yanı sıra kendi can güvenliklerini, diğer insanların da hayatlarını korumaktan sorumludur. Bu sorumluluğun yerine getirilmesinde olay yeri yönetimi ve hızlı karar verme süreci tecrübeyle doğru orantılıdır. Bununla birlikte çalışma şartlarının sağlık çalışanı üzerinde psikolojik yönden olumsuz etkisi olduğu da ifade edilmektedir. Acil sağlık hizmetleri üzerine yapılan araştırmalarda en çok değinilen konunun “şiddet” olduğu görülmüştür. Gerek etik (evrensel) gerekse ahlaksal (toplumsal) açıdan kabul görmeyen hatta utanç kaynağı olarak kabul edilen şiddet ve psikolojik şiddetin de alt konusu olan “mobbing” ile en çok karşılaşılan

problemlerdir. Acil sağlık hizmeti çalışanlarının fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalma oranlarının yüksek olduğu (Durmuş, 2019), diğer sağlık alışanlarında olduğu gibi mobbinge maruz kaldıkları ve bu durumun sonucu olarak çalışanların sosyal hayatlarında daha içedönük ve depresif oldukları saptanmıştır (Karın, 2016). Duran'ın yaptığı araştırmaya göre de; Dünya Sağlık rgt'nün belirlediği uluslararası 32 acil durum parametresi dikkate alındığında acil sağlık hizmeti sunumu sağlanan vakaların %59'unun belirlenen parametrelere uygun olmadığı belirtilmiştir (Duran, 2015). Bu durum, bir diğer problemi yani "iş yükü" artışını da beraberinde getirmektedir. Bu problemlere ek çift yönlü etkiye sahip problemler mevcuttur. Çift yönlü problemlerden kastedilen ise, hem çalışanı hem de hastaları etkileyen problemlerdir. anakkale ili 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarında yapılan bir çalışmanın sonucuna göre; çalışanların büyük bir kısmının şiddetle karşılaştığını bu durumun sonucunda ise çalışanların duygusal tükenme yaşadığı tespit etmiştir (Çelebi, 2016). Bu sebeple ele alacağımız bir diğer problem "tükenmişliktir". Kuh'a göre (Kuh, 2017) iş yükü ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma arasında pozitif yönde, iş kontrolü ve sosyal destek arasında negatif yönde korelasyon vardır ve işe yabancılaşmanın tükenmişlikle anlamlı ilişkisi bulunmaktadır. Çift yönlü ilişki bakımından ele alacağımız bir diğer konu "yabancılaşma"dır.

Sonuç olarak hastane öncesi acil sağlık hizmetleri üzerine yapılan araştırmalarda "şiddet", "mobbing" ve "iş yükü"nn çalışanlarda "tükenmişlik" ve "yabancılaşmaya" sebep olduğu gösterilmiştir (şekil 1). Bu sebeple problemlerin tanımları altında konuyla ilgili çalışmaların örnekleri verilecektir. Değinilmeye çalışacak bir diğer konu şiddetin, mobbingin, iş yükünün acil sağlık hizmetleri çalışanları üzerinde tükenmişlik ve yabancılaşmaya sebep olduğu kadar hastaları da olumsuz yönde etkilemesidir (şekil 2).



Şekil 1. Tükenmişlik ve Yabancılaşmaya neden olan etkenler



Şekil 2. Çift Yönlü İlişki

2.4.1. Şiddet

Şiddet, bir olgu ya da durum sonucunda aşırı duyguyla hareket ederek, sert davranış, kaba hareketleri ve saldırgan davranışları beden gücünü kullanarak yakma, yıkma ve yok etme eylemlerine denir. Bu eylemler taş, sopa, silah gibi materyallerle bireye ya da topluma zarar vermeyi içerir. Bu saldırgan davranışlar yüz mimiklerinden tutun söz ve cümleleri de içine almaktadır. Doğa ve canlıları etkileyen şiddet davranışlarının tümünü içine alan geniş bir davranış biçimidir (Köknel, 1996). Şiddet kavramı sertlik, sert-katı davranış veya kaba-kuvvet kullanma olarak tanımlanmaktadır. Şiddet olayları ise; insanları sindirmek, korkutmak için yaratılan olay ya da girişimler olarak tanımlanmaktadır (Ünsal, 1996). Kişinin beden ve/veya ruh sağlığına zarar vererek, kişinin istemediği davranışları baskı ve tahakküm kurarak

zorla yaptırmaya çalışarak kişinin bireysel özgürlüğünü kısıtlama olarak da tanımlanmaktadır. İnsan Hakları Mahkemesi'nin tanımına göre şiddet, “bir kişiye karşı iradesine aykırı olarak bir eyleme zorlamak maksadıyla, yaralayıcı fiziksel ve sözel güç uygulamak” (Oğan, & Sercan, 2019); Dünya Sağlık Örgütü'ne göre “fiziksel gücün bilerek tehdit etme ya da eylem haline dönüştürerek söz konusu kişinin kendisinde, farklı bir kimsede ya da toplulukta yaralanma, ölüm ya da psikolojik olumsuz etkilere; gelişim bozukluklarına neden olması”dır. Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu'nda ise; “bir kişiye, bir gruba ve topluma karşı yaralama, ölüm ve psikolojik zarar vererek gelişme geriliği veya çöküntüyle sonuçlanacak fiziksel güç veya tehdit uygulamak” olarak tanımlanmaktadır (World Report On Violence and Health, 2002).

Sağlık çalışanlarında şiddet konusu tüm dünyada küresel bir sorun olarak karşılanmaktadır. Bu durumun son yıllarda giderek artması çözüm arayışlarına ve politikalar geliştirilmesi çabalarına neden olmuştur. Bu çalışmalarla ulaşılan ortak nokta ise sağlık işyerlerinde insanların yoğun olarak bir arada olduğu örgütsel ortamlar olmasıyla ilişkili olarak doğası ve yapısı gereği şiddetin sıklıkla yaşandığı ortamlardan biri olduğudur (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2013). Sağlık hizmeti, birçok risk ve tehlike içeren özelliğe sahip olmasından dolayı tehlikeli işler kapsamına girmektedir. Bu tehlikeyi yaratan unsurlar başta hasta ve/veya hasta yakını tarafından sağlık personeline karşı gerçekleştirilmesi, sağlık personeli tarafından hasta ve/veya hasta yakınına ya da sağlık personelleri arasında gerçekleşmesi olarak üç başlık altında toplanmıştır (Oğan, & Sercan, 2019). Konya ilinde yapılan çalışmada hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının fiziksel şiddete maruz kalma oranının %80,2 şiddeti uygulayan kişilerin %61,5'inin hasta yakını olduğu saptanmıştır. Psikolojik şiddete uğrama oranı ise %73,5'dir ve şiddeti uygulayan kişilerin %76'sı hasta yakınıdır. Cinsel şiddete maruz kalma oranı ise %0,6'dır (Durmuş, 2019). ABD'de yapılan bir çalışmada hastane öncesi sağlık çalışanlarının %65'inin şiddet olayına maruz kaldığı, %10'unun silahlı saldırı olduğu belirtilmiş ve şiddet olaylarının faillerinin %90 oranında hasta, %5 oranında hasta yakını olduğu ifade edilmiştir (Maguire, & ark., 2018). Hadian ve ark.'nın (Hadian, Jabbari, & Sheikhbardsiri, 2021) İran'da yaptıkları araştırmada şiddet olayları görmezden gelindiği ve ciddiye alınmadığı taktirde hasta ve sağlık çalışanı arasında düşmanlık oluşacağı; bu durumun çalışanlar üzerinde stres ve kaygıyı artırarak iş performanslarını düşüreceği ön görülmüştür.

2.4.1.1. Şiddet Türleri

Sağlık kurumundaki şiddet; hasta, hasta yakını ya da diğer başka bireyler tarafından gerçekleştirilen ve sağlık çalışanı için tehlike oluşturan; sözel tehdit, fiziksel veya cinsel saldırı içeren davranışlar olarak tanımlanmıştır (Saines, 1999).

2.4.1.1.1. Fiziksel Şiddet

İnsanların bedensel bütünlüğüne karşı dışardan yönetilen, sert ve acı verici eylemler olarak tanımlanmaktadır. Başkalarının kişilere uyguladığı şiddetin yanı sıra bireylerin beden bütünlüğüne zarar veren eylemleri ve intihar da fiziksel şiddetin içinde yer almaktadır (Köknel, 1996). Fiziksel şiddet karşıdaki kişinin canının yanmasına, yaralanmasına ya da ölümüne sebep olan, kasıtlı olarak yapılan davranış ya da davranışlar olarak değerlendirilmektedir. Bunlar; tokat, tekme, yumruk atmak, boğazı sıkmak, bir cisimle vurmak, bir cisim fırlatmak ya da sertçe itmek gibi birçok şekilde karşımıza çıkar (Örnek, 2016).

2.4.1.1.2. Sözel Şiddet

Sözel şiddet; bağırma, kötü konuşma, küfür, hakaret, aşağılama, küçük görme gibi davranışlarla korkutma unsuru olarak kullanılır. Karşıdaki kişiyi sindirme ve istediğini yaptırma amaçlı uygulanan bu şiddet türü psikolojik açıdan da uygulanan kişiye zarar verir (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2013). Özürlülük durumunu, çalışanın yaşını, cinsiyetini, ailevi durumunu, cinsel tercihini hedef gösteren, istenmeyen ve rahatsız edici sözle ve beden diliyle taciz şeklinde değerlendirilmektedir. Sözel şiddet, hakaret ve tehdit gibi, fiziksel ve psikolojik şekilde kişiyi tehlikeye sokan ve olumsuz yönde etkilenmesiyle sonuçlanabilen sözel saldırdır (Avcı Balcı, 2014).

2.4.1.1.3. Cinsel Şiddet

Bu şiddet türü genç, kadın, çocuk fark etmeksizin bireye yönelik uygunsuz sözler söylemeden başlayarak el kol hareketleri veya kişinin bedenine rızası olmadan bulunulan müdahalelere kadar uzanan cinsel taciz ve saldırıları ifade eder (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2013). Bir kişinin, diğer kişiyi kendi cinsel gereksinim ya da isteklerinin doyumu için karşısındakini cinsel nesne olarak kullanması ya da kullanılmasına göz yumulmasıdır. Cinsel içerikli konuşma, teşhircilik, zorla pornografik yayınlar izlettirme, her türlü cinsel ilişki ve zorla fuhuşa teşvik gibi kişinin/çocuğun onaylamadığı, rıza göstermediği ya da tam olarak anlayamadığı davranışları içermektedir (Örnek, 2016).

2.4.2. Mobbing (Bezdiri)

Türk Dil Kurumu (TDK)'ya göre mobbingin karşılığı olan bezdiri; iş yerleri veya okullar gibi topluluklar içinde belirli bir kişi hedef alınarak belirlenen kişinin çalışmalarını sistemli bir biçimde engellemek, huzursuz olmasına yol açmak suretiyle kişiyi yıldırma, dışlama ve gözden düşürme çalışmaları olarak tanımlanmıştır. Mobbing, psikolojik şiddetin kapsamı içinde yer almaktadır. Mobbing bir iş yerinde bir çalışana, asıl amaç gizli tutularak, bir kişi ya da bir grup tarafından insan onuruna zarar veren eylem ve işlemlerle sürekli ve/veya sistemli olarak belirli bir süre hukuk ve etik dışı yollarla yapılan ve mağdur olan bireyin psikolojik, ekonomik veya sosyal statüsünde yarattığı olumsuz durumların bütünüdür (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2013). Mobbing üzerine çok çalışmalarda bulunan ve literatürde büyük öneme sahip olan Dr. Leymann 1980'li yıllarda işyerinde yaşanan grup şiddetini tanımlamak için cinsel taciz olayları dışında ki bütün olaylar için bu kavramı kullanmıştır (Tiyek, 2017). Leymann'ın tanımına göre; bir veya birkaç kişinin genelde tek bir kişiye sistemli bir şekilde gerçekleştirdiği etik olmayan saldırgan davranışlardır yani psikolojik bir terördür (Aytaç, & Bayram, 2011). Fiziksel mobbingin nadir olduğunu en çok mobbing davranışının sözlü olarak gerçekleştiği belirtilmektedir. Bu davranışlar çok fazla çeşitlilik göstermekle birlikte Ranyer ve Hoel (Rayner, & Hoel, 1997) en sık görülen mobbing davranışlarını beş kategori altında toplamışlardır:

1. Mesleki statü; kişinin görüşlerini küçük görme, topluluk içinde aşağılama, çaba göstermemekle suçlama
2. Kişinin kendisine yönelik tehdit; lakap takma, alay etme, hakaret etme, yıldırmaya çalışmak, kişiyi yaşıyla ilgili değersizleştirmeye çalışma
3. İzole etme (dışlama); fırsat ve imkânlarla erişimi engelleme, fizik ve sosyal olarak dışlama, bilgi edinmesine engel olma
4. Fazla çalıştırma; aşırı baskı, işin bitirilmesinin mümkün olmayacağı süreler belirlenmesi, gereksiz engeller koyma
5. Dengesizleştirme; kişiye hatalarının sürekli hatırlatma, başarısız olması için çaba gösterme, hak ettiği değeri ve sorumluluğu vermeme, gereksiz görevler verme

Kamu hizmeti olarak sunulan sağlık işyerlerinde, yoğun iş yükü, düzensiz ve belirsiz çalışma koşulları sağlık çalışanlarının psikolojik şiddete uğrama riskini arttıran nedenler olarak görülmektedir (Arısoy, 2011). Aydın ili 112 acil sağlık hizmetlerinde yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre çalışanlar %33,6 oranında mobbinge uğradıklarını belirtmişlerdir (Karçın, 2016). Başka bir araştırmada hastanelerde mobbing'in %34,9 oranında yaygın olduğu görülmüştür. Bu oran da bize hemen hemen hastanede çalışan üç kişiden birinin bu duruma maruz kaldığını göstermektedir. Bu eylemi gerçekleştirenlerin de sadece amirlerin olmadığını çalışma arkadaşları tarafından da mobbing gerçekleştiği sonucu ile karşılaşılmıştır (Çöl Özen, 2008). Şili'de yapılan bir çalışmada hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının %46,6'sı, diğer sağlık personelinin ise %51,4'ü sözlü tacize uğradığını ifade ederken mobbinge uğradığını düşün acil sağlık çalışanlarının oranı %17,6'dır. Bu oran diğer sağlık çalışanlarında %13,5'tur. Sözlü tacizin %80'inin hasta, hasta yakınları ve halk tarafından gerçekleştiği, mobbingin %30,8'sinin çalışma arkadaşları tarafından %34,6'sının ise iş gereği karşılaşılan meslek grupları -uzmanlar, nakledilen hastane acili personeli gibi- tarafından gerçekleştiği ifade edilmiştir (Campo, & Klijn, 2018).

2.4.2.1. Mobbing Uygulayan Kişinin Örgüt İçindeki Yeri

Mobbing sadece üstler tarafından değil astlar ve aynı düzeyde çalışanlar tarafından da gerçekleştirilebilir. Sistematik bir biçimde gerçekleştirilen kötü muamele, tehdit, şiddet, aşağılama gibi davranışları içeren eylemlerdir (Tınaz, 2006).

2.4.2.1.1. Yukardan Aşağıya Mobbing (Dikey Mobbing)

Bu mobbing türü çalışanın üstü yani yöneticisi tarafından gerçekleştirilmektedir. Yönetici yetkileri ve konumunun farkında olarak bilinçli bir şekilde konumunu kullanmak suretiyle astlarına uyguladığı saldırgan davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Tınaz, 2011).

2.4.2.1.2. Eşdeğerler Arasında Mobbing (Yatay Mobbing)

Bu mobbing türü aynı işi yapan aynı emsaldeki çalışanlar arasında gerçekleşmektedir. Bu davranışı gerçekleştiren çalışanlar genellikle iş yerinde yetenek ve başarılarıyla ön plana çıkan, kabul görmüş kişilerdir. Kıskançlık ve nefret gibi olumsuz duygularla hareket etmektedirler (Tınaz, 2011). Kişiler veya gruplar arasındaki farklılıkları hoş görmeyerek erkek, kadın, eşcinsellik, ırk ve din gibi farklılıklar yüzünden ayırım yapılması, hoş görülmemesi durumu olarak tanımlanmaktadır (Yıldız Bağdoğan, 2018).

2.4.2.1.3. Aşağıdan Yukarı Doğru Mobbing

Bu mobbing türünde astlar tarafından üstlerine karşı uygulanan mobbingtir. Diğer mobbing türlerine göre daha nadirdir. Genellikle gruba yeni gelen yöneticiye karşı uygulanmaktadır (Yıldız Bağdoğan, 2018). İş yerindeki amirin kararları tartışılır duruma geldiği taktirde ortaya çıkmaktadır. Genellikle birden fazla kişilerce gerçekleşmektedir. Bu mobbing türünde kurban yönetici, amir konumundaki kişidir amaç ise yönetici ya da amiri değiştirmektir (Tınaz, 2011).

2.4.3. İş Yüğü

Bir iş yaşamı içinde, belli bir iş etrafında örgütlenerek, belirlenen süre ve özellikler zarfında istenilen işleri gerçekleştirilerek mal ya da hizmet yürütülmesi karşılığında da ücret alınması “iş” olarak tanımlanmaktadır. Yapılan bu işin üretildiği çerçeveye de işin içine duygular ve deneyimlerin dahil olmasıyla, işe değer atfedilmesi

ve bu durumdan duyulan hoşnutluk da “iş doyumu” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada iş yükü artığında iş doyumunda azalma olduğu ortaya konmuştur (Atalay, & Çakırel, 2022).

İş yükü, bir iş yerindeki çalışanın iş yoğunluğunu temsil etmek için kullanılan bir kavramdır. Çalışanın bir örgütsel yapı içerisinde üzerine düşen görevi önceden belirlenmiş zaman ve standartlara uygun şekilde gerçekleştirmesi olup iş hayatındaki yoğunluğu ifade eder. Bu kavramın çalışan üzerinde çift yönlü bir etkisi mevcuttur. Bu çift yönlü etkiden biri, iş yoğunluğunun çalışanlar üzerinde stres kaynağı olduğu düşüncesidir. Bir diğer etkisi de çalışanların daha hızlı öğrenerek kendilerini daha çok geliştirdiği ve bu sayede de deneyimlerini artırarak daha donanımlı oldukları düşüncesidir. Aynı zamanda uygun iş yüküne sahip olan çalışan iş yerinde daha aktif rol aldığı gibi daha yüksek enerjiyle çalıştığı, olması gerekenden daha az iş yüküne sahip çalışanın ise daha pasif ve geri planda kaldığı belirtilmektedir (Shah, Jaffari, Aziz, Ejaz, Ul-Haq, & Raza, 2011).

İş yükü, çalışanın bir örgütsel yapı içerisinde üzerine düşen görevi önceden belirlenmiş zaman ve standartlara uygun şekilde gerçekleştirmesidir. Daha kısa bir şekilde özetlemek gerekirse de iş hayatındaki yoğunluğu demek mümkündür. Çalışanın iş yerindeki görevlerinin olması gerekenden daha fazla olması imkânlarını zorlayarak bedenen ve/veya zihnen etkileyerek zararlı sonuçlara sebep olan durumlar “aşırı iş yükü” olarak tanımlanır. Beklenen hizmetin olması gereken süreden daha kısa sürede sonuçlanmasını istemek, daha az sayıda çalışanla işin bitirilmesini istemek veya yapılan işin standartlarını artırmakta aşırı iş yükü olarak tanımlanmaktadır (Erer, 2021). Aşırı iş yükü de kendi içinde nitel ve nicel olmak üzere iki başlık altında toplanmıştır. Nitel aşırı iş yükü, çalışana bilgi, beceri ve yeteneklerinin üstünde iş yükü verilerek işin zor ve tamamlanmasının mümkün hale getirilmemesidir. Nicel aşırı iş yükü de belirlenen iş yükünün belirlenen zamanda gerçekleşmesinin mümkün olmadığı durumlardır (Elloy, & Smith, 2003). Hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetleri üzerinde yapılan bir çalışmada acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çalışmaya tutkunluk düzeyleri minvalinde ele alındığında dinçlik ve adanmışlığın iş yükü algısının artmasında etkili olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada görüldüğü üzere iş yükü artıka canlılık ve özverinin azaldığı görülürken işe adanmışlık arttığında da çalışanlarda olumsuz bir etki söz konusudur (Şahin, 2019). Covid-19 pandemi

sürecinde hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları üzerinde, aşırı iş yükü ve tükenmişlik algısında pozitif yönlü bir artış olduğu görülmüştür (Yakut, Kuru & Güngör, 2020). Bu çalışmaya paralel başka bir çalışmada da görüldüğü üzere pandemi sürecinde mücadelede yakın görev yapan sağlık çalışanlarının iş yükünün arttığı bu durumun etkisi olarak da aşırı iş yükü ve tükenmişlik algısında artış olduğu gözlemlenmiştir (Erer, 2021). Almanya’da hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının iş yükü üzerine yapılan çalışmada iş yükünün orta düzeyde olduğu ve bu durumun performans ve iş doyumunu olumsuz yönde etkilediği ifade edilmiştir (Prottengeier, Keunecke, Gall, Eiche, Moritz & Birkholz, 2019). Bu çalışmaya paralel olarak İran’da yapılan bir çalışmada hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının iş doyum ve iş yükünün orta düzeyde olduğu saptanırken bu durum iş tatminsizliği ve hayal kırıklığı ile ilişkili görülmüştür (Afshari, ve ark., 2020).

2.4.4. Tükenmişlik

Tükenmişlik kavramını ilk olarak 1974 yılında Herbest Freudenberger’in kaleme aldığı bir makalede tanımlandığı bilinmektedir (Freudenberger, 1974). Örgütsel stres konusunda çalışan klinik bir psikolog olan Freudenberger, tükenmişliği “mesleki bir tehlike” olarak tanımlayan ilk kişidir. Freudenberger’e göre tükenmişlik, “başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanmayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarda tükenme durumu”nu ifade eder. Tükenmişliği günümüz yaşantısında, modern toplumun gerekliliği olarak gören Freudenberger ve Richelson insanların yaşamına anlam kazandırma çabalarının sonucu olarak meydana geldiğini söylemektedir (Sürvegil Dalkılıç, 2014). Freudenberger’den sonra konu üzerine çalışmalar yaparak konuyla ilgili ölçek geliştiren ve bu sayede de adından çokça söz ettiren bir diğer isim Maslach’dır (Pehlevan, 2017). Maslach’a göre tükenmişlik, “bireylerin sorunları olduğunda ya da stresi yönetmede problem yaşadıklarında diğer insanlarla etkileşimin katkısıyla çevresindeki insanlara yansıyan kronik duygusal gerginlik durumu bir tür tepki” olarak karşısına çıkmaktadır. Bu nedenle de bir tür iş stresi olarak kabul etmektedir. Diğer stres tepkileriyle aynı etkilere sahip olsa da diğer stres türlerinden ayrılan noktası, stresin oluşmasına yardımcı olan ve alıcı arasındaki sosyal etkileşimden kaynaklanmasıdır (Maslach, 2003). Daha yalın bir ifadeyle

anlatmak gerekirse, bireyin yaşadığı stresin giderek artması sonucunda kronik bir hale gelmesidir. Bu durumun sonucunda da yaptığı işin özünden ve amacından uzaklaşarak hizmet etmesi gereken insanlara gerçekten hizmet etmemesi durumudur (Çelebi, 2016). Günümüzde de etkisi halen devam eden, en yaygın olan ve en çok kabul gören ölçeği geliştiren Christina Maslach'a (Budak, & Sürgevil, 2016) göre tükenmişlik, insanlarla birebir etkileşim halinde olan meslek gruplarında görülen duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı hissinde azalma olmak üzere üç boyutta ele alınır (Maslach, 2003).

2.4.4.1. Duygusal Tükenme

Tükenmişliğin ilk boyutu olarak karşımıza çıkan duygusal tükenmedir. Bireyin fiziksel ve duygusal olarak yaşadığı çöküntü ve bu çöküntüye bağlı olarak iş yerinde iletişim problemleri yaşaması hizmet verdiği kişilere karşı öfke, kaygı ve utanç duyması ya da iş yerinde korkular yaşaması durumudur (Uler, 2020). Duygusal tükenme, tükenmişliğin içsel boyutu olarak tanımlanmaktadır. Birey yorgunluk, enerji eksikliği ve kendini yıpranmış hissetmektedir. Birey hizmet verdiği kişilere karşı eskisi kadar iyi davranmadığını düşünür ve kaygılar yaşamaktadır, bu sebeple de işe gitmek istememektedir. (Bal Çina, & Ari Sağlam, 2008).

2.4.4.2. Duyarsızlaşma

Tükenmişlik sendromunun ikinci boyutu duyarsızlaşmadır. Duygusal tükenme yaşayan bireylerin içsel duygularını negatif yönde dışarı vurması olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışan bireyin hizmet götördüğü, birebir etkileşimde olduğu insanların da birey olduğunu unutarak kişilere karşı duygulardan uzak, sert, küçümseyici ve alaycı davranışlar sergilemesidir. Çalışan, çalıştığı kuruma, hizmet sunduğu insanlara karşı mesafeli ve umursamazdır. Ayrıca davranışları ve kullandığı dil kişileri küçük düşürücüdür, dalga geçer tavırlar sergiler ve kişileri kategorize eder. Katı kurallara göre iş yapmak ve endişe duymak bir diğer belirtisidir. Bu boyutta olan bireyler bilinçli olarak işleri ile özel hayatları arasına mesafe koyma adına katı sınırları çizmektedirler.

İşleri hakkında konuşmazlar, işe ve kişilere karşı tepkisizlerdir (Bal Çina, & Ari Sağlam, 2008; Uler, 2020).

2.4.4.3. Kişisel Başarı Hissinde Azalma

Tükenmişliğin üçüncü boyutudur. Bu boyutta kişi kendini olumsuz olarak değerlendirmektedir. Kendini yetersiz hissetmektedir, başarısızlık duygusu, işine karşı düşük moral, üretkenliğinde azalma, işinde ilerleyemediğini hatta gerilediği gibi düşünce ve duygulara kapılıp işine odaklanmada sorunlar yaşamaktadır. Bu durumun sonucu olarak da öz benliğine güveninde azalma görülmektedir. Kişinin kendinden uzaklaşması, diğer insanlara ilgi göstermemesi, reddetme, düşmanca davranma ve olumsuz tepkiler verme gibi faktörlerin duyarsızlaşmayla kategorize olmuş boyutudur ve tükenmişliğin en problemlili boyutu olarak görülmektedir (Sürvegil Dalkılıç, 2014).

Diğer iş ortamlarından farklı olarak sağlık çalışanlarının çalışma ortamı, işi gereği birçok stres faktörü, psikolojik baskı ve hizmet vermenin güç olduğu alanlardır. Bunun yanında sağlık hizmeti sunumundaki yetersizlik ve personel dağılımındaki düzensizlik de bu güçlüğü artırmakta, çalışanda hem fiziksel hem psikolojik rahatsızlıklara yol açmaktadır. Bu etkenlerin çalışanlarda tükenmişliğe sebep olduğunun kabulü ile birlikte tedavisinin de gerekli olduğu görülmüştür. Kahramanmaraş'ta hastane öncesi acil sağlık hizmetleri üzerinde yapılan bir çalışmada eğitim durumu arttıkça duygusal tükenmenin de arttığı, çalışanlarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşmanın önüne geçmek için ise iş yükünün azaltılması, teşvik ve ödülle önem verilmesi gerekliliği vurgulanmıştır (Öztürk, Avan, & Nacar, 2018). Çanakkale ilinde yapılan diğer bir çalışmada şiddet olaylarının çalışanların tükenmişlik sendromu yaşamalarına sebep olduğu belirtilmiştir (Çelebi, 2016). Franco-German Modelinin uygulandığı Almanya'da yapılan çok merkezli bir çalışmada çalışanların %20'si ile %40'ı tükenmişlik yaşadığını belirtmiş ve bu durumu güvenlik sorunu ile ilişkilendirmişlerdir. Ayrıca araştırmaya katılan çalışanların %46'sı işinden memnun olmadığını ifade ederken %54'nü de işinden ayrılmayı planlamaktadır (Baier, Roth, Felgner & Henschke, 2018). Kore'de Covid-19 pandemisinin paramedik (AABT) ve acil tıp teknisyenleri üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmaya göre pandemide görev alan çalışanların, görevli olmayan personele göre daha fazla psikolojik sorunla

yüzleştikleri sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca pandemi sürecinde görev alan personelin %70'i bitkinlik hissettiğini ifade etmiştir (Kim, ve ark., 2022).

2.4.5. Yabancılaşma

Genel bir tanım olarak yabancılaşma, “bir varlığın daha doğrusu insanın kendi doğal yapısından, benliğinden veya özünden uzaklaşmasını ifade eder” (Cevizci, 2012). Bu genel tanımın yanı sıra psikiyatri alanında normalden sapma, çağdaş psikoloji ve sosyolojide ise kişinin kendine, yaşadığı topluma, doğaya ve diğer insanlara karşı duyduğu yabancılık hissi olarak kullanılmaktadır. Felsefe alanında ise “şeylerin, nesnelerin bilinç için yabancı, uzak ve ilgisiz görünmesi, daha önceden ilgi duyulan şeylere, dostluk ilişkisi içinde bulunan insanlara karşı kayıtsız kalma, ilgi duymama, hatta bıkkınlık ya da tiksinti duyma” anlamına gelir. Yabancılaşma kavramının geçmişine bakacak olursak Plotinos ve Aziz Augustinus’a kadar gitmektedir (Cevizci, 1999). Yabancılaşma kavramını en açık ifade eden filozof olan Hegel yabancılaşmayı, insanın özüne yani kişinin kendine yabancılaşması ve gerçekleştirmesi ile başkaları tarafından etkilenecek yönlendirilmesi olmak üzere iki noktada ele almaktadır. Feuerbach ise yabancılaşmanın kaynağını insanın dinle ilişkisinde bulmaktadır Karl Marx da yabancılaşma özünde üretim etkinliği bulunan işçilerin emeklerinin ürününden kopmalarıdır. Kapitalizme özgü bir durum ve özellik olarak ele alır. Yabancılaşmayı modern toplumun bir hastalığı olarak kabul eden Marx sonrası varoluşçular ve Frankfurt Okulu teorisyenleri bu kavramı kişinin bireysel bütünlüğünü ve bağımsızlığını kaybederek kendine yabancı biri haline gelmesi olarak tanımlamaktadırlar (Cevizci, 2012).

Yabancılaşmış insan, insana özgü olan her şeyden bağını koparmış ve soyutlanmıştır. Nesneler kendine farksız gelmeye başlamış, insani farklılıklarını ve sevecenliğini kaybederek diğer insanlardan farklı olmayan bir iş yaptığına inandırılmıştır. Bu durum insanın özüne ve varlığına uygun değildir. Çalışırken kendini rahat hissetmediği gibi mutsuzdur. Bedenini ve zihnini tam olarak işine vermediği gibi kendini geliştirmesi de mümkün değildir. Bu durum beden ve ruhen zararlar görmesine sebep olacaktır. Genel olarak özel hayatını kaybederek hayatını işte ve iş dışında olarak görür, makineleşmiştir. İşe giderken rahat ve mutlu hissetmediği

gibi gönülsüz gitmektedir. Birey kendine, kendi etkinliğine ve kendi ürettiği emeğine dair bilgisini kaybetmektedir. Hatta insan türüne ve diğer insanlarla kurduğu ilişkilerinde de kayıplar yaşamaktadır. Sonuç olarak kişi kendi özünden uzaklaşır ve sistem tarafından içi doldurulmuş boşluktan kendi mutlak boşluğuna düşeceği gibi meta (TDK'ya göre mal, sermaye) haline gelir (Ollman, 2012). Denizli'de acil sağlık hizmetleri üzerine yapılan bir çalışmada saldırıya uğrama, artan iş yükü ve işe yabancılaşmanın duygusal tükenmeyi arttırdığı tespit edilmiştir (Kuh, 2017).

2.5. Değer, Etik ve Tıp Etiği İlişkiselliği

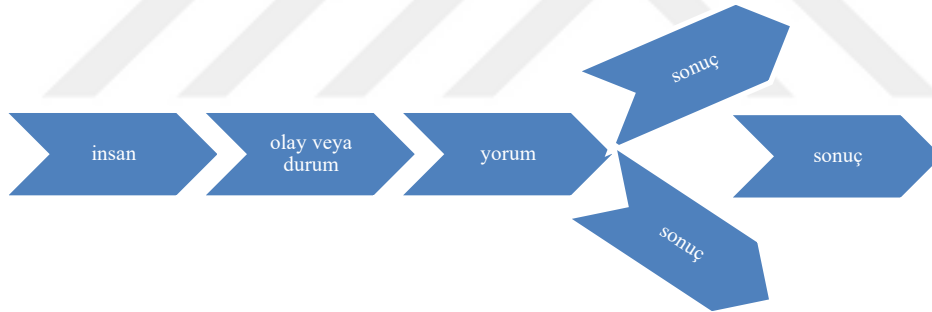
Etik ve ahlak arasındaki farka değinerek başlamak gerekirse etik, felsefenin ahlak ve ahlaki değerleriyle ilgilenen disiplinine verilen isimdir. Ahlak en genel tanımıyla iyi ve doğru şekilde yaşamaktır. Ahlaklılık değere dayandığı gibi eylemleri de kapsamaktadır, etik ise eylemleri konu alan bir disiplindir. Etik, insanın varlık yapısının temel özelliklerinden biri olduğu birçok filozof tarafından kabul görmektedir (Cevizci, 2014). Ahlak, felsefi düzlemde ele alındığında var olma alanı ve düzlemiyle ilişkili, etik ise bilme düzlemiyle ilişkilidir. Ahlak olup biten davranış, eylem ve ilişkiler ağının bütünüdür. Etik ise eylem ve ilişkiler bağlamındaki ayrıntıları bilmeyi konusu yapmaktadır. Bu bilme bağlamından hareketle etik, ahlakı mercek altına almaktadır diyebilmemiz mümkündür (Çotuksöken, 2021). Diğer bir ifadeyle etik, ahlaki davranış model ve tutumlarını betimleyip çözümler. Ayrıca ahlaklı davranmanın gerekliliğini yöntemlerle temellendirerek pratiğin değerlendirmesini mümkün kılar ve eleştirel kriterleri ortaya koyar. Bu sayede de karmaşık haldeki ahlaki eylemler alanını kavramlar yardımıyla anlaşır hale getirir ve insanların aklıyla kavramasını sağlamayı mümkün kılar. Ahlak sorunsalının söz konusu olduğu durumlarda insan doğuştan bir başkasından daha yetkin değildir. Farkı oluşturan bilgidir, daha aydın olmasıdır. Bilgi sahibi olması ve eleştirel yaklaşımı sayesinde toplumda kendi yerini daha kolay bulmasını sağlamaktadır. Bu bahsedilen aydınlanmanın mimari ise etiğin kendisidir. Etik toplum içindeki insanın kendini gerçekleştirmesine ya da birey olarak kendini var etmesine imkan tanıyan yollar göstermektedir (Pieper, 2012).

İnsan, diğer insanlarla paylaştığı toplum, tarih ve kültürel oluşumuyla kendini tamamladığını düşünen ve insanı bu şekilde ele alan bakış açısına insan-varlık felsefi adı verilmektedir. Bu minvalde ele alarak bir tanım yapacak olursak; insan yönelen, seçen, karar veren, tavır takınan ve değerlendirip yargılayan bir varlıktır. İnsana özgü en güçlü edim ise istemdir. Eylemin arkasındaki niyet, amaç, eylemin dayandığı değer örgüsü, eylemin bedensel ve dilsel davranış olarak dışa vurulması felsefi açıdan etik yardımıyla ele alınmaktadır. Çünkü etik ilişkinin temelinde insan ve her türlü insan ilişki vardır, bu insan ilişkisinin temelinde de bilgi temelli bir etik ilişki mevcuttur. Bu davranış ve eylemler meslek etikleriyle karşılaştırılır ya da ilişkisi içinde tekrar ele alınır. Bu ilişkiden de yine bir felsefi etik ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan bu yeni etik; özel, toplumsal ve kamusal alanın öznesi olarak bireyin kendi yaşamında kendisiyle olan ilişkisinden başlayarak başkalarıyla olan ilişkilerini ve bireyin kurumlarla olan ilişkisinde ortak payda oluşturmaktadır (Çotuksöken, 2021).

2.5.1. Değer

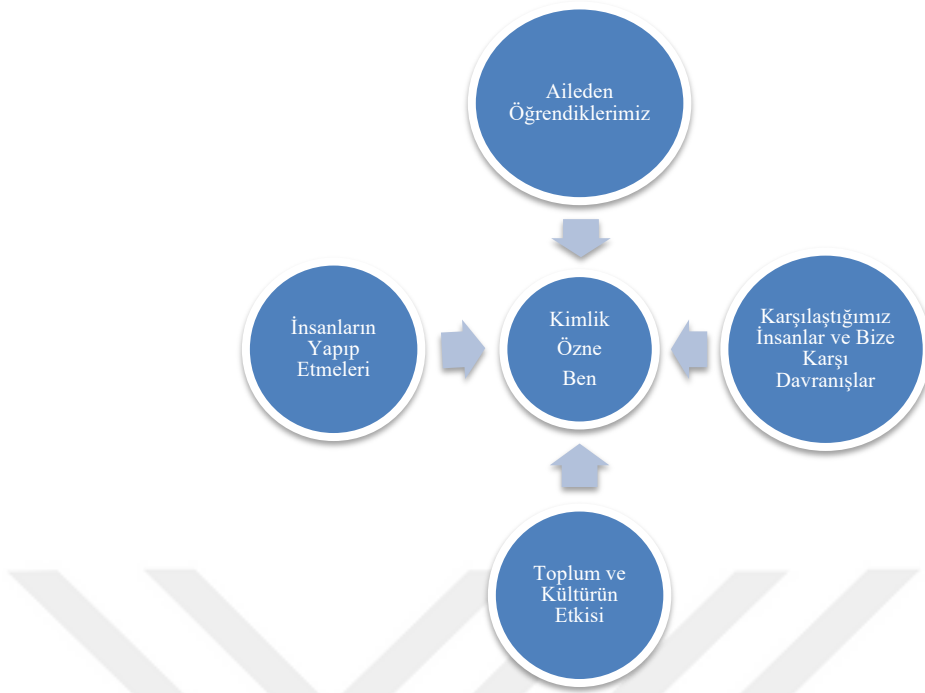
Türk Dil Kurumu'na göre değer kavramı tanımları; bir şeyin önemini belirlemeye yarayan soyut ölçü, bir şeyin para ile ölçülebilen karşılığı, bedel, paha, üstün nitelik, meziyet, yararlı nitelikleri olan kimse ve bir ulusun sahip olduğu sosyal, kültürel, ekonomik ve bilimsel değerini kapsayan maddi, manevi bütünü olarak tanımlanmaktadır. Matematik alanında, bir değişkenin veya bilinmeyen sayı ile anlatımında kullanılmaktadır. Psikoloji açısından ele alırsak kişinin egosuna karşılık gelir ve tatmin olma, fayda sağlama ve kişiler arası değişen bir olgu olarak karşımıza çıkar. Harmann, değer teriminin iktisattan etiğe geçmiş bir terim olduğunu ifade etmektedir. Problemlili olan kısım ise; iktisadın bir terimi olarak “değer” insanın emeğiyle ürettiği ürünün, nesnenin ücretiyle ilişkili olarak kullanılmasındandır. Eğer ki “değer” kavramını insan özelinde ele alacak olursak o zaman insan ve insanın başarılarıyla ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Çünkü doğal durumda bulunan nesne ya da malın değeri yoktur sadece fayda ve fiyatından bahsetmek mümkündür. O nesneye yüklenen anlam özneye ilişkilidir ve rastlantısaldır (Kuçuradi, 2013). Felsefi açıdan değer kavramına atfedilen farklı görüşler (öznel, mutlak, maddi vb.) bulunmaktadır. Cevizci (Cevizci, 1999), değer kavramını belli duygu, arzu, ilgi, amaç,

ihtiyaç ve eylemlerin özne ile ilişki kurarak belli nitelikler yüklemesi olarak tanımlanmaktadır. Yani öznenin olana, olguya yüklediği nitelikler ya da tavidir. Değer, bir şeyin önemini, ölçüsünü belirlemekle beraber şeyi anlamlı, istenilen ve faydalı kılmaktadır (Cevizci, 2012). Bu noktada ortaya çıkan problem de insanın değerlendiren bir varlık olmasından kaynaklanmaktadır. Yaşadığımız her olay, aldığımız her karar ve ilgili davranışlarımız olay ve durumları nasıl değerlendirdiğimizle ilişkilidir. Aynı durum, olgu ya da olayların kişiler tarafından farklı yorumlanması, açıklanması, algılanması ve bu durumun sonucunda da herkesin kendi savının, kendi değerlendirmesinin doğru olduğunu idda etmesinin sonucu olarak çatışmalar meydana gelir. Kişisel bir sorun olarak görünen bu durum yaşadığımız demokrasi çağında insanların kaderini belirlemektedir. Bu durumda bir “bilgi problemi” söz konusu olmaktadır. Bu bilgi problemi “değere sahip olmayla”, “değer olma” ayrımının yapılamamasından, tek problem olarak görünüp çözüm aranmasından kaynaklanmaktadır (Kuçuradi, 2013) (Şekil 3).



Şekil 3. Değerlendirme akışı

İnsan, doğumundan ölümüne kadar geçen sürede birçok insanla etkileşimde bulunmaktadır. Bu etkileşim insanın kişiliğini, değerlerini ve davranış biçimlerini oluşturmaktadır. Bu toplumsallaşma insanı oluşturduğu, şekillendirdiği gibi aynı zamanda da insanın bireyselliğinin ve özgürlüğünün temelini de atmaktadır. Bu toplumsallık “kimlik” duygusu ile bağımsız düşünme ve eyleme yeteneğini geliştirmektedir. Başka bir ifadeyle, bireyi birey yapan kendi istenciyle kurduğu kişiliği değildir. Toplum ya da topluluk üzerinden kazandığını düşündüğü ve gerçekleştirmeye çalıştığı kimliğidir (Çotuksöken, 2021) (Şekil 4)



Şekil 4. Kimliği Oluşturan Etmenler

Bir kişi olarak var olmamızın temelinde “değer anlayışımız” ve “insan anlayışımız” vardır. Bu davranışlarımız yaşamımıza vermeye çalıştığımız yönü gösterdiği gibi aynı zamanda insanlardan ve kendimizden beklentimizi oluşturmaktadır. Lakin değerler farklı toplumlarda ve çağlarda değişiklik göstermektedir. Bu noktadan hareketle eğer değer kavramı farklı toplumlarda değişiklik gösteriyorsa “kendi öz değeri” bilinemez iddiası ortaya atılmıştır. Bu düşünce bilgi temeli olmayan, dogmatik, kuşkucu bir genellemedir. Bu genelleme iktisattan devşirilmiş malın değerine karşılık bir kavram olmasından kaynaklanmaktadır. Yukarıda bahsettiğimiz gibi burada bir bilgi sorunu söz konusudur. Bu bilgi sorunu; değer, değerli olmayı, değer yüklemeyi ve değer yargılarını “değer olma” ile karıştırılmasından kaynaklanmaktadır (Kuçuradi, 2013).

Dış dünya-düşünme-dil karşılaşmasında, dış dünyanın insanı kapsamasının yanı sıra düşünsel olanla dilsel olan her dil kullanımında yeniden yapılanarak ortaya konmaktadır. Başka bir ifadeyle özne konumuna gelen insan toplumsal ilişkilerinde dil üzerinden kurduğu ilişkiyi bireysel olarak gerçekleştirmektedir (Çotuksöken, 2021). Bu belirsizliği ve karmaşıklığı ortadan kaldırmak adına kavramları tekrar ele almamız gereklidir. O halde “değer”, bir şeyin değeri ve özelliğidir. “Değerlerde” var olan şeyler ve imkânlardır (Kuçuradi,2013).

2.5.1.1. Değer ile İlişkili Kavramlar

Değerlerin gerçekleşmesi “derleme” olarak adlandırılmaktadır. Derleme bir eylem ya da eserde kendini gösterebilmektedir. “Değerlendirme”, insan ve insanla ilgili olan her şeyin değerinin gösterilmesi ve insanın varoluş fenomenlerinden biridir. Değerlerin değerlendirilmesi felsefenin, değerlere değer biçmekse moral ve estetikle ilişkilidir. Bu süreç de insanın akış içindeki yaşamına karşılık gelmektedir. Çalışmamızın ilerleyen bölümlerimde fenomen kavramıyla sıkça karşılaşacağımız için öncelikle bu kavramı tanımlamamız gereklidir. Görüngü olarak da kullanılan fenomen; gözlenebilen ve duyularla algılanabilen her şey -bütün olgu ve olaylar dahil- olarak tanımlanmasının yanı sıra varlığın kendisinde olan şey, gerçek var olan ya da özü ortaya konarak kavranmış her şey -nesne de dahil- olarak tanımlanır (Akarsu, 1975).

“Kişinin değeri”, kişinin toplumdan bağımsız insan haklarını temel alarak eşitliği araç olarak kullanmadan kendi değerini ortaya koymasıdır. “Kişi değerleri”, kişiler arasındaki ilişkide doğrudan veya dolaylı olarak ortaya çıkan değerler – dürüstlük, sevgi, saygı, adil olma, açık düşünme gibi- olup kişilere doğru bağlantılar kurma imkânı vermektedir (Kuçuradi, 2013). Özet olarak değer bir şeyin kendisiyle aynı türden olan şeyler arasındaki özel yeridir. Değerler, eserler veya kişilerin yaptıklarıyla, yaşamlarıyla gerçekleştirilen insan fenomenidir. Kişiler tarafından gerçekleştirilen varlık yapısı ve imkânlarıdır.

2.5.1.2. Değerlendirme Şekilleri

İnsan değerlendiren bir varlıktır, dolayısıyla da insanın var olma şartı ve insan fenomenidir. Bireyin bütün yapıp ettikleri kendi realitesinin bir sonucudur, yani olaylar ve durumlar insanın değerlendirmesinin sonucudur. Her insan hayat anlayışına ve varlık yapısına göre eylemde bulunmaktadır. Bu eylemler de olayları ve tarihsel realiteyi oluşturmaktadır. Tarihsel olaylarda nedensellik olarak benzerlik gösterse de aslında eşsizdir. Öyleyse bir bilgi problemi söz konusudur. Bu bilgiler ışığında Kuçuradi üç çeşit değerlendirme ortaya koymaktadır (Kuçuradi, 2013). İnsanlar günlük yaşamında yaptıkları değerlendirmelerde istenilen ve beklenen özveriyi

göstermemektedirler. Bilgi temeli olmayan ve ezbere şekilde yapılan bu değerlendirmeler “değer biçme” olarak, değerlendirme yapan kişinin kendini merkeze alarak yaptığı değerlendirmeler ise “değer atfetme” olarak tanımlanmaktadır. İnsani bir eylemi, olayı anlamak ya da benzer durumlar arasında değerli olanı bularak yapılan değerlendirme “doğru değerlendirme” olarak tanımlanmaktadır. Buradaki amaç ölçü vermek değildir, insan ve kişi fenomenlerinin farkına varılmasını sağlamanın yanı sıra değer konusunda ortaya çıkan karışıklıkları ortadan kaldırma çabasını amaç edinmektedir. Çünkü yanlış değerlendirmeler bir kenara bırakıldığı takdirde doğru değerlendirme, doğru perspektif ortaya çıkacaktır (Çotuksöken, 2021; Kuçuradi, 2013).

2.5.1.2.1. Değer Atfetme

Öznenin, objenin kendi özelliklerinden bağımsız olarak özenin objeye kendi yüklediği anlama karşılık gelmektedir. Bu durumda öznel bir ilişki söz konusudur, değer yükleyen özneyi ilgilendirmektedir ve rastlantısaldır. Bir şeyin gerçek değerini bulmak için “bir şey ne için değerlidir?” sorusu sormamız gerekmektedir. Çünkü kendi başına doğal halde bulunan bir nesnenin değeri yoktur. Sadece fiyatı ve faydası olabilir (Kuçuradi, 2013).

2.5.1.2.2. Değer Biçme

Bir şeyin kendi değerini görmek yerine geçerli ilkeler, kurallar, normlar, standartlar, modalar ve ölçüler kullanarak yapılan değerlendirmelere karşılık gelmektedir. Bu değer biçme şeklini tanımanın yolu, “-bana göre, -sana göre gibi” gibi nitelendirilen şeyin kendisini hesaba katmadan yapılan nedensel ve ezbere yapılan bir değerlendirmedir (Kuçuradi, 2013).

2.5.1.2.3. Doğru Değerlendirme

Bir kişinin, bir eylemin, kararın, tutum ve davranışın doğru değerlendirilmesi için öncelikle değerlendirme yapacak kişinin, olaylar üzerine düşünmüş, kendini gerçekleştirmiş ve özgür olması gerekmektedir. Daha sonra olayları doğru yorumlamak için “doğru kavramak ve anlamak” gerekmektedir. İnsanın doğru değerlendirmesi, insanın yapı bütünlüğünü görüp anlamak, eylemi kimin ve ne koşullarda yaptığını hesaba katarak, insanı insan yapan özellikleri yakalayıp olay karşısında nasıl davranacağını kestirmesiyle mümkün olacaktır. Doğru değerlendirmenin farkına varan insan diğer insanlarla yaptığı karşılaştırma sonucu, insanın yapıp etmelerini varsa özel durumlarını görüp yorumlama becerisine sahip olacaktır. Özetle bir eylemi doğru değerlendirebilmek için “eylemin kim tarafından ve ne koşullarda” yapıldığını bilmek gerekmektedir. Çünkü hayatta çoğu zaman bir olay, eylem karşısında değil, bir insan karşısında bulunuruz ve önemli olanda bunun farkında olmaktır (Kuçuradi, 2013).

2.5.2. Etik

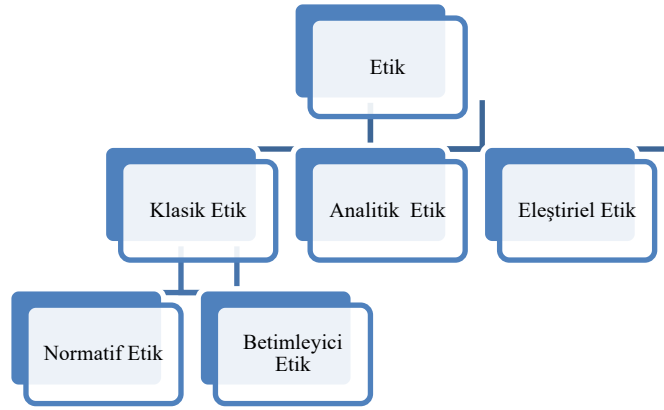
Felsefenin en temel disiplinlerinden biri olan etik ve ahlak birbiri ile yakın ilişkidir. Etik ve ahlak kavramlarının kökenine baktığımızda iki kavramın da aynı anlamdan (töre, gelenek, alışkanlık, huy, mizaç gibi) geldiğini söylememiz mümkündür. Felsefi düzlemde etik ve ahlak kavramlarını ele aldığımızda ahlak felsefeden bağımsız olduğu gibi aynı zamanda da ahlak etğin temel disiplinlerinden biridir, yani “ahlaklılığın felsefesi” olduğunu söylememiz mümkündür. Ahlak kısmen doğal, kısmen de uzlaşma yoluyla oluşmuş gelenek yoluyla aktırılan toplumun düzenini oluşturduğu gibi toplumun pratik yaşamını, dünyaya bakışını da belirleyen lokal ya da yerel kuralların bütünüdür. Kısaca tanımlamak gerekirse de insanların davranışlarını ve birbirleriyle olan ilişkilerini düzenlemek için oluşturulan kurallar ve değerler sistemidir. Etik, insanı insan yapan şeyi yani değerle doğrudan ilişkili olarak ele alan, değer yaratan, değer taşımasına yardımcı olan, cisimleştiren, dünyaya ve hayata salt bilme eksenini üzerinden ve materyalist bir perspektiften -bilgi ve bilme temelli bir bakış açısıyla- bakamayanlara yardımcı olan felsefenin en önemli

disiplinlerinden biridir. Ancak sadece bununla sınırlı değildir. Yirminci yüzyılda kendi dışındakileri ötekileştiren, değersizleştiren tutum ve davranışların yanı sıra ölçüsüz egoizmi ve acımasız davranışların sebebi yine insan olarak karşımı çıkmaktadır. Kişi kendini merkeze aldığı bu davranışların sonucunda da acımasız ve kanlı çatışmalar meydana gelmiştir. Bu ortaya çıkan karmaşa ve problemin düzenleyicisi ise yine insanın kendisi olmak durumundadır bu noktada da insana yardımcı olacak çözüm felsefenin en önemli disiplinlerinden biri olan etik sayesinde (Cevizci, 2014).

2.5.2.1. Etik ve Tarihsel Süreç

Etik sözcüğünün ilk ayak izlerini ele alacak olursak antik dönemden başlamanız gerekmektedir. Etiği, matematik, mantık, fizik ve metafizik gibi disiplinlerden ayırarak yeni bir felsefe alanı olarak ele alan ilk filozof Aristoteles'tir. Lakin Platon'un metinlerinin çoğunluğunda etik düşünceler mevcuttur, özellikle de Sokrates ve Sofistler arasında geçen eğitimin amacına yönelik tartışmalar buna örnek verilmektedir. Sokrates eğitimi etik üzerine kurarken Sofistler eğitimi siyasal yönden ele almaktadır, bunu da retoriği (hitabet sanatı) kullanarak iktidarı ele geçirerek egemenlik kurmak asıl amaçlarını oluşturmaktadır. Bu sebeple de kuşkusuzdur ki Platon'un metinlerinde etiğin varlığından söz etmek mümkündür ama sistematik olarak ele aldığını söylemek mümkün değildir. Platon etik konusunda insani eylemlerini, idealar öğretisiyle birlikte ele alarak ebedi ve değişmez varlık sorunuyla ilişkili olarak açıklamaktadır. Aristoteles insani eylemleri Sofistlerin ve Platon'un iyi üzerine ürettikleri görüşleri kullanarak pratik felsefeyi kuramsal felsefen ayırarak etiğe bağımsız bir alan yaratmıştır. Pratik felsefeyi etik, ekonomi ve politika olarak üç başlık altında toplamış ve insan eylemlerini, bu eylemlerin de ürünlerini konu almıştır. Kuramsal felsefenin konusunu da, değişen, değişmez olan ve var olmakta olan ile sınırlamaktadır (Pieper, 2012).

Cevizciye göre etik; "Felsefenin değerle ilgili boyutunu oluşturan bir temel disiplin olarak, doğru ve yanlışın teorisi; olması gerekenle ilkeleri ele alıp tartışan felsefe disiplini"dir. Etiğin konusunu doğru ve yanlış, iyi ve kötü ya da adalet gibi kavramlar oluşturur. Cevizci etik teorileri dönemsel olarak üçe ayırır; klasik etik (normatif etik ve betimleyici etik), analitik etik ve eleştirel etik (Cevizci, 2012) (Şekil5).



Şekil 5. Etik Teori Türleri

Klasik etiğin bileşenlerinden olan normatif etik, olması gerekeni irdeler. Ahlaki değerleri, erdemleri tartıştığı gibi bu kavramların temelini ararken eylemleri ve pratikleri de konu edinmektedir. Başka bir ifadeyle nasıl yaşamamız gerektiğine dair etik ilkeleri, en yüksek değerleri araştırır. Betimleyici etik, normatif etiğin çoğunlukla temelini oluşturmaktadır. İnsanların ahlaki değerlerini yani olması gerekenden ziyade olanı ve olguyu ele almaktadır. Bu etik anlayışı kurallar bildirmek yerine sadece insanın eylemlerini gözlemler ve bu eylemlerin sonuçlarını betimler. İkinci başlık olan “analitik etik ya da metaetik”, klasik etiğe karşı 20. yüzyılda geliştirilmiş olup ahlak yargılarının anlamını dil ve ahlak ilişkisi içinde analiz eder ve etik önermelerin doğruluğunu belirlemenin yollarını arayan bir düşünme yöntemidir. Başka bir ifadeyle normatif etik gibi ahlak yargıları ortaya koymak yerine ortaya koyulan ahlaki argümanları tekrar ele alıp çözümleme yoluna gitmektedir. Üçüncü etik türü olan aynı zamanda da çalışmamızın temelini oluşturan “eleştirel etik”tir. Bu etik türü 19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren klasik etiğin modern versiyonuna tepki olarak ortaya çıkarken radikal bir eleştiri de getirmektedir. Kıta felsefesinin -geleneksel ve klasik epistemolojiye karşı çıkarak yeni bir epistemoloji ortaya koyarlar- etik anlayışını ortaya koymaktadır. İlk olarak kurucu düşünürler tarafından ortak kabul edilen görüşün, Kant’ın ödev etiği ve yararcılık etik kuramlarının yetersiz kaldığı düşüncesidir. Daha sonra konu edindiği başlıklar; içerikli değer etiği, çağdaş erdem etiği, ötekiyle ilişki etiği, kişisel dönüşüm etiği ve söylem etiğidir. Bu etik anlayışı kıta felsefesi ile bir noktada birleşirken önemli ölçüde ayrılık gösteren konu başlıklarını feminist etik ve postmodern etik oluşturur (Cevizci, 2012; Cevizci, 2014).

Eleştirel etik anlayışı çerçevesinde ilerlediğimizde klasik etiği tekrar ele almamız gerekir. “İyi” üzerine düşünce geliştiren filozoflarda iyi “nitelendirme sıfatı” olarak kullanılmaktadır. Değer yargısının yüklemi olarak iyi, anlam kazanmaktadır. Kısaca söylemek gerekirse iyinin günlük yaşamdaki göreceliğini ortadan kaldırmak bir ölçü sağlamak adına kullanıldığını görmekteyiz. Aynı şekilde “mutluluk” kavramını ele aldığımızda mutluluk herkes için farklı anlam taşımaktadır. Mutluluğu iyi olarak nitelendirmek ise göreceli olanı yine görece ile nitelendirmekten farklı bir durum değildir. Bu sebeple de “etiğin” görevi iyi ve kötü gibi görecelerin aslında etik bir değer olmadığını göstermektir. Yaşadığımız çağı etik özelinde ele alacak olursak deyim yerindeyse orta çağ yaşanmaktadır. Bunun sebebi de değerler adı altında değerlerin harcanması ve bazı değerlerin korunması adı altında zorunlu olmadığı halde rastgele insanların öldürülmesidir. Bu durumların gerçekleştirilmesinde ise etik perde olarak kullanılmakta hatta araç haline getirilmektedir. Bunun kaynağı bilgi eksikliği ve bilimsel çalışmalar yapılırken etiğin arka planda bırakılmasıdır (Kuçuradi, 2018).

İnsan yaşamında kurulan bütün ilişkilerde etik bir ilişki söz konusudur ya da sonunda etik bir ilişki kurulması gerekli görülmektedir. Toplumsal merkezli düşünerek tarihe baktığımızda bu ilişkiler hukuk tarafından düzenlenmekte ve bu sayede de toplum yaşamı meydana getirilmektedir. Lakin hukuk kurallarının değişebilmesi ve toplumdan topluma kuralların farklılık göstermesi problem yaratmaktadır. Sonuç olarak etiğin tarihine baktığımız zaman eylemlerin sonuçlarının ele alındığını ama eylemin kendisine değinilmediği görülmektedir. Etiği bir “bilgi sorunu” olarak ele aldıktan sonra yaşadığımız hayatta insanlara acı veren ve değişmesini istediği olaylar anlaşılmalı, açıklanmalı ve aydınlatılmalı ki çözüm aşamasına geçmek için imkân alanı oluşturulsun. Sonrasında da etiğin insanlara sağladığı bilgi çerçevesinde bilinçlenmek gereklidir. Kısaca etik sorunlardan hareketle “aydınlanma çağının” gelmesi mümkün görülmektedir (Kuçuradi, 2018).

Kuçuradi’ye göre etiğin görevi, olup biten olay ya da eylemlerin temelini keşfetmek ve bu eylem ve olayların temelinde olanı keşfetmemiş olanlara göstermeye çalışmaktır. Bu sayede de olan biten olaylara yön verebilmek ve yapılan eylemlerin sınırını çizebilmek mümkün olacaktır. Aynı zamanda insana, insan yaşamına uygun bir şekilde yaşamını sürdürmesine imkân tanıdığı gibi bu amaca ve çabalara insanların umutla bakabilmesine yardımcı olacaktır. Etiğin bir diğer görevi “kişi değerlerinin” ve

“kişiler arası ilişkilerdeki değerin” anlatılmasıdır. Bu değerlerin analizini yapmak, kişinin yaşamdaki yerini ve insanlara sağladığı imkânları göstermek de yine etiğin işidir. Bu aynı zamanda değerin anlamını, önemini göstermektir, yani “değerlerin değerlendirilmesidir.” Değer kavramının çeşitliliğinin farkına varmak, değerlerin analizini yapmak ve daha adlandırılmamış değerleri var olan değerlere indirgememeye dikkat etmektir. Kişi değerini ve kişiler arasındaki değeri hayata dayanarak anlatmak, değerlendirme yapan kişinin kendini oluştururken problemleri, değer adına yapılan yanlışlıkları görmesini, kişinin kendisiyle hesaplaşmasını ve yanlışlara karşı dikkatli olmasına yardımcı olacaktır. Bir diğer değinilmesi gereken karar verme konusudur. Karar verme, etiğin konusu olmasa da karar verememe etiğin alanına girmektedir. Çünkü kişinin içinde yaşamış olduğu çatışma “etik sorunlarının” kapsamına girmektedir. Bu problemin temelinde yatan sebep ise yine değer bilgisi ve değerler konusundaki bilgisizlik ya da bilgi yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. (Kuçuradi, 2018).

Etik ilişkinin kurulabilmesi için iki kişinin de etik ve özgür olması gerekir. Etik bir kişi olabilmek için öncelikle “isteme” gereklidir. Bu iyi istemenin anlamı, eylemde bulunan kişinin asıl amacının kendine ve başka insanlara insan olarak davranmasıdır - kendini ya da başka insanları araç olarak görmediği- ve buna uygun eylemlerde bulunduğu zaman “ahlaksal değer” taşıdığıdır. “İyi isteme” ölçü olarak Kant’ın etik anlayışında mevcuttur. Kuçuradi’de ise iyi isteme tek başına yeterli değildir, insanın değerinin bilgisine ve bilince ihtiyaç vardır. Bu aynı zamanda doğru değerlendirme bilgi ve becerisidir. Doğru değerlendirme de iyi isteme kadar gerekli görülmektedir. Ayrıca hukukla benzer olarak kişi bilmesi gerektiği halde bilgiye sahip değilse de sorumlu tutulmaktadır. Kuçuradi’nin etik anlayışından hareketle değinilmesi gereken bir diğer kavram “tutumdur.” Bu kavram, bir insan ya da bir grubu sömürme adına değerlerin perde olarak kullanılmasıyla değer harcamayı, insanların ya da grupların onayı alınarak aleyhinde olan bir durumu aslında isteniliyor gibi gösterilmesini ifade eder. Bu noktada da yine bir bilgi sorunu söz konusudur. Buraya kadar kendini gerçekleştiren kişi bu aşamada “yapma” noktasındadır. “Yapma”, doğru isteme ve değerlendirmeyi gerçekleştiren kişinin aynı zamanda eylemde bulunması gerektiğinin ifadesidir (Kuçuradi, 2018).

2.5.3. Tıp Etiği

Tıp etiği uygulamalı etik alanının en önde gelen alanlarından biridir. Hekim ve hasta arasındaki ilişkiyi yani hekimin, hastaya karşı olan sorumluklarını ve görevlerini konu edinmektedir. Lakin sadece hekimle sınırlandırmak mümkün değildir. Sağlık sektörünü, hastayı hatta toplumu da konu edinmektedir. Tıp eğitiminin, sağlık personeli yetiştirilmesinin, sağlık hizmetleri sunumunun, bilimsel araştırmaların, hastalıklarla mücadelenin genel amaca uygun ahlaki ve rasyonel biçimde işleyişini düzenlemekle yükümlüdür. Dayanağı ise devletin gözetici ve düzenleyici etkisidir (Cevizci, 2013). Etik kavramıyla ilişkili olarak tıp etiği, tıp alanındaki davranışlar ve değer sorunlarını ele alarak değerlendirmektedir (Aydın, 2001).

Deontoloji ve tıp etiği ayrımına değinecek olursak “deontoloji” tespit edilen kuralların belirlenmesi, aktarılması ve uyulmasını konu edinirken, tıp alanındaki değer ve ilkelerin analizinin yapılması, yorumlanması ve tartışılması “tıp etiğinin” konu alanıdır. Tıp etiği bu etkinliği gerçekleştirirken evrensel değerler ve ilkelerle hareket etmesi gerekmektedir (Aydın, 2001). Tıp etiği, hekimin yardıma ihtiyacı olan insanlara -hastalara- gerekli tıbbi müdahale ile yardım etme şeklinin normlarla belirlenerek somut hale getirilmesi olarak da tanımlanmaktadır. Hekimin öncelikli görevi hastaya zarar vermeden, hastanın irade ve kararlarına saygı duyarak hastanın sağlığını koruması ya da yeniden sağlığına kavuşması için gerekli araç ve yöntemlere başvurmaktır. Tıp etiğinin başlıca konuları; kürtaj, ötenazi, bitkisel hayat, insanlar üzerinde yapılan deneyler, organ nakli, bilgilendirme yükümlülüğü ve vasilik gibi konulardır. Bu sorunların ortak özelliği etik karakterli sorunların olmasının yanı sıra derin temelli açıklama gerektirmesidir. Bu derin temelli açıklamalar hekime karşılaştığı tekil durumlarda bilgi ve vicdana dayalı karar verme imkânı sağlamaktadır. Kısaca özetleyecek olursak tıp etiğinin konu edindiği sorunların tümünde bir çıkmaz, bunalım ve kararsızlık kabul edilerek değer çatışması söz konusu olmaktadır. Bu değerlerin tartışılarak durum ve koşullar çerçevesinde nedenleriyle beraber hangi değer doğru karar olduğunun belirtilmesi ana amaçtır (Pieper, 2012).

2.5.3.1. Tıp Etiği ve Tarihsel Süreci

Tıp alanında etik değerlerin varlığı Hipokrat öncesine dayansa da hem tıp alanında hem de etik alanında bütüncül bir devrim yapan kişi “Hipokrat” kabul edilmektedir. Bu bütüncül devrim, Hipokrat’ın gözleme dayalı tıp anlayışı ile kendinden önce iç içe geçmiş durumdaki felsefe ve tıp ilişkisinin ayrımını yaparak tıbbın sadece felsefi söylem olarak yetersiz kaldığı düşüncesini savunmaktadır. Hekimin aynı zamanda hastayı gözlemlemesi gerektiği savını ortaya koyar. Bu sayede de modern tıbbın temelini atmasının yanı sıra tıp felsefesine de özerk bir alan açmıştır. Dünya Sağlık Örgütü’nün 1948 yılındaki Cenevre Bildirisi’nde yeniden kaleme alarak günümüzde de geçerliği devam eden “Hipokrat yemini” hekimin hastaya bir nesne olarak davranmasının karşısında durarak insani değerler temelinde tıp uygulamalarının yapılmasının yanı sıra hastaya insancıl davranışlar ve hekimin hastayla ilgilenirken insancıl olması gerektiğini, hastaya ve insanlara insan olarak saygı duyması gerektiğini görev olarak yüklemektedir (Aydın, 2001; Pieper, 2012; Kızıltan, & Brömer, 2018). Ortaçağ Avrupası’nda skolastik düşünceyle Kilise’nin siyasi ve toplumsal alana etkisi olduğu gibi tıp alanında da etkisi olmuştur. Hipokrat’ın aksine felsefe ve tıp iç içe geçerek ruhani bir uğraş alanına dönüşmüştür. İslam dünyası bu durumun aksine yenilikçi bir yapıya bürünmüş ve Antik Yunan’dan çokça yararlanmıştır. Lakin İslam dünyasında da felsefe ve tıp iç içe geçmiş ve hekimler aynı zamanda filozof sayılmışlardır (Kızıltan, & Brömer, 2018). Onuncu yüzyıldan itibaren Avrupa’da üniversitelerin açılmasıyla ilişkili olarak sistemli bir tıp eğitimi başlamıştır. Bu durum ayrıca hekimler üzerinde bir denetimi gerekli kılarak bir evrim sürecine geçildiğini göstermektedir (Aydın, 2001). Rönesans’ta Ortaçağ Avrupa’sında teolojinin çizdiği sınırlar yıkılarak akıl yürütmenin yetersiz kaldığı, deney ve gözlemin gerektiği düşüncesi ile bilimsel düşünmenin yapı taşları konulmuştur. Bu düşünce yapısı ile dinsel düşünce yapısından koparak bilimsel metodolojinin temelleri atılmaya başlanmıştır. En nihayetinde de bu döneme kadar bilim için yöntem olarak kullanılan felsefi epistemolojinin yerini artık doğayı anlamak için geliştirilen yeni bilimsel yöntemlerin aldığı söylenebilir. Aydınlanma Çağında bilim ve felsefe yollarını ayırır ve modern tıp kendini ortaya koymaya başlar. Modern tıp mistik tedavi yöntemlerinden uzaklaştığı gibi felsefeden de uzaklaşmıştır. Sistemli ve deneye dayalı

uygulamalar kullanan bilimsel yöntemlerin tıbbı uyarlanması yoluna girilmiştir. Bu sayede tedavi gücü felsefeden iyice yollarını ayırmış hatta tıp alanında felsefenin gerekli olmadığı düşünceleri yaygınlaşmaya başlamıştır (Kızıltan, & Brömer, 2018).

Günümüzde tıp etiği sayesinde felsefe ve tıbbın yollarının tekrar kesiştiğini söylememiz mümkündür. Söz gelimi Rönesans ile başlayarak modern tıp döneminde gereksiz görülen felsefe, tıp etiği sayesinde tıbbın kendi üzerine düşündüğü, kritik ettiği, sorgulayan, analiz eden, değerlerine ve insanlık onuruna saygı duyan bir bilinç olarak geri dönmüştür. Bu yeni tıp felsefesi anlayışı, gerekliliğini ispat ederek kendine özerk bir alan yaratmıştır. Bu yeni özerk alan sağlık hizmetlerine yönelik etik çalışmalardan akademik, kavramsal alana, deneysel çalışmalardan uygulama alanlarında karşılaşılan etik sorunlara kadar birçok problemi çözümüyle ya da düzenleme için ne kadar gerekli olduğunu kanıtlamıştır. Günümüzde tıp etiği alanına uygun yöntemleri kullanarak tıbbın içindeyken verilmesi zor kararları felsefi bir bakış açısıyla ele alarak tıbbın temellerini, amacını, neden sonuç ilişkisini ve insan değerleri özelinden tekrar tartışmaktadır. Bu bağlamda etik kavramları tanımlama, değerini belirleme, açıklama ve çözümlemenin yanı sıra kavramsal sonuçlara ulaşarak, etik ilke ve değerleri tartışmaktadır. Ayrıca yeni etik öğeler önerme, yeni normları değerlendirilerek kavram ve değerleri felsefi açıdan temellendirmesini sağlamaktadır. Kısaca tıp etiği, deontoloji, hukuk ve etik ilişkisi, meslek etiği konuları, hasta hekim arasında karşılaşılan etik sorunların çözülmesi, sağlık kurumları hatta topluma ilişkin etik sorunların analiz edilmesi, etik danışmanlık sağlamak, hasta hakları ve etik eğitimi gibi birçok alan varlığını sürdürmektedir (Aydın, 2001; Kızıltan, & Brömer, 2018).

Her tür insan ilişkisinin temelinde etik bir eylem ve etik bir ilişki vardır. Bu anlayıştan hareketle de hekim ve hastanın karşılaştığı andan itibaren bir etik ilişki söz konusudur. Bu ilişkide de bilgi temelinden hareketle kamusal da söz konusudur. Bu bahsi geçen kamusal kurumlar arasındaki ilişki, kurumsal ilişkiler ve hukuktur. Bu noktadan hareketle de hekim ve hasta arasındaki ilişki aynı zamanda hukuksaldır demek mümkündür. Hukukun temelinde ise toplumsal ahlak ve özellikle de etiğin olması bir gerekliliktir (Çotuksöken, 2021). Sonuç olarak hekimin etik problem, etik ikilemler karşısında doğru karar verebilmesi için insanın yapısal özelliklerinin yanı sıra tıp etiği hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Mesleki bilgiler hekim

mesleğinin icrası için gerekliliği zorunlu kılarken, insan-varlık bilgisine dayalı bir felsefe anlayışının tıp etiğinin temellerini oluşturmasının çıkılması zor problemler karşısında gerekli olacağı savunulmaktadır (Çotuksöken, 2021). Bu noktada etik ikilem tanımını vermek gerekirse “etik ikilem” bir eylem ya da karar verilmesi gereken durumlarda farklı ilke, kuralların ya da değerlerin eş zamanlı çatışması sonucu ortaya çıkarak bir ilkeyi korurken diğer ilkeyle ya da değerler uğruna değer korunması amaçlanırken, değerlerin harcanması gerektiği durumlar olarak tanımlanmaktadır (Yıldırım, & Kadioğlu, 2007).

2.5.3.2. Kendi ile İlişkisinde Kişi

Değerlendirme insanın var olma şartı ve fenomenidir. Kuçuradi’ye göre kişi değerlerini ve kişiler arası ilişkilerdeki değer konusunu araştırarak ve bu değerlerin analizini yaparak kişilerin yaşamındaki yerini, anlamını, önemini ve sağladığı imkanları göstermek etiğin alanına girmektedir. Bu etik ikilem ve problemlerin çözümünde kişinin kendini değerlendirmesi gerekli görülmektedir. Kişi kendini değerlendirirken de kendine özgü bir etik ilişki içerisinde, bu eylemleri ve kararları ise hayatına yön vermektedir. Bu ilişki aynı zamanda kişinin başkalarıyla olan ilişkisinde de belirleyicisidir. Kısaca söylemek gerekirse kişi eylemlerini “değerlendirme” yaparken kişi hem “eylemi gerçekleştiren” hem de “hesap soran” rolündedir. Bu değerlendirme için de etik bilgisi şarttır. Kişinin kendini değerlendirmesi üç adımda gerçekleşir (Kuçuradi, 2018);

- Birinci adım “bilinçlendirme”: Gerçekleşmiş ya da gerçekleşmemiş bir eylemi kişi kendi gözüyle açığa çıkartarak kendi özel durumu, inançları, değer yargıları ve değer bilgisiyle birleştirmesine karşılık gelmektedir.
- İkinci adım “eylemin değerini belirlemek”: Kişinin imkân ve koşulları çerçevesinde yapabileceklerinin sorusunu kendine sormasıdır.
- Üçüncü adım “hesap verme”: Kişinin yaptığı eylemin doğruluğunu, yanlışlığını ve bu eylemin arkasındaki nedenlerin açıklamasını yapabilmesidir.

Son tahlilde bir kişinin etik değeri, yapıp etmeleri yani eylemlerinde ortaya koyduklarının insan için anlamı ve bunların kişide oluşturduğu anlamdır. Her insan kendi imkânları ve olanakları çerçevesinde bunu gerçekleştirirken kimileri de

gerçekleştirememektedir. Kişinin kendi olanaklarını geliştirdikçe yaşantı ve eylemlerinin değişeceği ön görülmektedir. Son olarak kişinin davranışa dönüştürmesi gerekmektedir (Kuçuradi, 2018).

2.5.3.4. Tıp Etiğinin Temel İlkeleri

Hekim veya sağlık personelinin öncelikli ve temel görevi hastaya zarar vermeden, hastanın iradesine karşı bir eylemde bulunmaksızın insanların sağlığını korumayı hedeflemesinin yanı sıra sağlığını yeniden kazanmak için gerekli yöntem ve araçları kullanarak tedavi etmeyi amaçlamaktadır (Cevizci, 2013). Bu amacı gerçekleştirirken sağlık alanındaki etik konular, etik ikilemler ya da problemler hakkında basit ve kolay düşünmeyi sağlayarak tarafsız bir bakış açısı sağlamada dört ilkedен yararlanılmaktadır. Bu temel ilkeler yararlı olma, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet ilkeleridir. Bu ilkeler düzenli kurallar vermek yerine hekim ve sağlık çalışanlarına çalışma ortamlarında ortaya çıkan etik problemler üzerine düşünmesine ve karara varmasına yardımcı olmayı hedefler (Elçioğlu, & Kırımlıoğlu, 2003).

2.5.3.4.1. Yararlı Olma İlkesi

Tıbbın temel amacı sağlığı korumak ve sürdürmekle birlikte hastalık ve sorunları tespit ederek hastalıkları ya da sorunları tanımlamak, hastanın iyiliğini ve yararını temel alarak hastayı tedavi etmek, kaybettiği sağlığına tekrar kavuşmasını sağlamak, ağrılarını dindirmek ve hastaya her durum ve koşulda yarar sağlamaktır. Kaybedilen sağlığın yeniden kazanılması ve bunun için verilen uğraş tıbbın yaratıcı, iyileştirici ve sanatçı tarafını oluşturmaktadır. Hipokrat'a kadar uzanan bu temel amaç aynı zamanda "faydalı ol!" (*utilis esse*) ilkesini oluşturur (Cevizci, 2013; Elçioğlu, & Kırımlıoğlu, 2003). Yararlı olma ilkesi yeni tedavi yöntemleri, riskli olan tedaviler noktasında zarar vermeme ilkesi ile hekimin hastanın yararını düşünerek aldığı tıbbi tedavi kararları sırasında hastanın kendi bedeni ve tedavi üzerindeki karar verme hakkı yani paternalizm (babacıl tutum) gibi etik sorunlar ile özerkliğe saygı ilkesi ile yolları kesişmektedir. Son tahlilde bu ilkeler birbiriyle ilişki içindedir çünkü tıp insanları, hastalıklara karşı koruyan, hasta olduklarında tedavi etmeyi amaçlayan yararlı olmak

üzerine kurulan ve birçok bilme şekli ve bilimi bünyesinde bulunduran bir alandır (Aydın, 2001; Demirhan Erdemir, & Şaylıgil Elçinoğlu, 2000).

2.5.3.4.2. Zarar Vermeme İlkesi

Tıp etiğinin hasta ve hekim arasındaki ilişkiyi düzenleyen ve hekimin yükümlüğünü belirleyen diğer bir ilke “öncelikle zarar vermeme” (*primum non nocere*) söyleminden hareketle zarar vermeme ilkesidir. Bu ilke de yararlı olma ilkesi gibi Hipokrat’a dayanmaktadır. Hipokrat’ın anlayışından hareketle de bu ilkenin temel amacı doğal süreçte iyileşmenin mümkün olduğu durumlarda hekimin gereksiz müdahaleler sonucunda, bu durumun ortadan kalkmasına ya da başka zararlara -yan etki, komplikasyon, hatalı tıbbi uygulama gibi- sebep olmanın önüne geçmeyi hedeflemektir. Ayrıca hekimin, hastada gelecekte oluşabilecek istenmeyen etkileri düşünmesi ve tıbbın koruyucu anlayışına paralel olduğu gibi sonuçları kesin olarak bilinmeyen, başarısı henüz kanıtlanmamış tedavi yöntemlerine karşı hastayı korumak ve hastanın iyiliğini sağlamaktadır. Bu noktadan hareketle de zarar vermeme ve yararlı olma ilkeleri aslında birbirleri karşıt olmayan birbirlerini tamamlayan ilkelerdir (Aydın, 2001; Cevizci, 2013).

2.5.3.4.3. Özerkliğe Saygı İlkesi

Özerklik kelimesinin kökeni kendi ve yasa sözcüklerinin birleşimi olan Grekçe *autonomos* sözcüğüdür. Anlam olarak kişinin kendisi hakkında düşünmesi, değerlendirme yapması ve özgürce karar vermesi sonucunda eylemde bulunması olarak tanımlanmaktadır. Hastanın iyiliği ve tedavisiyle yükümlü olan ve gerekli deneyim ve bilgiye sahip olan hekimin hastanın yararı için en doğru kararı alacağını ifade eden paternalist yaklaşıma bir alternatif olarak geliştirildiğini söylemek mümkündür. Yararlı olma ve zarar vermeme ilkelerinde olduğu gibi uygulanacak tedavinin niteliği ve hekimin yükümlülüğünden ziyade hastanın kendi hakkında kendi kararını alarak uygulanacak tedaviyi onaylama sürecini ifade eder. Bu sebeple de bazı noktalarda yararlı olma ve zarar vermeme ilkeleriyle çatışma olabilmektedir. Tıp etiği ya da hekimlik minvalinde ele aldığımızda en temel kurallardan olan hasta haklarına,

değerlerine ve inançlarına saygı duymayı temel almaktadır. Hastanın çıkarlarını koruyarak zarar görmesini engellemek ve yarar sağlamayı hedefleyen bir çeşit karşılıklı fayda sağlama çerçevesinde oluşan bir tür sözleşme olarak tanımlamamız mümkündür. Karşılıklı fayda sağlamayı amaçlayan ve iki tarafı da korumayı hedefleyen bu sözleşme ise “aydınlatılmış onam (rıza)” olarak karşımıza çıkmaktadır. Aydınlatılmış onam, hastaya yapılacak müdahale için önceden bilgi verdiği gibi aynı zamanda hastanın onayının alındığını ifade etmektedir. Bu aydınlatma bilgi sahibi olan hekimin uygulayacağı tedaviyi, şeklini, tedavinin sonuçlarını, risk durumunu ve oluşabilecek komplikasyonlar, alternatifler hakkında hastayı ayrıntılı bir şekilde, kavraması sağlanarak bilgilendirmesidir (Cevizci, 2013; Demirhan Erdemir, & Şaylıgil Elçinoğlu, 2000; Elçioğlu, & Kırımlıoğlu, 2003).

2.5.3.4.4. Adalet İlkesi

Tıp etiğinin önemli ilkelerinden biri olarak ele alacağımız son ilke “adalet ilkesi”dir. Adalet kavramı hukuk alanına ait olarak görülse de aslında insan ve toplumsal yaşamı düzenlemektedir. Adalet kavramı üzerine birçok tanım ve tartışma yapılmaktadır. Bizim ele alacağımız nokta ise tıp alanında değer sorunları üzerine tartışmaları ele alan tıp etiği ile ilişkisi noktasındadır. Tıp etiğinden hareketle adalet ilkesinin karşılığı sağlık alanındaki mevcut kaynakların dağıtımıyla ilgili olan etik problemlerin çözüme ulaştırılması için yararlanılmasıdır. Daha geniş bir anlamda söylemek gerekirse tıp alanındaki devlet politikaları, halk sağlığı faaliyetleri, tedavi amaçlı hizmet veren sağlık kurum ve kuruluşlarının sunduğu tıbbi hizmeti toplumu oluşturan her bireye adaletli şekilde dağıtılmasının gerekli olduğunun yanı sıra bu hizmetlerin sunumunda hangi şekilde daha adaletli olacağı üzerine tartışmaları ifade eder. Kaynakların kısıtlı olmasının sebep olduğu etik problem ve etik ikilemlerde de başvuru yine adalet ilkesidir. Bu kaynak kısıtlılığının içeriğini tıbbi araç-gereç, tıbbi malzeme, insan gücü, sunulan bütün tıbbi hizmetler oluşturmaktadır. Ayrıca adalet ilkesi hekimin bütün hastalara karşı eşit davranmasının yanı sıra hekimlik mesleğinin icrası sırasında önyargılar, duygusal davranışlar ve geleneksel kültürel görüşlerini bertaraf etmesi gerektiğine de vurgu yapmaktadır (Aydın, 2001; Cevizci, 2013; Elçioğlu, & Kırımlıoğlu, 2003).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

“Gerçekleştirilen araştırmaların uygunluğu veya saçmalığı, tamamıyla “fenomenolojik” tutumun tutarlılığına ve sağlığına bağlıdır”

Edmund HUSSERL

3.1. Araştırmanın Tasarımı ve Yöntemi

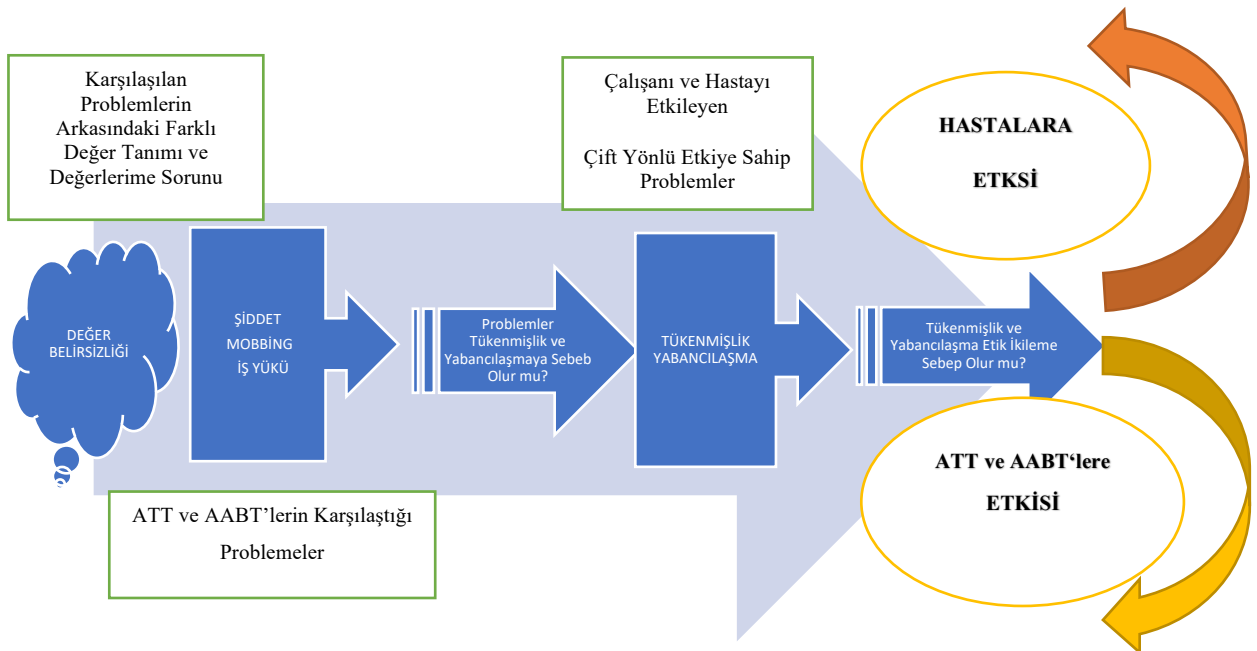
Literatürde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşıma konularıyla karşılaşmıştır. Bu konular 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının yaşadığı problemler olarak görülmektedir. 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çalışma ortamları içinde bu problemleri çok yönlü anlamak için bütüncül bir yaklaşım hedeflenmiştir.

Doğası gereği karmaşık bir yapıya sahip olan insana dair bilgiyi nicel verilerle anlaşılır ve/veya genellenebilir kılmanın ve buna dayanarak değişmez ilkeler ve kurallar oluşturmanın yanılgıya neden olabileceği savunulmaktadır. İnsanla ilgili sorunların değerlendirilmesinde fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik etkenlerin dâhil edilmesinin, sürekli değişim halinde olan duygulara, düşüncelere ve yaşantılara sahip olan ve sosyal alanda çeşitli etmenlere göre şekil alıp hareket eden insanın bütüncül olarak ele alınmasının, problemin doğal bağlamında değerlendirilmesinin ve karmaşık olguların açıklamasında insanların kişisel deneyiminden yararlanılmasının önemi araştırmanın yöntemini belirlemede dayanak oluşturmuştur (Yıldırım & Şimşek, 1999).

Çalışanların düşünce ve deneyimleri üzerinden problemleri görünür kılmak, problemlerin arkasındaki ortak problem olarak görülen “değer” konusunu gösterebilmek, bireylerin düşünce ve deneyimlerinden hareket ederek genel problemi tespit etmek, problemlerin başta çalışanlara etkisi olmak üzere çalışanların ilişki içinde olduğu yöneticiler, hasta ve hasta yakınları arasında nasıl bir etki yarattığı gösterebilmek için çalışanların düşünce ve deneyimleri üzerinden incelenme yapmaya imkân tanıyan nitel araştırma (Yıldırım & Şimşek, 1999), yöntem olarak belirlenmiştir.

3.2. Araştırmanın Deseni

Deneyisel yöntem olarak görülen fenomenoloji, Creswell tarafından, “bir veya birkaç kişinin fenomen ya da kavramla ilgili yaşanmış deneyimlerinin ortak anlamı” olarak tanımlanmaktadır (Creswell, 2016). Fenomenoloji yöntemi olay ve olguları derinlemesine inceleme imkânı sağlarken insanların olay ve olgulara karşı attığı anlamlara odaklanmaktadır (Creswell, 2016; Güçlü, 2019; Güler, Halıcıoğlu, & Taşgın, 2015). Böylece hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının problemlerini (şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşma) deneyimleri özelinde irdeleyerek bu deneyimlerin ortak “öz”ü olan “değer” kavramındaki belirsizlik, farklı düşünceler ve atfedilen değer tespit edilerek görünür kılınabilir. Tezde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının ilişkide olduğu yönetim, hasta ve hasta yakınları tarafından nasıl bir değer gördüklerine dair düşünceleri ve deneyimleri alınmıştır. Ayrıca problemlerin arkasındaki değer ilişkisi, problemlerle ilişkili görülen faktörler tanımlanmaya çalışılmıştır. Elde edilen veriler problemlerin çalışana ve hastalara karşı sonuçlarıyla beraber bütüncül olarak ele alınmaya çalışılmış ve bu değer ilişkisine dair farklı düşünce ve faktörler “değer belirsizliği” adı altında betimlenmiştir (Şekil 6).



Şekil 6. Konunun Bütüncül Olarak Ele Alınması

3.3. Araştırmanın Soruları

3.3.1. Tanımlayıcı Sorularla İlişkili Araştırma Soruları

- 1) Görüşme sorularına verilen cevaplar meslekle ilişkili mi?
- 2) ATT ve AABT'ler şiddet ve mobbinge karşılaştı mı?
- 3) Hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetleriyle önceki işleri arasında fark var mı?

3.3.2. Değer Belirsizliği ve Değerlendirmeye İlişkin Araştırma Soruları

- 1) Hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan ATT ve AABT'lerin ilişkide olduğu (yöneticiler, sistem, hasta ve/veya hasta yakınları) faktörler arasında farklı değer tanımı ve değerlendirme var mı?
- 2) Pandemi sürecinde çalışanlar ve ilişkide olduğu faktörler arasında değer tanımında ve değerlendirmede farklılıklar oldu mu?

3.3.3. ATT ve AABT'lerin Çalışma Koşulları, Karşılaştıkları Problemler ve Problemlerin Arkasındaki Değer Belirsizliği Üzerine Araştırma Soruları

- 1) Problemlerde etkili olan faktörler nelerdir?
- 2) Problemlerin arkasında değer belirsizliği var mıdır?
- 3) Çalışma koşullarının hastaya, çalışana etkisi ve değer belirsizliğiyle ilişkisi var mı?
- 4) Çalışanların karşılaştıkları bu problemler (şiddet, mobbing ve iş yükü) tükenmişlik ve yabancılaşmaya sebep olur mu?
- 5) ATT ve AABT'ler tükenmişlik ve yabancılaşma yaşıyor mu?
- 6) Tükenmişlik ve yabancılaşmada etkili olan faktörler ve çalışanlara etkisi nedir?
- 7) Tükenmişlik ve yabancılaşmanın hastalara etkisi var mı?
- 8) Problemlerin tamamı (şiddet, mobbin, iş yükü, yabancılaşma ve tükenmişlik) hasta ve çalışanları nasıl etkilemektedir?

3.3.4. Etik İkilem Üzerine Araştırma Soruları

- 1) Tükenmişlik ve yabancılaşma etik ikilem yaşamaya sebep olur mu?
- 2) Verilen etik ikilem örnekleri nelerdir?

3.4. Araştırmanın Hipotezi

H(1) Hastane öncesi 112 acil sağlık çalışanlarının yaşadıkları şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşma gibi problemlerin arkasında değer belirsizliği bulunmaktadır

H(2) Değer belirsizliği etik ikilemlere neden olmaktadır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Fenomenolojik araştırmalarda öncelikle ortak deneyime sahip bireylerin bulunduğu bir bölge seçilmelidir (Güler ve ark., 2015). Bu veri toplama bölgemiz araştırmamızın evreni ve örnekleminin beliryecisidir. 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları araştırmamızın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem, Bursa İli Acil Sağlık Hizmetleri Başhekimliği verileri temel alınarak belirlenmiştir. Bursa 112 Komuta Kontrol Merkezi Başhekimliği acil yardım istasyonlarında görev yapan toplam 1164 personel bulunmaktadır. Aktif görevde olanların sayısının tespitinde Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (ASOS) 2021 yılı ocak ayı planlama verileri dikkate alınmıştır. İstasyon içinde görevli olan, ücretsiz izinde ve süt izninde olan personel hesaplama dışında tutulmuştur. Buna göre; Bursa ilinde acil sağlık hizmetleri istasyonlarında görev yapan 1.015 personel sayısına ulaşılmıştır. Bu personelin 827'sini ATT ve AABT'ler oluşturmakta olup A2 tipi istasyonlarda görev yapan ATT sayısı 546, ABBT sayısı 257'dir.

Fenomenolojik araştırmanın örneklem boyutu 6 ile 10 kişi arasında olabileceği ifade edilmektedir. Fenomenolojik araştırmalarda asıl örneklem konusunda ortak düşünceler fenomenin “öz”ünün belirlenmesi amacı ve çalışmanın tamamlanabilir olması hem zaman hem maliyet yönünden ele alındığında mümkün olduğunca örneklem boyutunun küçük tutulması gerektiği söylenmektedir. Bu noktada belirleyici olan ise “doyum noktası”dır (Güçlü, 2019). Nitel araştırmalar, nicel araştırmaların aksine katılımcı sayısından çok katılımcıların deneyimlerinden hareket etmektedir. Bu sebeple önemli olan fenomenle bireyin deneyimleridir. ATT ve ABBT'lerin mevcut içerisindeki oranı dikkate alınarak örneklem dağılımı 7 ATT ve 3 AABT olarak belirlenmiştir. Lakin gönüllük esası ve pandemi süreci katılımcı sayısının

belirlenmesinde etkili olmuştur. AABT olarak çalışanların bazılarının aynı zamanda ATT eğitimi almış olmaları ve mesleki farklılıklardan çok birey deneyimi odaklı bir çalışma yaptığımız için örneklem eşit alınarak 5 ATT ve 5 AABT olarak güncellenmiştir. Araştırmanın yapıldığı sırada küresel bir salgınla mücadele söz konusu olduğu ve bu durumun araştırma verilerini etkilemesinin öngörülmesi üzerine araştırma sorularında pandemi öncesine ilişkin soru olmasından kaynaklı olarak en az 2 yıl iş deneyimine sahip ATT ve AABT’lerden oluşturulması planlanmıştır. Bu kriterimize bağlı olarak katılımcıların arasında en az iş tecrübesine sahip olan çalışan 3 yıllık iş tecrübesine sahiptir.

3.5.1. Araştırmada Katılımcıların Dışlanma Kriterleri

Bursa ili acil sağlık hizmetleri istasyonlarının çoğunu A2 Tipi (ekip içerisinde hekim bulunmayan) istasyonlar oluşturduğundan ve A1 tipi istasyonlarda görevli olan hekimler (n=42) yenidoğan sevklerinde, hastaneler arası komplike vakaların sevklerinde ya da iller arası nakillerde görev aldıklarından, görevli olan hemşireler (n=3) ve sağlık memurları (n=4) sayılarının az olmasından, şöforler ise tıbbi müdahale ve karar aşamasında görevli olmadıklarından araştırma kapsamı dışında bırakılmışlardır. Araştırmanın yapıldığı sürede covid-19 pandemisiyle mücadele söz konusu olduğu için pandemi öncesinde çalışmayan personel kapsam dışı bırakılmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcı	Cinsiyet	Meslek	Yaş	Çalışma Süresi (Yıl)	Önceki İş Tecrübesi
K1	Erkek	ATT	29	10	Yok
K2	Kadın	AABT	26	6	Yok
K3	Erkek	AABT	26	6	Var
K4	Erkek	AABT	30	8	Var
K5	Erkek	AABT	27	3	Var
K6	Kadın	ATT	30	11	Var
K7	Kadın	ATT	38	12	Var
K8	Kadın	AABT	27	7	Var
K9	Erkek	ATT	29	11	Yok
K10	Erkek	ATT	30	8	Var

3.6. Veri Toplama Aracı

112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının ortak deneyiminden yararlanmak hedeflenmiştir. Bazı ortak deneyimleri bilmek terapistler, öğretmenler, sağlık personeli ve politikacılar için değerli olabilmektedir. Yine bu özellikle paralel olarak nitel araştırmalarda çoğunlukla yararlanılan görüşme yöntemi kullanılmıştır. “İnsanlarının olay ve olgular hakkındaki görüşleri, kendi tecrübeleri, duygusal birikimleri ile algı ve değerlerinin belirlenmeye çalışıldığı durumlarda başvurulan görüşme yöntemi, detaylı bilgi sağlaması ve uygulama kolaylığı açısından tercih edilmektedir” (Creswell, 2016). Araştırmada 112 acil sağlık çalışanlarının deneyimleriyle, problemlerinin ardındaki değer ilişkisinin ve yaratacağı etik ikilemlerin tanımlanması istendiğinden yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi belirlenmiş olup çalışanların deneyimlerine dayanan, birbiri ile ilişkili genel ve açık uçlu sorular oluşturulmuştur. Amacımız araştırmamıza katılanların katkı ve deneyimlerinden yararlanarak teori ve pratik uyumunu yakalamaktır.

3.6.1. Görüşme Formu

Görüşme formu tanımlayıcı sorular ve görüşme soruları olmak üzere iki bölüm ve toplam 12 sorudan oluşmaktadır (EK-1). Görüşme sorularında ilgili konuda derine inme adına sonda sorular yer almaktadır. Katılımcılardan tanım yapılması istenen 9., 10. ve 11. sorularda katılımcının verdiği tanımlamanın doğruluğu görüşme sırasında araştırmacı tarafından değerlendirilmesi, tanımda yanlışlık varsa araştırmacı tarafından kavram tanımlaması verildikten sonra soru tekrarlanması planlanmıştır. Lakin bütün katılımcıların tanımlarının eksik olduğu fark edildiği için bütün katılımcılara öncesinde tanımlar verilmiştir. Verilerin toplanılması sırasında 10 katılımcı ile görüşme yapılmış bütün sorular sorulmuştur ve yanıtlanması beklenmiştir.

3.6.2. Görüşme Formunun Geliştirilmesi

Görüşme formu hazırlanırken öncelikle literatürde acil sağlık hizmetleri çalışanları üzerine yapılan çalışmalar incelenmiş ve bu bağlamda sorular hazırlanmıştır. Soruların anlaşılır olması adına araştırma öncesi biri ATT biri AABT olmak üzere iki kişiyle deneme görüşmesi yapılmış anlaşılmayan alanlar tekrar düzenlenerek kullanılan görüşme formu hazırlanmıştır. Yapılan deneme görüşmeler verilerin içine dahil edilmemiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Görüşmelere etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra başlanmış olup katılımcıların uygun gün ve saat belirlemesi üzerine mahremiyetin sağlandığı alanlarda yüzyüze ve online olarak gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerden önce katılımcılara konu ile ilgili aydınlatılmış onam formu okunmuş ve araştırmacı kendini tanıtmıştır. Gerçek isimler sadece araştırmacı tarafından bilinmektedir. Katılımcılardan ses kayıt cihazı kullanılması yönünden izin alındıktan sonra kayıtların doküman haline getirilmesi esnasında isimleri katılımcı numarası ile kodlanarak (K1, K2, ...K10) kayıt altına alınmıştır. En kısa süren görüşme 20 dakika olup en uzun süren görüşme 40 dakikadır. Kayıtların dökümanlara dökülmesi esnasında bazı kelimeler düzeltilmiş, özne ve yüklemelerin anlaşılır olunması adına müdahalede bulunulmuş, cümle içeriği ve anlamı değiştirilmemiştir. Ses kayıtlarının dökümanları toplam 64 sayfa olup en kısa doküman 5 sayfa, en uzun doküman 8 sayfadır. Görüşmeler esnasında araştırmacı günlüğü tutulmuş, katılımcılar gözlenerek ifade ve mimikler derinlemesine bir inceleme sağlamak adına not alınmıştır.

Bir yıl olarak planan veri toplama süresi kurum izninin beklenmesi, pandemi süreci ve katılımcıların uygun olma durumlarıyla ilişkili olarak planlanandan daha uzun sürede (yaklaşık 19 ay) tamamlanmıştır. Kurum izninin 22.04.2021 alınmasının ardından röportajlara başlanılmış olup son röportaj 08.11.2022 tarihinde gerçekleştirilmiştir.

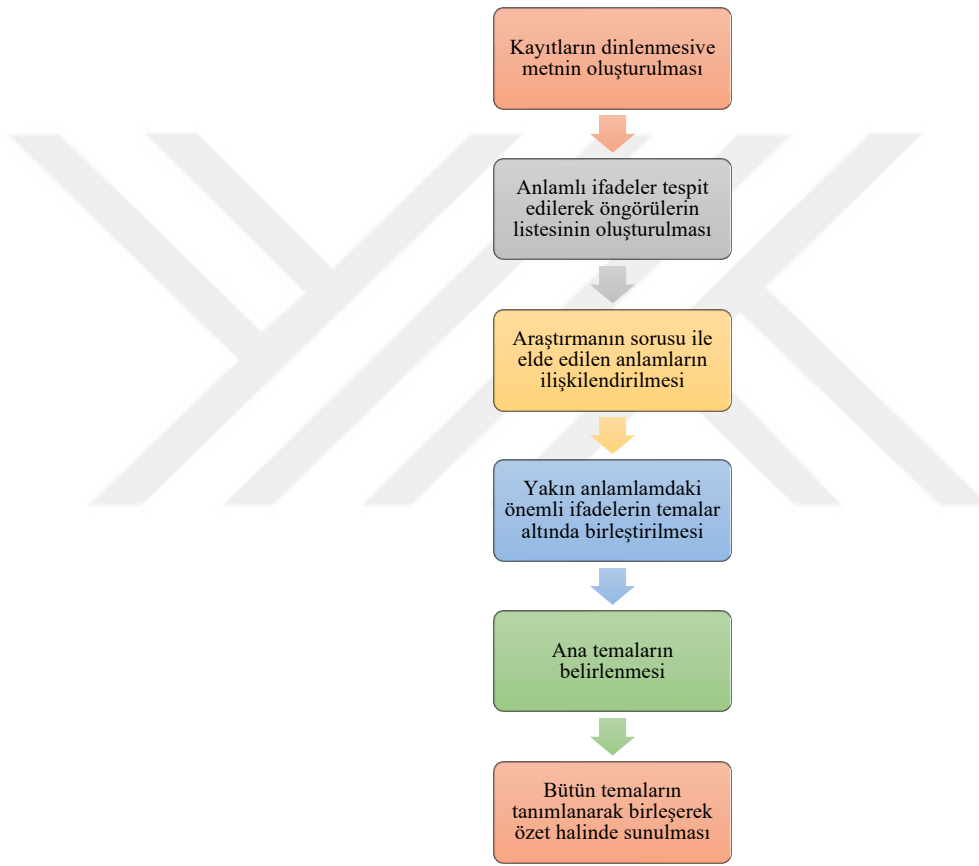
3.8. Araştırmacının Rolü

Creswell, araştırmacının katılımcıların nesnel gerçeklik ve bireysel deneyimlerinin birleşimi hakkında bilgi sahibi olması gerektiğini düşünmektedir (Creswell, 2016). Bu düşünceye paralel olarak araştırmacının hasta öncesi acil sağlık hizmetlerinde ATT olarak görev yapması, hem alan diline hâkîm olmasına hem de katılımcıların daha rahat paylaşımda bulunmasına yardımcı olmuştur. Creswell, fenomenoloji çalışmalarında araştırmacının felsefî varsayımlardan birazda olsa anlamasının gerekli olduğunu söylemektedir. Çünkü araştırmacının konuyla ilgili varsayımlar belirlemesinin gerekli olduğunu ve bu felsefî kavramların soyut olması nedeniyle bunun yazılı olarak gösterilmesinin araştırmacıyı zorlamayacağını düşünmektedir (Creswell, 2016). Bu görüşle paralel olarak araştırmacının felsefe lisans eğitiminin olması araştırmanın teorik alandan pratik alana geçmesinde ve varsayımların belirlenmesinde yardımcı olmuştur. Creswell'in bu noktada bir de uyarısı bulunmaktadır. Görüşmecilerin deneyimleri üzerinden fenomeni nasıl anladıklarını ve bütün yönüyle betimledikleri sırada araştırmacının mümkün olduğunca kendi deneyimlerini ön yargılardan arındırması gerektiğini söylemektedir. Bu durumu da paranteze alma işlemi olarak tanımlar ve yapılması gerektiğini belirtir. Araştırmacının kendi anlayışını nasıl ve ne şekilde dahil edeceğini bilmesinin süreçte yararlı olacağını söylemektedir (Creswell, 2016). Kendi deneyim ve düşünceleri ile görüşmecilerin düşünce ve deneyimlerinin yönünü değiştirmemek adına görüşme esnasında araştırmacı deneyim ve düşüncelerini askıya almış olup sadece soruların anlaşılmadığı durumlarda konuyu anlaşılır kılmak adına açıklamalarda bulunmuştur. Yaşadıkları olumsuz olaylara karşı üzüntüsünü bildirilerek iyi dileklerde bulunulmuştur. Pandemi süreci ve genel olarak işlerine verdikleri özveri ve emeklerine karşı teşekkür iletilmiştir.

3.9. Verilerin Analizi

Ses kayıtları ve dokümanlar birkaç kez tekrar edilerek kontrol edilmiştir. Veriler dolaylı kodlama türü kullanılarak seçici kodlama yöntemi ile kodlanmıştır. Kodlarda birbiriyle ilişkisi bakımından tematik kodlama yapılmıştır. İçerik analizi

yapılırken karşı görüşler verilerek tarafsız bir duruş sergilenmeye çalışılmıştır. Sonuçların şeffaf olması adına da MAXQADA 2022 programı kullanılarak veriler işlenmiştir. Verilerin analizinde betimleyici ve içerik analizinden yararlanılmıştır. Sonuçların raporlanmasında ise tikelden tümele bir yol izlenmiş, konu bireylerin deneyimlerinden hareket edilerek problemin bütüncül olarak ele alınması ile evrensel bir çıkarım elde edilmeye çalışılmıştır. Şekil 7’de içerik analizi detayları verilmiştir (Güçlü, 2019).



Şekil 7. Fenomenoloji Araştırmalarında İçerik Analizi

3.10. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenirliliği

Görüşme soruları literatür taranarak hazırlanmıştır. Sorular hazırlandıktan sonra iki tane deneme çalışması yapılarak sorular tekrar düzenlenmiştir. Görüşmecilerin görüş ve deneyimlerine müdahale edilmeden gerekli onamlar alınarak ses kayıtları alınmıştır. Görüşmecilerin deneyim ve düşüncelerini paylaştıktan sonra

tekrar edilerek onayları alınmıştır. Ses kayıtları doküman haline geldikten sonra tekrar dinlenerek kontrol edilmiştir. Kodlamalar konu bütünlüğü içinde yapılmış ve üst grupları, alt grupları tekrar kontrol edilmiştir. Sonuçların şeffaf olması adına bilgisayar destekli analiz yapılmıştır. Bulgular ayrıntılı olarak hem tablo hem içerik olarak verilmiştir. Karşı görüşler verilerek tarafsız bir duruş sergilenmiştir.

3.11. İzin ve Onaylar

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 20 Ocak 2021 tarihinde 2021-2/12 Karar ile (EK-2) onay alındıktan sonra Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurulmuş olup Bursa Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı'ndan 22.04.2021 tarihinde E-15729681-799 sayılı olur kararı (EK-3) alındıktan sonra gönüllü olan ATT ve AABT'ler ile görüşmelere başlanmıştır.

4. BULGULAR

“Araştırma dürtüsü felsefelerden değil şeylerden ve problemlerden yola çıkmalıdır.”

Edmund HUSSERL

Araştırmamızın bulgular kısmı beş ana başlık altında değerlendirilmiştir. İlk başlıkta cinsiyet, 112 acil sağlık hizmeti dışında iş tecrübesi olup olmaması, 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışma süresi, 112 acil sağlık hizmeti sunumunda şiddet ve mobbinge karşılaşma durumları olarak belirlenen tanımlayıcı sorular değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı soruların betimsel analizi, verilen cevapların meslekle (ATT, AABT) ilişkiseliliği ve değişkenlere (cinsiyet, iş deneyimi, 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışma süresi) göre kodların (problem başlıkları) dağılımı verilmiştir. Bu bölümde son olarak 112 acil sağlık hizmeti dışında iş tecrübesi olanların görüşlerinin içerik analizine yer verilmiştir.

İkinci ana başlığımızı görüşme soruları oluşturmaktadır. Bu ana başlığımızın altında yer alan bütün alt başlıklarda içerik analizi yapılarak diğer katılımcıların görüşleri şekiller üzerinden gösterilmiştir. Görüşme sorularında ilk olarak değer belirsizliği, pandemi ilişkisinde değer belirsizliği ve değerlendirme şekillerindeki çeşitlik konuları alt başlık olarak ele alınmıştır. Bir sonraki alt başlığımızda 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çalışma koşullarının hastaya ve çalışanlara etkisi incelenmiştir. Bu bölümde çalışanların problemleri başlığı altında şiddet, mobbing ve iş yükü tek tek ele alınarak bu problemleri etkileyen faktör ve arkasında değer belirsizliği ilişkisi analiz edilmiştir. Karşılaşılan bu problemler (şiddet, mobbing, iş yükü) ve yabancılaşma, tükenmişlik arasındaki ilişkinin analizi yapılmıştır. Ardından 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının çift yönlü problemleri olan tükenmişlik ve yabancılaşma konuları ayrı ayrı ele alınarak etkileyen faktörler ve etik ikilem ilişkisinin içerik analizi yapılmıştır. Son olarak bütün problemlerin (şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşma) çalışanlara ve hastalara etkisinin içerik analizi yapılmıştır.

Üçüncü başlık etik ikilem sorusu olup çalışanlardan etik ikilem örnekleri verilmesi istenmiştir. Dördüncü başlığımız “kelime bulutu”dur. Kelime bulutu, şekil

yardımı ile görüşmelerde en çok tekrar eden kelimelerin gösterimi sağlanmıştır. Son başlığımız genel tablodur. Bu tabloda çalışanların karşılaştığı bütün problemler ve katılımcıların düşünceleri yüzdelik olarak verilmektedir.

4.1. Tanımlayıcı Soruların Analizi

Tanımlayıcı sorular dört ana başlık altında toplanmıştır. İlk üç başlık altında benzerlik analizi yapılırken dördüncü başlığımızda içerik analizi yapılmıştır.

4.1.1. Tanımlayıcı Soruların Betimsel Analizi

Görüşme formunda yer alan tanımlayıcı soruların tamamına cevap verilmiştir (Tablo 6). Araştırmaya katılan 10 katılımcıdan (ATT ve AABT) 4'ü kadın, 6'sı erkektir. Hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetlerinden önce iş tecrübesine sahip olan 7 katılımcı vardır. Diğer 3 katılımcının daha önce hiçbir iş deneyimi olmamıştır. Katılımcılar arasında 112 acil sağlık hizmetlerinde en az iş tecrübesine sahip olan çalışan 3 yıldır görev yapmakta olup en fazla iş tecrübesi süresi 12 yıldır. Katılımcıların hepsi şiddet türlerinden en az birine maruz kalmış, 4'ü mobbing ile karşılaşmıştır. Aşağıdan yukarı mobbinge hiçbir katılımcı karşılaşmadığı için tabloda yer verilmemiştir.

Tablo 6. Tanımlayıcı Soruların Betimsel Analizi

KATILIMCI KODU	CİNSİYET	ÇALIŞMA SÜRESİ	ÖNCEKİ İŞ TECRÜBESİ	ŞİDDET			MOBBİNG	
				Fiziksel	Sözlü	Cinsel	Yatay	Dikey
K1	Erkek	10	Yok	Yok	Var	Yok	Yok	Yok
K 2	Kadın	6	Yok	Yok	Var	Yok	Var	Yok
K3	Erkek	6	Var	Var	Var	Yok	Yok	Yok
K4	Erkek	8	Var	Yok	Var	Yok	Yok	Yok
K5	Erkek	3	Var	Yok	Var	Yok	Yok	Yok
K6	Kadın	11	Var	Var	Var	Yok	Yok	Var
K7	Kadın	12	Var	Var	Var	Yok	Var	Var
K8	Kadın	7	Var	Var	Var	Yok	Yok	Yok
K9	Erkek	11	Yok	Var	Var	Yok	Yok	Yok
K10	Erkek	8	Var	Var	Var	Var	Var	Var

4.1.2. Tanımlayıcı Sorulara Verilen Cevapların Meslekle İlişkiselliği

Verilen cevapların mesleğe göre değişiklik gösterip göstermediğini tespit etmek adına benzerlik matrisi oluşturulmuştur. Tablo 7 katılımcılar arasındaki benzerlik ilişkisini göstermektedir. Katılımcılar arasında en benzer olan 1,00 değerini alır ve bu değer katılımcının kendisine benzerliğiyle mümkün olmaktadır. Katılımcıların diğer katılımcılar arasında benzerliği 1,00 değerine ne kadar yakında olduğuyla ölçülmektedir. Araştırmaya katılan ATT ve AABT'lerin cevaplarının benzerlikleri karşılaştırıldığında meslekle ilişkili olarak anlamlı bir ilişki söz konusu değildir. Anlamlı ilişki olmaması da bize katılımcıların ATT ya da AABT olmalarının araştırmanın soruları üzerinde herhangi bir değişiklik meydana getirmediğini göstermektedir.

Tablo 7. Katılımcıların Cevaplarının Meslekle İlişisini Gösteren Benzerlik Matrisi

Belge Adı	K1 29 ATT	K2 26 AABT	K3 26 AABT	K4 30 AABT	K5 27 AABT	K6 30 ATT	K7 38 ATT	K8 27 AABT	K9 29 ATT	K10 30 ATT
K1 29 ATT	1,00	0,76	0,67	0,64	0,79	0,68	0,72	0,70	0,74	0,73
K2 26 AABT	0,76	1,00	0,72	0,63	0,72	0,73	0,73	0,67	0,79	0,74
K3 26 AABT	0,67	0,72	1,00	0,64	0,73	0,74	0,70	0,72	0,72	0,71
K4 30 AABT	0,64	0,63	0,64	1,00	0,64	0,59	0,69	0,67	0,71	0,66
K5 27 AABT	0,79	0,72	0,73	0,64	1,00	0,74	0,78	0,72	0,80	0,73
K6 30 ATT	0,68	0,73	0,74	0,59	0,74	1,00	0,73	0,69	0,69	0,66
K7 38 ATT	0,72	0,73	0,70	0,69	0,78	0,73	1,00	0,71	0,75	0,72
K8 27 AABT	0,70	0,67	0,72	0,67	0,72	0,69	0,71	1,00	0,71	0,66
K9 29 ATT	0,74	0,79	0,72	0,71	0,80	0,69	0,75	0,71	1,00	0,74
K10 30 ATT	0,73	0,74	0,71	0,66	0,73	0,66	0,72	0,66	0,74	1,00

4.1.3. Problem Başlıklarının Değişkenlere Göre Dağılımı

Tablo 8 araştırmamızın görüşme soruları ile değişkenlere göre dağılımını göstermektedir. Bu tabloda görüşmelerde elde edilen 11 başlık mevcuttur. Bu başlıklar (etik ikilem, çalışma koşulları, değer belirsizliği, şiddet, mobbing, pandemi ve değer belirsizliği, yabancılaşma, tükenmişlik, karşılaşılan problemlerin etkisi, iş yükü ve

problemler tükenmişlik ve yabancılaşma sebep olur mu?) aynı zamanda yapılan kodlamaların da başlıklarını oluşturmaktadır. Değişkenler ise cinsiyet, iş deneyimi ve çalışma süresidir.

Tablo 8’de başlıklar ile değişkenler arasındaki dağılım gösterilmektedir. Başlıklarda bulunan kodlamaların sayısının görülmesine imkân tanımaktadır. Ayrıca kodlamalarla belge/katılımcı oranını yüzdelik olarak vermekte ve araştırmanında şeffaflığının göstermektedir.

Katılımcıların çoğunluğunu erkeklerin oluşturmasıyla paralel olarak kodlamaların %60’ı erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcılar arasında en fazla iş tecrübesi 12 yıl olduğu için üst değer 12 yıl olarak, orta değer ise 6 yıl olarak belirlenmiştir. Tabloda 6 yıl ve daha az olanlar (≤ 6) ile 6 yıldan fazla (>6) iş tecrübesine sahip olanlar temsil edilmektedir. Hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetlerinde 6 yıldan daha fazla süredir görev yapan katılımcıların çoğunluğu oluşturması ile ilişkili olarak yapılan kodlamaların %70 oranına bu değişken sahiptir. Tabloya baktığımızda bir diğer anlamlılık iş deneyimi değişkeninde görünmektedir. Katılımcıların çoğunluğunu 112 acil sağlık hizmetlerinden önce iş tecrübesi olanların oluşturmasıyla ilişkili olarak kodlamaların %60’ını bu değişken kapsamaktadır.

Tablo 8. Yapılan Kodlamalar ve Değişkenlere Göre Kodlama Sayısını Gösteren Çapraz Tablo

	CİNSİYET = ERKEK	CİNSİYET = KADIN	ÇALIŞMA SÜRESİ ≤ 6	ÇALIŞMA SÜRESİ > 6	İŞ DENEYİMİ = VAR	İŞ DENEYİMİ = YOK	Toplam
> ATT ve AABT'lerin Etik İkilem Üzerine Öt	3	3	1	5	3	2	17
> ÇALIŞMA KOŞULLARI	3	5	2	6	7	1	24
> DEĞER BELİRSİZLİĞİ	36	29	18	47	44	18	192
> ŞİDDET	24	10	8	26	22	10	100
> MOBBING	10	8	4	14	11	5	52
> PANDEMİ ve DEĞER BELİRSİZLİĞİ	9	10	5	14	15	3	56
> YABANCILAŞMA	12	9	4	17	12	5	59
> TÜKENMİŞLİK	15	5	6	14	12	4	56
> KARŞILAŞILAN PROBLEMLERİN ETKİSİ	14	15	5	24	19	7	84
> İŞ YÜKÜ	19	12	11	20	17	11	90
> Problemler Tükenmişlik ve/veya Yabanc	7	4	4	7	7	3	32
Σ TOPLAM	152	110	68	194	169	69	762
# N= Belgeler/Konuşmacılar	6 (60,0%)	4 (40,0%)	3 (30,0%)	7 (70,0%)	6 (60,0%)	3 (30,0%)	10 (100,0%)

4.1.4. Hastane Öncesi 112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Önce Çalışma Tecrübesi Olan Çalışanların Görüşlerine Yönelik İçerik Analizi

Araştırmaya katılan 10 katılımcıdan 3 tanesi daha önce iş deneyimine sahip değildir. İş tecrübesine sahip olan 7 katılımcı K3, K4, K5, K6, K7, K8 ve K10'dur. Araştırmamızda belirlemiş olduğumuz yöntemle ilgili kalınarak konuyu en iyi ifade eden ve farklı olan görüşlere yer verilerek içerik analizi yapılmıştır.

Katılımcılara “Diğer çalıştığınız birim(ler) ile 112 acil sağlık hizmetleri arasında ne gibi farklar bulunmaktadır?” sorusunu yönelttiğimizde cevap olarak K6 daha önce çalıştığı özel hastanede yoğun çalışma saatlerine sahip olduğunu ve bu yoğun çalışma saatine rağmen hak ettiği maaşı almadığını söylemiştir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde ATT olarak görev yapan K6 çalışma saatleri ile ücretlerin özel hastaneye kıyasla daha adil olduğunu düşünmektedir. K6'nın ifadesi şu şekildedir,

“Özel hastanede daha çok nöbet tutuyoruz ama daha düşük ücret alıyoruz. En azından 112’de tuttuğumuz nöbetlere oranla maaşımızı hakkıyla alıyoruz.”
(K6, 30 yaş, ATT)

Hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetlerinde AABT olarak görev yapan K8 daha önce özel bir hastanede acil servis hemşiresi olarak görev yapmış olup konuya başka bir bakış açısı getirmiştir. K8 hastanenin, 112 acil sağlık hizmetlerine göre imkânlarının daha iyi olduğunu ve çalışanlara yardımcı olacak birçok personelin hastanede mevcut durumda bulunduğunu söylemektedir. Ayrıca 112 acil sağlık hizmetlerinin hastanelere göre güvenlik yönünden yetersiz olduğunu özellikle de saha olarak belirttiği olay yerinde güvenlik sorununun yaşandığını dile getirmiştir. K8 kendi ifadesi şu şekildedir;

“Hastane daha güvenli ve imkânlı ayrıca tıbbi sekreter, hizmetli, güvenlik görevlisi gibi yardımcı olacak birçok kişi var, sahada ise güvenlik açısından ve imkânlar bakımından daha yetersiz.” (K8, 27 yaş, AABT)

İki yıl özel hastane çalışan bir diğer katılımcı K10'a aynı soru yönetildiğinde konuya başka açıdan cevap vermiştir. K6 ile paralel olarak özel sektörde çalışmanın zorluğundan bahsettikten sonra K6'dan farklı olarak özel hastane işini iyi yaptığını taktirde yükselme imkânının olduğunu dile getirmiştir. Hastane öncesi 112 acil sağlık

hizmetlerinde ise eğitim alınmasına rağmen böyle bir durumun mümkün olmadığını ifade etmiştir. Bu durumun da çalışanlar üzerinde negatif bir etkisi olduğunu ve çalışanların kendini geliştirmeye gerek duymadığını düşünmektedir. K10'nun ifadesi şu şekildedir,

“Özel sektörde çalışmak ilk başlarda zor ama eğer kurum iyi bir kurumsa sizde istekli ve çalışkansanız kurum size yükselme fırsatı veriyor. Devlet sektöründe yani 112’de böyle bir durum söz konusu değil, eğitim alsanız bile bu durum değişmiyor.” (K10, 30 yaş, ATT)

Daha önce sağlık alanı dışında kafe, restoran tarzı işletmelerde iş tecrübesine sahip olan K5 daha önce çalıştığı hizmet sektörüne kıyasla sağlık sektöründe çalışmanın ve insanlara yardımcı olmanın kişide iyi duygular yarattığını ve bu sayede de işini severek yapmasına yardımcı olduğundan bahsetmiştir. K5'nin ifadesi şu şekildedir,

“...Bu birimde ise insan canına ve insan hayatına dokunuş var, bir insana el uzatmak müthiş bir hismiş. Bunu sağladığı için mesleğimi seviyorum.” (K5,27 yaş, AABT)

4.2. Görüşme Sorularının İçerik Analizi

Görüşme sorularımızın altında 6 ana başlığımız ve o başlıkların alt başlıkları bulunmaktadır. Başlıkların tamamında içerik analizi yapılmış ve şekillerle desteklenmiştir.

4.2.1. Değer Belirsizliği ve Değerlendirme Çeşitliliği

Görüşme soruları yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış sorular ile oluşturulmuş olup değer belirsizliği üzerine kodlamaların analizi için 6 alt başlık (değer belirsizliği, pandemi sürecinde değer belirsizliği ve değerlendirme çeşitliliği, çalışma koşulları, şiddet, mobbing ve iş yükünün arkasındaki değer belirsizliği) oluşturulmuştur. Yapılan kodlamalar problemleri etkileyen faktörler, arka planı ve etkisi olarak çok yönlü ele alınmıştır. Mümkün olduğunca içerik analizlerinin yanı sıra hazırlanan şekillerde de konuyla ilgili düşünceleri olan bütün katılımcıların

görüşlerine yer verilerek katılımcıların düşüncelerini görünür kılmamanın yanı sıra araştırmanın ve kodlamaların objektif olduğu gösterilmiştir. Araştırmanın asıl problemi olan değer konusundaki çeşitlilik ve farklı görüşler “değer belirsizliği” ana teması altında kodlanmıştır. Pandemi ilişkisinde değer belirsizliği ve değerlendirme şekilleri katılımcıların düşünceleriyle gösterilmiştir. Hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştığı problemler de tek tek ve çok yönlü olarak ele alınmıştır.

4.2.1.1. Hastane Öncesi 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Değer Konusundaki Düşüncelerinin Çeşitliliğinin Değer Belirsizliği Olarak Kodlanması

Araştırmanın görüşme sorularının kurgulanması aşamasında ATT ve AABT’lerle ilişkili görülen faktörler hasta ve/veya yakınları ile yöneticiler olarak belirlenmiştir. Lakin görüşmeler sırasında ATT ve AABT’lerle ilişkili bir diğer faktör olan sistemin de etkili olduğu belirlenmiştir. Bu noktadan hareketle de değer belirsizliği ana teması oluşturularak hasta ve/veya yakınları kaynaklı ortaya çıkan değer belirsizliğini etkileyen faktörler, yönetim kaynaklı ortaya çıkan değer belirsizliğini etkileyen faktörler ve sistemle ilişkili olarak ortaya çıkan değer belirsizliğini etkileyen faktörler olmak üzere üç farklı alt başlık oluşturulmuştur. Bu başlıklarla ilişkili olan düşünceler de bu başlıkların alt başlıklarını oluşturmuştur. Bu başlıklandırma işlemine tematik/kategorik analiz ismi de verilmekte ve içerik analizinin kapsamına girmektedir. Bu başlıkta vurgulamak istenen nokta değer çeşitliliğini ve değer görme üzerine farklı görüşlerin olduğunu göstermektir.

Bu minvalde de katılımcılara “Mesleki yaşantınızda -hasta, hasta yakınları, yönetim tarafından- size nasıl bir değer verildiğini yaşadığınız deneyimler üzerinden örnekleyerek anlatır mısınız?” sorusu yöneltilmiştir. Cevap olarak K4, hasta ve yönetimin yanı sıra çalışanlarla ilişkili içinde olan, problemlere sebep olan bir diğer faktörün sistemle alakalı olduğunu söylemiştir. K4’ün düşüncelerine göre bilgi temeli olmayan ve ambulansın asıl amacından değer ilişkisinden uzak düşüncelerin olduğunu söylemiştir. K4’ün ifadesi şu şekildedir,

“Bizim sağlık eğitimi aldığımızı unutuyorlar –göz ardı ediyorlar-. Bu sebeple, yöneticiler bu düşüncede olduğu için gerek çalışanlar olsun gerek vatandaşlar

olsun bizden daha fazlasını istemiyorlar bizden sadece taşıma yapmamızı istiyorlar tedavi ve müdahalelerimizi göz ardı ediyorlar. Çünkü olay yerine gittiğimizde bizden müdahale etmemizi değil sadece hastaneye götürmemizi istiyorlar. Bu durum hem yöneticiler tarafından hem de acil doktorları tarafından böyle görülüyor. Sağlıkçı olduğumuz tamamen göz ardı ediliyor. Bu durumlar sağlık sistemiyle alakalı.Uygulanan sağlık politikalarının da bize verilen değeri aşağı çektiğini düşünüyorum...” (K4, 30 yaş, AABT)

K4 ile benzer bir düşünce de K7’den gelmiştir. Hasta ve/veya yakınları ve yönetim tarafından kendini değersiz hissettiği zamanlar olan K7 bu durumu K4 ile paralel olarak hasta ve/veya yakınlarının sağlık personeli olduklarının göz ardı edilmesinden kaynakladığını düşünmektedir. Olay yerinde karşılaştıkları hasta ve/veya yakınları tarafından, “Sedyeniz nerede?”, “Sedyenizi de getirin!” söylemlerinden de bu durumun anlaşılabilirliğini söylemektedir. K7’nin ifadesiyle,

“Zaman zaman çok değersiz hissettiğim zamanlar oluyor. Özellikle hasta yakınlarının bizi sadece taşıma amaçlı görmeleri beni demoralize ve mutsuz ediyor. Çünkü vakaya gider gitmez hemen sedyenizi getirin taşıyacağız diyorlar. Bize hiç sağlık eğitimi almamışız gibi davranıyorlar. Bizi sağlıkçı olarak değil de normal vatandaşlar olarak görmeleri beni mutsuz ediyor.” (K7, 38 yaş, ATT)

Konuyla ilişkili farklı bir düşünce de K2’den gelmiştir. Hasta ve yakınlarından bizim vergimizle maaşınızı alıyorsunuz söylemini sıkça duyduğunu belirtmiştir. Bu söylemde ekonomik bir değerlendirmenin yapıldığının göstergesi niteliğindedir. K2’nin ifadesi,

“Hasta ve yakınlarından gördüğünüz değerın sosyoekonomik durumla ilişkisi olabilir ama biz hastaları bu yönden sınıflandırmıyoruz. Bizim işimiz sağlık ve insanların gelir seviyesine göre müdahalemiz değişmiyor. İnsanlar kendi sosyoekonomik durumlarını kendileri sorun ederek savunmaya geçiyor olabilir ve davranışları değişiyor olabilir.maaşınızı bizim vergilerimizle alıyorsunuz tarzı yaklaşımlar da olabilir. Bu cümleyle çokça karşılaştım” (K2, 26 yaş, AABT)

Bir diğerk farklı düşünce K8'den gelmiştir. Bazı söylemlerin negatif bir etkisinin olmasının yanı sıra pozitif etkiye sahip söylemlerin de olduğundan bahseden K8 hastalardan duyulan “Allah razı olsun” ifadesinin bütün nöbetin güzel geçmesini sağlarken “Nerde kaldınız?” söyleminin çalışanları rahatsız ettiğini söylemiştir. K8 konudan bahsederken şu ifadeyi kullanmıştır,

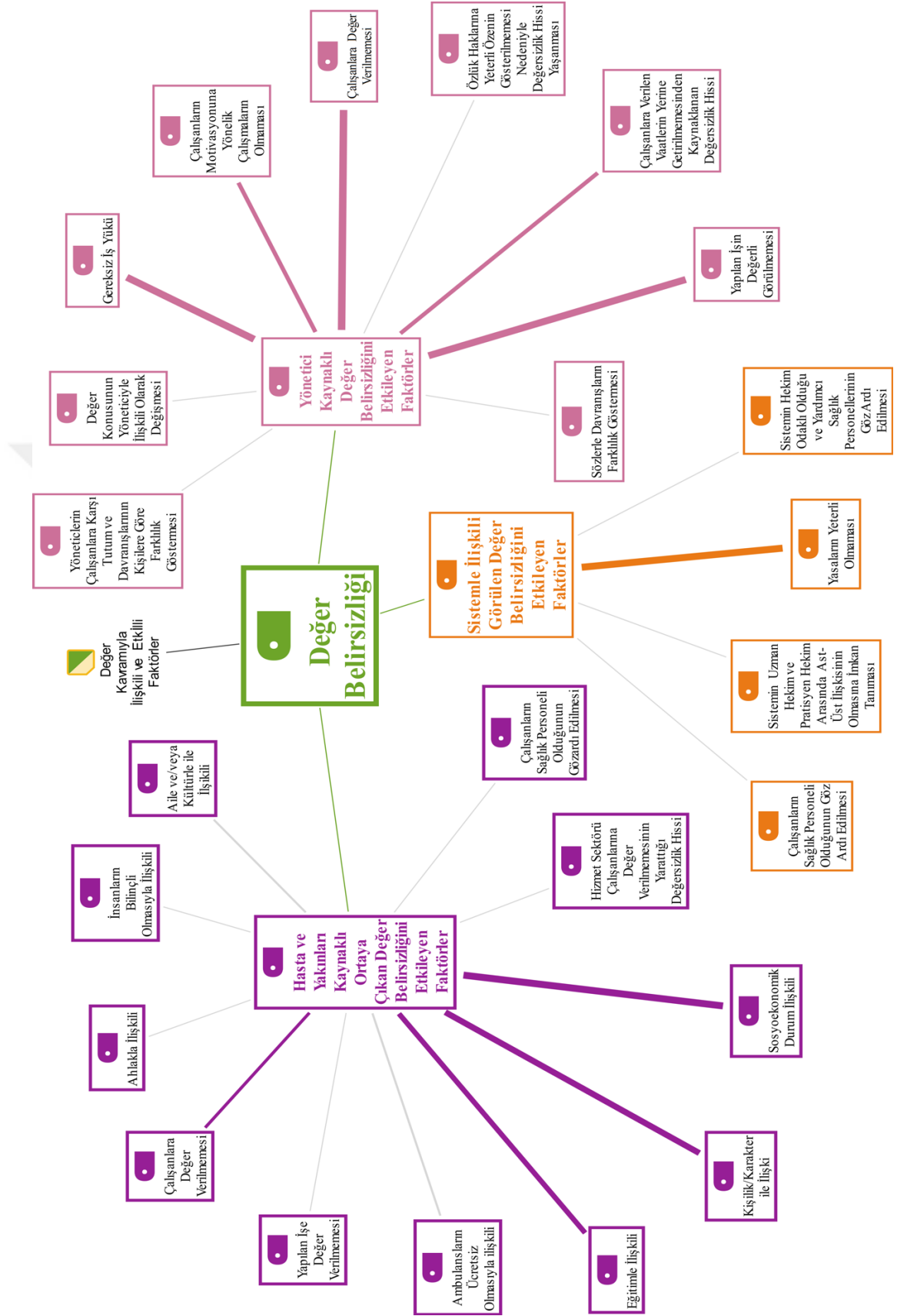
“Hasta yakınlarından duyduğumuz; “Allah razı olsun.” sözü tüm günün yorgunluğunu üzerimizden alıyor. Ekip olarak bizi çok mutlu edip güldürüyor.Hasta ve yakınları olay yerine biraz geç kaldığımızda şiddetli bir şekilde “Nerde kaldınız?” sorusu bizi en çok irrite eden soru.” (K8, 27 yaş, AABT)

Bu söylemlerin yanı sıra şekil 8’de görüldüğü üzere değer konusunun ilişkili olduğu düşünülen birçok düşünce tespit edilmiştir. Bu tespit edilen düşünceler çalışanların deneyimlerinden hareket edilerek oluşturulmuştur. Frekans değerleri ise okların genişliğiyle verilmiştir. Bu bağlamda değer belirsizliği ile yönetici arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörler arasında en fazla ifade edilen etken olarak kodlanan başlık “çalışanlara değer verilmemesi”dir. Bu başlık altında K9 konuyla ilgili değer verilmediğini düşünmektedir. Gerekçe olarak da yöneticilerin tavır ve davranışlarından bunu anlayabildiğini söylemektedir. K9’un ifadesiyle,

“Yönetim olarak ise değer vermekten ziyade bu senin işin der gibi davranıyorlar.” (K9, 26 yaş, ATT)

Daha sonrasında en yüksek frekansa sahip olan ve değer belirsizliğinde etkili olduğu düşünülen kodlar “gereksiz iş yükü” ve “yapılan işin değerli görülmemesi”dir. Bu iki başlığın da dâhil olacağı en uygun örnek K3’ün ifadesidir. Hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetlerinde 6 yıldır AABT olarak görev yapan K3 sürekli iş yükünün arttığını ve bu durumun da değerle yakından ilişkili olduğunu düşünmektedir. Ayrıca fenomenoloji yönteminin daha önce düşünülmemiş konular üzerine düşünülmesini sağlama özelliği de burada açıkça görülmektedir. K3’ün ifadesi şu şekildedir,

“Yaptığımız iş yönetim ve dışardan kolay görünebilir. Bunu hiç düşünmedim ama 6 yıldır gözlemlediğime göre sürekli bir iş yükü artışı mevcut. Bunu yaptınız hadi bunu da yapın, hadi bunu yaptınız bunu da yapın gibi. Gerekli olduğu için yapılıyor olabilir bilemiyorum ama iş yükünü azaltıcı bir tutum ya da davranış görmedim.” (K3, 26 yaş, AABT)



Şekil 8. Meslekle (ATT ve AABT) İlişkili Olan ve Değer Belirsizliğini Etkileyen Faktörler

Sistemle ilişkili olarak değer belirsizliğini etkileyen faktörlerden en çok frekans değerine sahip olan kodlama “yasaların yeterli olmaması”dır. ATT ve AABT’lerin karşılaştığı şiddet ve mobbing gibi problemlerin asıl kaynağının yasaların yetersizliği olarak gören K4, aynı zamanda mesleğine de değer verilmediğini dile getirmiştir. K4’ün ifadesi şu şekildedir,

“Eğer mesleğime değer addedilmiş olsa yaptığım iş daha kabul edilebilir hale gelse, yaptığım iş değer görünce elbette şiddet ve mobbing de azalmış olur. Ama bu durum da sistemle alakalı diye düşünüyorum. Yani bizi koruyan yasalar, özlük hakları ben mobbing ya da şiddet gördüğümde kamusal yasalar düzenlenmiş olsa bu durumlar yaşanmaz zaten başka türlü de bu olanlar düzelmeyecektir. Yasalar bu konuda yetersiz.” (K4, 30 yaş, AABT)

K4’ün düşüncelerine paralel bir diğer düşünce ise K8’e aittir. K8 de K4’e benzer şekilde şiddet olaylarının arkasında yasaların yetersiz kaldığını düşünmektedir. K8 şiddet olayları sonrasında faillerin yeterli cezaları almasının çalışanlar üzerinde de pozitif yönlü bir etkisi olacağını ve kendilerine, mesleklerine değer verildiğini anlayacaklarını söylemektedir. K8 kızgın, yüksek ses tonu ve daha hızlı konuşarak düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir,

“Eğer bize değer verilseydi, güvenli tedbirleri daha çok alınıp, şiddete karşı uygulanan cezalar daha ağır olsaydı değer verildiğini hissederdim ve bu kadar bu olaylara maruz kalmazdık. Hatta şiddet kısmını da geçtim şiddet sonrası yeterli cezayı almış olsalar bu bile bizim değerli olduğumuzu anlatmaya yeterli olacaktır. Bitmeyen ardı tükenmeyen ve haberlerde sürekli görmekten bıktığımız bitmeyeceğini gösteriyor. Çünkü bu durum sürekli devam etmekte ve hatta daha da kötü olanları göreceğiz. Bunun sebebi de caydırıcı cezaların olmaması.” (K8, 27 yaş, AABT)

Son ilişkisellik bağı hasta ve/veya yakınlarından kaynaklanan değer belirsizliğidir. Bu değer belirsizliğini etkileyen faktörlerden en yüksek frekansa sahip kodlama “sosyoekonomik durum”dur. Bu sebeple de birkaç farklı düşünceye yer verilerek içerik analizi yapılmıştır. Kodlamanın içinde yer alan ve konuyu yaşadığı bir deneyim üzerinden anlatan K3 hastaları ekonomik durumlarına göre değerlendirmemelerine rağmen bunun hasta ve/veya yakınları tarafından yanlış algılandığını düşünmektedir. Bu düşüncesine kanıt olarak da ekonomik durumu iyi

olan hasta yakınlarının “neyse parası verimiz!” söylemini göstermektedir. K3’ün ifadesi şu şekildedir,

“Ekonomik durum insana güç veren bir şey. Ekonomik durumu iyi olan bir insan sana hükmedebileceğini ve yönetebileceğini düşünüyor. Biz sosyoekonomik durumu bakmaksızın her hastayı eşit olarak görüyoruz ama karşı taraf bunun farkında değil biz inanları mesleğine veya ekonomik durumuna göre değerlendirmiyoruz hastanın durumuna göre değerlendirme yapıyoruz. Örneğin: hastasının durumu acil ve en yakın hastaneye gitmesi gerekiyor. Ama bunu anlamak yerine ekonomik düzeyi yüksek olan hasta yakını hastasını benim götürmek istediğim en yakın acil hastaneye götürmek yerine kendi istediği daha uzak bir hastaneye götürmek istiyor ve aldığımız cevap: “parası neyse verimiz” oluyor.” (K3, 26 yaş, AABT)

Sosyoekonomik durumu başka bir yönden ele alan bir diğer düşünce K6’dır. Görev yaptığı bölgenin sosyoekonomik yönden düşük olması ve ambulansların ücretsiz olmasıyla ilişkili olarak ambulansların asıl amacına uygun kullanılmadığını düşünmektedir. K6 şu şekilde ifade etmiştir,

“Sosyoekonomik durumla ilişkili. Çalıştığım bölge sosyoekonomik açıdan çok düşük olduğu için ekstra bir maliyet istemedikleri zaman ambulansı arayıp bu şekilde ulaşımını sağlıyorlar. Ambulansı sadece bir ulaşım aracı olarak gördükleri için ekonominin de etkisi büyük. Ücretsiz olmasıyla da ilişkili olduğunu düşünüyorum.” (K6, 30 yaş, ATT)

Konuyla ilişkili bir diğer farklı düşünce K8’e aittir. K8, ambulansların işleyişine bu işleyiş basit bir olay olsa da müdahale edildiğini söylemektedir ve bu durumun çalışanları rahatsız ettiğini ifade etmektedir. K8’in ifadesiyle,

“Sosyoekonomik durum da etkiliyor. Sosyoekonomik durumu yüksek olan kişilerin araya torpil sokarak daha egolu davranışlarıyla da karşılaşıyoruz. Örneğin ufak bir hastaneye nakil için araya bakan sokup yaptırılmak istenebiliyorlar. Bu durumlar daha irrite edici olabiliyor.” (K8, 27 yaş, AABT)

Değer konusunu sosyoekonomik durumla ilişkili gören katılımcıların yanı sıra ilişkili görmeyen düşünceler de mevcuttur. K10, çalışanlara verilen değer sosyoekonomik durumdan çok kişilikle ilişkili olduğunu düşünmektedir. K10’a göre,

“Hastalarda aynı sosyal durumu iyi olup egoist davranan insanlar da olabiliyor ya da durumu kötü olmasına rağmen düzgün davranan insanlar da olabiliyor. Bu durum ekonomik durumdan ziyade kişilik ile alakalı diye düşünüyorum.” (K10, 30 yaş, ATT)

Hasta ve/veya yakınlarından kaynaklanan değer belirsizliğine ilişkin diğer yüksek frekanslara sahip kodlamalar “kişilik/karakter” ve “eğitim”dir. İki kodlama birbiriyle ilişkisi içinde gösterilmiştir. K10 ile paralel olarak K9 da hasta ve/veya yakınları tarafından değer görmeyi kişilikle ilişkili görmektedir. K9 şu şekilde ifade etmiştir,

“Değer verme durumu kişilere göre değişiyor. Kimi hastalar değer verirken kimi hastalar sade mecburmuşuz gibi davranıyor.” (K9, 29 yaş, ATT)

K10 ve K9’un düşüncelerine katılan K3, değer konusunu kişilik ve karakterle ilişkilendirirken eğitimle ilişkili olmadığını düşünmektedir. K3’e göre,

“Eğitim düzeyi yüksek birinden fiziksel olarak değil de yanlış bildiği hakları bize karşı savunuyor. Bu durum eğitimle alakalı değil, kişilik ve karakterle ilgili.” (K3, 26 yaş, AABT)

K3’ün aksine K5 ise *“Eğitimle net bir şekilde alakası var.”* ifadesiyle değer konusunu eğitimle ilişkili görmektedir. K5 ile paralel bir düşünceye sahip bir diğer katılımcı olan K7, verilen değerın eğitim durumuyla ilişki olduğunu şu cümlelerle ifade etmektedir; *“Eğitim düzeyiyle alakalı olduğunu düşünüyorum.”* K5 ve K7 ile paralel bir diğer düşünce K10’a aittir. K10’a göre eğitim durumu yüksek hastalar onlara yardım için gelen çalışanlarla tartışmak yerine onlara yardımcı olarak tedaviyi hızlandırmaktadırlar. K10’un ifadesi ve verdiği örnek şu şekildedir,

“Hastaların eğitim durumu da yüksekse bakış açısı değişiyor. Çünkü eğitim düzeyi yüksekse neden geç kaldığımı düşünür ve vakaya gittiğimizde nerede kaldınız sorusunu yöneltip kavga çıkmasına sebep olmaz. Kavga çıktığı zaman bu sadece hastanın tedavisinin daha geç başlamasına sebep oluyor.” (K10, 30 yaş, ATT)

K5, K7 ve K10’nun aksine bir düşünceye sahip olan K3 ise şöyle bir söylemde bulunmaktadır. Eğitim sadece kişilerin davranışlarını üzerinde etkili olduğunu sonuçlarının ise aynı olduğunu ve çalışanda negatif etki yarattığını söylemektedir. K3’ün ifadesiyle ve verdiği örnek şu şekildedir,

“Eğitimle etkisi şöyle, eğitim düzeyi yüksek olan bir insandan alacağın olumsuz bir tepkiyle, eğitim düzeyi düşük olan birinden alacağın tepki aynı etkiyi yaratıyor. Eğitimli kişinin tepkisi, “siz benim hastamı taşımak zorundasınız” oluyor. Bu cümleyi eğitimli bir kişiden duymak beni şaşırtıyor. Aynı tepkiyi eğitim düzeyi düşük birinden gördüğüm zaman şaşırmıyorum. Eğitim düzeyi düşük birinden genelde argo sözler ya da direkt fiziksel saldırıya maruz kalıyoruz.” (K3, 26 yaş, AABT)

4.2.1.2. Pandemi İlişkisinde Değer Çeşitliliğinin Değer Belirsizliği Olarak Kodlanması ve Değerlendirmedeki Çeşitlilik

Pandemi sürecinde değer yönünden bir değişim yaşayıp yaşamadıkları ATT ve AABT'lere sorulduğunda cevap olarak birçok değerlendirme şekliyle karşılaşılmıştır. Konuyla ilgili yapılan değer belirsizliği üzerine düşünceler ve değerlendirmeler alt başlıklar ve katılımcıların konuyla ilgili düşünceleri Şekil 9'da gösterilmiştir. Konuyla ilgili en iyi ifadelerde bulunan ve farklı düşünceler belirten katılımcılar içerik analizinde yer almıştır.

Bu kodlamalardan en yüksek frekansa sahip olan “iş yükü artışı olurken değer yönünden bir değişim olmaması”dır. Bu kodlamayı katılımcılar arasında en iyi özetleyen K6 olmuştur. K6'ya göre pandemi sürecinde değer artışı olurken değer yönünden bir değişim yaşanmamıştır. K6'nın ifadesi şu şekildedir,

“Vakalar arttı, iş yükü arttı ama değer görmemiz aynı kaldı.” (K6, 30 yaş, ATT)

Bu kodlamanın ardından en yüksek frekansa sahip kodlama “gerçek anlamda değer verilmemesi”dir. Kodlamanın içinde yer alan ve pandemi sürecinde kendilerine değer verilmediğini düşünen K3 bu duruma örnek olarak insanların kaybetme korkusu yaşamamalarıyla ilişkili olduğunu söylemektedir. K3 üzüntülü bir ses tonu ile şu ifade de bulunmuştur,

“Bizleri değerli olarak görselerdi ya da ne bileyim kaybetme korkusu diye bir şey vardır her insanda olabilecek bir şey. Bu kime karşı olur değerli hissettiğin kişiye karşı olur. Bunu meslekle ilişkilendirirsek mesleğe karşı da bir değer hissi yok, eğer olsaydı pandemi zamanında aman hemşiresiz, ambulanssız

kalırız aman doktorsuz kalırız diye düşünürlerdi. En ihtiyaç duydukları zamanda bile böyleyseler bu durum değişmez diye düşünüyorum. Böyle bir korkuları olsaydı değer verirlerdi. Pandemi zamanında bile bu kaybetme korkusu yaşanmadı.” (K3, 26, yaş AABT)

K3 ile paralel bir düşünceye sahip olan K4, pandemi sürecinde geçici bir değer verildiğini söylemektedir. Pandemi sürecinde alkışlar yapılmasına rağmen negatif davranışlarla karşılaştıklarını örnekler üzerinden anlatmıştır. Mamafih söylenenlerin uygulamaya geçmediğini söylemek mümkündür. Ayrıca pandemi sürecinde verilen pozitif ayrıcalıkların pandemi sonrasında iptal olmasına vurgu yapması düşüncesine kanıt oluşturma maksatlıdır. K4’ün ifadesi şu şekildedir,

“Pandeminin başlangıcında sanki değerimiz anlaşılacak gibi hissettik ama sonradan bu durumun göstermelik olduğu ortaya çıktı. Pandeminin başlangıcında gerek devletin bize verdiği bazı haklar olsun –ücretsiz ulaşım, milli parkların bedava olması vb.- bunlardan mutluluk ve memnuniyet duyduk ama sonradan bunların sadece pandemiyle alakalı olduğunu anlamak üzücü oldu. Pandeminin ilk günlerinde herkes evlerine kapanmış haldeyken biz virüsle mücadele ederken insanlar bizi alkışlıyordu ama bu durumun tam tersi de bir yüzü vardı. Örneğin, asansörlere sağlıkçılar binmesin diye yazılar yazan apartmanlar vardı. Sağlıkçıları almayan otobüsler ve taksiciler oldu. (Formalı görerek ve bana virüs bulaştıracaksın gerekçesiyle)” (K4, 30 yaş, AABT)

Katılımcıların pandemi sürecinde yaşadığı değer belirsizliği ve bu dönemde karşılaşılan değerlendirme örnekleri tezin konusuyla paralel olarak yapılan yanlış değerlendirme şekli olan; “değer biçme” ve “değer atfetme” olarak kodlanmıştır. Şekil 9’ da görüldüğü üzere bu kodlamaların frekans değeri yüksektir. Katılımcıların farkında olarak ya da farkında olmadan bu tür değerlendirmelere maruz kaldığının kanıtı niteliğindedir. Değer biçme konusuna en iyi örnek K1 tarafından verilmiştir. Pandemi sürecinin bütün insanları etkilemesiyle ilişkili olarak sağlık çalışanlarının popüler hale geldiğini lakin insanların pandemi sürecine alışmalarıyla sağlık personellerinin bu popülerliğini kaybettiğini düşünmektedir. K1 süreci şu şekilde ifade etmiştir,

“Pandemi süresince gördüğümüz değer şöyle, pandemi sürecinden önce sağlık çalışanlarının popülerliği yoktu, pandemi sürecinde daha popüler hale

geldiler. Gerek medya olsun gerek farklı şekillerde olsun biraz daha göz önünde oldular çünkü neden direkt onları ilgilendiren küresel ölçekte bir sorun bulaşıcı hastalık çıktı bu yüzden sağlık personelinin bu dönemde popülerliği artınca sağlık personeline karşı farklı olarak biraz daha duyarlılık gelişti. Ama bu süreci kanıksamamızla birlikte tekrardan bitti, şu an yine her şey eskiye normale döndü. Değer görülmeye pandeminin başlangıcında başlanmıştı şu an normal haldeyiz. Kısaca pandemi sürücünde değer görmemiz artı sonrasında eski haline geri döndü.” (K1, 29 yaş, ATT)

K1’in düşüncelerine K2, K7 ve K9’da destekler nitelikte cevaplar vermişlerdir. Bir diğer yanlış değerlendirme örneği olan değer atfetme konusuna en iyi örnek K3 ve K4 tarafından verilmiştir. İki katılımcının da örneklerinin benzer olmasının yanı sıra pandemi sürecinin bitmesiyle sona ermesi de ortaktır, farklı olan kısmı ise K3’ün pandemi sonrasında sağlık personelinin değerinin daha da düştüğü iddiasıdır. Sırasıyla, K3 ve K4 değer atfetmeyi şu şekilde ifade etmişlerdir,

“Pandemi nadir yaşanan bir durum ve galiba yine nadir bir şekilde pandemi sonrasında değerimiz daha da düştü, ben böyle hissettim. Adeta asker edasında canımızın ortaya konması ve savaşmamız istendi. Bunu da bütün sağlıkçılar elinden geldiğince yaptığını düşünüyorum ama pandemi süresinde elimizden gelen her şeyi yapmamıza rağmen pandemiden sonra gerek toplum gerek yöneticiler tarafından değerimizin artmasını beklerken tam tersi olarak düşüş yaşandı.” (K3, 26 yaş, AABT)

“İlk başlarda kahramanımızsınız, yürüyün aslanlarımız dediler bizi ön saflara sürerek mücadele etmemizi istedikleri göstermelik bir çabaydı. Sonradan verilen hakların geri alınması da bunların göstermelik olduğunun bir kanıtıdır. Gerçek bir değer görmedik, göstermelik değer söz konusuydu.” (K4, 30 yaş, AABT)

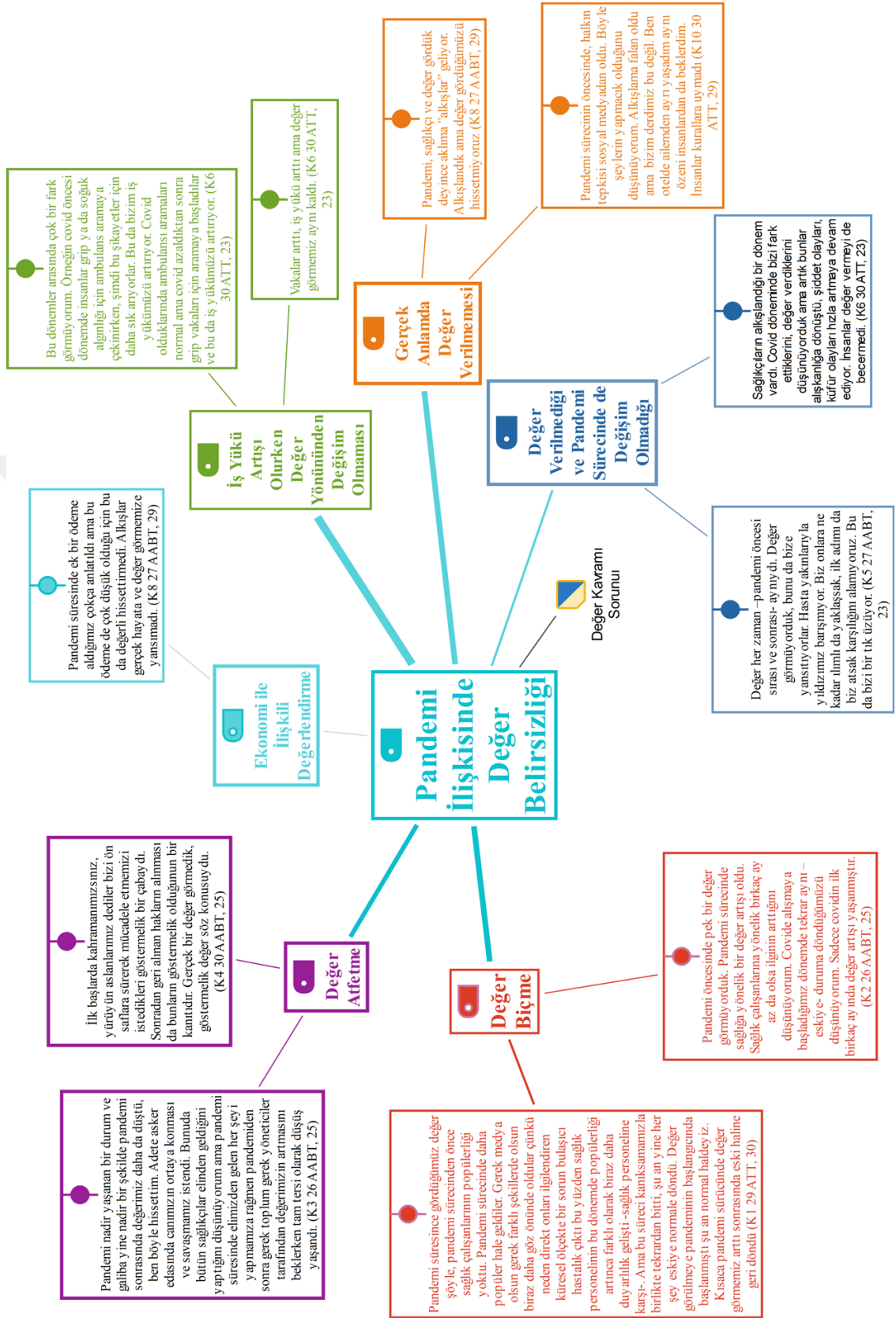
K3 ile K4’den farklı yönde bir değer atfetme örneği veren K8, toplum üzerinden örnek vererek değer atfetmeyi söylemiyle kendi gerçekleştirmektedir. Gerçek anlamda değer verilmediğine dair düşüncede olan K3, K4 ve K10’a paralel olarak değerli hissetmediğini söyleyen K8 kızgın ve şaşkın bir ifade kullanarak, *“İnsanlar markete çıkmayı korkarken biz hastalara müdahale ediyorduk. Pandemi döneminde değer gördüğümüzü hissetmiyorum.”* söyleminde bulunmuştur.

Aynı zamanda pandemi sürecinde ek ücret alınmasına dair bir algı yaratıldığını söyleyen K8'in bu düşüncesi "ekonomi ile ilişkili bir değerlendirme" olarak kodlanmıştır. Ayrıca K8 yapılan bu ekonomik değerlendirmenin çalışanların kendini değerli hissetmesine yardımcı olmadığını dile getirmiştir. K8'in ifadesi şu şekildedir,

"Pandemi süresinde ek bir ödeme aldığımız çokça anlatıldı ama bu ödeme de çok düşük olduğu için bu da değerli hissettirmedi. Alkışlar gerçek hayata ve değer görmemize yansımada." (K8, 27 yaş, AABT)

Alkışların gerçek hayata yansımadağı söylemine paralel bir örnek de K10 tarafından verilmiştir. Alkış örneğinin yanı sıra ailesinden ayrı otelde kaldığını söyleyen K10, aynı özeni insanlardan da beklediğini ama bunun gerçekleşmediğini ifade etmiştir. Bu durumun ise gerçek manada bir değer verilmediğini düşünmesine sebep olduğunu söylemiştir. K10'un ifadesi şu şekildedir,

"Pandemi sürecinin öncesinde, halkın tepkisi sosyal medyadan oldu. Böyle şeylerin yapmacık olduğunu düşünüyorum. Alkışlama falan oldu ama bu bizim derdimiz bu değil. Ben otelde ailemden ayrı yaşadım aynı özeni insanlardan da beklerdim. Çünkü insanlar kurallara uymadı." (K10, 30 yaş, ATT)

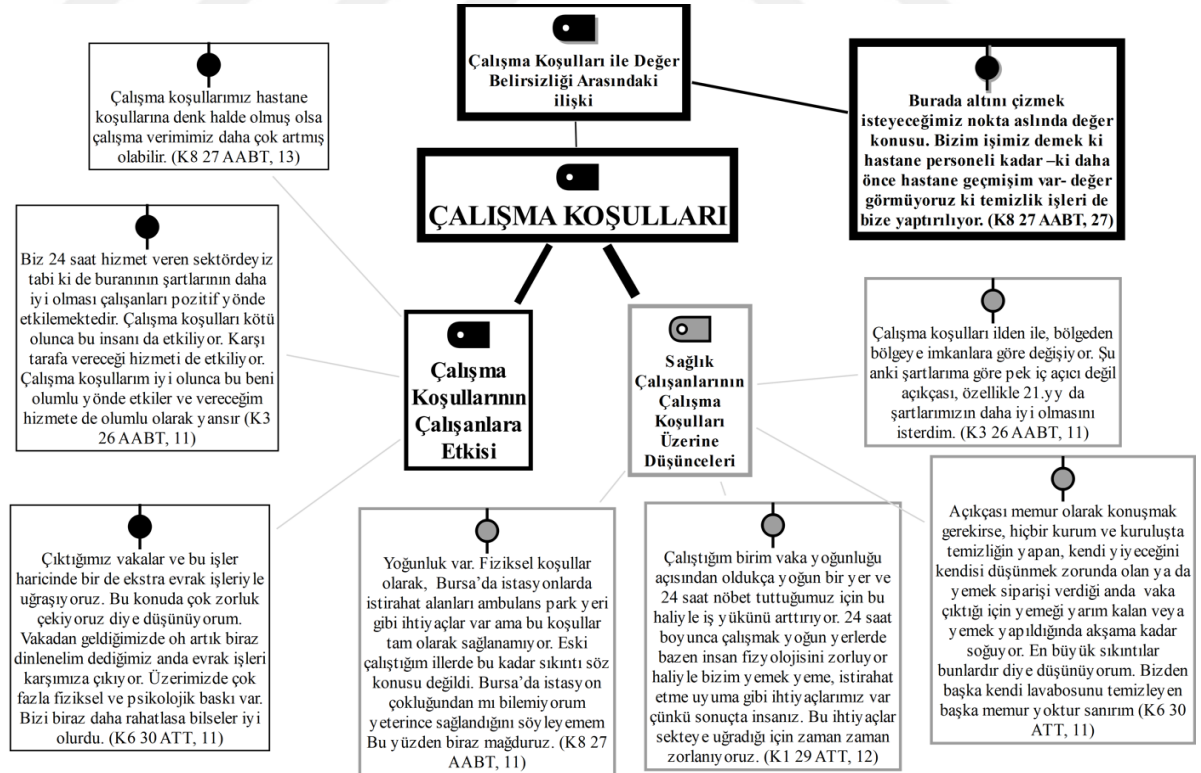


Şekil 9. Pandemi Sürecinde Değer Belirsizliği ve Değerlendirmedeki Çeşitlilik

4.2.2. Çalışma Koşulları ve Çalışma Koşullarının Çalışanlara Etkisi ve Değer Belirsizliği

Katılımcılara çalışma koşulları hakkında bilgi verilmesi istenmiştir. Konuyla ilgili düşünceler üç başlık altında toplanarak Şekil 10'da gösterilmiştir. ATT ve AABT'lerin konuyla ilişkili düşüncelerinin hepsi şekilde mevcuttur. Buna göre çalışanlar 24 saat hizmet vermenin yoruculuğu, istirahat etmeye fırsatlarının olmaması, yemek yeme ihtiyaçlarının karşılamada yaşadıkları zorluklar, temizlik işlerini kendilerinin yapması, imkânların yetersizliği ve park sorunlarından bahsetmişlerdir. Bu koşulların düzelmesi halinde ise işteki performanslarının artacağını dile getirmişlerdir. Çalışma koşullarıyla değer belirsizliği ilişkisinde en iyi ifade bulunan katılımcı K8 olmuştur. Çalışma koşullarıyla değer konusunu direk ilişkili gören K8 düşüncelerini şöyle ifade etmiştir,

“Burada altını çizmek isteyeceğimiz nokta aslında değer konusu. Bizim işimiz demek ki hastane personeli kadar –ki daha önce hastane geçmişim var- değer görmüyoruz ki temizlik işleri de bize yaptırılıyor.” (K8, 27 yaş, AABT)



Şekil 10. Çalışma Koşullarının Çalışanlara Etkisi ve Arkasındaki Değer Belirsizliği

4.2.3. ATT ve AABT’lerin Karşılaştığı Problemler, Problemlerde Etkili Olan Faktörler ve Problemlerin Arkasındaki Değer Belirsizliği

Hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştığı problemler şiddet, mobbing ve iş yükü olmak üzere üç başlık altında ele alınmıştır. Ele alınan bu problemleri çok yönlü olarak ele almak adına katılımcıların karşılaştığı olayları anlatmalarının yanı sıra problemlerde etkili olduğunu düşündükleri faktörler ve problemlerin arkasındaki değer sorunu üzerine düşünceleri sorulmuştur. Değer sorununa ait farklı düşünceler de problemlerin arkasındaki değer belirsizliği olarak kodlanmıştır.

4.2.3.1. Şiddet

Şiddet başlığı iki alt başlığa ayrılmış olup ilk başlıkta şiddetle karşılaşan ATT ve AABT’lerin yaşadıkları kötü deneyimler anlatılmıştır. Diğer alt başlıkta ise şiddette etkili olan faktörlerin ve arkasındaki değer belirsizliğinin içerik analizi yapılmıştır.

4.2.3.1.1. Şiddetle Karşılaşan Çalışanlar

Hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının problemlerinden biri olan şiddet ile (tanımlayıcı sorularda da bahsedildiği üzere) katılımcıların hepsi en az bir şiddet türüyle karşılaşmışlardır. En çok karşılaşılan problem olarak belirlendiğinden ilk ele alınacak konu şiddettir. ATT ve AABT’lerin yaşadıkları bu kötü deneyimler numaralandırma sıralarıyla paylaşılmıştır. Fiziksel şiddete maruz kalan ve yasaların yetersiz kalmasıyla şiddet olaylarını ilişkili gören K6, psikolojik yönden de kötü etkilendiğini söylemektedir. K6 derin bir nefes çekerek yaşadığı olayı şu şekilde anlatmıştır,

“Fiziksel şiddete iki kez maruz kaldım. Ama tabi şiddete çok uzun süre maruz kalmadan araya girenler sayesinde kurtarıldık çok şükür. Mahkemelerimiz oldu fakat sonuç alamadık maalesef, cezalar çok anlamlı olmuyor. Uzun süreli cezalar almıyorlar. Hapse bile girmeden cüzi bir para cezasıyla kurtuluyorlar. Biz sadece şiddete uğradığımızla kalıyoruz hem psikolojik olarak etkileniyoruz

hem de fiziksel hasarlar alıyoruz bu yüzden bilinçaltımız iyi yönde etkileniyor muhtemelen.” (K6, 30 yaş, ATT)

K6’ya paralel olarak fiziksel bir müdahaleyle birebir karşılaşmamış olsa da karşılaştığı olayda çalışma arkadaşının fiziksel şiddete maruz kaldığını gören K7 olay sonrasında da K6’ya paralel olarak psikolojik yönden kötü etkilendiğini söylemektedir. K7 yaşadığı olayı şu şekilde ifade etmiştir,

“Ben fiziksel olarak bir uygulamaya maruz kalmadım ama ekibimdeki bir arkadaşım şiddet gördü. Bu süreçten de manevi olarak çok etkilendim. Halen o bölgeye vaka çıktığında taşıkardim oluyor.” (K7, 38 yaş, ATT)

Sözel şiddete bütün sağlık çalışanlarının maruz kaldığını ifade eden K8 yaşadığı olayı kızgın ve üzgün bir ses tonuyla şöyle ifade etmiştir,

“Şiddetle karşılaştım, sözel şiddetle karşılaşmayan personel kalmamıştır sanırım. Sözel şiddetlerimizi saymakla bitmez. Fiziksel şiddete maruz kalmadım. Fakat fiziksel şiddet görmekle tehdit edildik ve bıçakla üzerime gelindi.” (K8, 27 yaş, AABT)

Görev esnasında çalışma arkadaşına şiddet uygulandığını gören K9 yaşadığı olayı şu şekilde ifade getirmiştir,

“Hasta ve hasta yakınları tarafından. Bir gün hastaya gitmiştik, gece vaktiydi ve hasta konversiyondu, hastanın durumu acil olmadığı, hastane de yakın oluşu ve gece olduğu için sirenleri açmamıştık. Daha sonra hastaneye geldiğimizde hasta yakını tarafından ambulans yavaş geldi ben bile ambulansı geçtim diyerek sürücümüze saldırdı. Birbirlerine tekme tokat saldırdılar, biz de ayırmaya çalıştık.” (K9, 29 yaş, ATT)

Üç şiddet türüne hatta silahlı saldırıya maruz kaldığını ve işlerinin ne kadar tehlikeli olduğunu kanıtı olarak K10 yaşadığı olayları şu şekilde ifade etmiştir.

“Hastalar tarafından da şiddete uğradım. Üzerime ateş de edildi. Doğu bölgesinde de çalıştım. –Terör bölgesi ve özel görevler.- Bıçaklı saldırıya da uğradım. Cinsel saldırıya da uğradım, bayan hasta tarafından taciz de edildim.” (K10, 30 yaş, ATT)

4.2.3.1.2. Şiddette Etkili Olan Faktörler ve Arkasındaki Değer Belirsizliği

Katılımcılara şiddet ve değer ilişkisi sorusu yönetilmiş olup görüşme sırasında elde edilen düşünceler şiddette etkili olan faktörler ve şiddetin arkasındaki değer belirsizliği olarak kodlanmıştır (Şekil 11). Şiddet konusunda en yüksek frekansa sahip kodlama “iş yükü”dür. Bu kodlamada yer alan ve ambulansların gereksiz kullanımıyla şiddet olaylarının direkt ilişkili olduğunu söyleyen K4 düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir,

“İş yükünün şiddetle alakası, ambulansların yetersizliği, gereksiz kullanımı kaynaklı vakaya ulaşmada geç kalındığı durumlar oluşuyor. Ve bu durumda elbette şiddeti tetikliyor” (K4, 26 yaş, AABT)

K4’ün düşüncelerine paralel olarak iş yükü ile şiddeti ilişkili gören katılımcılar K7, K3 ve K10’dur. K4’den farklı olarak şiddet olaylarının ambulansların geç kalmasıyla değil de çalışanların yorgun olmasından kaynaklandığını düşünmektedir. K7 şöyle ifade etmektedir,

“....iş yükü arttıkça bizimde performansımız düştüğü için hastaya gittiğimizde çok özel bir ilgi bekliyorlar. Ve bu beklenen ilgiyi vermediğinizde de şiddete maruz kalabilirsiniz. Çünkü biz 24 saat boyunca yoğun bir şekilde işimizi yapıyoruz ama hasta ve hasta yakınları daha özel ilgi ve şefkat bekliyorlar. Bu da çok yoğun nöbetlerde pek mümkün olamayabilir.” (K7, 38 yaş, ATT)

Bir diğer yüksek frekansa sahip olan “hastanın tanısı ile şiddetin ilişkisi” kodlamasıdır. Bu kodlamada yer alan düşünceler arasında K5 ve K6 psikiyatrik tanısı olan hastalarda şiddet olaylarının daha sık görüldüğünü söylemişlerdir. K5’den farklı olarak K6 alkol ve madde kullanımına bağlı olarak şiddet olaylarının arttığını ifade etmiştir. K6’nın ifadesi şu şekildedir,

“Psikiyatrik ve alkolik hastalarda şiddet olayı daha fazla oluyor. Ya da madde bağımlılığı vakasında şiddet daha fazla oluyor. Tabi bu insanın karakteriyle alakalı ama bilinci yerinde olmayan hastalarda şiddet riski daha fazla oluyor.” (K6, 30 yaş, ATT)

Şiddetin arkasındaki değer belirsizliği konusunda şiddet ve değer ilişkisini en iyi şekilde ifade eden katılımcı K1 olmuştur,

“Sağlık personeline şiddet gösteren birisinin sağlık personelinin yaptığı işin değerinin bildiğini anlamadığında herkes hemfikirdir diye düşünüyorum. Zaten karşı taraf yaptığımız işin değerinin farkında olsa bu olaylar zaten yaşanmazdı. Kaldı ki biz şiddet uygulayan kişinin yakınına yardım etmek için orada bulunuyoruz ki bunu bile düşünmüyor istemediğimiz şiddet olaylarını yapanlar.” (K1, 29 yaş, ATT)

K1, ses tonun düşürerek üzüntülü bir ses tonuyla cümlesine şu şekilde devam etmiştir,

“Hasta yakınlarından- şiddet gibi- böyle bir tepki görmek kendini biraz değersiz hissetmene sebep olabiliyor. Çünkü sen hastaya karşı gösterdiğin iyi niyetin karşılığı bu olmamalı diyorsun kendi içinde. Bu durum insanı üzüyor.” (K1, 29 yaş, ATT)

4.2.3.2. Mobbing

Mobbingle karşılaşan ATT ve AABT'lerin yaşadıkları deneyimler, mobbingi etkileyen faktörler ve yaşadıkları değersizlik hissi aynı başlık altında toplanmıştır. İlk olarak Şekil 12'nin yorumu yapılmış olup sonrasında da katılımcıların mobbing deneyimleri ve arkasındaki değer konusunun içerik analizi yapılarak değer belirsizliği olarak kodlanmıştır.

4.2.3.2.1. Mobbingi Etkileyen Faktörler ve Arkasındaki Değer Belirsizliği

Katılımcılara “Şiddet ve mobbingin size ve mesleğinize verilen değerle ilişkili olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusu yönelttiğimiz için katılımcıların bazıları şiddet ve mobbingi aynı soruda cevaplamayı tercih etmişlerdir. Mobbingi etkileyen faktörler içinde en yüksek frekansa sahip kodlama “yasal düzenlemelerin olmaması” olarak tespit edilmiştir. K4 ve K9 bu konuda aynı görüşe sahiptir. K4 bu olayların çözümünün yasal düzenlemelerle olacağını ifade etmiştir.

“....bizi koruyan yasalar, özlük hakları ben mobbing ya da şiddet gördüğümde kamusal yasalar düzenlenmiş olsa bu durumlar yaşanmaz zaten başka türlü de bu olanlar düzelmeyecektir. Yasalar bu konuda yetersiz.” (K4, 30 yaş, AABT)

Diğer en yüksek kodlama “iş yükü ile ilişkili” olarak tespit edilmiştir. Bu kodlamanın örneklerine içerik analizinde yer verileceği için tekrar olmaması adına sadece isim olarak bahsedilmiştir.

Tanımlayıcı sorularda da belirttiğimiz gibi mobbingle karşılaşmadığını ifade eden 6 katılımcı vardır. Bu katılımcılar içinde en iyi ifade K5'e aittir. Mobbingle karşılaşmadığını söyleyen K5, aynı zamanda yöneticilerin kendine çok yardımcı olduğunu dile getirmiştir.

“Mobbingle karşılaşmadım. Yönetim anlayışlı ve bize yardımcı olmaya çalışıyorlar. Yöneticiler herhangi bir sorun çıkarmıyorlar. Ben bir sorunla karşılaşmadım.” (K5, 26 yaş, AABT)

Mobbingle karşılaştığını söyleyen katılımcılar K2, K6, K7 ve K10'dur. Mobbingle karşılaşmamış olduklarını ama gözlemlerinden ve arkadaşlarının deneyimlerinden bahseden katılımcılar ise K3 ve K4'dür. Mobbingle karşılaşan

katılımcılar yukarıdan aşağıya ve yatay mobbing türleriyle karşılaştıklarını söylemişlerdir. Komuta Kontrol Merkezinde çalışan arkadaşları tarafından yatay mobbing ile karşılaştığını söyleyen K2, ister aşağıdan yukarı ister yatay mobbing olsun sebebinin iş yükünden ve karşılıklı empati eksikliğinden kaynaklandığını düşünmektedir. K2 düşüncelerini şöyle ifade etmiştir,

“....mobbing olarak da şöyle; iş yükünün fazla olduğu zamanlarda çalışma arkadaşlarımız yani Komuta Kontrol Merkezi ile karşılıklı olarak -telefonla irtibatta olduğumuz için- sözel olarak mobbinge maruz kalıyoruz. Kurum yönetimi tarafından gördüğünüz değer iş yükü ile ilişkisi, yöneticilere göre biz daha rahatız, bize göre de yöneticiler daha rahat çalışıyorlar. Çünkü her iki taraf da sağlıkçı. Bu yüzden daha çok empati yapmamalarından doğan sonuç olarak mobbing oluyor diye düşünüyorum. Mobbing, empati eksikliğinden veya yaptığımız işin üzerinde düşünülmeden bilinçsizce yapıldığını düşünüyorum.” (K2, 26 yaş, AABT)

Mobbing konusunda iş yükü yönünden K2 ile aynı düşünde olan bir diğer katılımcı K6’dır. K6, K2’den farklı olarak şiddet ve mobbingi birebir ilişkili değerlendirmiştir. Ayrıca yöneticiler açısından yeni istasyon açılması kararında başka parametrelere dikkat edildiğini, bu sebeple de bazı problemlerin yaşandığını söylemiştir. Bu problemlerden doğan hataların sonuçlarının ise çalışanlara yansıtıldığını düşünen K6, bu durumu mobbing olarak değerlendirmiştir. K6’nın ifadesi şu şekildedir,

“Şiddet ve mobbing birebir alakalı. Kurum yetkilileri açısından bize şöyle dediler: “Yeni bir ekip açmayı düşünmüyoruz, bizim için kilometre önemli, sizin kaç vaka yaptığınız önemli değil.” cümlesini duyunca bu durumun kilometreyle ne alakası olabilir ki ben 20 vaka yapmışım batı bölgesinde bir ekipten 15 vaka fazla yapmış olmamın önemi yok mu? Kendimi tabi ki değersiz hissediyorum. Bu durumda bana demek ki bize değer verilmediğinin göstergesidir. Bu söylem mecbursun çalışacaksın, yapacak bir şey yok demektir. Batı bölgesinde yaşayan insanların dilekçe verdiklerini bizim bölgede böyle bir durum olmadığı için batı bölgesine ambulans noktası açıldığını söylüyor. Ama herhangi bir olumsuz durum ya da vakaya geç ulaşıldığında faturası yine ekibe kesiliyor. Vakaya kasıtlı gitmemelik yapmıyorum bölgede

o kadar çok vaka var ki ekip bir başka vakada bölge dışından ekip geliyor. Bu da bir çeşit mobbing oluyor, çünkü ben bu durumu kasıtlı yapmıyorum. Kasıtlı olarak gitmemelik yapmıyorum. Çünkü daha çok bölge dışı gereksiz vakaya gidiyorum bu yüzden acil vakalar ambulanssız kalıyor. Bu durumda da soruşturma açılıyor hesap bizden soruluyor. Ceza kuruma değil şahıslara kesiliyor bu da mobbing oluyor.” (K6, 30 yaş, ATT)

Bu problemin sağlık sektörü hatta hizmet sektörünün genel problemi olarak gören K6, bu durumu değer verilmemeyle ilişkili görmektedir. Değer verilmemenin sonucu olarak da çalışanlarda değersizlik hissi oluştuğunu söylemektedir. Bu duruma örnek olarak ise hasta ve/veya yakınları tarafından duyduğu benim vergimle maaşınızı alıyorsunuz söylemini örnek vermiştir. K6 şu şekilde cümlelerine devam etmiştir,

“Bu durum –değer verilmeme- bizim 112’den ziyade sağlık sektörünün hatta öğretmenlik gibi hizmet sektöründe olan işlerin genel problemi. İnsanlar aldıkları hizmeti verenlere karşı örneğin ağrılarını dindirmek için ağrı kesici yapmam, monitörüne etmek gibi işleri bizim işimiz ve sanki yapmak zorundaymışız gibi düşünüyorlar. Bundan dolayı da saygı da göstermiyorlar. Bu da değersizlik hissi oluşturuyor. Klasik benim vergimle maaşını alıyorsun söylemi.” (K6, 30 yaş, ATT)

Kendini değersiz hisseden bir diğer katılımcı da K7’dir. Komuta Kontrol Merkezinde çalışan bir arkadaşıyla yaşadığı problemin sonucunda kendisinin dinlenilmediğini söylemektedir. Bu olayın sonucu olarak yöneticilerin çalışanlara karşı tutum ve davranışının farklılık gösterdiğini düşünmektedir. Yaşadığı bu olaydan sonra kötü etkilendiğini söyleyen K7, olayı şu şekilde ifade etmiştir,

“Yönetim tarafından da değersiz hissettiğim oldu. Daha önce komuta merkezde bir arkadaşımınla problem yaşadığımda o arkadaşım idareye daha yakın olduğu için onu dinlediler. Ama beni dinlemeden ufakta olsa bir ceza aldım. Ve ben bu cezayı hiç hak etmediğimi düşünüyorum. Benim fikrim sorulmadı, dinlenilmedi ve direkt yargısız infaz yapıldı. Sadece sen suçlusun dediler. Bu beni olumsuz etkiledi.” (K7, 38 yaş, ATT)

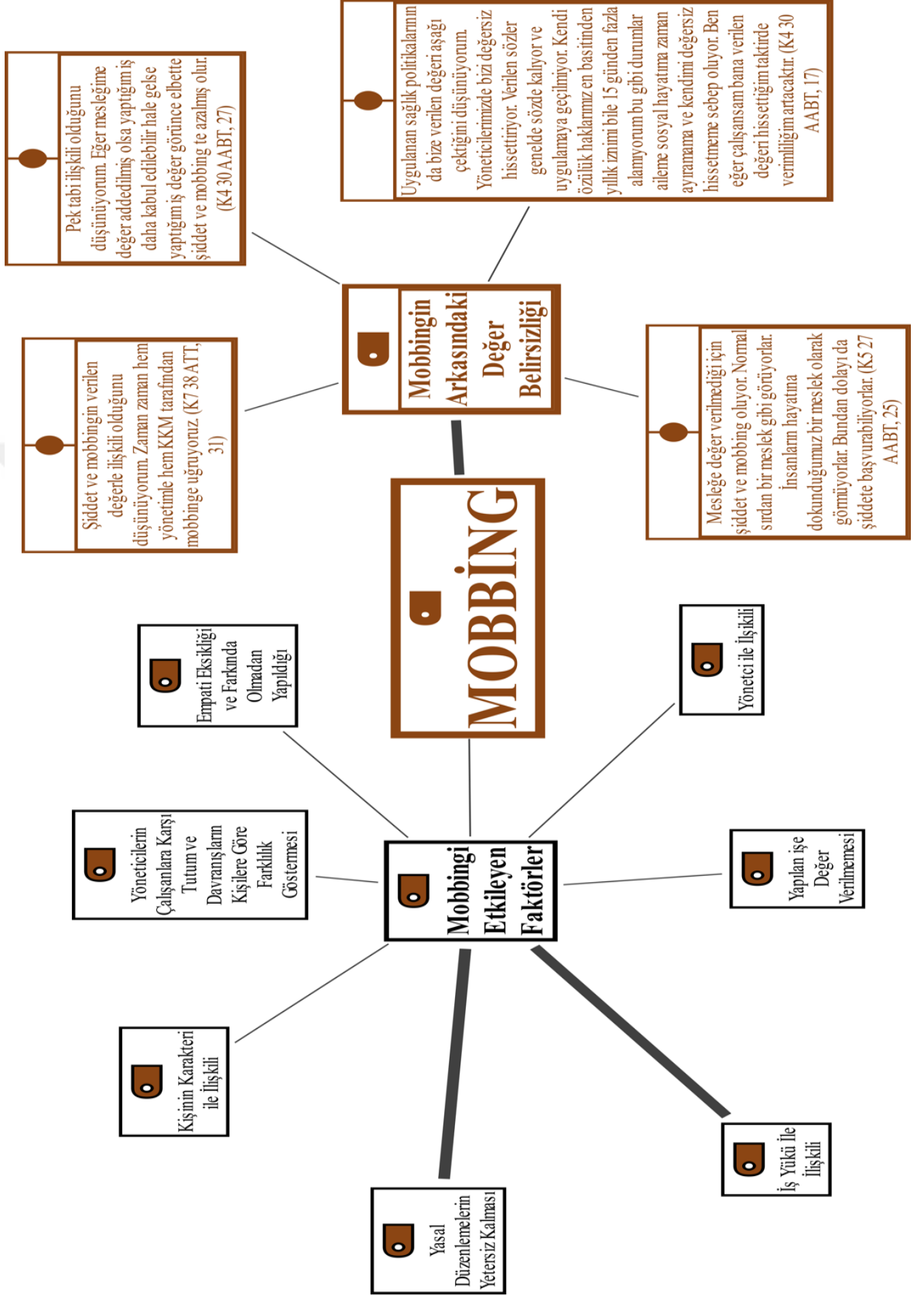
Değerlilik hissi konusunda hemfikir olan bir diğer katılımcı K3, kendisinin mobbinge karşılaşmadığını ama gözlemlerine göre yöneticilerin söylemleriyle

yanında olduklarını hissettiklerini lakin realitede yanında olmadıklarını söylemektedir. Teori ve pratik uyumsuzluğundan bahseden K3 düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir,

“Yönetim tarafından genel olarak birebir abi kardeş ya da amir olarak iletişime geçtiğinde sözel olarak her zaman yanımızda olduğunu hissettiriyorlar. Ama başımıza gerçek bir olay geldiğinde yanımızda olmadıklarını hissediyorsunuz. Bunu da etrafımdaki arkadaşların yaşadıklarından gördüm. Bu durum da kesinlikle değersizlik hissi yaşıyor.”
(K3, 26 yaş, AABT)

Değersizlik hissi konusunda K3 ile K4 aynı düşüncededir. K3’ün düşüncesine paralel olarak teori ve pratik uyumsuzluğuna K4 şu örneği vermiştir,

“Yöneticilerimiz de bizi değersiz hissettiriyor. Verilen sözler genelde sözde kalıyor ve uygulamaya geçilmiyor. Kendi özülük haklarımız en basitinden yıllık iznimi bile 15 günden fazla alamıyorum. Bu gibi durumlar aileme sosyal hayatıma zaman ayıramama ve kendimi değersiz hissetmeme sebep oluyor. Ben eğer çalışsam bana verilen değeri hissettiğim taktirde verimliliğim artacaktır.” (K4, 30 yaş, AABT)



Şekil 12. Mobbingi Etkileyen Faktörler ve Arkasındaki Değer Belirsizliği

4.2.3.3. İş Yüğü

Şiddet, mobbing ve değır konusıyla ilişkili görölen ve problem olarak ele alınan bir diğır başlığımız iş yüküdür. İş yükünü etkileyen faktörler ve iş yükünün arkasındaki değır konusuna dair düşünceler değır belirsizliğı olarak kodlanarak Şekil 13’te gösterilmiştir.

4.2.3.3.1. İş Yüğünde Etkili Olan Faktörler ve Arkasındaki Değır Belirsizliğı

İş yüğü konusunda etkili olan faktörler arasında en yüksek frekansa sahip kodlama “ambulansların gereksiz kullanılması”dır. Katılımcıların tamamı ambulansların gereksiz kullanıldığı konusunda hemfikirlerdir. K1 kendi imkânlarıyla hastaneye gidebilecek hastaların 112 acil yardım ambulanslarını kullandığını ve bu durumun iş yükünü artırdığını şu şekilde ifade etmiştir,

“112 acil sağık hizmetlerinin gereksiz yere kullanıldığını düşünüyorum. Yani acil sağık yardım ambulansı adı altında görev yapıyoruz ama gittiğimiz bazı vakaların acil müdahaleye ihtiyacı olmayan ve kendi imkanlarıyla hastaneye ulaşabilecekleri derecede şikayetleri oluyor ve böyle vakalarla sıkça karşılaşılıyor. Evet bu durum daha çok bu tarz vakalar iş yükümüzü artırıyor.” (K1, 29 yaş, ATT)

K1 ile aynı düşüncede olan K2 iş yüküne ek olarak, acil durumda olan ve ambulansa ihtiyacı olan hastaların mağdur olduğunu dile getirmiştir. K2’nin ifadesi şu şekildedir,

“...kendi imkanlarıyla hastaneye gidebilecek hastaların gereksiz yere 112’yi meşgul ettiği için bu durumların yanlış olduğunu düşünüyorum. Bu nedenle vaka sayısı artıyor. Hizmet alması gereken hastaların hizmet alması engelleniyor.” (K2, 26 yaş, AABT)

K1 ve K2 ile aynı düşüncede olan K3 bu düşüncelere paralel olan yaşadığı bir örneğı şu şekilde anlatmıştır,

“Yeri geliyor hastanenin karşısında oturuyor ama karın ağrısı için ambulans çağırıyor. Bu sırada belki de ambulansa daha çok ihtiyacı olan birine ben

gidemiyorum. Çünkü karın ağrısı vakasını hastaneye götürmem gerekiyor. Bu durum da iş yükümüzü artırıyor.” (K3, 26 yaş, AABT)

Ambulansların gereksiz kullanımının 112 acil yardım ambulanslarının iş yükünü artırmasının yanı sıra Komuta Kontrol Merkezinde görev yapanların da iş yükünü artırdığını ifade eden K8, konuyla ilgili yaşadığı bir örneği paylaşmıştır,

“Ambulansların gereksiz yere kullanımı hem çağrı karşılayanları hem de bizleri çok zorluyor..... Örneğin diş ağrısına vakaya gitmişliğimiz var. Bu durumda iş yükümüzü artırıyor.” (K8, 27 yaş, AABT)

K4 ve K6 ambulansların gereksiz kullanıldığını ifade etmelerinin yanı sıra diğer katılımcılardan farklı olarak konuyla ilişkili olduğunu düşündükleri gözlemlerini de paylaşmışlardır. K4, iş yükünün sebebinin hastaların bilinçli olarak, sıra beklememek ve yol ücreti ödememek adına 112 acil yardım ambulanslarına başvurduklarını dile getirmiştir. K4’ün ifadesi şu şekildedir,

“112 acil yardım ambulanslarının gereksiz yere kullanıldığını düşünüyorum. İnsanlar para vermemek için, hastanede ön sıraya girmek için veya hastasını daha konforlu hastaneye ulaştırmak için ambulansları gereksiz yere meşgul ediyorlar.” (K3, 26 yaş, AABT)

K4’ün düşüncelerine paralel olan bir diğer düşünce K6’ya aittir. Ambulansların gereksiz kullanıldığına dair K6 düşüncelerini şu örnekle ifade etmiştir,

“Örneğin günde on beş vaka yaptıysak bunu üçü ya da dördü acil vakadır. Geri kalanların hepsi fuzuli, tamamıyla ekonomik, sıra beklemeyeyim ambulansla önden giriş yapayım ya da taksi parası vermeyeyim diye arayanlar oluyor. Taksi parası vermemek için arayan çok oluyor gereksiz kullanıyor evet. Eşine dostuna naz yapmak için arayanlar bile oluyor.” (K6, 30 yaş, ATT)

Bütün katılımcılar gibi ambulansların gereksiz kullanıldığını söyleyen K5 diğer katılımcılardan farklı olarak bu durumun çözümünün insanların ambulansların hangi durumda araması konusunda bilinçlendirilmesiyle ilişkili olduğunu söylemiştir. K5 şu şekilde ifadede bulunmuştur,

“Toplumu bilinçlendirmek 112’nin nasıl bir kurum olduğunu hatırlatmak gerekiyor. Hangi şart ve koşullarda 112’nin aranmasının gerektiğini söylemek gerekiyor. Bunlar yapılırsa gereksiz vakalar azalır. Bu durumlar iş yükümüzü artırıyor.” (K5, 26 yaş, AABT)

İş yükünde etkili olan faktörlerden en yüksek ikinci kodlama “evrak işleri”dir. Katılımcılardan 7 tanesi yapılan evrak işlerini iş yükü olarak görmektedir. Konuyu en iyi özetleyen ifade K1’e aittir,

“....tek işimiz vakaya çıkmak değil evrak işlerimizde oluyor ve bu evrak işleri de personele ekstra iş yüküdür. Çünkü neden istasyonda kaldığın sürece istirahat etme ihtiyacım var ama bu sürede o prosedürlere harcamak zorundasın bu da bizim işin bir parçası ama yine de iş yükümüzü artırmakta.”
(K1, 29 yaş, ATT)

Evrak işlerinin daha yalın hale getirmenin çalışanlar üzerinde pozitif yönde etkisi olacağını ve değer konusuyla birebir ilişkili olduğunu düşünen katılımcılardan olan K6 düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir,

“Kurum yönetimi biz eksiklerimizi fark edip ya da dile getirdiğimiz zaman ve dikkate aldığı zaman ve eksikliğimizi giderildiği taktirde tabi ki iş yükümüz az da olsa azalıyor. Ama yardım etmedikleri zaman ve desteklemediği zaman iş yükümüz artırıyor. Bu yüzden iş yükü ve değer birebir baya bağlantılı.” (K6, 30 yaş, ATT)

Bu düşünceyi bir örnekle destekleyen katılımcı K5’tir. K5 iş yükünün fazla olduğunu lakin tablet uygulaması sayesinde iş yükünün biraz daha hafiflediğini söylemiştir. Ayrıca bu gelişme çalışanlara değer yönünden ve geleceğe yönelik bakışlarında pozitif bir etki yarattığını ifade etmektedir. K5’in ifadesi şu şekildedir,

“Zaten iş yükümüz merkezde olduğumuz için biraz fazla. Yani arkada evraklar olsun, getir götür işleri olsun bunlar biraz daha kalkarsa daha iyi olur. Yöneticilerimiz bu durumların üstesinden gelmeye çalışıyorlar. Bir örnek verirsem, bu zamana kadar telsizle çalışıyorduk bundan sonraki dönemde tablet uygulamasına geçildi. Bu uygulama tamamıyla oturtulursa çok güzel bir sisteme geçilecek diye düşünüyorum. Bu yönden de yöneticileri kutlarım.” (K5, 26 yaş, AABT)

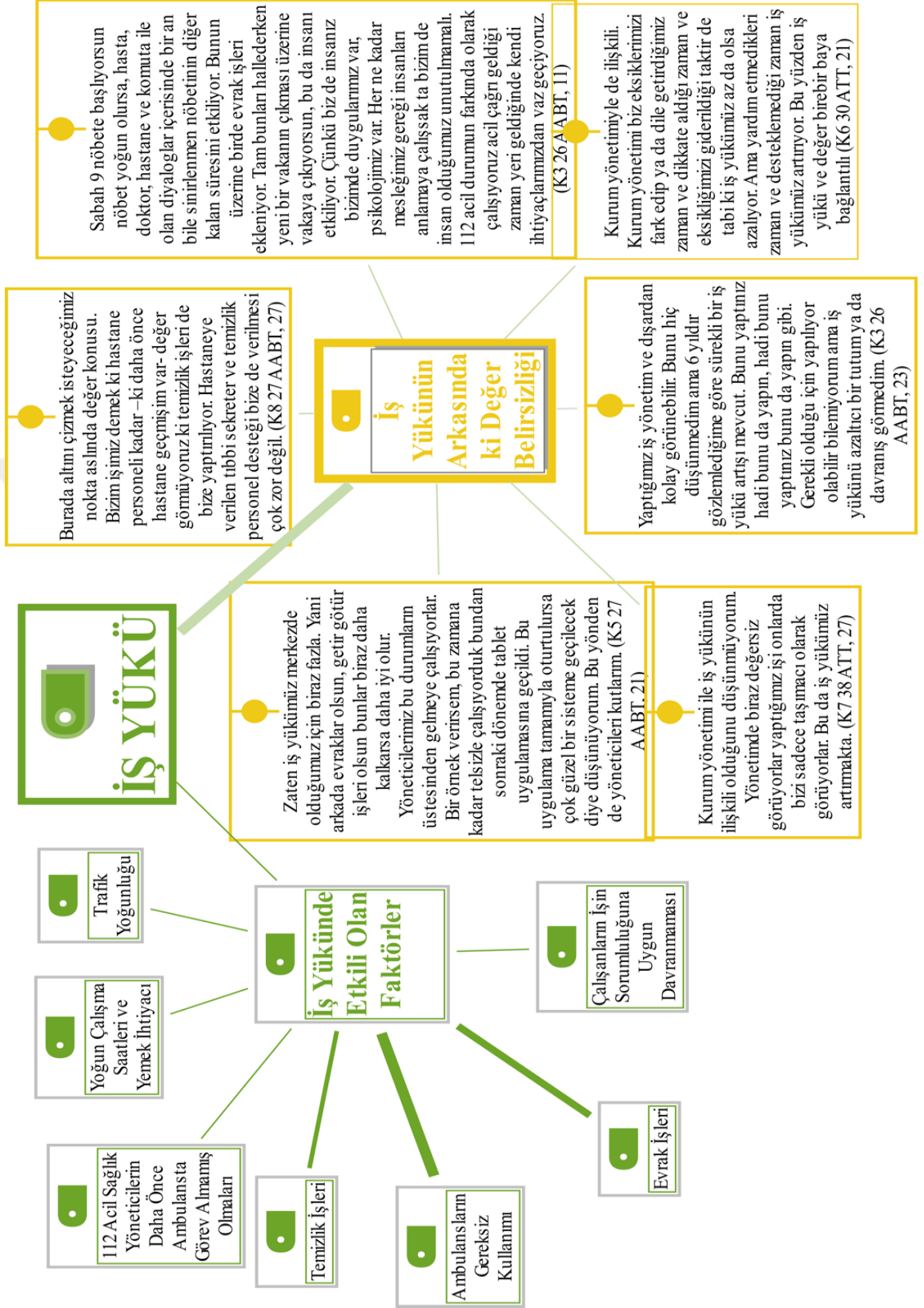
İş yükünde etkili olan faktörler arasında üçüncü en yüksek frekansa sahip olan kodlama “temizlik işleri” olarak belirlenmiştir. Konuyu en geniş anlatan K8 olmuştur. K8 şu ifadede bulunmuştur,

“İş yükümüzü artıran nedenler var. Örneğin hastanın tedavisi ve nakli zaten işimizi oluşturmakta, bunun haricinde istasyonun temizliğinden biz

sorumluyuz, tıbbi sekreterlik işlerimizde var. Televizyonlarda gördüğünüz kanlı trafik kazası vakalarında ambulansı da biz temizliyoruz, bu iş yükümüzü artırıyor elbette. Bunlar doğal olarak işleri de iş yükümüzü artırıyor. Temizlik personeli ve tıbbi sekreterin yapması gereken işleri de biz yapmaktayız ve kendi görevlerimizi de yapmak zorundayız.” (K8, 27 yaş, AABT)

Ayrıca iş yükü ve değer konusuna ilişkisini en iyi ifade K8’e aittir. Diğer katılımcıların görüşleri de Şekil 13’de verilmiştir. K8’in ifadesi şu şekildedir,

“Burada altını çizmek isteyeceğimiz nokta aslında değer konusu. Bizim işimiz demek ki hastane personeli kadar –ki daha önce hastane geçmişim var- değer görmüyoruz ki temizlik işleri de bize yaptırılıyor. Hastaneye verilen tıbbi sekreter ve temizlik personeli desteği bize de verilmesi çok zor değil.” (K8, 27 yaş, AABT)



Şekil 13. İş Yükünde Etkili Olan Faktörler ve Değer Belirsizliği

4.2.4. ATT ve AABT'lerin Karşılaştığı Problemlerin Tükenmişlik ve Yabancılaşmaya Etkisi

ATT ve AABT'lere “Şiddet, mobbing ve iş yükü tükenmişlik ve yabancılaşmaya sebep olur mu?” sorusunu yönelttiğimizde katılımcıların 9'u sebep olduğuna dair düşünce belirtmiştir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde katılımcılar arasında en az iş deneyimine sahip olan K5, üç yıldır çalışmasıyla ilişkili olarak tükenmişlik ve yabancılaşma yaşamadığını belirtmiştir. K5'in ifadesi şu şekildedir,

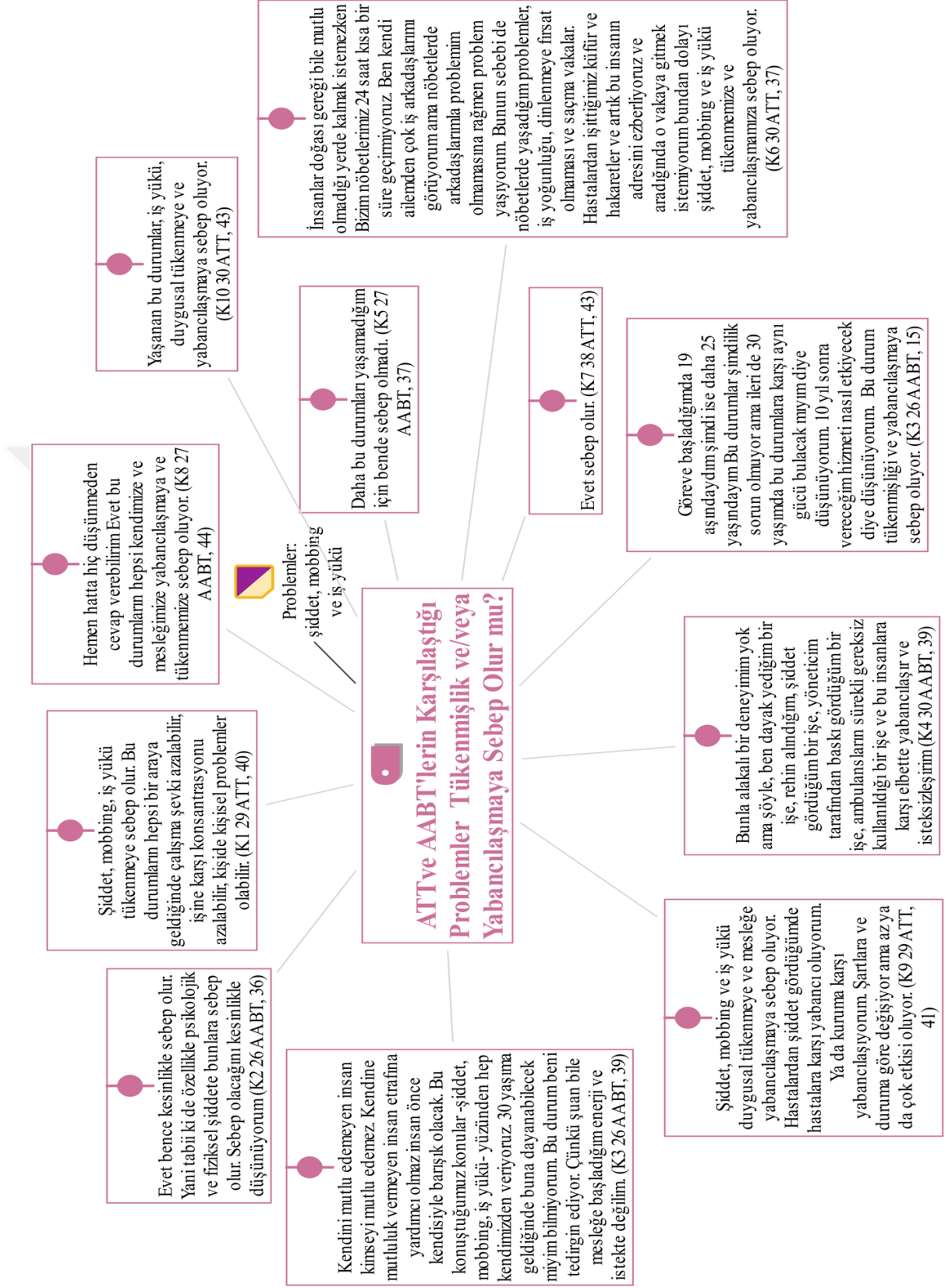
“Daha bu durumları yaşamadığım için bende sebep olmadı.” (K5, 26 yaş, AABT)

K5 ile aksi yönde düşünen 9 katılımcıyı temsilen K8 ve K6'nın ifadelerine yer verilmiştir. Şekil 14'te bütün katılımcıların düşüncelerine ulaşmak mümkündür. Şiddet, mobbing ve iş yükünün yabancılaşma ve tükenmişliğe sebep olduğunu düşünen K8 gülerek şu ifade de bulunmuştur,

“...hemen hatta hiç düşünmeden cevap verebilirim. Evet, bu durumların hepsi kendimize ve mesleğimize yabancılaşmaya ve tükenmemize sebep oluyor.” (K8, 27 yaş, AABT)

K8 ile paralel düşüncede olan K6 ses tonunu yükselterek şu ifadede bulunmuştur,

“İnsanlar doğası gereği bile mutlu olmadığı yerde kalmak istemezken bizim nöbetlerimiz 24 saat, kısa bir süre geçirmiyoruz. Ben kendi ailemden çok iş arkadaşlarımı görüyorum ama nöbetlerde arkadaşlarımla problemim olmamasına rağmen problem yaşıyorum. Bunun sebebi de nöbetlerde yaşadığım problemler, iş yoğunluğu, dinlemeye fırsat bulamamam ve saçma vakalar. Hastalardan işittiğimiz küfür ve hakaretler ve artık bu insanın adresini ezberliyoruz ve aradığında o vakaya gitmek istemiyorum bundan dolayı şiddet, mobbing ve iş yükü tükenmemize ve yabancılaşmamıza sebep oluyor.” (K6 30 ATT)



Şekil 14. Şiddet, Mobbing, İş Yükü ve Tükenmişlik, Yabancılaşma İlişkisinde ATT ve AABT'lerin Düşünceleri

4.2.5. ATT ve AABT’lerin Karşılaştığı Çift Yönlü Problemler, Problemleri Etkileyen Faktörler ve Etik İkilem

Tükenmişlik ve yabancılaşma 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışanların diğer problemleridir. Bu problemleri çift yönlü olarak değerlendirmemizin gerekçesi, çalışanlara etkisinin yanı sıra hastaya da etkisinin söz konusu olmasıyla ilişkilidir. Şiddet, mobbing ve iş yükü konularının ele alınış biçimleriyle paralel olarak tükenmişlik ve yabancılaşma konuları da (problemleri etkileyen faktörler, etik ikilem ilişkisi, çalışana ve ailesine etkisi olmak üzere) çok yönlü ele alınarak içerik analizi yapılmıştır.

4.2.5.1. Tükenmişlik

Tükenmişlik tanımı gereği, tükenmişlik yaşayan birey kendisi etkilendiği gibi etkileşimde olduğu insanlara da bu psikolojik durumu yansıtır. Bu bağlamda tükenmişliğin çalışana ve aile yaşamına yansımalarına dair düşüncelerini ifade eden ve örnekler veren katılımcıların içerik analizine ilk alt başlık altında yer verilmiştir. İkinci alt başlıkta ise tükenmişlikte etkili olan faktörler tespit edilerek etik ikilem ilişkisinin içerik analizi yapılmıştır.

4.2.5.1.1. Tükenmişliğin ATT ve AABT’lerde Etkileri

Bu başlık altında tükenmişlik yaşadığını örnekler üzerinden açıklayan K3, K6 ve K7’nin düşünce ve örneklerine yer verilmiştir. Verilen örneklerin birbirinden farklı olmasının yanı sıra katılımcılar tükenmişlik konusunda farklı bakış açılarına sahiptir.

K3, çalışanların karşılaştığı problemlerin biriktiğini, bunun sonucunda da kişilerde psikolojik yönden negatif bir etkiye sebep olduğunu ifade etmiştir. Gelecekteki iş yaşamına dair endişeleri bulunan K3, düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir,

“Bütün bu etkenler –gereksiz ambulans kullanımı, mobbing, şiddet- üst üste gelerek birikiyor. Dediğim gibi insanız böyle durumlar insanı kötü yönde etkiliyor. Göreve başladığımda 19 aşındaydım şimdi ise daha 25 yaşımdayım

Bu durumlar şimdilik sorun olmuyor ama ileride 30 yaşında bu durumlara karşı aynı gücü bulacak mıyım? diye düşünüyorum. 10 yıl sonra vereceğim hizmeti nasıl etkiyecek diye düşünüyorum.” (K3, 26 yaş, AABT)

K6, tükenmişliğin aile yaşamına yansıdığını dile getirmiştir. Tükenmişlik yaşadığını ifade eden K6 bu durumun çocuğuna, aile yaşamına ve sosyal hayatta arkadaşlarına nasıl yansıdığını şu şekilde ifade etmiştir,

“Tükenmişliği uzun süredir yaşıyorum. Nöbetlerden çıktığım zaman evde yorgun, uykusuz ve keyifsiz olduğum zaman bu durum çocuğuma kadar yansıyor. Daha agresif, sinirli ve sabırsız oluyorum. Ya da çocuğumun en doğal hakkı olan benimle oyun oynama isteğini bile çok yorgun olduğum için gerçekleştiriyemiyorum. Hem ailemize hem de arkadaş çevremize bu durumu yansıtıyoruz. Sosyal aktivitelere katılamıyoruz. Sosyal hayatımız bile kötüye gidiyor.” (K6, 30 yaş, ATT)

Tükenmişlik konusunu farklı bir açıdan ele alan K7, konuyla ilgili nöbetlerde yaşadığı olayları iş dışındaki yaşamına yansıttığını bunun da kendisinde olumsuz bir etkisinin olduğundan bahsetmiştir. K7’nin ifadesine göre,

“Zaman zaman tükenmişlik yaşıyorum. Hatta çok diye telaffuz da ediyorum çok yoruldum ve tükendim diye. Olumsuz olarak etkileniyorum. İnsanların evine giriyoruz, özel hayatlarını görüyoruz ve durumlarını görüyoruz. Vaka sonrası eve geldiğimde o hastalar nasıl oldu acaba diye düşünüyorum ve empati kuruyorum.” (K7, 38 yaş, ATT)

4.2.5.1.2. Tükenmişliği Etkileyen Faktörler ve Etik İkilem

Tükenmişlik yaşadığını düşünen katılımcılara bu durumun hastalara yansıyor yansımıyor sorularak tükenmişlikte etkili olan faktörler ve etik ikilem konusundaki düşüncelerine ulaşılmıştır. Konuyla ilgili düşüncelerini belirten bütün katılımcılar Şekil 15’te verilmiştir.

Katılımcılar arasında K9 ve K3 tükenmişlik yaşadıklarını lakin söz konusu durumun insan sağlığıyla ilişkili olduğunu bu sebeple de işlerine yansımaya izin vermediklerini dile getirmişlerdir. K3’ün ifadesi şu şekildedir,

“Tükenmişlik yaşıyor olmam etik ikilem yaşamama sebep olmaz çünkü o anda kendimi değil, hasta odaklı düşünüyorum. Zamanla yarışıyoruz, hızlı karar vermemiz gerekiyor. Tükenmişliği olay yerinde o anda değil vaka sonrasında ya da eve geldiğimde olay sonrasında yaşıyorsunuz.” (K3, 26 yaş, AABT)

K3’ten farklı olarak, henüz tükenmişlik yaşamayan lakin çalışanların yaşadığı tükenmişliğin hastalara yansiyabileceğini düşünen K5 şu ifadede bulunmuştur,

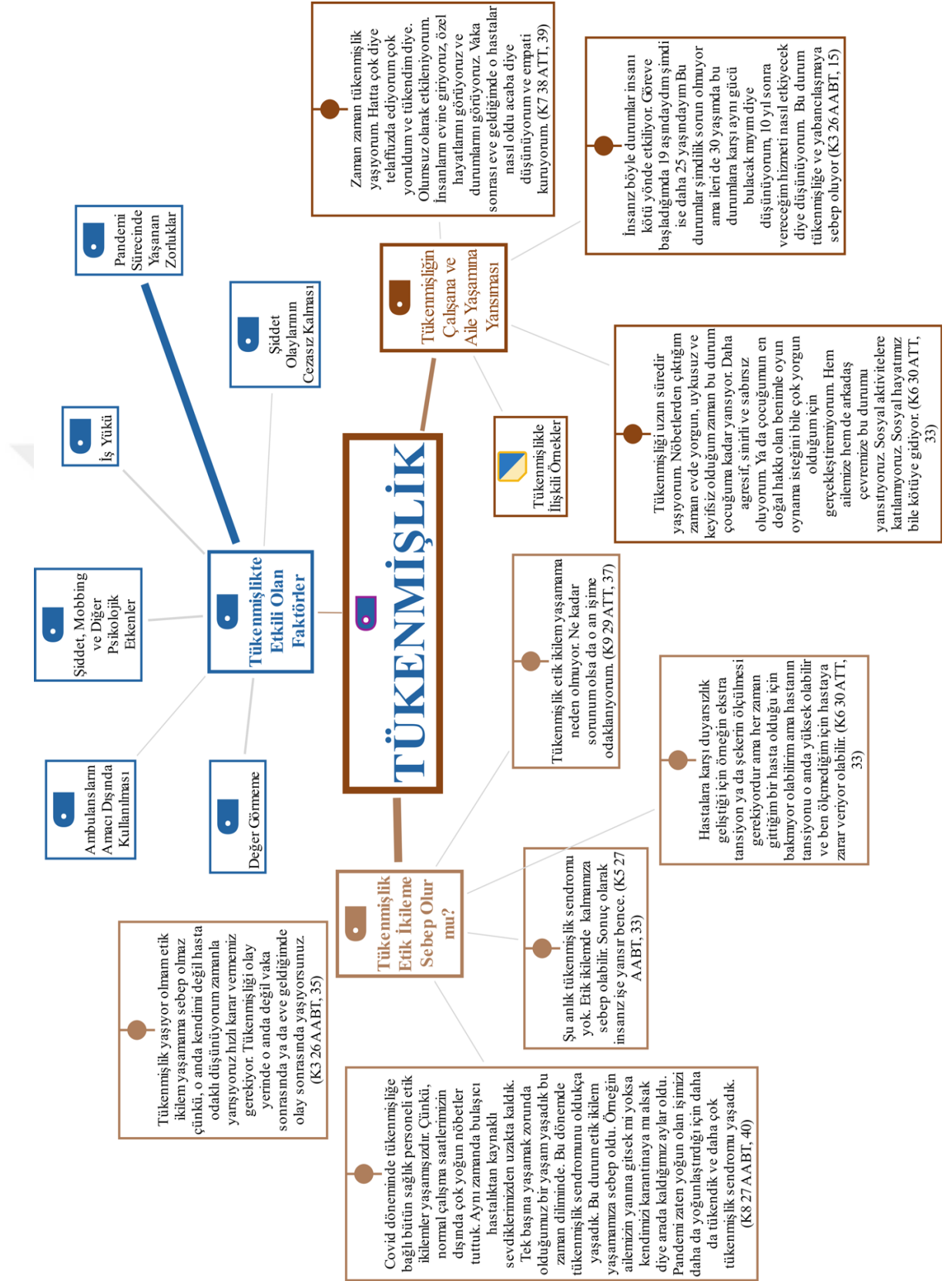
“Şu anlık tükenmişlik sendromu yok. Etik ikilemde kalmamıza sebep olabilir. Sonuç olarak insanız işe yansır bence”. (K5, 26 yaş, AABT)

K5’e paralel bir düşünce de K6’ya aittir. K6 tükenmişlik yaşadığını ve bu durumun hastaya yansıtmadığını düşünmektedir. Lakin farkında olmadan tükenmişliğin hastaya yansiyabileceğini ifade etmektedir. K6’nın ifadesine göre,

“Hastalara karşı duyarsızlık geliştiği için örneğin ekstra tansiyon ya da şekerin ölçülmesi gerekiyordur ama her zaman gittiğim bir hasta olduğu için bakmıyor olabilirim ama hastanın tansiyonu o anda yüksek olabilir ve ben ölçmediğim için hastaya zarar veriyor olabilir.” (K6, 30 yaş, ATT)

Konuyu pandemi süreciyle ilişkili olarak ele alan ve tükenmişlikte etkili olan faktörler arasında en yük frekansa sahip “pandemi sürecinde yaşanan zorluklar” kodlamasına paralel bir düşünce K8’e aittir. K8, pandemi sürecinde iş yükünün fazla olması ve negatif bir etkinin söz konusu olduğunu ifade etmiştir. Bu durumla ilişkili olarak bütün sağlık çalışanlarının etik ikilem yaşadığını tahmin etmektedir. Kendi özelinde pandemi sürecinde ailelisine duyduğu özlem ve tükenmişliğe rağmen covid-19 virüsü bulaştırma ihtimali arasında ikilem yaşadığını ifade etmiştir. K8,

“Covid döneminde tükenmişliğe bağlı bütün sağlık personeli etik ikilemler yaşamışlardır. Çünkü, normal çalışma saatlerimizin dışında çok yoğun nöbetler tuttuk. Aynı zamanda bulaşıcı hastalıktan kaynaklı sevdiklerimizden uzakta kaldık. Tek başına yaşamak zorunda olduğumuz bir yaşam yaşadık bu zaman diliminde. Bu dönemde tükenmişlik sendromunu oldukça yaşadık. Bu durum etik ikilem yaşamamıza sebep oldu. Örneğin ailemizin yanına gitsek mi yoksa kendimizi karantinaya mı alsak diye arada kaldığımız aylar oldu. Pandemi zaten yoğun olan işimizi daha da yoğunlaştırdığı için daha da tükendik ve daha çok tükenmişlik sendromu yaşadık.” (K8, 27 yaş, AABT)



Şekil 15. Tükenmişliğin ATT ve AABT'lere Etkisi, Tükenmişliği Etkileyen Faktörler ve Etik İkilem İlişkisi

4.2.5.2. Yabancılaşma

Hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştığı problemlerden sonuncusu yabancılaşmadır. Katılımcılar yabancılaşmayı “iş yükü kaynaklı isteksizlik ve bıkkınlıkla ilişkili” görmektedir. Bu bağlamda ilk alt başlığımızda bu ilişkiselliğin, yabancılaşma üzerine düşüncelerin ve farklı örneklerin içerik analizi yapılmıştır. İkinci alt başlığımızda yabancılaşmayı etkileyen faktörler ve etik ikilem ilişkisinin içerik analizi yapılmıştır.

4.2.5.2.1. Yabancılaşmanın ATT ve AABT’lerde Etkileri

Bu başlık altında yabancılaşma konusunu “iş yükü kaynaklı isteksizlik ve bıkkınlıkla” ilişkilendiren örneklerde bulunan K6 ve K4’ün yanı sıra yabancılaşma konusunda farklı bir örnek veren K3’ün ifadelerine yer verilmiştir.

Kendine ve işine yabancılaşma üzerine detaylı bir örnek paylaşan katılımcı K6’dır. Göreve başladığındaki heves ve heyecanını kaybettiğini ifade eden K6, işe giderken yaşadığı isteksizliğin sebebini yaşadığı şiddet olaylarının sonuçsuz kalması olarak ifade etmiştir. Hatta şiddet olayları yaşasa bile artık mahkemeye gitmek istemediğini ve şiddetle karşılaşmasına rağmen gerekli yasal işlemleri başlatmadığını ifade etmiştir. K6, ses tonunu yükselterek düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir.

“Yabancılaşma tabi ki oluyor. Eskiden nöbetlere gelirken ambulansı kontrol edelim, eksikler neler derken, artık nöbetlere gelirken ambulansı vakada kontrol ediyorsun, o heves, o heyecan, o eski ambulans hevesi kalmıyor tabi. Şahsen benim kalmadı. Eskiden evrak doldururken öğrenme isteği varken şu an kâğıt yüzü görmek istemiyorum. İşe gelirken ayaklarım geri geri gidiyor. Yine nasıl bir saçma nöbet ve nasıl saçma insanlarla karşılaşacağım diye geliyoruz. Eskiden adli vakalarda beyaz kod verirken artık zaten bir şey olmuyor ben kaç kere beyaz kod verdim mahkemelerde süründüm ve sonuç alamadım diye kod vermiyoruz ve bu durumu yaşamaktan bıktık.” (K6, 30 yaş, ATT)

Ambulansların gereksiz kullanılmasını monotonlaşma olarak tarif eden K4 bu durumun kendisinin mesleğe yabancılaşmasına sebep olduğunu ifade etmiştir. K4'ün ifadesi şu şekildedir,

“Ben yabancılaşmanın monotonlaşmayla alakalı olduğunu düşünüyorum. Yani biz her gün aslında ambulans gerektirmeyen vakalara gittiğimizde bunları triyaj kodlarına göre söylemem gerekirse sarı ve yeşil kodlu vakalar yani kendi imkânlarıyla hastaneye hatta acile de değil polikliniğe gidecek hastalar gecenin üçünde 112’yi arıyor bu durum insanda işe karşı bir isteksizlik oluşturuyor. Gereksiz vakalara gidilmesi beni işime yabancılaştırıyor.” (K4, 30 yaş, AABT)

K6 ve K4'den farklı bir görüş bildiren bir diğer katılımcı ise K3'tür. Sürekli gereksiz vakalara gitmesinin el pratikliği ve becerisini kaybetmesine sebep olduğunu düşünen K3'ün ifadesi şu şekildedir,

“Yabancılaşma şöyle, bildiğim şeyi unutuyorum. El pratikliğinizi kaybediyor ve unutuyorsunuz. Yabancılaşma var. Acil durumlar yerine gereksiz vakaya gittiğimiz için bilgilerimizi, el pratikliğimizi kaybediyoruz. Kısaca iş yükü bizi mesleğimize yabancılaştırıyor.” (K,3 26 yaş, AABT)

4.2.5.2.2. Yabancılaşmayı Etkileyen Faktörler ve Etik İkilem

Yabancılaşma yaşadığını düşünen katılımcılara yabancılaşma ve etik ikilem ilişkisi sorulmuş olup yabancılaşmada etkili olan faktör ve etik ikilem ilişkisindeki düşünceleri belirlenmiştir. Yabancılaşmada etkili faktörler ile yabancılaşma ve etik ikilem ilişkisine dair düşüncelerini belirten katılımcıların tamamı Şekil 16'da gösterilmektedir.

Yabancılaşmayı “isteksizlik ve yorgunluk” olarak nitelendiren K1, bu durumu yaşasa da bunun hastaya yansıtılmaması gerektiğini düşünmektedir. Gerekçesi de insan sağlığının ihmal edilemeyecek kadar önemli bir konu olduğunu düşünmesidir. K1'in ifadesi şu şekildedir,

“Sağlık personeliyiz ve yaptığımız iş belli. İsteksizlik ve yorgunluk hissetsek bile bunlar bizim işimizin önüne geçmemeli yani görevimizi yapmak zorundayız. Çünkü ilgilendiğimiz konu insan sağlığı. Bu konu sağlık çalışanı

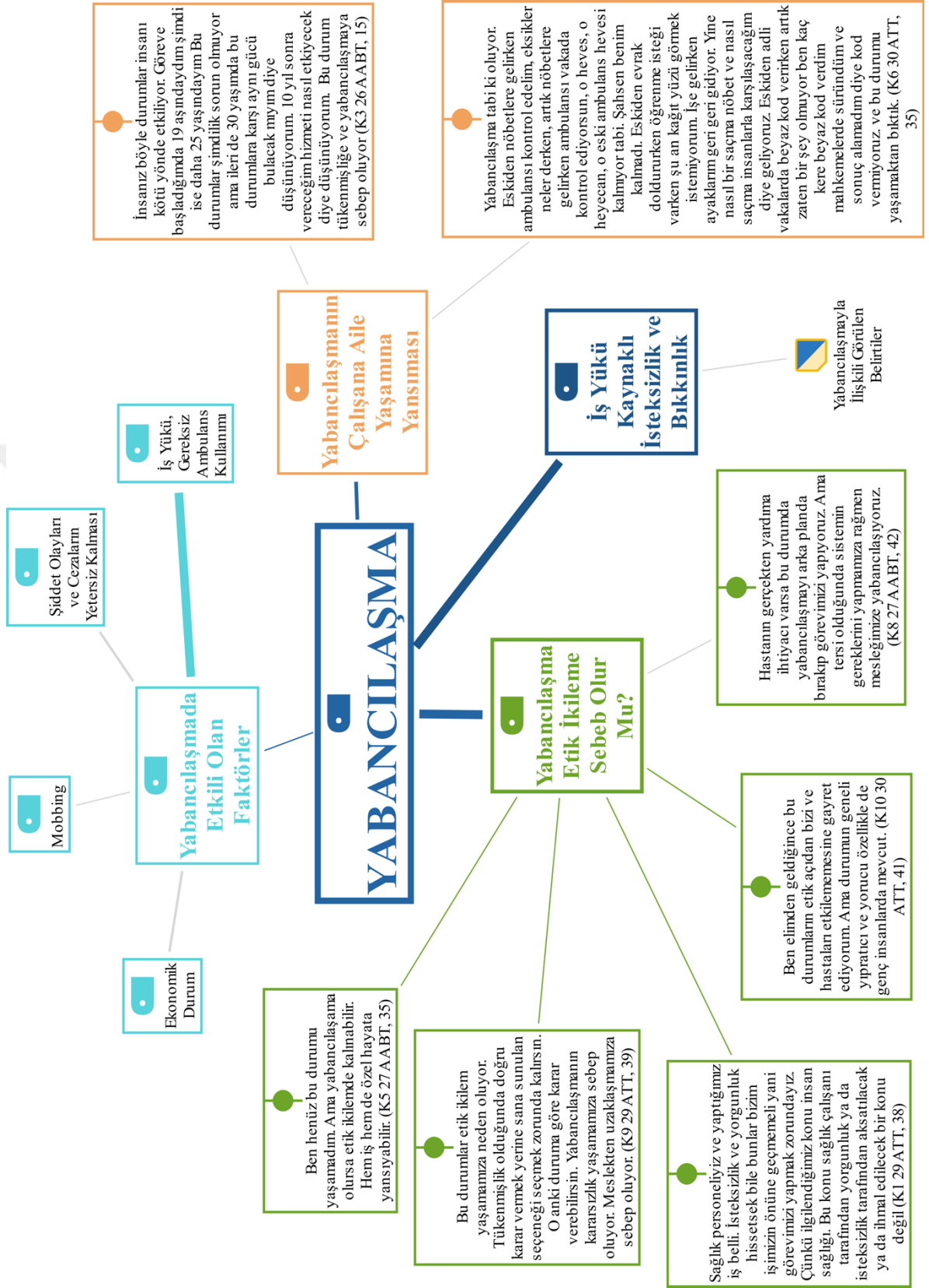
tarafından yorgunluk ya da isteksizlik, aksatılacak ya da ihmal edilecek bir konu değil.” (K1, 29 yaş, ATT)

K1’in düşüncelerine paralel bir görüşe sahip olan diğer katılımcı K8’dir. K8 konuya farklı bir bakış açısı getirerek farklı bir noktayı işaret etmiştir. K8, sistemsal bir çelişkinin sonucu olarak da mesleklerine yabancılaştıklarını ya da şiddet gibi hasta ve/veya yakınları kaynaklı olaylara maruz kalmamak adına mesleklerine yabancılaştıklarını ifade etmiştir. K8’in ifadesi şu şekildedir,

“Gereksiz vakalara gittiğimizde yabancılaşma hissetmemize sebep oluyor. Bu durumlarda mesleğimize yabancılaşıp soğuyoruz. Hastanın gerçekten yardıma ihtiyacı varsa bu durumda yabancılaşmayı arka planda bırakıp görevimizi yapıyoruz. Ama tersi olduğunda sistemin gereklerini yapmamıza rağmen mesleğimize yabancılaşıyoruz. Hatta bazı durumlarda hastanın hastaneye gitmesi gerekmeyen hastalarda şiddetle karşılaşmamak için mesleğimize yabancılaştık da hastayı hastaneye götürüyoruz.” (K8, 27 yaş, AABT)

Yabancılaşmanın etik ikileme sebep olacağını bunun arkasında da yabancılaşmaya bağlı meslekten uzaklaşma olduğunu söyleyen katılımcı K9, şu ifadede bulunmuştur,

“Yabancılaşma kararsızlık yaşamamıza sebep oluyor. Meslekten uzaklaşmamıza sebep oluyor.” (K9, 29 yaş, ATT)



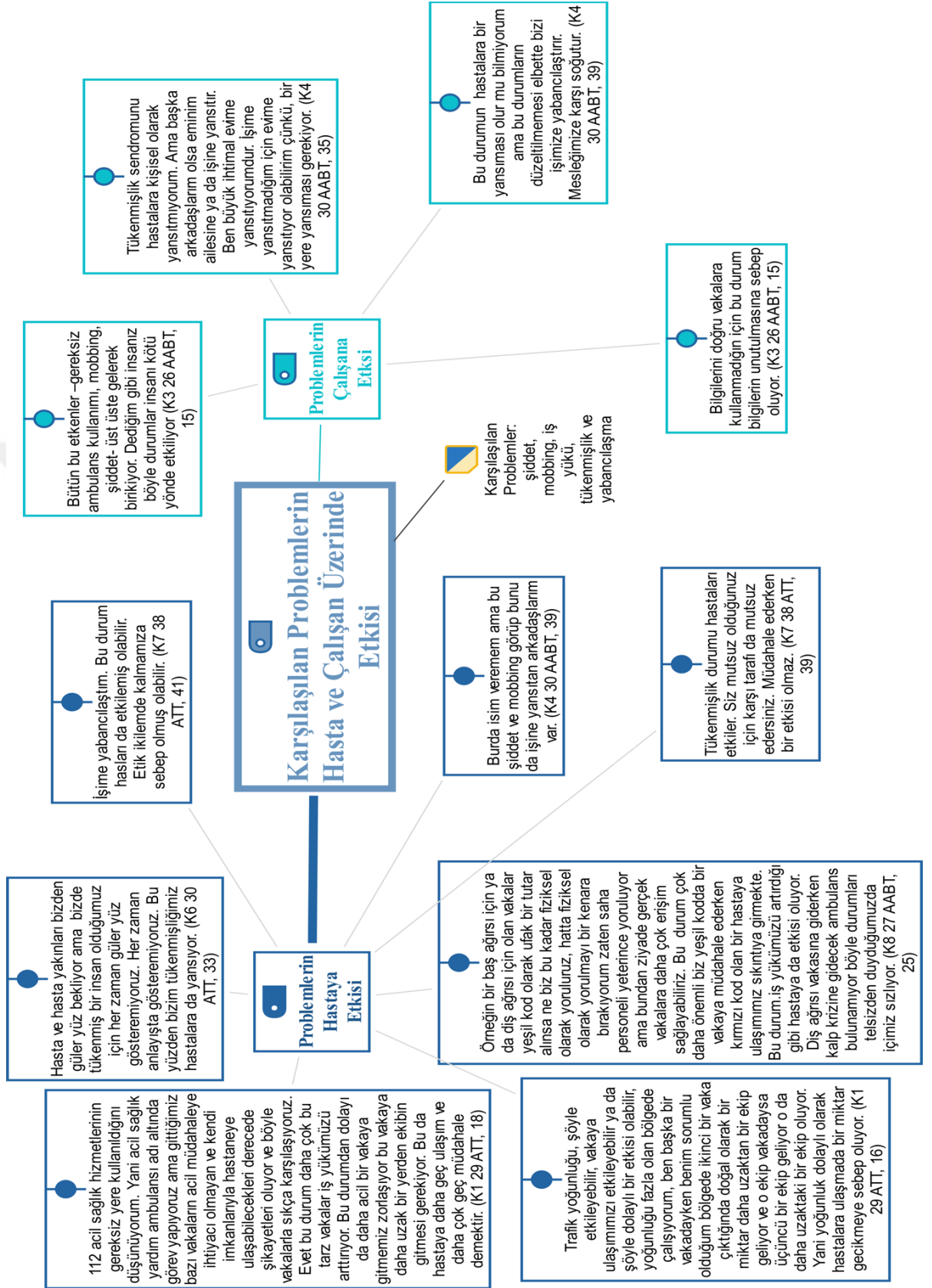
Şekil 16. Yabancılaşmanın ATT ve AABT'lere Etkisi, Yabancılaşmayı Etkileyen Faktörler ve Etik İkilem İlişkisi

4.2.6. ATT ve AABT'lerin Karşılaştığı Problemlerin Kendilerine ve Hastalara Etkisi

Karşılaşılan problemler (şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşma) ATT ve AABT'leri etkilediği gibi hastalar üzerinde de negatif bir etkiye sahiptir. Konu, çalışanların karşılaştığı problemler başlıkları altında detaylı olarak ele alınmıştır. Bu başlık altında içerik analizi için örnek belirlenirken konuyu detaylı olarak almasına, çalışan ve hasta ilişkiselliğini içermesine dikkat edilmiştir. Konuyla ilgili diğer katılımcıların ifadeleri Şekil 17'de mevcuttur.

K8'in örneğinde ifade ettiğine göre, ambulansların ücretsiz olmasıyla ilişkili olarak hastalar bu durumu suistimal ederek iş yükünü artırmaktadır. Bu iş yükü artışından da çalışanlar etkilendiği gibi aslında en büyük zararı yine hastaların gördüğünü söylemektedir. K8, probleme çözüm olarak triyaj kodlarına göre ücret tarifesinin düzenlenebileceği önerisinde bulunmuştur. K8, düşüncelerini ve yaşadığı olayı şu örnek anlatmıştır,

“Keşke yine ücretsiz hizmet versek ama gerçekten hasta ve bize ihtiyacı olanlara karşı verilse. -Ambulanslar- Ücretsiz olsun evet ama sadece kırmızı kod ile ilgili olan vakalar ücretsiz olabilir. Örneğin bir baş ağrısı için ya da diş ağrısı için olan vakalar yeşil kod olarak ufak bir tutar alınsa ne biz bu kadar fiziksel olarak yoruluruz, hatta fiziksel olarak yorulmayı bir kenara bırakıyorum zaten saha personeli yeterince yoruluyor ama bundan ziyade gerçek vakalara daha çok erişim sağlayabiliriz. Bu durum çok daha önemli biz yeşil kodda bir vakaya müdahale ederken kırmızı kod olan bir hastaya ulaşımımız sıkıntıya girmekte. Bu durum iş yükümüzü artırdığı gibi hastaya da etkisi oluyor. Diş ağrısı vakasına giderken kalp krizine gidecek ambulans bulunamıyor böyle durumları telsizden duyduğumuzda içimiz sızlıyor.” (K8, 27 yaş, AABT)



Şekil 17. Şiddet, Mobbing, İş Yükü, Tükenmişlik ve Yabancılaşmanın, Çalışanlara ve Hastalara Etkisi

4.3. ATT ve AABT’lerin Etik İkilem Cevaplarının İçerik Analizi

Çalışanlara “Etik ikilem sizce nedir? Meslek hayatınızda karşılaşıyor musunuz?” sorusu yöneltildi. Verilen cevaplardan katılımcıların etik ikilem konusunda tanımlarının yetersiz olduğu fark edildiği için etik ikilem tanımı verilerek soru tekrarlandı. Etik ikilem örnekleri veren katılımcıların verdikleri örnekler Şekil 18’de verilmiştir.

K1 ve K3 etik ikilem yaşamadıklarını triyaj kavramı ile bu durumun üstesinden geldiklerini ifade etmişlerdir. İki katılımcının da gerekçeleri birbirinden farklı olduğu için ikisinin de ifadesine yer verilmiştir. K1, şehir merkezinde görev yaptığı bu sebeple de böyle bir durumla karşılaşmadığını, ek ambulans ihtiyacı olduğu zaman yakından hemen ambulans temin edildiğini ifade etmiştir. K1’in ifadesi şu şekildedir,

“Ben 10 yıldır şehir merkezinde çalıştığım için; benim müdahalede bulunduğum toplu kazalarda, olaylarda çok kısa sürede olay yerine birden fazla ambulans ekibi toplanabiliyor o yüzden bu tarz kararlar vermek zorunda hiç kalmadım. Her zaman yeterli ekiplerin ulaşabildiği yerlerde çalıştım.” (K1, 29 yaş, ATT)

K3, etik ikilem yaşamamasının gerekçesini triyaj kurallarına uygun hareket etmesine bağlı görmektedir. K3’ün ifadesi şu şekildedir.

“Mesleki açıdan baktığımızda bizim meslekte triyaj diye bir kavram var bu ikilemler yaşamamak bazı değerler kurallar sıralamalar var. Bu kurallar, sıralamalar yani triyaj sayesinde böyle bir sıkıntı yaşamadım. Bu kurallara bağlı olarak olaylara yaklaşıyoruz. Bu yüzden etik ikilemde kalmadım. Sisteme göre hareket ettiğim için etik ikilemde kalmadım.” (K3, 26 yaş, AABT)

K1 ve K3’ün aksine K5 ve K8 özellikle trafik kazalarında bu tür olayları sık yaşadıklarını ve triyaj kurallarına bağlı olarak müdahale ettiklerini ifade etmişlerdir. K5 ve K8’in ifadeleri benzer olduğu ve yaşadığı deneyimi daha detaylı anlattığı için K8’in ifadesine yer verilmiştir. K8 bu tür olayların sık yaşandığını, triyaj kurallarına göre hareket edildiğini ama bu durumun kendilerini psikoloji yönünden kötü etkilediğini ifade etmiştir. K8’in ifadesi şu şekildedir,

“Tabi ki birçok olay yaşadım. Örneğin çok büyük bir trafik kazasında arrest olan bir hastamız vardı ve kırmızı kodlu arrest olabilecek bir hastamız vardı

yani hayatını kaybedebilecek olan hastamız vardı. O kazada hayatını kaybetmiş bir hasta ile durumu kötü olan bir hastaya müdahale etme konusunda arada kalıyoruz ve sadece birine müdahale etme şansınız olduğu durumlar olabiliyor. Olay yerinde birçok ambulans var ama her hastaya aynı anda yetişmemiz imkânsız. Bu durumda hayatını kaybeden birine müdahale etme şansını bırakıp, en azından hayatta olan ve olma ihtimali olan bir hastaya müdahale etmeyi ön plana aldığımız oldu. Tabi ölen hastayı orada bırakmak içimizi burkan olaylar. Olay ardından ne kadar da doğru karar vermiş olsak da bizde duygusal travma bırakabiliyor.” (K8, 27 yaş, AABT)

Etik ikilem örnekleri veren katılımcıların (Şekil 18) verdiği örneklerden hareketle K2, K7 ve K10’un verdiği örnekler etik ikilem tanımına uymamaktır. Triyaj kurallarına uygun hareket ederek doğru karar vermişlerdir. K6’nın verdiği örnek olay yeri yönetimiyle ilişkili olup şiddet olayıyla karşılaşmamak adına ambulans endikasyonu olmayan hastayı hastaneye nakletmişlerdir. Konu şiddet, değer ve mesleğe yabancılaşma konularıyla tartışmak mümkündür. Lakin etik ikilem niteliği taşımamaktır. Paylaştığı olayın etik ikilem olduğuna emin olmamakla birlikte yaşadığı olayın kendisinde ikileme sebep olduğunu ifade eden K4, katılımcılardan farklı olarak ikilem yaşamalarının sebebini sistemle ilişkili görmektedir. K4, alkol ve madde bağımlılığı yüksek olan bir bölgede görev yaptığını bu tür olaylarda hastanın özerkliğine saygı ilkesiyle ve yasalarla çeliştiklerini bu durumun da kendilerinde ikileme sebep olduğunu hatta aynı çelişkiyi güvenlik güçlerinin de yaşadığını ifade etmiştir. K4’ün yaşadığı ikilem konu bağlamıyla ilişkili ele alındığında değerlendirme dışındadır. Lakin bu veri sistem kaynaklı ikilem yaşandığını ifade etmektedir. K4’ün ifadesi şu şekildedir,

“Tanıma girer mi bilmiyorum ama ben daha çok madde ve alkol bağımlılarının yoğun olduğu bir bölgede görev yapıyorum. Bunlarla alakalı bir ikilem yaşıyoruz. Çünkü hastaya müdahale edebileceğimiz bir durum yok. Kullandığı maddenin etkisi geçtiğinde zaten hasta kendine gelecek ve kendisi hastaneye gitmek istemediğinden onu zorla hastaneye götürme yetkimiz olmuyor. Ve olay yeri genelde sokak ya da evin bahçesi oluyor bu yüzden insanlar bu durumu haneye tecavüz olarak algılıyorlar ve güvenlik güçlerine haber veriyorlar. Güvenlik güçleri de bu konuda çaresiz. Onlarında madde kullandı diye

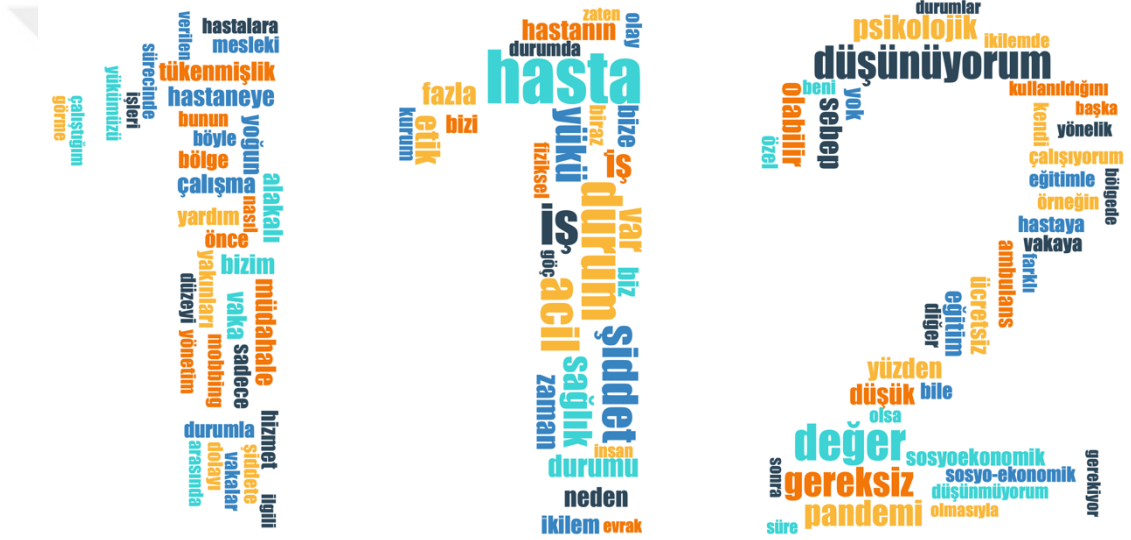
tutuklama yetkisi yok. Böyle olunca da ikilem söz konusu oluyor. Çünkü biz bu insana ne yapacağız, hastaneye mi götüreceğiz çünkü hastaneye gelmiyor, tutuklayacağız mı, olay yerinde bırakalım mı, götürelim mi, diğer yandan ise olayın olduğu evin sahibi bu insanı bahçesinde istemiyor bu yüzden ikilemde kalıyoruz. Bu durumda yasal prosedür ve düzenlemelerle alakalı. Eğer yasal düzenlemeler olsa bu olaylar yaşanmaz.” (K4, 30 yaş, AABT)

K4'ün verdiği örneğe benzer olarak konu bağlamında olmayan ama K4'le paralel olarak sistem kaynaklı bir ikilem olduğunu işaret eden bir diğer katılımcı K9'dur. K9, yaşadığı olayda hastaya müdahale konusunda hasta yakınları ve aile hekimi gibi bazı engellerle karşılaşmış ve ikilem yaşamıştır. Bu noktada acil yardım ambulanslarından yönlendirmesinden sorumlu aynı zamanda ATT ve AABT'lere danışman hekim görevi olan KKM hekimine başvurarak amirin direktifinde hareket etmiştir. K9'un verdiği örneği tıp etiğinin temel ilkeleriyle ele alarak tartışmak mümkündür. Konu bağlamında ele alındığında ilişkili değildir. K9'un ifadesinde anlattığı örnek şu şekildedir,

“Etik ikilem yaşadım. Bir gün hastaneden çıktığımızda yönlendirme aldık. Hastaneye yakın bir vakaydı. Hasta arrestti. Kısa sürede olay yerine ulaştık. Hasta yakınları hem 112'ye hem de kendi aile hekimlerine haber vermişler. Hasta yaşlı ve yatalaktı ama kısa süre önce arrest olduğu için müdahale edilmesi gerekiyordu. Ama aile hekimi müdahale etmemizi istemedi. Aile hekimi kendi hastası hakkında daha çok bilgi sahibi olduğu için müdahale etmemizi istememiş olabilir. Ama bizimde görevimiz gereği müdahale etmemiz gerekiyordu. Aile hekimi neden müdahale ettirmediğini açıklamak istemedi. Komuta müdahale edin dediğinde aile hekimi daha sert bir şekilde müdahale etmeyin dedi. Müdahale etmeyin denildiği için komuta merkez geri dönmemiz gerektiğini söyledi. Bizde hastayı orada bırakarak geri döndük.” (K9, 29 yaş, ATT)

4.4. Kelime Bulutu

Kelime bulutunda görüşmeler esnasında en çok tekrar eden 100 kelime kullanılarak Şekil 19 oluşturulmuştur. Aynı zamanda görüşme sorularında en çok tekrar eden kelimelerin frekansı yazının puntosuyla ilişkilidir. Bu bağlamda en çok tekrar eden kelimeler hasta, düşünüyorum, durum, şiddet, gereksiz ve değer kelimeleridir. Hasta, şiddet, acil, sağlık, değer, gereksiz, pandemi kelimeleri tezin içeriğini işaret ettiği gibi düşünüyorum kelimesi çalışmanın desenini yani fenomenolojik yaklaşımı işaret etmektedir. Kısaca ifade etmek gerekirse bu kelimeler tezin genel çerçevesiyle birebir ilişkilidir.



Şekil 19. Kelime Bulutu

4.5. Genel Tablo

Son olarak çalışanların karşılaştığı problemlerin tamamı ve katılımcıların düşünceleriyle ilişkisinin genel özeti Tablo 9'da verilmektedir. Bu noktadan hareketle katılımcıların tamamının sözel şiddete maruz kaldığını, fiziksel şiddete maruz kalanların ise katılımcıların %60'nı oluşturduğunu görmekteyiz. Yatay ve dikey mobbingle karşılaşan katılımcıların %30'luk bir orana sahip olduğu görülmektedir. Lakin dikkat edilmesi gereken başka bir nokta vardır, K7 ve K10 iki mobbing türüyle de karşılaştığını ifade ederken K2 yatay mobbingle, K6 dikey mobbingle karşılaştığını

ifade etmiştir. Bu bilgiler ışığında ana başlığı mobbing olarak düşündüğümüzde mobbinge karşılaşılan katılımcıların genele oranı %40'dır. Bir diğer problem olan iş yükünün alt başlıklarına bakıldığında ambulansların gereksiz kullanımı konusunda katılımcıların hepsi hemfikirdir. Evrak işleri konusunda %90 oranında bir katılım söz konusudur. Son olarak temizlik işleri konusunda %70 oranında bir katılım söz konusudur. Tükenmişlik yaşayan katılımcılar %80 oranındadır. Katılımcıların %60'ı tükenmişlik yaşamalarının hastaya yansımayacağını ifade etmişlerdir. Yabancılaşma yaşayan katılımcıların oranı %90'dır. Katılımcıların %60'ı yabancılaşma yaşamalarının hastaya yansması konusunda emin olmamakla birlikte hastalarına yansıma ihtimalinin olabileceğini düşünmektedirler (Tablo 9).

Tablo 9. Genel Tablo: Problemlerin ve Katılımcıların Düşüncelerinin Yüzdelik Olarak Gösterimi

	112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ PROBLEMLERİ									112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ ÇİFT YÖNLÜ PROBLEMLERİ			
	ŞİDDET			MOBBİNG			İŞ YÜKÜ			TÜKENMİŞLİK		YABANCILAŞMA	
	Fiziksel	Sözel	Cinsel	Yatay	Dikey	Aşağıdan Yukarı	Ambulansların Gereksiz Kullanım	Evrak İşleri	Temizlik İşleri	Tükenmişlik Durumu	Hastaya Etkisi	Yabancılaşma Durumu	Hastaya Etkisi
K1	Yok	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Var	Var	Var	Var	Yok	Var	Yok
K2	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Yok	Var	Var	Var	Yok	Olabilir	Var	Olabilir
K3	Var	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Var	Var	Var	Var	Olabilir	Var	Olabilir
K4	Yok	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Var	Var	Yok	Var	Yok	Var	Olabilir
K5	Yok	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Var	Var	Yok	Yok	Olabilir	Yok	Olabilir
K6	Var	Var	Yok	Yok	Var	Yok	Var	Var	Var	Var	Var	Var	Olabilir
K7	Var	Var	Yok	Var	Var	Yok	Var	Var	Var	Var	Yok	Var	Olabilir
K8	Var	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Var	Var	Var	Var	Yok	Var	Yok
K9	Var	Var	Yok	Yok	Yok	Yok	Var	Var	Var	Var	Yok	Var	Var
K10	Var	Var	Var	Var	Var	Yok	Var	Yok	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Σ #N=Var	60%	100%	10%	30%	30%	0%	100%	90%	70%	80%	10%	90%	10%
Σ #N=Yok	40%	0%	90%	70%	70%	100%	0%	10%	30%	20%	60%	10%	30%
Σ #N=Olabilir	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	30%	0%	60%

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

“Sağlıklı ve güvenli ortamlarda yaşama ve çalışma her bireyin temel hakkıdır. Çalışma hakkını kullanımı sırasında çalışma ortamının çalışanların beden bütünlüğü ve sağlığını bozacak tehlikeden arındırılması esastır.”

TTB Çalışan Sağlığı Bildirgesi

Araştırmanın tartışma kısmı araştırma sorularına paralel olarak beş ana başlık altında toplanmıştır. İlk başlık tanımlayıcı sorularla oluşturulmuştur. İkinci başlıkta değer belirsizliği ve pandemi süreciyle ilişkisi ele alınarak tartışılmıştır. Üçüncü başlıkta 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştıkları problemler (şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşma) ülkemiz ve dünyada yapılan çalışmalarla ele alınarak tartışılmıştır, buna ek olarak çalışma koşulları ve problemlerin arkasındaki değer belirsizliği, problemlerde etkili olan faktörler çalışanlara ve hastalara etkisi bütüncül olarak ele alınmıştır. Dördüncü başlığımızda çalışanların etik ikilem örnekleri ele alınarak tartışılmıştır. Son başlıkta ele alınan problemlerin tümü günümüz tıp etiği anlayışıyla, tıp etiğinin temel ilkeleri (yararlı olma, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet) yardımıyla tahlil edilmiştir.

5.1.Tanımlayıcı Sorulara İlişkin Değerlendirme

Bu başlıkta betimsel analiz ve içerik analizi ile elde edilen bulgular iki başlık altında ele alınarak tartışılmıştır.

5.1.1. Betimsel Analizle Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Değer varlığı olan insan, kendi değer tanımını ve değerlendirmesini oluşturur. Bu insanın var olma şartıdır (Kuçuradi, 2013). Günümüz tıp etiğinin insanın normlarını ele alarak kavram ve değerleri felsefi açıdan değerlendirmesi (Aydın, 2001; Kızıltan, & Brömer, 2018) görüşünden hareketle katılımcıların verdikleri cevaplarda mesleklere göre bir değişim olmadığı Tablo 7’de gösterilmiştir. ATT ve AABT’lerin yanıtlarının meslekle ilişkisinde anlamlı bir ilişki yoktur. Elde edilen bu sonuç değer konusunun meslek değil insan sorunu olduğunun göstermektedir. Araştırma sorularının anlamlı olması adına ATT ve AABT’lerin şiddet ve mobbinge karşılaşma

durumuna ilişkin soru yöneltmiştir. Araştırmaya katılan 10 katılımcının tamamı şiddet türlerinden biriyle, 4'ü ise mobbinge karşılaştığını ifade etmiştir. Tezde katılımcıların deneyimleri üzerinden bulgular oluşturulduğu için bu sonuç önem arz etmektedir. Üçüncü ana başlığımızda konuyla ilgili bulgular önceki çalışmalarla ele alınarak detaylandırılacağı için burada sadece katılımcıların şiddet ve mobbinge karşılaşmalarına vurgu yapılmıştır.

Son olarak bu başlık altında katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yani araştırmanın değişkenlerine yer verilmiştir. Bu değişkenler yaş, meslek, cinsiyet, çalışma süresi ve iş tecrübesi olarak belirlenmiştir. Meslek ilişkisi Tablo 7'de gösterilmiş olup bir diğer değişken olan yaşla ilgili bir ilişki saptanmamıştır. Cinsiyet, iş tecrübesi ve çalışma sürelerinin dağılımının eşit olmamasından kaynaklı olarak ilişkisellik kurmak doğru değildir. Lakin yapılan kodlamaların şeffaflığı adına Tablo 8'de anlamlı değişkenlere ve yapılan kodlamalara açıklama yapılarak bulgulara detaylı olarak yer verilmiştir.

5.1.2. Çalışanların Önceki İş Tecrübeleriyle İlişkili İçerik Analizinden Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Daha önce iş tecrübesi olan ATT ve AABT'lere 112 acil sağlık hizmetleri ile önceki iş tecrübelerini karşılaştırmaları istenmiştir. Daha önce iş tecrübesi olmayanlar konuyla ilgili görüş bildirmezken özel hastanelerde görev yapmış olan çalışanlar şu farklıları ortaya koymuştur. K6 ve K10, 112 acil sağlık hizmetlerinin çalışma saatleri ve aldıkları ücretin özel hastanelere göre daha iyi olduğunu ifade etmiştir. Buna ek olarak K10, özel hastanede çalışanın işi iyi yaptığı sürece yükselme imkânının olduğuna vurgu yaparak 112 acil sağlık hizmetlerinde eğitim alınmasına rağmen böyle bir imkânın tanınmadığından dolayı çalışanların kendini geliştirmeye ihtiyaç duymadıklarını ifade etmiştir. Konuya farklı bir bakış açısı getiren K8, hastaneye kıyasla 112 acil sağlık hizmetlerinin sağladığı imkânları yetersiz bulduğu gibi olay yerinde hastalara müdahale ederken güvenlik sorunlarının olduğunu ifade etmiştir. Bu bulgular üzerinden çalışanların çalışma ve ücretlendirmeden yana bir problem yaşamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bilgidен hareketle çalışanların asıl problemlerinin alınan ücret ve çalışma saatleriyle değil de kendilerine yükselme

imkânının tanınmaması ve olay yerinde kendilerini güvensiz hissetmeleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Bk. Başlık 4.1.4; sf. 66).

Diğer katılımcıların aksine ilk kez sağlık sektöründe görev alan K5'in “...*Bu birimde ise insan canına ve insan hayatına dokunuş var, bir insana el uzatmak müthiş bir hismiş. Bunu sağladığı için mesleğimi seviyorum.*” ifadesi, tıbbın babası olan Hipokrat'tan miras kalan ve meslek antlarına da referans olan “insanlara faydalı olma” ve “tıbbın insancıl özü”nü gösterdiği gibi çalışanlarda pozitif bir etkisinin olduğunu da görünür kılmamıza yardımcı olmuştur. Hipokrat andından hareketle “bu yemini hiç bozmadan yerine getirebilirim, yaşamımı ve mesleğimi mutluluk içinde geçireyim, insanlardan her zaman saygı göreyim; eğer yeminimi bozar ve yerine getirmezsem, bütün bunların tersi olsun.” (Çelik, 2013) ifadesinden hareketle günümüz tıp etiği anlayışına paralel bütüncül bir bakışla çalışanların gözünden çalışanlarla ilişkili faktörler (yönetici, sistem, hasta ve/veya yakını) arasındaki diğer problemleri ele almakta yarar vardır.

5.2. Değer Belirsizliği ve Değerlendirmeye İlişkin Araştırma Soruları

Yukarıda da bahsettiğimiz Hipokrat andındaki “insanlardan her zaman saygı göreyim” ibaresinden çalışanların ilişkili olduğu faktörler; sistem, yönetici, hasta ve/veya yakını olarak ele alınmış olup bu ilişkilerdeki farklı değer tanımı ve değerlendirmelerin olduğu ilk alt başlığımızda gösterilmiştir. İkinci alt başlığımızda olağan dışı durum (afet) olan pandemi sürecinde değer tanımı ve değerlendirmelerde değişim olup olmadığı gösterilmiştir. Birçok değer tanımı ve değerlendirmeler olmasından dolayı farklı “değer tanımı ve değerlendirmeler”in karmaşa yaratmaması adına tezde “değer belirsizliği” olarak ifade edilecektir.

5.2.1. Değer Belirsizliğinin Çalışanlarla İlişkili Faktörler Üzerinden Gösterilmesi

Kişi olarak var olmamızın temelinde “değer anlayışımız” ve “insan anlayışımız” vardır. Günümüzde değer, değerli olma, değer yükleme ve değer yargıları “değer olma” ile karıştırılmakta, bu durum da bir bilgi sorunu olduğunu gündeme getirmektedir. İnsan ilişkilerinde ve toplumsal ilişkilerde bu değer ilişkisi söz

konusudur. Etiğin görevi göreceli değerlendirmelerin yanlış olduğunu bilgi temelli bir yaklaşımla göstermek ve kişi değerlerinin, kişiler arasındaki değer anlaşılmamasını sağlamaktır (Kuçuradi, 2013). Tezin kurgulanma aşamasında çalışanların ilişkide olduğu faktörler yönetici, hasta ve/veya hasta yakını olarak planlanmış lakin elde edilen bulgular doğrultusunda etkili olan bir diğer faktörün sistem kaynaklı olduğu saptanmıştır. Sistem kaynaklı görülen değer belirsizliğinde en yüksek frekans “yasaların yeterli olmaması” düşüncesidir. Bu bilginin bize işaret ettiği nokta çalışanların yaşanan değer belirsizliğinin kaynağını hukuk sistemiyle ilişkili görmelerinin yanı sıra birbirinden farklı faktörleri belirtmiş olmalarıdır. Yönetici kaynaklı değer belirsizliğinde etkili olan faktörlerde ise en yüksek frekansa sahip olan düşünceler sırasıyla; “çalışanlara değer verilmediği”, “yapılan işin değerli görülmemesi”, “gereksiz iş yükü”, “çalışanların motivasyonuna yönelik çalışmaların olmaması” ve “çalışanlara verilen vaatlerin yerine getirilmemesinin verdiği değersizlik hissidir”. Buna ek olarak farklı faktörler de saptanmıştır. Aynı şekilde hasta ve/veya hasta yakını çalışan ilişkisinde değer belirsizliğine sebep olan faktörlerde en yüksek frekansa sahip olan düşünceler “sosyoekonomik durum”, “kişilik/karakter”, “eğitim durumu” ve yine çalışanlara “değer verilmemesi”dir (Şekil 8). Bu saptamalardan hareketle çalışanların ilişki içinde olduğu tüm faktörlerle arasında farklı değer tanımı, değerlendirmeler yani “değer belirsizliği” mevcuttur denilebilir. Günümüz tıp etiği anlayışı tıbbın içinde verilmesi zor kararları felsefi açıdan ele almayı amaçlamaktadır (Aydın, 2001; Kızıltan, & Brömer, 2018). Bu amaç doğrultusunda ATT ve AABT’lerle ilişkili olan faktörler; içinde olduğu sistem, etkileşim halinde oldukları yönetici, hasta ve/veya hasta yakını bakımından ele alınarak farklı değer tanımları ve değerlendirmelerin olduğu gösterilmeye çalışılmıştır. Başka bir ifadeyle, alışılmış çalışmaların aksine, tezimizde değer kavramı tanımlarının ve değerlendirme şekillerinin birbirinden farklı olması, değişiklik göstermesi, değer tanımı ve değerlendirmelerin bilgi temelli olmadığını ifade etmektedir. Bu sebeple de çalışmada ele alınan değer konusu “değer belirsizliği” olarak tanımlanmıştır.

5.2.2. Pandemi Sürecinde Değer Belirsizliği ve Değerlendirmeler

İnsan değerlendiren bir varlıktır, dolayısıyla insanın var olma şartı ve insan fenomenidir. Bireyin bütün bu yapıp etmeleri de kendi realitesini oluşturmaktır, daha açık bir ifade kullanmak gerekirse olaylar ve durumlar insanın değerlendirmesinin sonucudur. Her insanın hayat anlayışı ve varlık yapısına göre oluşturduğu eylemler ise olayları ve tarihsel realiteyi oluşturmaktadır. Bilgi temeli olmayan ve ezbere yapılan değerlendirmeler “değer biçme” olarak değerlendirilirken kendini merkeze alarak yapılan değerlendirmeler “değer atfetme” olarak tanımlanır (Kuçuradi, 2013). Tezimizin bulgularından hareketle pandemi sürecinde çalışanların “değer biçme”, “değer atfetme” ve “ekonomi ile ilişkili” değerlendirmeler yapıldığı görülmektedir. Pandemi sürecine alışılmasıyla bu durumun normale, eski haline döndüğünü ifade etmişlerdir. En yüksek frekansa sahip düşünce “iş yükü artışı” olurken “değer yönünden bir değişim olmaması” ve “gerçek anlamda değer verilmemesi” diğer en yüksek frekansa sahip düşüncelerdir (Şekil 9). Bu bilgiler bilgi temelli olmayan değerlendirmelerin kalıcı olmadığının göstergesidir. “Doğru değerlendirme”, bilgi sayesinde yanlış değerlendirmeleri bir kenara bırakarak insani eylemi, olayı anlamak ya da benzer durumlar arasında değerli olanı bulmakla mümkün olacaktır (Çotuksöken, 2021; Kuçuradi, 2013).

5.3. ATT ve AABT’lerin Çalışma Koşulları ve Karşılaştığı Problemlerin Bütüncül Değerlendirilmesi

Çalışanların çalışma koşulları ve karşılaştıkları problemler iki alt başlığa ayrılarak konular bütüncül olarak ele alınmıştır.

5.3.1. ATT ve AABT’lerin Çalışma Koşullarının Bütüncül Değerlendirilmesi

Bu başlık altında çalışanların; çalışma koşullarının belirlenmesi, çalışma koşullarının hastalara ve çalışanlara etkisinin yanı sıra arkasındaki değer belirsizliği konu edinilerek ilişkiselliği bütüncül olarak gösterilmeye çalışılmıştır.

ATT ve AABT'lerin ifadesi doğrultusunda çalışma koşullarının iller arası, aynı ilde ise bölgeler arası farklılık gösterdiğini ve yaşadığımız dönemle ve 24 saat hizmet veren bir kurum olmasıyla ilişkili olarak yetersiz olduğu ifade edilmiştir. Başlıca sebepler, temizlik işlerini ve yemek yeme ihtiyaçlarını çalışanlarının kendilerinin karşılamaları, ambulans park yeri sıkıntıları ve evrak işleri olarak belirlenmiştir. Ayrıca bazı yoğun bölgelerde çalışanların yemek yeme, istirahat etme gibi insani ihtiyaçlarını karşılamada zorlandığı ve bu şekilde 24 saat çalışmanın insan fizyolojisini zorladığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu şartların iyileştirilmesinin çalışanlar üzerinde pozitif yönde etkili olacağı düşünüldüğü gibi verilen hizmeti de olumlu etkileyeceği ifade edilmektedir (Şekil 10). Çalışanların bu istekleri, İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'da; yer alan "İşyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenlemesi gerekmektedir" (İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 2012), Avrupa Sosyal Şartı'nda yer alan; "Tüm çalışanların adil çalışma koşullarına sahip olma hakkı ve tüm çalışanların güvenli ve sağlıklı çalışma koşullarına sahip olma hakkı vardır" (Avrupa Sosyal Şartı, 1996) ve TTB'nin Çalışan Sağlığı Bildirgesi'nde yer alan; "Çalışan sağlığı ve güvenliği temel bir insan hakkıdır" (Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri, 2020) ifadeleri ile paraleldir. Bu noktada bir uyumsuzluk ve problem alanı mevcuttur.

Bu noktadan daha öncede bahsetmiş olduğumuz günümüz tıp etiği anlayışını hatırlamakta yarar vardır. Çünkü tıbbın içinde verilmesi zor kararların felsefi açıdan tekrar ele alınmasına iyi bir örnek oluşturmaktadır. Araştırmamızın deseni fenomenoloji yardımıyla saptadığımız bu durumun, bu uyumsuzluğun ve problemin arkasında değer belirsizliği olduğunu ifade etmektedir. Çalışma koşullarının arkasındaki değer belirsizliği üzerine düşüncelerini en iyi ifade eden katılımcı K8'in "*Burada altını çizmek isteyeceğimiz nokta aslında değer konusu. Bizim işimiz demek ki hastane personeli kadar değer görmüyoruz ki temizlik işleri de bize yaptırılıyor*" söylemi bu problemin tıp etiği açısından tartışılmasını gerekli kılmaktadır.

5.3.2. ATT ve AABT’lerin Karşılaştığı Problemlerin ve Değer Belirsizliğinin Bütüncül Değerlendirilmesi

Tezin kurgulanma aşamasında 112 acil sağlık hizmetleri üzerinde yapılan çalışmalar incelenmiş olup çalışanların karşılaştıkları problemler tespit edilmiştir. Çalışmalardan farklı olarak tezimizde karşılan problemler (şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşma) tek çatı altında toplanmış, bu problemlerin birbiriyle olan ilişkisi ve problemlerin arkasındaki “değer belirsizliği” gösterilmesi hedeflenmiştir. Tezin bulguları ülkemiz ve dünyada yapılan çalışmalarla karşılaştırarak bu durumun küresel ölçekli bir sorun olduğu ortaya konmuştur. Buna ek olarak bütüncül bir bakış açısıyla problemlerde etkili faktörler, problemlerin çalışanlara ve hastalara etkisi ele alınmıştır. Çalışanların karşılaştığı problemler ve değer belirsizliği, karşılaşılan problemlerin sonucunda çift yönlü problemler ele alınmıştır.

İnsan yaşamında kurulan bütün ilişkilerde etik bir ilişki ya da deneyimler sonucunda etik bir ilişki kurulması gerekli görülmüştür. Yaşadığımız çağ ile ilişkili olarak etik özelinde ifade etmek gerekirse ortaçağ yaşanmaktadır. Bunun sebebi, değerler adı altında değerlerin harcanması, değerlerin korunması adına insanların zarar görmesi hatta öldürülmesi ve bunu da etiğin gölgesinde yapılmasıdır. Bu yaşanan ortaçağdan çıkmanın yolu yine etik sayesinde olacaktır (Kuçuradi, 2018). Konuyu çalışmamızın bağlamında ifade etmek gerekirse etiğin kişi değerleri ve kişiler arasındaki değerin anlatması görevinden hareketle etiğin alt dalı olan uygulamalı tıp etiğinde ATT ve AABT’lerin ilişkili olduğu faktörler olan sistem, yönetici ve hasta ve/veya hasta yakını ilişkisinde çalışanların değeri özelinde ele alınmıştır. Hastane öncesi 112 acil sağlık çalışanlarının hatta sağlık sektörü çalışanlarının günümüz problemleri, şiddet, mobbing ve iş yükünden hareket edilerek problemlerin arkasındaki farklı değer tanımları ve değerlendirmeler yani kendi ifademiz olan değer belirsizliğinin olduğu gösterilmiştir. Çünkü eylem ve olayların arkasında olanı keşfetmek; olup biten olaylara yön vermeyi, eylemlerin sınırını çizmeyi mümkün kıldığı gibi insana, insan yaşamına uygun bir hayat sürdürmesini ve geleceğine umutla bakmasına da imkân tanıyacaktır (Kuçuradi, 2018).

112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının problemlerinden en çok vurgulananın “şiddet” olduğu görülmektedir. Araştırmamızın bulgularına göre katılımcıların tamamı şiddet türlerinden en az birine maruz kalırken çalışanların tamamı sözel şiddet mağdurudur. Fiziksel şiddete maruz kalan katılımcılar %60’lık bir orana sahiptir. Hastane ncesi 112 acil sağlık hizmetleri zerine Konya ilinde yapılan araştırmada (Durmuş, 2019) alışanlarının fiziksel şiddete maruz kalma oranının %80,2 olarak tespit edilirken çalışmamıza paralel olarak bu araştırmada da katılımcıların tamamı sözel şiddete maruz kalmışlardır. Aynı araştırmada bir diğer çarpıcı sonuç katılımcıların %97,4’ünün cinsel şiddete maruz kaldığıdır, çalışmamızın bulgularında cinsel şiddet oranı %10 olarak saptanmıştır. Kilis’te yapılan bir başka araştırmada ATT ve AABT’lerin %61,9 oranından şiddete maruz kaldığı saptanmış ve cezai yaptırımların uygulanması gerektiği ifade edilmiştir (Demiroğlu, Kılınç, & Atay, 2015). Bu ifade de araştırmamızın şiddete etkili olan faktörlerden “gerekli yasal düzenlemelerin olmaması” ile paraleldir (şekil 11). Üç yıllık periyotta beyaz kod başvurularının incelendiği Tekirdağ ilinde yapılan araştırmada sonuçlar korkutucudur. Çalışmaya göre, 2016 yılında 114 tane, 2017 yılında 141 tane ve 2018 yılında 211 tane beyaz kod başvurusu olduğu ifade edilmiştir (Tokgöz, 2019). Bu çalışmanın bize gösterdiği ise şiddet olaylarının hız kesmeden devam ettiğidir. Katılımcı K8 konuyla ilgili şu ifadede bulunmuştur *“Bitmeyen ardı tükenmeyen ve haberlerde sürekli görmekten bıktığımız -şiddet olaylarının- bitmeyeceğini gösteriyor. Çünkü bu durum sürekli devam etmekte ve hatta daha da kötü olanları göreceğiz. Bunun sebebi de caydırıcı cezalarının olmaması.”* Bu durum çalışanlarda endişe yarattığı gibi geleceğe karşı umutsuz olduklarını da göstermektedir. Bulgularımızla paralel lkemizde sağlık çalışanları ve şiddet üzerine yapılan bir başka çalışmada çalışanların beyaz kod uygulamasında bilgi dzeyenlerinin orta-iyi olmasına rağmen başvuru oranlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışanların kendini güvende hissetmedikleri, uygulamaların yeterli olmadığı ve olayın kapanacağı düşüncesine sahip oldukları belirlenmiş ayrıca çalışanların şiddet konusunda endişeli oldukları ifade edilmiştir (Arıkan, 2019). Bu çalışmaya paralel bir ifade araştırmamızın katılımcısı K6’dan gelmiştir. *“Mahkemelerimiz oldu fakat sonuç alamadık maalesef, cezalar çok anlamlı olmuyor. Uzun süreli cezalar almıyorlar. Hapse bile girmeden cüzi bir para cezasıyla kurtuluyorlar. Biz sadece şiddete uğradığımızla kalıyoruz hem psikolojik olarak*

etkileniyoruz hem de fiziksel hasarlar alıyoruz bu yüzden bilinçaltımız iyi yönde etkileniyor muhtemelen.”

Ülkemizde 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının şiddetle karşılaşmalarına dair veriler bu yöndeyken dünyada yapılan çalışmaları ele alacak olursak, ülkemizin de aralarında bulunduğu 9 farklı ülkede yapılan sistematik derlemede görüldüğü üzere bu durum aslında küresel bir sorundur. ABD’ de acil sağlık hizmetleri çalışanlarının şiddete maruz kalmaları (%93) hastaya müdahale sırasında gerçekleştiğini ve çalışanların (%81,8) tıbbi yardıma ihtiyaç duydukları belirtilirken bu durumun bir diğer sonucu olarak işlerin aksadığı vurgulanmıştır (Maguire, O’Meara, O’Neill, & Brightwell, 2018). Bu saptama çalışma koşullarında yer verdiğimiz katılımcı K8’in olay yerinde kendini güvenli hissetmemesini ve katılımcı K10’un *“Kavga çıktığı zaman bu sadece hastanın tedavisinin daha geç başlamasına sebep oluyor.”* ifadesini de haklı çıkarmaktadır. Hindistan’da yapılan bir çalışmada şiddete (%83) maruz kalan çalışanların olay sonrasında (%89) psikolojik rahatsızlar yaşadıkları ifade edilmiştir. İspanya’da yapılan bir araştırma bu bulguları desteklemektedir. Fiziksel ve sözel şiddete maruz kalan çalışanlar yüksek kaygı, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve tükenmişlik sendromu yaşamaktadırlar. Yukarıda da belirttiğimiz üzere katılımcı K6’nın ifadesi de aynı yöndedir. Aynı çalışmada yer alan İsveç üzerinde yapılan iki çalışmaya göre çalışanlar %66 ile %80,3 oranında şiddet ve tehditle karşılaşmaktadır. Avustralya’da sözlü taciz oranı %82, cinsel taciz oranı ise %17’dir. Polonya’da fiziksel saldırıya (%80) maruz kalan çalışanlar tıbbi yardıma ihtiyaç duymuştur (%40). Kanada ve İran’da şiddete uğrayan acil sağlık hizmetleri çalışanlarının oranı %75’tir. Ülkemizle paralel olarak bulgularda ifade edildiğine göre çalışanlar şiddet olaylarının bildirmede korktukları ve önemsemedikleri sonucuna varılmıştır (Maguire, ve ark., 2018).

Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar arasında önemli bir diğer farklılık diğer ülkelerde şiddetin faillerinin çoğu hastalarken iken ülkemizde hasta yakınlarının olmasıdır (Durmuş, 2019 & Maguire ark., 2018). Çalışmamızda bu durum anlamlı bulunmadığı için hasta ve/veya hasta yakınları olarak ele alınmıştır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları ve şiddet üzerine yapılan bir başka sistematik derlemede farklı olarak Azerbaycan (%71 sözlü, %38 fiziksel şiddet) ve Fransa’ya yer verilmiştir. Fransa’da fiziksel ve sözlü şiddete maruz kalma oranının %41-88 arasında

değiştirdiği, olaylarda %13 oranında bıçak, %12 oranında ateşli silah kullanıldığı saptanmıştır (Pourshaikhian, Gorji, Aryankhesal, Khorasani-Zavareh, & Barati, 2016). Katılımcılardan K8 ve K10 da bu durumlarla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmada şiddet faillerinin hastalar olduğu ifade edilirken, psikiyatrik rahatsızlığı olan, alkol ve uyuşturucu madde etkisi altında olan hastalarda bu durumun daha yüksek olduğu saptanmıştır (Pourshaikhian, ve ark., 2016). Çalışmamızda şiddeti etkileyen en yüksek ikinci frekansa sahip “hastanın tanısı ile ilişkili” faktör bu ifadeyi doğrulamaktadır. Yapılan bu çalışmanın bir diğer önemli sonucu şiddet konusunun araştırılmasında nitel araştırma yönteminin derinlemesine bir inceleme sunacağı için daha uygun olacağının ifade edilmiş olmasıdır (Pourshaikhian, ve ark., 2016). Bu saptama araştırmanın yönteminde bahsettiğimiz insan üzerine yapılan çalışmalarda ve sağlık alanındaki çalışmalarda nitel araştırma yönteminin daha doğru olacağı ifademizi destekler niteliktedir.

Bir diğer vurgulanması gereken nokta yapılan araştırmaların bulguları araştırmanın yapıldığı bölgeye ve katılımcılara göre değişiklik gösterse de asıl problemin şiddet görme oranları olmadığıdır. Asıl problem, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının hatta tüm sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları ve bu problemin de küresel ölçekli olmasıdır. İran’da yapılan bir çalışmada şiddet problemi çözülmediği takdirde hasta ve/veya yakın ile hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları arasında düşmanlığa, psikolojik etkilere ve iş performansına yansıtacağı öngörülmüştür (Hadian ve ark., 2021). Çalışmamızın bulguları bu ifadeyi destekler niteliktedir, çalışmamızın amacı da bu doğrultuda eylem ve olayların arkasındaki problemi yani şiddetin arkasındaki değer belirsizliğini göstermektir. Bu durumu en iyi ifade eden katılımcı K1’dir. K1’in ifadesine göre, *“Sağlık personeline şiddet gösteren birisinin sağlık personelinin yaptığı işin değerinin bildiğini anlamadığında herkes hemfikir diye düşünüyorum. Zaten karşı taraf yaptığımız işin değerinin farkında olsa bu olaylar zaten yaşanmazdı. Kaldı ki biz şiddet uygulayan kişinin yakınına yardım etmek için orada bulunuyoruz ki bunu bile düşünmüyor istemediğimiz şiddet olaylarını yapanlar.”* Konuyla ilgili diğer katılımcıların ifadeleri Şekil 11’de detaylı olarak verilmiştir. Çalışmamızın bulgularında şiddeti etkileyen en yüksek frekansa sahip faktör “iş yükü”dür. Üçüncü problemimiz olan iş yükü konusunda bu konu detaylandırılacaktır.

Sonuç olarak acil sağlık hizmetlerinde şiddet konusu küresel ölçekli bir sorun olmasının yanı sıra ölkemizde 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları üzerine yapılan çalışmalarda problem kaynağı genellikle yasal düzenlemeler görölmektedir. Çalışmamızın verileri belli bir bölümüyle de bu bağlamdadır, hatta dünyada yapılan çalışmalarda benzer sonuçlara rastlanmıştır. Lakin gözden kaçırılan bir nokta, literatürden verilen örnekler bağlamında ölkelerin hukuk sistemi değişse de şiddet probleminin değişmemesidir. Bu sebeple problemin arkasında yer alan asıl problemin değer belirsizliği olduğu görölmektedir. Değer konusunun da etik düzlemde hatta sağlık alanında değer konusundan bahsediyorsak konunun tıp etiği açısından ele alınarak tartışıması elzemdir. Hatta elde edilen sonuçlarla yasal düzenlemelerin şekillendirilmesinin daha akılsal olacağı düşünölmektedir. Hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetleri ve şiddet ilişkisi üzerine çok fazla çalışma olmasından, araştırma katılımcılarının tamamının şiddet türlerinden biriyle karşılaşması ve kelime bulutunda en çok ifade edilen kelimelerden birinin şiddet olması konuyu detaylı olarak ele almayı gerekli kılmıştır. Literatürde bulunun kaynakların fazlalığı sayesinde çalışmamızın bulgularının birçok çalışmayı kapsamayı bütöncöl yaklaşımımızı işaret ettiği gibi konuyla yöntem ve desenin uygunluğunu da ifade etmektedir.

İkinci olarak ele alınılacak problem “mobbingtir.” Çalışmamıza katılan katılımcılar aşağıdan yukarı mobbingle karşılaşmadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılardan K7 ile K10 ise iki tür mobbingle de karşılaştığını ifade ederken K2 yatay mobbingle K6 dikey mobbingle karşılaştığını belirtmiştir. Katılımcıların yatay ve dikey mobbingle karşılaşma oranları %30 iken mobbing türü fark etmeksizin toplam mobbingle karşılaşma oranı %40’dır. Aydın ilinde 112 acil sağlık hizmetleri üzerine yapılan bir çalışmada çalışanların mobbingle karşılaşma oranı en düşük %11,7 olarak en yüksek ise %33,6 olarak belirlenmiştir. İlgili araştırmada mobbinge maruz kalan 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının bu durumu işlerine yansıtmadıkları lakin sosyal hayatlarına yansıdığı ve daha içe dönük ve depresif oldukları ifade edilmiştir (Karçın, 2016). Bu saptama katılımcı K1’in ifadesiyle örtüşmektedir, “Sağlık personeliyiz ve yaptığımız iş belli. İsteksizlik ve yorgunluk hissetsek bile bunlar bizim işimizin önüne geçmemeli yani görevimizi yapmak zorundayız. Çünkü ilgilendiğimiz konu insan sağlığı. Bu konu sağlık çalışanı tarafından yorgunluk ya da isteksizlik tarafından aksatılacak ya da ihmal edilecek bir konu değil.” Konya’da sağlık

Çalışanları zerine yapılan bir çalışmada mobbinge mücadelenin yolunun çalışanların bilgilendirmesi, cezaların ve yaptırımların artırılması olarak belirlenmiştir (Ertaş & Kira, 2018). Çalışmamızda da mobbingi etkileyen “yasal düzenlemelerin yetersiz kalması” faktörü en yüksek frekansa sahiptir. lkemizde hastanede çalışan sağlık çalışanları üzerine yapılan bir bağka arağtırmanın sonucu göre çalışanların mobbinge maruz kalma oranları %34,9 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmanın yaptığı derlemeye göre sağlık alışanları, Avustralya’ da (%77), Portekiz (%74), Lübnan (%63), Bulgaristan (%62), Tayland (%58) ve Brezilya’da (%55) psikolojik şiddetle karėılaėmaktadır. Psikolojik şiddetin en dğk olduğu lkelerin ise Norveç (%4,8) ve Finlandiya (%5 ile %6 arası) olduğu ifade edilmiştir (l zen, 2008). Bu bilgiler mobbingin küresel ölçekli bir problem olduğunu iğaret etmektedir. Hastane ncesi acil sağlık çalışanları üzerinde şili’de yapılan çalışmaya göre çalışanlar şiddetin yanı sıra mobbinge de maruz kaldıklarını ifade ederken bu oran %17,6’dır. Diğer sağlık alışanlarında bu oran daha dğktr (%13,5). Mobbinge uğrayan 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının %30,8’ini çalışma arkadaşları oluğtururken %34,6’sını iç gereği karėılaėtıkları meslek grupları (hastane acilinde görevli personel; hekim, uzman hekim, hemėireler gibi) tarafından gerekleğtiğini ifade etmişlerdir (Campo, & Klijn, 2017). Bu bilgiler katılımcı K2 ve K7’nin KKM’de çalışan meslektaşları tarafından mobbinge uğradığı ifadelerini doğrularken (ėekil 12), katılımcı K4’n sistem kaynaklı değer belirsizliği yağandığı ifadesini de doğrular niteliktedir (ėekil 8).

Çalışmamızın bulgularında mobbingi etkileyen faktörler arasında en yüksek frekansa sahip bir diğer bağlığımız “iç yüküdür,” şiddet konusunda da ifade ettiğimiz gibi konu iç yükü adıyla detaylandırılacaktır. Mobbing de etkili diğer faktör ve katılımcıların mobbingin arkasındaki değer belirsizliğine dair dğnceleri ėekil 12’de detaylı olarak verilmiştir. Mobbingin arkasındaki değer belirsizliğini en iyi ifade eden katılımcı K4’tür. K4 konuyu sağlık politikalarıyla iliğkili olarak ele almakta, kendini değersiz hissettiğini ve bunun sebepleri olarak verilen sözlerin tutulmamasını ve özlük haklarına gereken özenin gösterilmemesini göstermektedir. Bu durumun çalışanların verimliliğini dğrdğn ifade etmiştir. K4’n, “*Uygulanan sağlık politikalarının da bize verilen değeri ağağı çektiğini dğnyorum. Yneticilerimizde bizi değersiz hissettiriyor. Verilen sözler genelde sözde kalıyor ve uygulamaya geçilmiyor. Kendi zlk haklarımız en basitinden yıllık iznimi bile 15 günden fazla alamıyorum bu gibi*

durumlar aileme sosyal hayatıma zaman ayıramama ve kendimi değersiz hissetmeme sebep oluyor. Ben eğer çalışsam bana verilen değeri hissettiğim taktirde verimliliğim artacaktır.” ifadesi şiddet ve mobbingin arkasındaki değer belirsizliğini çok iyi özetlemektedir. “Eğer mesleğime değer addedilmiş olsa yaptığım iş daha kabul edilebilir hale gelse yaptığım iş değer görünce elbette şiddet ve mobbing de azalmış olur.”

Toplum merkezli düşünerek tarihe baktığımızda ilişkilerin hukuk tarafından düzenlenmesi ve toplumsal yaşamını meydana getirmesi söz konusudur. Lakin hukuk kurallarının değişmesi ya da toplumdan topluma hukuk kurallarının farklılık göstermesi problemi çözmeye yeterli olmadığı gibi (Kuçuradi, 2018) aynı zamanda problem alanı yaratmaktadır. Şiddet ve mobbing üzerine farklı ülkelerde yapılan çalışmalar bu ifadeye referans niteliğindedir. Ülkeler bazında verdiğimiz şiddet ve mobbing üzerine yapılan çalışmaların anlattığı; hukuk sistemleri dahi farklılık gösterse de çalışanlar şiddet ve mobbinge maruz kaldıklarıdır. Daha önce de bahsettiğimiz üzere; ele alınan konu problemlerin arkasındaki değer konusu ise bunu etik alanında hatta tıbbın içindeyse de tıp etiği alanında tartışmak elzemdir. Bu tartışmanın sonucunda elde edilen bilgiler hukuk alanını da besleyecektir.

Bu başlık altında ele alacağımız son problem “iş yükü”dür. Şiddet ve mobbingde etkili olan en yüksek frekansa sahip olan faktörler “iş yükü” olarak belirlenmiştir. İş yükünde etkili olan en yüksek frekansa sahip olan faktör ise “ambulansların gereksiz kullanımı” olarak belirlenmiş olup katılımcıların tamamı bu konuda hem fikirdir. ATT ve AABT’ler bu faktörlerin kendilerinden çok hastaları etkilediğini ifade etmişlerdir. Katılımcı K2’nin “*Kendi imkânlarıyla hastaneye gidebilecek hastaların gereksiz yere 112’yi meşgul ettiği için bu durumların yanlış olduğunu düşünüyorum. Bu nedenle vaka sayısı artıyor. Hizmet alması gereken hastaların hizmet alması engelleniyor.*” ifadesinde görüldüğü üzere bu durum çalışanların iş yükünü artırdığı gibi iş doyumuyla da ters orantılıdır. Bu ifadeyi destekler nitelikte olan Sakarya 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları üzerinde yapılan bir araştırmada 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının meslekte tatmin olması arttığında tükenmişlik düzeyinde azalma olduğu ifade edilmiştir (Şahin, 2019). İran’da yapılan bir çalışmada bu düşüncüyü destekler niteliktedir. Çalışmaya göre hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının iş doyumunu konusunda yaşadıkları sıkıntılar

ruhsal sıkıntıların yanı sıra hayal kırıklığına sebep olmaktadır (Afshari ark., 2020). Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde Franco-German modelini kullanan Almanya’da yapılan bir çalışmada çalışma modeli ve iş yükünü artıran faktörler farklı olsa da sonuçlarının çalışanlara etkisi bakımından benzerdir. Almanya’da yapılan çalışmada, intravenöz girişimlerin, obez hastaların ve şiddet olaylarının iş yükünde artışa sebep olduğu tespit edilirken çözüm olarak eğitimde iyileştirmelerin yapılması, şiddet olaylarına karşı önlem alınması, acil sağlık hizmetleri çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve obez hastaların nakli için çözümlerin çalışanlar açısından yararlı olacağı ifade edilmiştir (Prottegeier, Keunecke, Gall, Eiche, Moritz, & Birkholz, 2019).

Ülkemizde pandemi sürecinden önce 112 acil sağlık hizmetlerini üzerinde yapılan bir çalışmada çalışanlarının aşırı iş yükünün fazla olduğu, bu durumunda tükenmişliğe sebep olduğu tespit edilirken psikolojik destek sağlanmadığı ifade edilmekte, çalışanların ruhsal ve aile yaşamlarında sıkıntılar yaşadığı belirtilmektedir (Yakut, Kuru, & Güngör, 2020). Bu ifade tükenmişliğin “çalışana ve aile yaşamına yansımaları” başlığında bulunan katılımcıların düşünceleriyle paraleldir (Şekil 15). Bir diğer paralel nokta ise pandemi sürecinde “iş yükü artışı olurken değer yönünden bir değişim olmadığı” başlığında bulunan ifadelerdir (Şekil 9).

Araştırmamızın bulgularına göre iş yükü konusunda etkili en yüksek frekanslı faktörler %90 oranında “evrak işleri” ve %70 oranında “temizlik işleri”dir. İş yükünde etkili diğer faktörler ve problemin arkasındaki değer belirsizliğine dair ifadeler Şekil 13’te detaylı olarak verilmiştir. Etkili faktörlere ve değer belirsizliğini içinde barındıran en iyi ifade katılımcı K8’e aittir, *“Burada altını çizmek isteyeceğimiz nokta aslında değer konusu. Bizim işimiz demek ki hastane personeli kadar –ki daha önce hastane geçmişim var- değer görmüyoruz ki temizlik işleri de bize yaptırılıyor. Hastaneye verilen tıbbi sekreter ve temizlik personeli desteği bize de verilmesi çok zor değil.”* Sonuç olarak aynı ifadeleri tekrar etmeme adına problemin arkasındaki değer belirsizliği tıp etiği açısından tartışılmasında yarar vardır.

Şiddet, mobbing ve iş yükü başlıklarında da yer verildiği üzere bu problemler çalışanlarda psikolojik açıdan negatif etkiye sahiptir. Hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları üzerine yapılan bir çalışmada şiddete maruz kalan çalışanların bu olayı konuşmaktan çekindiği gibi her an şiddet olayının tekrarlanacağını ve olay

üzerine sürekli düşünmekte oldukları ifade edilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada çalışanların psikoloji yönünden negatif etkilendiğini, duygusal tükenmeye sebep olduğu, bu durumun da çalışanların hizmet sunmasını etkilediği belirtilmiştir (Avcı Balcı, 2014). Bu ifadeye paralel hatta şiddete tanık olmanın bile çalışanların psikolojisini kötü etkilediğini katılımcı K7'in ifadesine göre söylememiz mümkündür, *“Ben fiziksel olarak bir uygulamaya maruz kalmadım ama ekibimdeki bir arkadaşım şiddet gördü. Bu süreçten de manevi olarak çok etkilendim. Halen o bölgeye vaka çıktığında taşıyardım oluyor.”*

Konya ili acil sağlık hizmetleri çalışanları üzerine yapılan bir çalışmada çalışma koşullarının ve güvenlik sorunlarına bağlı şiddet olaylarının, çalışanların motivasyona yönelik yeterli çalışmaların olmamasının ve ambulansların acil müdahale dışında kullanılmasının çalışanların fiziksel sağlıklarını ve psikolojisini negatif etkilendiği ifade edilmiştir (Yılmaz, 2018). Çalışmamızın bulgularıyla paralel olan bu çalışma aynı zamanda yönetici kaynaklı değer belirsizliğini etkileyen “çalışanların motivasyonuna yönelik çalışmaların olmaması” faktörünü destekler niteliktedir (Şekil 8).

Ankara acil sağlık hizmetlerinde yapılan bir çalışmada şiddete maruz kalma, bulaşıcı hastalıklar ve stres gibi faktörlerin zamanla çalışanları psikolojik ve fiziksel yönden kötü etkilediği belirtilmiş, aynı zamanda iş doyumunu etkileyen faktörler olarak ele alınmıştır. Ayrıca dışsal doyum faktörü olarak değerlendirilen yöneticiler, çalışma ortamı ve terfi olanaklarının olmamasının çalışanları iş doyum yönünden negatif etkilediği ifade edilmiştir (Düzova, 2015). Terfi olanaklarıyla benzer bir görüş katılımcı K10'a aittir (Bknz. Başlık, 4.1.4). Literatürle verilmeye çalışılan aslında tezimizin girişinden itibaren ifade etmeye çalıştığımız problemlerin birbiriyle ilişkisel olduğudur.

Katılımcılara problemlerin tükenmişlik ve yabancılaşmaya sebep olup olmadığını sorduğumuzda katılımcıların 9'u olumlu cevap verirken sadece K5 fikir beyan etmemiştir. K5 üç yıldır görevde olduğunu henüz tükenmişlik ve yabancılaşma yaşamadığını ifade etmiştir. Tüm katılımcıların ifadeleri Şekil 14'te verilmiştir. Konuyu en iyi ifade eden, literatüre en uygun cevap K3' e aittir. K3 endişeli bir ses tonuyla şu ifadede bulunmuştur, *“Göreve başladığımda 19 yaşındaydım şimdi ise daha 25 yaşındayım. Bu durumlar şimdilik sorun olmuyor ama ileri de 30 yaşında bu*

durumlara karşı aynı gücü bulacak mıyım diye düşünüyorum. 10 yıl sonra vereceğim hizmeti nasıl etkiyecek diye düşünüyorum. Bu durum tükenmişliği ve yabancılaşmaya sebep oluyor.”

Son olarak ele alacağımız problemler “tükenmişlik” ve “yabancılaşma”dır. Çift yönlü problem olarak değerlendirdiğimiz tükenmişlik ve yabancılaşma şiddet, mobbing ve iş yüküne bağlı geliştiği gibi hastalara, çalışanlara ve aile yaşamı ile sosyal çevresine yansımaları söz konusudur. Katılımcı K6’nın ifadesi şu şekildedir, *“Tükenmişliği uzun süredir yaşıyorum. Nöbetlerden çıktığım zaman evde yorgun, uykusuz ve keyifsiz olduğum zaman bu durum çocuğuma kadar yansıyor. Daha agresif, sinirli ve sabırsız oluyorum. Ya da çocuğumun en doğal hakkı olan benimle oyun oynama isteğini bile çok yorgun olduğum için gerçekleştiriyemiyorum. Hem ailemize hem de arkadaş çevremize bu durumu yansıtıyoruz. Sosyal aktivitelere katılamıyoruz. Sosyal hayatımız bile kötüye gidiyor.”* Konuyla ilgili diğer katılımcıların ifadeleri ve tükenmişlikte etkili faktörler Şekil 15’te detaylı olarak verilmiştir. Çanakkale’de acil sağlık hizmetleri üzerine yapılan bir çalışmaya göre şiddete maruz kalan çalışanlar duygusal tükenme yaşamaktadır (Çelebi, 2016). Katılımcı K10’un ifadesi bu çalışmayı destekler niteliktedir, *“Şiddet ve darp durumunda hak edilen cezanın verilmesini istiyoruz. Çünkü bu durum daha fazla tükenmemize sebep oluyor.”*

Ankara’da 112 ASH’de yapılan başka bir çalışmada tükenmişliği etkileyen bir diğer faktör iş doyumu olarak belirlenmiştir (Pehlevan, 2017). Katılımcı K8, yapılan ilgili çalışmaya paralel olarak iş doyumu olmadığı zamanlarda tükenmişlik yaşadığını ifade etmiştir, *“Tükendiğimiz durum hastaların bizi taksici ya da taşımacı olarak görmesi.”*

Edirne ASH’de tükenmişlik üzerine yapılan çalışmalarda çalışanların yaşı arttıkça tükenmişlik oranı artarken iş tecrübesiyle ters orantılı bulunmuştur. Hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetlerine yeni başlayan çalışanların zor çalışma koşullarına alışık olmadıkları için daha çok tükenme yaşadıkları, zamanla bu koşullara alıştıkları ifade edilirken en verimli çalışma yılı 6 ile 10 yıl arası olarak belirlenmiştir (Yerlikaya, 2018). Çalışmamızda bu ifadenin aksine bir sonuç elde edilmiştir. Katılımcılar arasından en az tecrübeye sahip olan K5 (3 yıl) tükenmişlik yaşamadığını ifade etmiştir. Kahramanmaraş hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada çalışmamızın verilerini destekler niteliktedir. Çalışmaya göre en

az tükenmişlik yaşayan 1 ile 3 yıl arası çalışanlar olarak (%14,3) belirlenmiştir. Ayrıca aynı araştırmada tükenmişliğin önüne geçmek için iş yükünün azaltılması, teşvik ve ödül verilmesi gerektiği ifade edilmiştir (Öztürk ark., 2018). Çalışmamızda tükenmişlik yaşayan çalışanların oranı %80'dir. Anglo-Amerikan modele sahip olan ABD'de acil sağlık hizmetleri çalışanlarında duygusal tükenme oranı %92, duyarsızlaşma oranı %99 olarak saptanmıştır (Essex, & Scott, 2008). Franco-German modele sahip Almanya'da acil sağlık hizmetleri çalışanlarının %20'si ile %40'ının tükenmişlik yaşadığı ve güvenlik sorunlarından dolayı çalışmaya katılanların %54'ünün gelecek yıl işten ayrılmayı düşündüğü ifade edilmiştir. Çözüm olarak çalışanlara psikolojik destek sağlanmasının yararlı olacağı ifade edilirken sağlık politikalarının ve yöneticilerin çalışanların çalışma ortamlarının düzeltilmesi yönünde hareket etmesi gerektiği önerisinde bulunulmuştur (Baier & ark, 2018). Konuyla ilgili olarak katılımcı K3 şu ifadede bulunmuştur, *“Yaşanmış olaylar -şiddet, saldırılar, tükenmişlik, psikolojik etkiler vs- zamanla sizi tüketiyor. Bu önüne geçemediğim sebepler ve etkenler bunları kontrol edemiyorum ve bunlar bende tükenmişlik yaratıyor.”*

Çalışmamızda tükenmişlikte etkili faktörler arasında en yüksek frekansa sahip başlığımız “pandemi sürecinde yaşanan zorluklar” olarak belirlenmiştir. Kelime bulutunda da değer ve pandemi kelimelerinin frekansı yüksektir (Şekil 19). Çalışmamızın sonucuna paralel bir çalışma Konya ilinde yapılmıştır, iki özel hastane üzerinde yapılan çalışmanın sonuçlarına göre aşırı iş yükü ve duygusal tükenme arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ifade edilmiştir (Erer, 2021). Katılımcı K10'un ifadesi bu çalışmayı destekler niteliktedir, “Pandeminin de etkisiyle hem maddi hem de manevi anlamda tükenmeyen kimse yoktur diye düşünmüyorum. Hala kendimi tükenmiş hissediyorum.” Benzer bir çalışma Kore'de yapılmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre covid-19 pandemisinde görev alan ATT ve AABT'ler görevli olmayan personele göre daha çok psikolojik sorunla yüzleşmişlerdir. Araştırmamıza paralel bir diğer nokta pandemi sürecinde görev alan çalışanların %70'inin bitkinlik hissettiğini ifade etmeleridir (Kim ve ark., 2022). Benzer bir ifade de çalışmamızda “iş yükü kaynaklı isteksizlik ve bıkkınlık” olarak yer almaktadır.(Şekil 16).

Son olarak ele alacağımız aynı zamanda çift yönlü etkiye sahip olan problem “yabancılaşmadır.” Yabancılaşma kavramının farklı disiplinlerde farklı anlamlarda

nitelendirildiğinden bahsedilmiştir. Araştırmamızda yabancılaşma kavramı felsefi düzlemde Karl Marx'tan esinlenerek sağlık çalışanlarının mesleğine ve kendine yabancılaşması olarak ele alınmıştır. Marx'a göre, insan hayatının meta haline geldiğini kabul ettiği taktirde aynı zamanda köleliği de kabul etmesi anlamına gelmektedir. Meta haline gelen insan değerler dünyasında değersizleşerek kendi emeğine yabancılaşır ve sermayenin egemenliği altına girer (Marx, 2016). Bu bağlamda emeğine ve kendine yabancılaşan sağlık çalışanları bulgulara da değindiğimiz üzere kendini değersiz hissetmektedir. Bu değersizlik hissiniin arka planında da karşılaştıkları problemler vardır. Kendine yabancılaşan sağlık çalışanlarına en iyi örnek karşılaştıkları şiddet olaylarında beyaz kod bildirimi yapmayan katılımcı K6'dur. K6, *“Eskiden adli vakalarda beyaz kod verirken artık zaten bir şey olmuyor ben kaç kere beyaz kod verdim mahkemelerde süründüm ve sonuç alamadım diye kod vermiyoruz.”* ifadesi benzer nitelikteki çalışmaları desteklemektedir. Başka bir ifadeyle, çalışan toplumsal ihtiyacı gidermek adına emeğini ve insanlara yardımcı olma inancını ortaya koyar, daha sonra kendine dayatılan çerçeveler ve standartlar içinde hatta direktifler verilerek işi gerçekleştirilmesi istenir. Bu noktada çalışanın fikirleri ve kararları arka plana atılır. Çalışan bu noktada kendi emeğine, kendi potansiyeline hatta inancına yabancılaşmıştır (Ertin, 2018).

Konunun ilişkiselliğini göstermek adına mesleğine yabancılaşmaya örnek vermek gerekirse, çalışan ile hasta ve/veya hasta yakını ilişkisinde değer belirsizliği yaratan “ambulansların gereksiz kullanımı” ve “kendilerinin sağlık çalışanı olarak görülmemesi” faktörleri bu tanıma çok uygundur. Kelime bulutunda yer alan gereksiz kelimesi de veriyi destekleyici niteliktedir. Asıl korkutucu olan kısmı ise katılımcıların %90'nının kendilerini yabancılaşmış hissetmeleridir. Konuyla ilgili en iyi ifade de bulan katılımcı K3'tür, *“Yabancılaşma şöyle, bildiğim şeyi unutuyorum. El pratikliğinizi kaybediyor ve unutuyorsunuz. Yabancılaşma var. Acil durumlar yerine gereksiz vakaya gittiğimiz için bilgilerimizi el pratikliğimizi kaybediyoruz.”* Kahramanmaraş'ta ASH üzerine yapılan bir araştırmada yabancılaşma kavramı çalışana yapılan işin anlamsız gelmesi, sorunların yöneticiler tarafından doğru zamanda, gerçek manada ele alınmaması ve alınan kararların çalışana gerektiği gibi ifade edilmemesi olarak ele alınılmıştır. Buna ek olarak çalışma ortamının çalışana

uygun düzenlenmemesi, kişisel istek ve beklentilerin dikkate alınmaması olarak ifade edilmiştir (Arık, 2018). Çalışmamızla paralel en iyi örnek yönetici ve çalışan arasındaki ilişkide “çalışanlara verilen vaatlerin yerinde getirilmemesinden kaynaklanan değersizlik hissi” faktörüdür. Konu bağlamında en iyi ifade ise K3’e aittir, *“Yönetim tarafından genel olarak birebir abi kardeş ya da amir olarak iletişime geçtiğinde sözel olarak her zaman yanımızda olduğunu hissettiriyorlar. Ama başımıza gerçek bir olay geldiğinde yanımızda olmadıklarını hissediyorsunuz. Bunu da etrafımdaki arkadaşların yaşadıklarından gördüm. Bu durum da kesinlikle değersizlik hissi yaşıyor.”*

Denizli’de acil sağlık hizmetleri üzerine yapılan bir çalışmada saldırıya uğrama, artan iş yükü ve işe yabancılaşmanın duygusal tükenmeyi arttırdığı tespit edilmiştir (Kuh, 2017). Çalışmaya örnek niteliğinde olan ifade K8’e aittir; *“Hatta bazı durumlarda hastanın hastaneye gitmesi gerekmeyen hastalarda şiddetle karşılaşmamak için mesleğimize yabancılaşsak ta hastayı hastaneye götürüyoruz.”* Konuyla ilgili etik ikilem örnekleri mevcuttur, etik ikilem başlığı altında yer verilecektir. Katılımcıların ifadeleri ve yabancılaşmada etkili faktörler Şekil 16’da detaylı olarak gösterilmiştir.

Araştırmamızın bulgular kısmında ayrıca değindiğimiz bu ilişkisellik bağımlı kısaca ifade edecek olursak şiddet, mobbing ve iş yükü çalışanlarda tükenmişlik ve yabancılaşmaya sebep olmaktadır. Almanya’da yapılan bir çalışmada belirtilen duruma paralel olarak araştırmamıza yer alan katılımcıların %80’i tükenmişlik yaşadığını ifade etmiştir. Araştırmamızda ele aldığımız bir diğer konu tükenmişliği etkileyen faktörler arasında en yüksek frekansa sahip kodlama olan “pandemi sürecinde yaşanan zorluklar”dır. Bu sonuca paralel bir araştırma Kore’de yapılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre covid-19 pandemisinde görev alan ATT ve AABT’ler görevli olmayan personele göre daha çok psikolojik sorunla yüzleşmişlerdir. Araştırmamıza paralel bir diğer nokta pandemi sürecinde görev alan çalışanların %70’inin bitkinlik hissettiğidir (Kim ark., 2022; Baier ark., 2018), aynı şekilde araştırmamızın bulgular kısmının yabancılaşma başlığı altında çalışanların iş yükü kaynaklı isteksizlik ve bıkkınlık hissettikleri ifadesine yer verilmiştir. Son olarak tükenmişlik problemi çok yönlü (çalışanlara, aile yaşamına, hastalara etkisi ve etik

ikilem ilişkisi) ele alınarak bulgular bölümünde detaylı olarak verildiğini hatırlatarak ve son problemimiz yabancılaşıma geçiş yapılmıştır.

Çalışmamızın soruları çerçevesinde işaret edilen nokta, 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştığı problemler, bu problemlerin aslında birbiriyle ilişkili olduğu ve arkasında da değer belirsizliği olduğudur. Bu bağlamda çalışmanın başından bu yana anlatıldığı üzere şiddet, mobbing ve iş yükü çalışanlarda tükenmiş ve yabancılaşıma sebep olmaktadır. Bu problemlerin çalışanlarda hem fizyolojik hem psikolojik hem de sosyal ve aile yaşamlarında etkileri söz konusudur. Çalışmayı tek perspektiften ele almamak adına çalışmanın fenomenoloji desenine uygun olarak çalışanlara bu problemlerin hastalar üzerinde etkisi olup olmadığının sorulmasıyla problemlerin bütüncül olarak ele alınması iddiamızı daha da destekledi. Tahmin edilen ve elde edilen bulgulara göre, problemler sadece çalışanları etkiliyor gibi görülse de aynı düzeyde hastaları da etkilemektedir. Çalışanların kontrolü dışında gelişen ve küresel bir problem olan şiddet, mobbing ve iş yükü konularının hastalara yansması kaçınılmaz bir sonuçtur (Şekil 17). Genel tabloda (Tablo 9) görüldüğü üzere katılımcıların %80'i tükenmişlik yaşadığını ifade etmesine rağmen %60'ı bu durumu hastalara yansıtmadıklarını ifade etmiştir. Yabancılaşıma yaşadığını ifade eden katılımcı oranı %90 iken yabancılaşımanın hastaya yansıma ihtimali olduğunu düşünenlerin oranı %60'tır. Bu durum Antik Çağ'dan günümüze miras kalan Hipokrat'ın insancıl tıp anlayışı ve hastaya yarar sağlama odaklı düşünceye analogi niteliğindedir. Katılımcı K1'in ifadesiyle konuyu pekiştirmek mümkündür; *“Sağlık personeliyiz ve yaptığımız iş belli. İsteksizlik ve yorgunluk hissetsek bile bunlar bizim işimizin önüne geçmemeli yani görevimizi yapmak zorundayız. Çünkü ilgilendiğimiz konu insan sağlığı.”* Bu bağlamda sağlık çalışanları bu problemlerden hastaların etkilenmesine engel olmaya çalışmaktadır. Lakin tükenmişlik ve yabancılaşıma genel bilgilerde bahsettiğimiz üzere kişinin elinde olan bir durum değildir. Bu durum tükenmişlik ve yabancılaşıma boyutuyla ilişkilidir, ilerleyen dönemlerde sağlık çalışanının kontrolünden çıkarak hastalara da yansıtacağı öngörülmektedir. Tablo 9'da yer alan olabilir yüzdeleri de bu ifadeyi ve genel bilgilerdeki tanımları destekler niteliktedir.

5.4. Etik İkilem Üzerine Araştırma Sorularının İçerik Analizi

Çalışmamıza katılan katılımcılara ilk olarak “Etik ikilem nedir?” sorusu yöneltildi. Katılımcıların verdiği yanıtlar etik ikilem tanımıyla örtüşmediği için tanım verilerek problemlerin etik ikilem yaşamalarına sebep olup olmadığı ve deneyimlerini paylaşmaları istendi. Katılımcıların deneyim ve ifadeleri Şekil 18’de verilmiştir.

Katılımcılardan K1 ve K3 etik ikilem yaşamadıklarını ifade ederken, K1 etik ikilem yaşamamasının sebebini merkezde çalışmasıyla ilişkili, K3 ise triyaj kurallarına uygun hareket etmesi ile ilişkili görmüştür. Köken olarak sınıflandırma ve ayırma anlamına gelen triyaj kavramı acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştığı kitlesel kazalarda, afet durumlarında ya da kaynakların yetersiz olduğu durumlarda kaynakların doğru kullanması ya da daha fazla yaralı ve/veya hasta kurtarmak adına çalışanların başvurduğu bir yöntemi ifade etmektedir (Ekşi, 2021). Yöneltilen soruyu K1 ve K3’e paralel olarak triyaj üzerinden ele alan K5 ve K8 triyaj gerektiren durumlarla karşılaştıklarını ve bu durumlarda çok sık etik ikilem yaşadıklarını ifade etmişlerdir, buna ek olarak böyle durumların üstesinden yine triyaj uygulamasıyla geldiklerini belirtmişlerdir. Yaşadıkları bu olayların kendilerini psikoloji yönünden kötü etkilediğini de ifade etmişlerdir. Çalışmamıza katılan diğer 6 katılımcımız etik ikilem olarak nitelendirdikleri deneyimlerini paylaşmışlardır. Lakin K2, K7 ve K10’un paylaşımları etik ikilem tanımıyla örtüşmemektedir. K4 ve K9’un paylaşımları etik ikilem olsa da konu bağlamında değildir. Yine de katılımcıların deneyimleri tıp etiğinin temel ilkeleri olan yararlı olma, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet ilkeleriyle ele alınarak tahlil edilmiştir.

Trijaj örneği veren K10’un deneyimini ele alacak olursak olayda kaynakları doğru kullanarak koşullar ve şartlar ele alındığında verilen karar en makul olandır. Çünkü kardiyak arrest vakalarında en kısa sürede etkin müdahale hayat kurtarıcıdır ve beyin hasarının önüne geçmede önem arz etmektedir. Elbette ki bu olayda yaşanan triyaj olgusunu genelde olduğu gibi kaynakların doğru kullanımı üzerinden ele alarak tartışmak mümkündür ve genelde yapılan çalışmalar bu yöndedir. Lakin triyaj kavramı kendi içinde problemlidir. Afet, kazalar ve kitlesel olaylar, isminden de anlaşılacağı üzere olağan dışı durumlardır. Böyle durumlar ön görülerek kaynak dağıtımının planlanması ve kaynakların yeterliği, hangi standartlara göre belirlenmesi gerektiği

sorusunu beraberinde getirmektedir ya da K10'un örneği özelinde diğer ambulans gelene kadar geçen sürede beyin hasarının sonuçları gibi birçok problemi içinde barındırmaktadır. Bu sebeple de öncelikle triyaj uygulaması tıp etiği düzleminde tartışılmalıdır. Ayrıca triyaj uygulaması bir yöntemdir, çok fazla yaralı veya hastaların olduğu durumlara daha fazla hayat kurtarmak adına yapılan bir uygulamadır. Çalışmamız bağlamında triyaj kavramını ele alacak olursak önemli olan karşılaşılan durumlar, olaylar karşısında çevresel faktörler, kaynak durumu ve 112 acil sağlık hizmetleri gibi saniyelerin önem arz ettiği durumlarda zaman kavramının ele alınarak geniş çaplı düşünülerek değerlendirme yapılması gerektiğidir. Bu sebeple triyaj üzerine bilgi temelli doğru değerlendirme yöntemi oluşturulması yararlı olacaktır, sonrasında bu doğru değerlendirme alışkanlık haline gelerek çalışanlara bu tür durumlarda yardımcı olacaktır.

K2'nin verdiği örnekte hastanın ikna edilerek hastaneye götürülmesi yapılması gereken bir durumdur. Çünkü hastanın oluşabilecek komplikasyonlara dair bir bilgisi olmaması gayet normaldir. Yasal düzenlemeler hastanın bilgilendirilmesini şart koşarken, tıp etiğinin özerkliğe saygı ilkesi içinde yer alan “aydınlatılmış onam” kavramı da bu konuları ele almaktadır. K2 olay sonrasında kendi vicdan muhasebesini ya da tezimiz bağlamında ifade etmek gerekirse yaptığı değerlendirme sayesinde doğru karar verdiğine bir kez daha emin olmuştur.

K6'nın verdiği örnek olay yeri yönetimiyle ilişkilidir ve kaynakların doğru kullanımı ile tartışmak mümkündür. Lakin asıl tartışılması gereken konu sağlık çalışanının şiddet görmesi ya da şiddet görmemek adına mesleğine yabancılaşmasıdır. Diğer türlü bir tartışma hem tıp etiği hem de tezimizin amacı açısından sık bir tartışma olacaktır.

K7'nin paylaştığı örnekte yapılan müdahalelerin komplikasyonları olması gayet doğaldır (Şekil 18). Olayı içselleştiren K7'nin bu deneyimi K8'in psikolojik açıdan kötü etkileniyoruz ifadesine verdiği bir örnektir. Hatta tükenmişlik konusunda K7 şöyle bir ifadede bulunmuştur, *“Zaman zaman tükenmişlik yaşıyorum. Hatta çok telaffuzda ediyorum, çok diyorum tükendim diye. Olumsuz olarak etkileniyorum. İnsanların evine giriyoruz, özel hayatlarını görüyoruz, durumlarını görüyoruz. Vaka sonrası eve geldiğimde o hastalar nasıl oldu acaba diye düşünüyorum ve empati kuruyorum.”* (Şekil 15.)

Sonuç olarak katılımcıların etik ikilem bilgi düzeylerinin tahmin edilenden düşük olduğu saptanmıştır. ATT ve AABT'lerin etik ikilem konusunda bilgi düzeylerinin düşük olması aynı zamanda tıp etiği konusunda da yeterli eğitime sahip olmadıklarını işaret etmektedir. Tıp etiği ve etik ikilem konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmamalarından kaynaklı olarak çalışma hayatlarında böyle bir değerlendirme yapmamaktadırlar. Bu sebeple çalışanlar çalışma hayatlarında karşılaştıkları olaylarda tıp etiğiyle ilişkili bir değerlendirme yapmak yerine triyaj uygulamasını kullanarak karar vermektedir. Daha önce de bahsettiğimiz gibi triyaj uygulaması kendi içinde problemlili ve bazı durumlarda yetersiz kalmaktadır. Bu bağlamda çalışmamızda da sıkça ifade ettiğimiz bilgi temelli doğru değerlendirme yapmak ve tıp etiği eğitimi acil sağlık hizmetleri için önem arz etmektedir. Bu söylememizi de Aristoteles mantığıyla ifade etmemiz gerekirse (Çüçen, 2012);

ATT ve AABT'lerin tıp etiği bilgi düzeyleri düşük olduğu için triyajla değerlendirme yapmaktadırlar. (1.Öncül)

Çünkü etik ikilem bilgi düzeyleri düşüktür ve etik ikilem tıp etiğinin konusudur. (Delil)

Triyajla yapılan değerlendirmeler tıp etiği açısından problemlidir. (2. Öncül)

Çünkü tıp etiği bilgisi düşük olanlar triyajla değerlendirme yapmaktadır. (Delil)

O halde ATT ve AABT'lerin triyajla yaptığı değerlendirmeler tıp etiği açısından problemlidir. (Sonuç)

Etik ikilem tanımına uyan ama konu bağlamında olmayan etik ikilem örnekleri ise K4 ve K9'a aittir. Katılımcı K4'dün paylaştığı örnekte madde kullanan hastanın sağlıklı düşünememesi ihtimal dâhilindedir ve hastaneye gitmek istememektedir. Bu noktada yararlı olma ve özerliğe saygı ilkeleri arasında bir çatışma söz konusudur. Hastanın madde kullanımına bağlı olarak sağlıklı düşünemediği varsayımında bulunursak bu sefer aydınlatılmış onam da anlamını yitirecektir. Bir diğer çerçeveden bakarsak mahalle sakinleri içinde tehlike arz etme durumu söz konusu olabilir bu durumda da koruyucu sağlık hizmetleri bağlamında ele alırsak adalet ilkesiyle ilişkili bir çatışmayı beraberinde getirmektedir. K9'un verdiği örnekte ise mesleği gereği kalbi duran hastaya müdahale etmek isterler lakin ailesi ve aile hekimi buna engel olur. Bu durumda üst amir konumundaki ve danışman hekim görevindeki KKM hekimine

danışılmış ve hastaya müdahale edilmeden olay yerinden ayrılmaları söylenilmiştir. Bu durumda da yasal olarak amire karşı gelme durumu söz konusudur. Konuyu olayı çevreleyen faktörlerle ele alacak olursak çalışanların hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalma olasılıkları yüksek olmasının yanı sıra ev sahibinin izni olmadan eve girmek yasal olarak engel teşkil etmektedir. İki ikilemi de bir arada yorumlamak gerekirse de tekrar tekrar bahsettiğimiz üzere tıbbın asıl özü insan sağlığıdır. Durumlar ne kadar karmaşık olsa da öncelikle dikkat edilecek nokta hastanın hayatıdır. K9'un anlattığı durumda hastanın bilinci yerinde olmadığı ve özerklik hakkı bireyin kendisine ait olduğu için müdahale edilmesi zorunludur, gerektiği taktirde güvenlik güçlerinden yardım almak yararlı olacaktır. K4'ün örneğinde de kişi madde kullandığı için özerklik ilkesi gri alan oluşturmaktadır, lakin hastanın iyiliği ve toplum sağlığı için en doğru çözüm hastanın hastaneye naklidir, yine aynı şekilde güvenlik güçlerinden yardım almak yararlı olacaktır. İki olayı da çalışmamızın bağlamında ele alacak olursak en doğru karar vermenin imkânı yine bilgi temelli ve bütüncül bir bakış yani doğru değerlendirmeyeyle mümkündür. Ayrıca iki olayın işaret ettiği önemli bir nokta söz konusudur, bu önemli nokta ise etik ikilemlerin kaynağı hasta ve çalışan ilişkisi olarak görülse de aslında sistem kaynaklı etik ikilemlerin söz konusu olmasıdır. Buna ek olarak sistemin yani yasalar, acil sağlık hizmetlerinin işleyişi ve çevresel faktörler gibi etkenler çalışanların karar verme durumunu etkilediği gibi zarar da vermektedir. Bu noktada tıp etiğinin temel ilkelerinin sadece hasta merkezli olarak ele alınması ne tıbbın insancıl özüne ne de tıp etiğinin temel ilkelerinden olan adalet ilkesine uygundur. Sorun insan sorunuysa ve insanların değerleri söz konusuysa çalışanların da insan olduğunun göz ardı edilmesi problemlili bir bakış açısidir. Doğru bir bakış sergilemek istiyorsak ve adil bir düzenden bahsediyorsak tıp etiğinin temel ilkelerini hem çalışanlar hem de hasta açısından ele almak daha doğru bir yaklaşım olacaktır. Konu bir sonraki başlıkta detaylandırılacaktır.

5.5. Tıp Etiğinin Temel İlkelerine Farklı Bir Bakış ve Çalışmanın Tüm Problemlerinin Tıp Etiği Açısından Tahlili

Çalışmamızın bu başlığı altında ele aldığımız bütün problemlerin tıp etiğinin temel ilkeleri yararlı olma, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve en fazla yer vereceğimiz adalet ilkelisiyle tartılmıştır. Ortaya koyacağımız farklılık ise alışılan aksine bu dört temel ilkenin sadece hasta merkezli olarak değil sistem, çalışan ve hasta üzerinden yani bütüncül olarak ele alınmasıdır. Çünkü çalışmamızın da işaret ettiği üzere etik ikilemler sadece hasta ve çalışan kaynaklı gerçekleşmemektedir. Eğer ki adaletten, adil bir düzenden ve etik konusunun bahsediyorsak makro bir bakış elzemdir. Konuyu açmak gerekirse öncelikle adalet kavramından başlamak doğru olacaktır.

“Adalet”; değerlerin, ilkelerin, ideallerin ve erdemlerin bir toplumda hayata geçirilmesi ve buna uygun olarak toplumdaki bireylerin tarafsız, dürüst ve doğru şekilde hak etmelerine göre ödüllendirilmesi ya da cezalandırılmasıdır. “Hak” kavramı ise belli bir toplum içindeki insanın yetki sahibi olan hukuk yardımıyla insan açısından korunmaya değer çıkarlarının korunmasıdır (Cevizci, 1999). “Tıpta adalet ve hak” kavramını ele alacak olursak da sağlık hakkından başlamakta yarar vardır. Çünkü birey dünyaya gelmesiyle sahip olduğu bu hakkı ayırım olmaksızın ulaşabilmesi gerekmektedir. Bunun güvencesi de insanın en temel hakları olan yaşam ve sağlık hakkını güvence altına alan Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1948) sayesinde mümkündür. Tıpta adalet ilkesi, bu düzlemde yer alan düzenlemeleri, uygulamada yaşanan problemleri değerlendirir ve etik özelinde tartışır (Atıcı, 2005; İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1948). Bu nedenle işaret ettiğimiz problemi tıpta adalet ilkesinin çatısı altında tartışılması daha uygundur.

Hasta hakları konusunda önemli dönüm noktalarından kısaca bahsetmek gerekirse ilk olarak Mezopotamya’da hasta-hekim arasındaki ilişkide hekim sorumluluğuna dair bilinen en eski kaynak olan Hammurabi Kanunlarından (M.Ö.1760 civarı) bahsetmek gereklidir. Sonrasında hasta haklarının temelini oluşturan Hipokrat Yemininden (M.Ö.460- 370) bahsetmemek mümkün değildir. Modern dönemle berber gündeme gelen ve hasta haklarına dair ilk belge Amerika Hastaneler Birliği tarafından hazırlanan Hasta Hakları Bildirisi’dir (1972). Bölgesel olan bu bildiriye uluslararası düzenleme taşıyan ise Dünya Tabipler Birliği tarafından

hazırlan Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi (1981) olmuştur. Hasta haklarının ülkemizdeki güvencesi ise Hasta Hakları Yönetmeliği (1998) olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bilgileri vermemizdeki amaç; insan tarihinde bilinen en eski mesleklerden biri olan hekimliğin geçmişi bu kadar eskiye dayanırken hasta-hekim ilişkisi özelinde ifade etmek gerekirse literatürde en fazla yer alan kaynak hasta hakları konusudur, hekim hakları konusu ise literatür kısıtlıdır. Hâlbuki tıbbi girişim, tedavi uygulamaları ve değerlendirmeleri yapan hekimlerdir. Bu konunun tıp etiği açısından ele alınması ve konuyla ilgili çalışmalar yapılması gerekli görülmektedir (Görür Tuncel, 2019; Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında yapısal yönden reformlar yapılmıştır. Bu reformlardan bazıları; 112 acil sağlık hizmetlerinin tamamen ücretsiz olması, en uzak ücra köylere kadar 112 ASH'nin ulaştırılması, ulaşılamayan noktalar için uçak ambulans, helikopter ambulans, kar paletli ambulans, deniz ambulansı ve motosiklet ambulansların hizmete açılmasının yanı sıra Avrupa'nın en büyük Ulusal Medikal Kurtarma Ekibinin (UMKE) kurulmasıdır (Tecim, 2018). Hekimlik mesleğinin geçmişi bu kadar eskiye dayanırken geleceği bu kadar yakın olan 112 ASH için literatürün kısıtlı olmasının yanı sıra etik bildirgeler de yetersizdir. TTB'nin ifadesiyle etik bildirgeler, değerler bütünlüğünü koruduğu gibi çalışanlara yol gösterici olma görevini de üstlenir. Daha açık ifade etmek gerekirse birey ve toplum için en doğru kararı vermek, değişen toplum dinamikleri, değişen teknoloji, hekimlik uygulamaları ve etik ikilem konularını ele alarak yol gösterici olmaya çalışır (Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri, 2020). Çünkü etik genelde yasalardan daha üst davranış standartları belirlediği gibi nadir de olsa, ahlaki olmayan davranışları içeren yasalara karşı uyarıcı rolündedir (Civaner, 2015).

Sonuç olarak tıp etiği hasta merkezli bir yol izlemektedir. Lakin literatürde hasta haklarının aksine sağlık çalışanlarının hakları üzerine yapılan çalışmalar yetersizdir, konu “insan hakları”, “sağlık hakkı” ve “yaşam hakkı” özelinde ele alınıyorsa çalışanların da insan olduğu ve bu haklara sahip olduğu unutulmaması gerekmektedir. Adalet ilkesi üzerinden bir tartışma yürütülecekse öncelikle bu dengesiz durumun giderilmesi gerekmektedir. Çünkü hem hastaların hem de çalışanların mutsuz olduğu bir sistemin sürdürülmesi anlamsızdır. Mutlaka yeni bir sistem, alternatifler üretmeli ve çözüm aranmalıdır (Türkan, 2013). Bu nedenle

çalışmamızın problemleri tıp etiği açısından tahlil edilirken hasta merkezli bir bakış yerine bütüncül bir bakış açısı benimsenerek temel ilkeler hem çalışanların sorunları hem de hastaların sorunlarıyla ele alınarak kullanılmıştır. Bahsettiğimiz tahlil etme işlemini dört ilkedен hareketle ele almamız fenomenoloji ile ilişkili olarak katılımcıların ifadeleri ve bilgi düzeyleriyle ilişkili olarak belirlenmiştir.

Daha öncede bahsedildiği gibi değer tanımındaki belirsizlik, yanlış değerlendirme şekilleri, karşılaşılan şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşma yaşama ve sağlık hakkına ters düştüğü gibi Antik Çağ'dan günümüze miras kalan Hipokrat'ın insancıl tıp anlayışına da ters düşmektedir. Bu minvalde de oluşan bu problem alanı tıbbın temellerini, amacını, neden sonuç ilişkisini, insanın değerleri özelinde ele alarak kritik eden disiplin tıp etiği sayesinde çözümlenmiştir. Bu tahlil etme işlemi, araştırmanın fenomenolojik bir araştırma olmasıyla ilişkili olarak çalışanların deneyim ve ifadeleri referans alınarak tıp etiğinin temel ilkeleri ile ilişkilendirilmiştir. Bu sayede genel geçer kabulün aksine tıp etiğinin temel ilkelerini sadece hasta odaklı ele almak yerine çalışanlar özelinde de ele alındığında yararlı olabileceği gösterilmiştir.

ATT ve AABT'lerin yaşadığı değer belirsizliğiyle ilişkili olan faktörlerden yönetim kaynaklı, sistem kaynaklı, hasta ve/veya hasta yakını kaynaklı faktörler alt başlıklarıyla özerkliğe saygı ve adalet ilkeleriyle ele alındığında tıp etiği açısından problemlidir (Şekil 8). Aynı şekilde pandemi sürecinde çalışanların yaşadığı zorluklar, değer belirsizliği ve değerlendirme şekilleri de tıp etiğinin özerkliğe saygı ve adalet ilkelerine ters düşmektedir (Şekil 9).

Hastane öncesi 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştığı problemler şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşma tıp etiğinin hem adalet hem özerkliğe saygı hem de zarar vermeme ilkelerine ters düşmektedir. Çalışanların ifadesinden hareketle iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşma hastaları da etkilemektedir. Bu durum tıp etiğinin adalet, zarar vermeme ve yararlı olma ilkelerine ters düşmektedir.

K4 ve K9'un verdiği etik ikilem örneklerinde de görüldüğü üzere sistem kaynaklı bir etik ikilem söz konusudur. Bu konuyu hem çalışan hem hasta yönünden ele alacak olursak tıp etiğinin dört temel ilkesine de ters düştüğünü söylememiz mümkündür.

5.6. Sonuç

Bu alanda yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalar incelendiğinde 112 acil sağlık hizmetlerinde görev alan çalışanların karşı karşıya kaldığı şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşıma gibi problemlerin küresel boyutta olduğu görülmüştür. Ayrıca karşılaşılan bu problemler birbiri ile ilişki içindedir. Bu problemlerin arkasındaki asıl sorun, tıp etiği kaynak alınarak bilgili temelli bir değer tanımı ve değerlendirme olmamasıyla ilişkilidir. Çalışanların karşılaştığı olay, durum ve etik ikilemler karşısında doğru karar verebilmek için tıp etiği ve doğru değerlendirme bilgisi şarttır. Çalışmanın ele aldığı bütün problemlerde açıkça görüldüğü üzere yönetim, sistem, hasta ve/veya hasta yakını ve çalışanlar arasında bir değer ilişkisi söz konusudur. Bu değer ilişkisini düzenleyecek olan tıp etiğidir.

Çalışmaya katılan katılımcıların etik ikilem tanımı üzerine bilgi düzeylerinin düşük olduğunun saptanması ayrıca çalışmanın kurgusu aşamasında değer belirsizliğinin ATT ve AABT'lerin yönetim, hasta ve/veya hasta yakını ilişkisi içinde çıkacağı öngörüldürken elde edilen veriler ışığında sistemsiz olarak da değer belirsizliğinin söz konusu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Etik ikilemlerin tıp etiğinin temel ilkeleri açısından değerlendirilmesi planlanırken yeni bir problem alanı fark edilerek yeni bir hedefe ulaşılmıştır. Her tür insan ilişkisinin temelinde etik bir eylem ve etik bir ilişki vardır. Bu anlayıştan hareketle sağlık çalışanı ve hastanın karşılaştığı andan itibaren bir etik ilişkinin varlığından söz etmek mümkündür. Bu noktada tıbbın babası olarak değerlendirilen Hipokrat yemininde geçen şu mısraları hatırlatmakta fayda vardır. “Hastaların tedavisini, bütün güç ve düşüncemle onların yararına ayarlayacağım, her türlü kötülük ve haksızlıktan kaçınacağım”. Hipokrat'tan referans alınarak hazırlanan ATT meslek andında, “Yeteneğim ve yargıma göre hastaların yararına olacağına inandığım yolu izleyip, zararlı olabilecek uygulamalardan kaçınacak ve bu yönde bir öneride bulunmayacağım”(Acil Tıp Teknisyenleri-Acil Tıp Teknisyenleri ve Teknikerleri (Paramedik) Derneği [ATTDER], 2006), aynı şekil AABT andında “Hastaların ruhsal ve bedensel sağlıklarına kendiminki kadar özen göstereceğime” (Halidi, Kutbay, & Kadioğlu 2009) ifadeleri yer almaktadır. Buna göre sağlık çalışanları, hastaların faydasına dair yemin ederek göreve başlamaktadır ayrıca hasta hakları yasal düzenlemelerle güvence altına alınmıştır. Lakin literatürde de

görüldüğü üzere hasta hakları üzerine birçok çalışma söz konusu olmasına rağmen çalışanlar üzerine yapılan araştırmalar yetersizdir. Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştığı olaylar, süreçler ve hastalar birbirinden farklı olduğu için önceden tavsiye vermek olanaksız görülmektedir (Erbay, 2016). Buna ek olarak, ATT ve AABT mesleklerine dair etik bildirgeleri hakkında bilgi sahibi olmaması çalışanları triyaj uygulamasıyla değerlendirmeye ve karar vermeye itmektedir. Triage uygulamasının kendi içinde problemlili olması, karar verme sürecinde ve olaylar karşısında yetersiz kalmaktadır. Çünkü çalışanların bilgi temelli doğru bir değerlendirme yapması gerekmektedir. Bu sebeple de çalışanlara tıp etiği eğitimi verilmesi hem hastalar hem çalışanlar açısından yararlı olacaktır.

Sağlık çalışanları ve hasta arasında bir etik ilişki söz konusu olduğuna göre değer belirsizliği noktasında adil olmayan bir düzen söz konusudur. Tıp etiğinin temel ilkelerinden adalet ilkesinden hareketle sadece hastanın iyiliği odaklı bir bakış açısı benimsemek oksimorondur (TDK'ya göre zıt anlamlı iki kelimenin bir arada kullanılması). Sonuç olarak tıp etiğinin temel ilkelerini sadece hasta merkezli olarak değerlendirme yapılması tıp etiğinin bütüncül bakış açısına ters, çelişik ve problemlidir. Günümüz tıp etiği anlayışına, tıbbın temeline, amacına ve tıbbın içinde verilmesi zor kararlara felsefi açıdan bakış getirmek adına bu çalışmada çalışanların problemlerinin tıp etiğinin temel ilkeleri açısından ele alınması daha akılsaldır. Buna ek olarak yine günümüzün tıp etiği anlayışına uygun olarak çalışanların karşılaştığı problemlerin hastaya ve çalışana etkisini “neden sonuç ilişkisi” içerisinde ve “insan değerleri” anlayışından hareketle ele almak gerekmektedir. Çalışanların gördüğü şiddet, mobbing, iş yükü, tükenmişlik ve yabancılaşmanın çalışanlara fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden zarar vermesinin göz ardı edilmesi sağlık hakkına, çalışan haklarına ters düşmektedir.

5.7. Öneriler

Bu bölümde değer belirsizliği kaynaklı yaşanan çatışmalara çözüm bulmak adına tavsiye hazırlanmıştır. Değer kavramının özellikle 112 acil sağlık hizmetleri gibi insanla, insan sağlığıyla ilişki içerisinde ele alındığında etik düzlemde yeniden tanımlanması gerekmektedir. Bu tanımlamanın da sağlık biliminin temel disiplinlerinden biri olan tıp etiği çerçevesinde bilgi temelli bir tanımla yapılması zorunludur. Bir diğer önemli faktör ise değerlendirme konusunda yapılan yanlışlıklar ve hatalardır. Değer tanımında olduğu gibi yine bilgi temelli bir değerlendirme yapılması gerekmektedir. Bu sayede sağlık çalışanı hatta hasta ve yöneticiler arası yaşanan problemler çözüme ulaşacaktır. Farklı olay, durumlar ve etik ikilemler karşısında doğru karar vermek böylelikle mümkün olacaktır. Çünkü değerlendirme insanın var olma şartıdır. Bu minvalde de çalışanların karşılaştıkları problemler yaşadıkları olayların üstesinden gelmesi, etik ikilem yaşadıklarında karar verme aşamasında yardımcı olması adına bir tavsiye niteliğindedir. Bu tavsiye kendi ile ilişkisinde kişinin değerlendirme yapma ölçeğidir. Bu değerlendirmeyi yapmak için öncelikle etik bilgisi, sağlık alanında bir değerlendirme söz konusu olduğunda da tıp etiği bilgisi gereklidir. Sonrasında da diğer üç aşamanın gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

- Birinci aşama “bilinçlendirme”: Gerçekleşmiş ya da gerçekleşmemiş bir eylemi kişi kendi gözüyle açığa çıkartarak kendi özel durumu, inançları, değer yargıları ve değer bilgisiyle birleştirmesi
- İkinci aşama “eylemin değerini belirlemek”: Kişinin imkân ve koşulları çerçevesinde yapabileceklerinin sorusunu kendine sorması
- Üçüncü aşama “hesap verme”: Kişinin yaptığı eylemin doğruluğunu, yanlışlığını ve bu eylemin arkasındaki nedenlerin açıklamasını yapabilmesi

Bu aşamaları takip eden sağlık çalışanları, yöneticiler, hasta ve/veya yakınları kendi olanakları çerçevesinde karşılaştıkları olay ve durumlar karşısında doğru değerlendirme yapmaları mümkün olacaktır. Var olma şartı olan değerlendirmeyi, bilgi temelli doğru değerlendirmeyele değiştiren insan, yaşantı ve eylemlerini davranışa dökmüş olacaktır (Kuçuradi, 2018). Çünkü asıl problem insan problemidir. Yine araştırmamızda bahsettiğimiz bütün problemlerin kaynağının en temelinde yine bir

insan vardır, bu sebeple de sorun aslında insan sorunudur. Problemlerin üstesinden gelmenin yolu da yine insanın kendi istemesi ve eyleme dökmesiyle mümkün olacaktır. Bu noktada da insana yapılabilecek en iyi yardım etik bilgisine sahip olmasını sağlamak olacaktır. Sağlık çalışanları özelinde düşündüğümüzde ise çalışanların tıp etiği bilgisine sahip olması gerekmektedir. Gerisi sağlık çalışanlarının kendi istemesi ve eylemesine bağlıdır, güvencesi de hukuktur. Hipokrat'ın mirası olan insancıl tıp anlayışını unutmadan ilerlemek gerekmektedir. Bu anlayışı unutan sağlık çalışanları meta haline gelerek kendine ve mesleğine yabancılaşması kaçınılmazdır.

Tıp etiği açısından hasta merkezli düşünülerek çok fazla çalışma yapılmıştır. Lakin çalışan haklarına gereken ayrıcalık/özen gösterilmemektedir. Çalışanların karşılaştığı problemlerde tıp etiğinin temel ilkelerinden faydalanmak daha doğru olacağı gibi aynı zamanda gereklidir. ATT ve AABT'lere dair etik bildiregelerin hazırlanması kılavuzluk etmesinde yararlı olacağı gibi hastalar açısından da önem arz etmektedir. Çalışanları tıp etiği bilgi düzeylerinin düşük olması da aynı şekilde hem çalışan hem hastalar açısından negatif etki oluşturmaktadır. Bu durumun hizmet içi eğitimler sayesinde yükseltilmesinin mümkün olacağı düşünülmektedir.

Ayrıca yararlı olacağı düşünülen diğer öneriler;

- Acil yardım ambulanslarının kullanım amacı ve kullanım amacı dışında kullanıldığı takdirde sonuçları hakkında insanların bilgilendirilmesi hem hastalar hem çalışanlar için yararlı olacağı düşünülmektedir.
- Yöneticilerin çalışanların kendini değerli hissetmeleri adına özlük hakları, çalışma koşulları, motivasyona yönelik takdir edilmesinin çalışanların iş performansının artmasında etkili olacağı düşünülmektedir.
- Sağlık politikaları bağlamında tıbbın insancıl özüne paralel, çalışan ve hastalar arasındaki çatışmaların giderilmesi adına düzenleyici çalışmaların yapılmasının problemlerin çözümünde önemli bir rolü olacaktır.
- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, mobbing gibi problemlere karşı yasal düzenlenmelerin revize edilmesi çalışanlar üzerinde pozitif yönlü bir etki sağlayacaktır.
- Yasal düzenlemelerin tıp etiği temel alınarak düzenlenmesi hastalar ve çalışanlar açısından yararlı olacaktır.

- ATT ve AABT’ler için etik bildirgelerin hazırlanması çalışanlar ve hastalar açısından yararlı olacaktır.
- Triyaj uygulamasının tıp etiği açısından tekrar ele alınması çalışanlar ve hastalar açısından yararlı olacaktır.
- Tükenmişlik ve yabancılaşma yaşayan sağlık çalışanlarına psikolojik destek sağlanmasının hem çalışanlar hem aileleri hem de hastalar açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.
- Pandemi sürecinden önce tükenmişlik ve yabancılaşma yaşamayan ancak Covid-19 virüsüyle mücadele sürecinde yer alan sağlık çalışanlarına psikolojik destek verilmesi hem çalışanlar hem aile hem de hastalar açısından yararlı olacaktır.
- Sağlık çalışanlarının tıbbın insancıl özünden uzaklaşmaları kendilerine ve mesleklerine yabancılaşmalarına yol açmaktadır. Bunun önüne geçmek adına sağlık çalışanlarının tıp etiği hakkında bilgi sahibi olması gereklidir. Bunu sağlamanın en kısa yolu ise hizmet içi eğitimlerle mümkündür.
- İnsan özelinde yapılan değer tanımları ve değerlendirme şekillerinin bilgi temelli olması gereklidir. Bu sebeple insanların değer bilgisine ve dolayısıyla etik konusunda bilgi sahibi olması gereklidir. Eğitim kurumları aracılığıyla bunun gerçekleşmesi mümkündür.
- Değer konusu insan sorunudur. İnsanların hasta olmaları, acil sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymaları çok doğaldır. Bu sebeple eğitim kurumlarında değer ve etik bilgisinin verilmesi insanların hem kendi yaşamlarına hem de sağlık çalışanları için yararlı olacaktır.
- İnsan ilişkilerinde yaşanan çatışmaların temelinde insanlarla verilen mücadeleler olduğu unutulmamalıdır. Çünkü insanlarla birebir ilişki içinde olan işlerde asıl problem insan sorunudur.
- Bu araştırma, sağlık çalışanlarının görüş ve deneyimlerinden hareket ederek problemleri çok yönlü olarak ele almasına rağmen ilişkili faktörler bakımından yetersiz kalmaktadır. Çünkü sağlık çalışanlarının ilişkide olduğu diğer faktörler olan yönetici ve hasta ve/veya hasta yakınları üzerinde aynı araştırmanın yapılması problemlerin çözümünde fayda sağlayacaktır.

- İnsan sorunlarının çözümü için derinlemesine inceleme yapmaya olanak sağlayan nitel araştırmalar çok uygun olsa da araştırmanın sonuçlarının nicel araştırma formatına dökülerek test edilmesi ortaya konulan hipotezin geçerliliğinin sağlamlaştırılmasında yararlı olacaktır.
- Etik ve tıp etiğini birbirinden ayrı düşünmek mümkün değildir. Lakin yapılan araştırmalarda fark edildiği üzere etik üzerine kaynaklar pratik konusunda yetersiz kaldığı gibi tıp etiği kaynakları teori konusunda yetersiz kalmaktadır. Bu problemin çözümü ise günlük hayatta yaşanan olay ve durumların teorik bilgilerle ilişkilendirilmesidir. Bu ilişkilendirme olayları ve durumları daha anlaşılır kıldığı gibi etik ve tıp etiğinin gerekliliğinin de kanıtı niteliğinde olacaktır.
- Tıp etiğinin temel ilkelerinin hasta merkezli bir bakış açısı benimsemesi tıbbın insancıl özüne aykırı olduğu gibi adil olmayan bir davranış biçimidir.

6. KAYNAKLAR

- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği.(2000, 11 Mayıs). *Resmi Gazete* (Sayı: 24046).
Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/24046.pdf>
- Acil Tıp Tarihi–Acil Tıp Teknisyenleri ve Teknikerleri (Paramedik) Derneği [ATTDER]. (2006). Erişim adresi: <https://www.attder.org.tr/2019/01/31/acil-tip-tarihi/>
- Afetlerde ve Acil Durumlarda Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. (2021, 25 Mayıs). *Resmi Gazete* (Sayı:31491).
Erişim adresi:<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/05/20210525-3.htm>
- Afshari, D., Jafarzadeh, Z., Nakhaei, M., Samani, A. S., & Nourollahi-Darabad, M. (2020). Mental workload and job satisfaction in pre-hospital emergency technicians. *Jundishapur Journal of Health Sciences*, 12(3), 1-6. Erişim adresi: <https://doi.org/10.5812/jjhs.101713>
- Akarsu, B. (1975). *Felsefe terimleri sözlüğü* (1.Baskı). Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
- Al-Shaqsi, S. (2010). Models of international emergency medical service (EMS) systems. *Oman Medical Journal*, 4(25), 320-323.
- Arık, M. (2018). *İş doyumunu ve etkileyen faktörler (Kahramanmaraş ili 112 acil sağlık çalışanları örneği)*. [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]. Erişim adresi: https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/711167/yokAcikBilim_10096787.pdf?sequence=-1&isAllowed=y
- Arıkan, K. (2019). *Sağlık çalışanlarının şiddete uğrama durumunda beyaz kod vermedeki bilgi, tutum ve davranışları ve sağlık çalışanlarının sağlıkta şiddeti önleme konusundaki önerileri*. [Yayınlanmış tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi]. Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=hkoSrSEiAP-EiGNTLoEj3A&no=rMim_mTFvbWZmubSOE6m3Q
- Arısoy, A. (2011). *Mobbingi ortaya çıkaran faktörler: Isparta- Antalya-Burdur’da sağlık sektöründe hemşireler üzerine çalışma* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler]. Erişim adresi: Enstitüsü<https://acikerisim.sdu.edu.tr/handle/123456789/32554?show=full>
- Aslan, Ş., & Güzel, Ş. (2018). Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri. *International Journal of Social Humanities Sciences Research (JSHSR)*, (5), 4995-5002. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/profile/Serife-Guezel/publication/342097107_TURKIYE'DE_HASTANE_ONCESI_ACIL_SAGLIK_HIZMETLERI/links/5ee1fcd892851ce9e7d9356c/TUeRKIYEDE-HASTANE-OeNCESI-ACIL-SAGLIK-HIZMETLERI.pdf
- Atalay, M., & Çakırel, Y. (2022). Sağlık sektörü çalışanlarında iş yükü, iş tatmini ve tükenmişlik durumunun incelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 20(1), 431-463.
- Atıcı, E. (2005). *Erişkin lösemili hastalarda hasta-hekim ilişkisinin tıp etiği ilkeleri açısından incelenmesi* [Yayınlanmış doktora tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

- Avcı Balcı, S. (2014). *Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışanların tükenmişlik düzeyleri ile maruz kaldıkları şiddet arasındaki ilişkinin tespitine yönelik araştırma*. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]. Erişim adresi: https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/711537/yokAcikBilim_10061807.pdf?sequence=-1&isAllowed=y
- Avrupa Sosyal Şartı (1996, 3 Mayıs). Avrupa Antlaşması Serisi-No.35
Erişim adresi: <https://www.anayasa.gov.tr/media/3680/avrupasosyalsarti.pdf>
- Aydın, E. (2001). *Tıp etiğine giriş* (1.Baskı). Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Aytaç, S., & Bayram, N. (2011). *İşyerinde şiddet*. İstanbul: Beta.
- Baier, N., Roth, K., Felgner, S., & Henschke, C. (2018). Burnout and safety outcomes - a cross-sectional nationwide survey of EMS-workers in Germany. *BMC Emergency Medicine*, 18(24), 1-9. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0177-2>
- Bal Çina, E., & Ari Sağlam, G. (2008). Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(1), 131-148. Erişim adresi: <http://search/yayin/detay/80739>
- Baltacı, A. (2019). Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır? *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 426-438. Erişim adresi: <https://doi.org/10.31592/aeusbed.598299>
- Budak, G., & Sürgevil, O. (2016). Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 95-108. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuiibfd/issue/22753/242878>
- Campo, V. R., & Klijn, T. P. (2017). Verbal abuse and mobbing in pre-hospital care services in Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1-8. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2073.2956>
- Cevizci, A. (1999). *Felsefe sözlüğü* (3. Baskı). İstanbul: Paradigma Yayınları.
- Cevizci, A. (2012). *Felsefe sözlüğü* (3. Baskı). İstanbul: Say Yayınları.
- Cevizci, A. (2013). *Uygulamalı etik* (1. Baskı). İstanbul: Say Yayınları.
- Cevizci, A. (2014). *Etik ahlak felsefesi* (1.Baskı). İstanbul: Say Yayınları.
- Creswell, J. W. (2016). *Nitel araştırma yöntemleri beş yaklaşıma göre nitel araştırma ve araştırma deseni* (3. Baskı; M. Bütün & S. B. Demir, Çev.). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çelebi, İ. (2016). Çanakkale 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında görev yapan sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma durumu ve bu durumun tükenmişlik sendromu üzerine etkisi. *Hastane Öncesi Dergisi*, 1(2), 1-13. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hod/issue/25839/272537>
- Çelik, F. (2013). *İnsancıl bir tıp ve iyi hekimlik için hekimliğin seyir defteri*. İstanbul: Deomed.
- Çotuksöken, B. (2021). *Antropolojinin ışığında etik ya da ahlak felsefesi* (1.Basım). İstanbul: Notos Kitap.
- Çöl Özen, S. (2008). İşyerinde psikolojik şiddet: hastane çalışanları üzerinde bir araştırma. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, (4), 107-134. Erişim adresi: <https://www.saglikcalisanisagligi.org/dosyalar/serap.pdf>
- Çüçen, A. K. (2012). *Klasik mantık*. İstanbul: Sentez Yayıncılık.

- Demirhan Erdemir, A. (2006). *Acil tedavi ve bakımda tıp etiği sorunları (Olgu örnekleriyle)* İstanbul: Nobel Matbaacılık.
- Demirhan Erdemir, A., & Şaylıgil Elçinoğlu, Ö. (Ed.). (2000). *Tıp etiği ışığında hasta ve hekim hakları* (1. Baskı). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Demiroğlu, T., Kılınç, E., & Atay, E. (2015). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet Kilis ili örneği, *Sağlık Bilimleri Dergisi* 24(1), 49-55. Erişim adresi: <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/175476/>
- Dick, W. F. (2003). Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehosp Disaster Med.*, 1(18), 29-35.
- Duran, M. (2015). *112 Kayseri Acil Sağlık Hizmetleri 2013 yılı vaka analizi* [Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi] Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Durmuş, M. (2019). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet : Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde bir uygulama* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Necati Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Elçioğlu, Ö. & Kırımlıoğlu, N. (2003). Tıp etiği ilkeleri. A. Demirhan Erdemir, Ö. Öncel, & Ş. Aksoy (Ed.), *Çağdaş tıp etiği*, (1. Baskı) (s. 26-40). İstanbul: Nobel Yayıncılık.
- Ekşi, A. (2005). *Ambulan kullanımı* (1.Baskı). Ankara: ÜBL Yayıncılık. Erişim adresi: file:///C:/Users/onennn/Desktop/tez%20kaynaklar%C4%B1m/Ambulans_Kullanimi_Kitabi.pdf
- Ekşi, A. (2021). *Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri* (1.Baskı). Ankara: EMA Tıp Kitapevi.
- Elloy, D. F., & Smith, C. R. (2003). Patterns of stress, work-family conflict, role conflict, role ambiguity and overload among dual-career and single-career couples: an Australian study. *Cross Cultural Management: An International Journal*, 10(1), 55-66. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1108/13527600310797531>
- Erbay, H. (2014). Some ethical issues in prehospital emergency medicine. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 14(4), 193-198. Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4909960/>
- 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. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/643951>
- Erbay, H. (2021). Türkiye'nin ilk ambulans servisi: 077 Hızır Acil. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuk-Tarihi Dergisi*, 29(3), 323-330. Erişim Adresi: http://acikerisim.afsu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12933/1305/Hasan_Erbay_040722.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Erer, B. (2021). Covid-19 sürecinde hastane çalışanlarının yaşadığı duygusal tükenme algıladıkları aşırı iş yükü ile açıklanabilir mi? *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(2), 680-693. Erişim adresi: <https://9e54a07dff2a96854bad0c0f08f1711c40fc3428-ebsohost.vetisonline.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=081d0561-b4d0-422c-a01b-f6fdf995a6be%40redis>

- Ertay, H., & Kiraç, F. Ç. (2018). Sağlık sektöründe mobbing. *International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal*, 4(2), 36-46. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/533104>
- Ertin, H. (2018). Marksist bir perspektiften tababetin özüne yabancılaşma. M.B. Saydam, & H. Kızıltan (Ed.) *Hekimin Filozof hali* (2. Baskı). (s. 208-223). İstanbul: İthaki Yayınları.
- Essex, B., & Scott, L. B. (2008). Chronic Stress and associated coping strategies among volunteer EMS personnel. *Prehospital Emergency Care*, 12(1), 69-75. Erişim adresi: <https://naemsp.org/NAEMSP/media/NAEMSP-Documents/Annual%20Meeting/MDC%20references-multi-year/MDC-OTHER-REF-03-Position-Statement-Chronic-Stress.pdf>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Görür Tuncel, N. (2019). *Hasta hakları ile çalışan hakları içersinde hekim haklarının birbirini etkşleyen faktörlerin tıp etiği açısından analizi: Hekim görüşleri* [Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Erişim adresi: <https://acikerisim.uludag.edu.tr/bitstream/11452/15313/1/NURAY%20G%C3%96R%C3%96R%20TUNCEL%20TEZ.pdf>
- Güçlü, İ. (2019). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri teknik-yaklaşım-uygulama* (1. Basım). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Güler, A., Halıcıoğlu, M. B., & Taşğın, S. (2015). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma* (2. Baskı). Ankara: Seçkin.
- Güner, Y. (2016). *Çanakkale İli 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında çalışan personelin afet tıbbı konusundaki bilgi düzeyleri*. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/445454.pdf>
- Hadian, M., Jabbari, A., & Sheikhbardsiri, H. (2021). Workplace violence and influencing factors among paramedic pre hospital paramedic personnel (city and road) in Iran: a quality content analysis. *BMC Emergency Medicine*, 21(1-7), 124. Erişim adresi; <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00520-5>
- Halidi, G., Kutbay, G. & Kadioğlu, S. (2009). Amerikan Ulusal Paramedikler Birliği Andı ve Etik Kodu özelinde sağlık mesleklerinde yeminler ve etik kodlar hakkında eleştirel bir değerlendirme. A. Demirhan Erdemir, S. Erer, & Ö. Öncel (Ed.), *21. yüzyıl başında yaşama destek tedavileri etik ve hukuksal yönler* (1.Baskı). (s. 763-772). İstanbul: Nobel Yayınları.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998, 1 Ağustos) Resmi Gazete (Sayı: 23420). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (1948,10 Aralık) Avrupa Antlaşması Serisi-No.5 Erişim adresi: https://www.anayasa.gov.tr/media/3542/aihs_tr.pdf
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (2012, 30 Haziran) *Resmi Gazete* (Sayı: 28339). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6331.pdf>
- Kaba, H., & Elçioğlu, Ö. (2013). Acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi sürecinde ilk ve acil yardım teknikerliği ve acil tıp teknisyenliği mesleklerinin ortaya çıkışı ve gelişimi. *Türkiye Klinikleri*, 23(3), 127-135. Erişim adresi: [file:///C:/Users/DELL/Downloads/tipetigi21-3-3%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/tipetigi21-3-3%20(1).pdf)

- Karababa, A. O. (Ed.). (2002). *Olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri sağlık hizmetlerinin el kitabı* (2. Baskı). Türk Tabipleri Birliği. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/odsh_ek.pdf
- Karçın, M. (2016). *112 Acil sağlık hizmetlerinde mobbing ve ilişkili faktörler: Aydın ili örneği* [Yayınlanmamış bilim uzmanlığı tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Kızıltan, H., & Brömer, R. (2018). Tıp felsefesinin geçmişi, bugünü ve geleceği. M.B. Saydam, & H. Kızıltan (Ed.). *Hekimin filozof hali* (2. Baskı). (s. 19-27). İstanbul: İthaki Yayınları.
- Kim, B., Kwon, K. T., Hwang, S., Ryoo, H. W., Chung, U. S., Lee, S. H., Lee, J.Y., Park, H.Y., Shin, J.Y., & Bae, S. (2022). Psychological effects of COVID-19 patient management experience among paramedics and emergency medical technicians: A nationwide survey in Korea. *Infection & Chemotherapy*, 54(2), 316-327. Erişim adresi: <https://doi.org/10.3947/ic.2022.0049>
- Köknel, Ö. (1996). *Bireysel ve Toplumsal Şiddet*. İstanbul: Altın Kitapları.
- Krug, E. G. (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization Geneva.
- Kuçuradi, İ. (2013). *İnsan ve değerleri* (5. Baskı). Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.
- Kuçuradi, İ. (2018). *Etik* (7. Baskı). Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.
- Kuh, M. (2017). *Denizli ili acil sağlık hizmetleri çalışanlarında iş yükü-kontrolü, işe yabancılaşma ve tükenmişlik sendromu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi* [Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Pamukkale Üniversitesi). Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Laufman, H. (1989). What's new in tent hospitals? *Military Medicine*, 154(6), 298-302. Erişim adresi: <https://academic.oup.com/milmed/article/154/6/298/4847200>
- Maguire, B. J., Browne, M., O'Neill, B. J., Dealy, M. T., Clare, D., & O'Meara, P. (2018). International survey of violence against EMS personnel: Physical Violence Report. *Prehospital and Disaster Medicine*, 33(5), 526-531. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1017/S1049023X18000870>
- Maguire, B. J., O'Meara, P., O'Neill, B. J., & Brightwell, R. (2018). Violence against emergency medical services personnel: A systematic review of the literature. *American Journal of Industrial Medicine*, 61(2), 167-180. Erişim adresi: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/Maguireetal2017LitReview.pdf>
- Marx, K. (2016). *1844 El Yazmaları* (10. baskı; M. Belge, Çev.). İstanbul: Birikim Kitapları.
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The cost of caring* (1. Baskı). Cambridge, MA: ISHK.
- McSwain, N. (2012). History of emergency medical services. In P.T. Pons, & V.J. Markovchick (Eds.) *Prehospital care-Pearls and Pitfalls*, (pp.3-14). USA Connecticut: People's Medical Publishing House.
- Oğan, H., & Sercan, M. (2019). *Şiddetle başa çıkmak* (4.Baskı). İstanbul: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siddetlebasacikmak4.pdf>
- Oktay, İ., & Kayışoğlu, N. (2005). Tekirdağ ili 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin değerlendirilmesi. *TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14(2), 35-37. Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/STED/sted0205/tekirdag.pdf>

- Ollman, B. (2012). *Yabancılaşma Marx'ın kapitalist toplumdaki insan anlayışı* (1. Baskı; A. Kars, Çev.). İstanbul: Yordam Kitap.
- Örnek, M. (Ed.). (2016). *Sağlık çalışanları şiddet araştırması* (2.baskı). Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Öztürk, H., Avan, H., & Nacar, D. (2018). Acil sağlık hizmetleri personelinin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi Kahramanmaraş İli örneği. *International Journal of Academic Value Studies (Javstudies JAVS)*, 4, 304-310. Erişim adresi: <https://doi.org/10.23929/javs.727>
- 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. Erişim adresi : <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/448522>
- Pehlevan, O. (2017). *112 Acil Sağlık Hizmetlerinde çalışan personelin tükenmişlik ve iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü] Erişim adresi: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/462233.pdf>
- Pieper, A. (2012). *Etiğe giriş* (2.Basım). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Pourshaikhian, Gorji, A., Aryankhesal, Khorasani-Zavareh, & Barati. (2016). A systematic literature review: Workplace violence against emergency medical services personnel. *Archives of Trauma Research*, 5(1), 1-14. Erişim adresi: <https://doi.org/10.5812/atr.28734>
- Prottengeier, J., Keunecke, J. G., Gall, C., Eiche, C., Moritz, A., & Birkholz, T. (2019). Single mission workload and influencing factors in German prehospital emergency medicine - a nationwide prospective survey of 1361 emergency missions. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 27(75), 1-8. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0650-2>
- Rayner, C., & Hoel, H. (1997). A summary review of literature relating to workplace bullying. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 7(3), 181-191. Erişim adresi: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)10991298\(199706\)7:3<181::AIDCASP416>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)10991298(199706)7:3<181::AIDCASP416>3.0.CO;2-Y)
- Saines, J. C. (1999). Violence and aggression in A & E: Recommendations for action. *Accident and Emergency Nursing*, 7(1), 8-12. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965230299800940?via%3Dihub>
- Shah, S. S. H., Jaffari, A. R., Aziz, J., Ejaz, W., Ul-Haq, I., & Raza, S. N. (2011). Workload and Performance of Employees. *Interdisciplinary Journal of Research in Business*, 3(5), 256-267. Erişim adresi: <https://journal-archives8.webs.com/256-267.pdf>
- Skandalakis, P.N., Lainas, P., Zoras, O., Skandalakis, J.E., & Mirilas, P. (2006). "To afford the wounded speedy assistance": Dominique Jean Larrey and Napoleon. *World J. Surg.* 30, 1392–1399. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1007/s00268-005-0436-8>
- Stewart, R.D. (1979). Prehospital emergency care: Historical foundations. *Topics in Emergency Medicine*, 1(2), 11-16. Erişim adresi: https://journals.lww.com/aenjournal/Citation/1979/07000/Prehospital_Emergency_Care_Historical.5.aspx

- Sürvegil Dalkılıç, O. (2014). *Çalışma hayatında tükenmişlik sendromu tükenmişlikle mücadele teknikleri* (2.Baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Şahin, H. (2019). *Çalışmaya tutkunluk ve iş yükünün işte yaşam kalitesi üzerine etkisi: 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları örneği* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü]. Erişim adresi: <https://acikerisim.sakarya.edu.tr/bitstream/handle/20.500.12619/69158/T07786.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Şimşek, P., Günaydin, M., & Gündüz, A. (2019). Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri: Türkiye örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 1(8), 120-127. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/682094>
- Tecim, E. (2018). *Sağlık sosyolojisi* (1.Basım). Konya: Çizgi Kitabevi.
- Tınaz, P. (2006). Mobbing: İşyerinde psikolojik taciz. *Çalışma ve Toplum*, (3), 11-22. Erişim adresi: <https://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423874155.pdf>
- Tınaz, P. (2011). *İş yerinde psikolojik taciz (mobbing)* (3.Baskı). İstanbul: Beta.
- Tiyek, R. (2017). Bezdiri ile mücadelede Durkheim'in Ahlak Eğitimi Modeli. *Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(5), 37-49. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/375027>
- Tokgöz, H. (2019). *Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü kurumlarında sağlıkta şiddet vakaları* [Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]. Erişim adresi: https://acikbilim.yok.gov.tr/bitstream/handle/20.500.12812/245640/yokAcikBilim_10264733.pdf?sequence=-1&isAllowed=y
- Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. (2020). Çalışan Sağlığı Bildirgesi (s. 59-63). Ankara: Türk Tabipleri Birliği.
- Türkan, F. (2013). Yaralayan modern tıp. İ. Arslanoğlu (Ed.), *Tıp bu değil 2* (s. 187-192). İstanbul: İthaki Yayınları.
- Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2013). *Sıra Sayısı: 454 Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu Raporu* (Meclis Araştırma Komisyonu Raporu (ss 454). Ankara.
- Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurul Tutanağı (1999). 21. Dönem 2. Yasama Yılı 11. Birleşim.
- Uler, E. (2020). Tükenmişlik ve örgütsel tükenmişlik üzerine literatür taraması. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*, (6), 36-43. Erişim adresi: https://www.ibaness.org/bnejss/2020_06_special_issue/06_Uler.pdf
- Yakut, E., Kuru, Ö., & Güngör, Y. (2020). Sağlık personelinin Covid-19 korkusu ile tükenmişliği arasındaki ilişkide aşırı iş yükü ve algılanan sosyal desteğin etkisinin Yapısal Eşitlik Modeliyle belirlenmesi. *Ekev Akademi Dergisi*, (83), 242-262. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2578479>
- Yerlikaya, Ö. (2018). *Çalışma hayatında tükenmişlik: Edirne 112 Acil sağlık çalışanları örneği* [MasterThesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü]. Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/711331>
- Yıldırım, A., & Şimşek, E. (1999). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (1. Baskı). Ankara: Seçkin Yayınevi.

- Yıldırım, G., & Kadioğlu, S. (2007). Etik ve tıp etiği temel kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(2), 7-12. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/338165915_Etik_ve_Tip_Etigi_Temel_Kavramlari
- Yıldız Bağdoğan, S. (2018). *İş yerinde psikolojik taciz (MOBBING) Sıfır Tolerans* (1. Baskı). Bursa: Dora.
- Yılmaz, A. İ. (2018). *112 acil sağlık hizmetleri sunumunu etkileyen faktörler (Konya örneği)* [MasterThesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü]. Erişim adresi: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/711615>



7. SİMGELER VE KISALTMALAR

AABT	: Acil Ambulans Bakım Teknikeri
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ASH	: Acil Sağlık Hizmetleri
ASHİ	: Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu
ASOS	:Acil Sağlık Otomasyon Sistemi
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
ATTDER	: Acil Tıp Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KKM	: Komuta Kontrol Merkezi
TDK	: Türk Dil Kurumu
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
UMKE	: Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

8. EKLER

8.1. Görüşme Soruları

EK-1

112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARI GÖRÜŞME FORMU

Adım Ahmet Önen. Bursa Acil Sağlık Hizmetlerinde, Acil Tıp Teknisyeni olarak görev yapmaktayım ayrıca Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. "Bursa 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Problemlerinin Ardındaki "Değer Belirsizliği ve Yaratıcı Etik İkilemlerin" Tıp Etiği Açısından Tahlil" başlıklı Yüksek lisans tezimin amacı 112 acil sağlık hizmeti çalışanlarının problemlerinin (şiddet, psikolojik yıldırma, iş yükü tükenmişlik, yabancılaşma) ardındaki değer belirsizliğini ve bu durumun getirdiği etik ikilemleri 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının görüş, düşünce ve deneyimleri üzerinden irdelemek ve elde edilen sonuçları tıp etiği ilkeleri kapsamında değerlendirmektir. Bu konuyla ilgili görüşme yapmak istemekteyim. Vereceğiniz katkı ile 112 acil sağlık çalışanlarının değer belirsizliği bağlamında yaşadıkları problemleri görünür kılmayı hedeflemekteyim.

Görüşme süresinin 2 saat süreceğini öngörmekteyim. Zamanı iyi kullanmak ve yanıtlarınızı eksiksiz alabilmek için izninizle görüşmemizi kayıt altına almak istiyorum. Görüşmedeki paylaşımlarınız araştırma kapsamında kullanılacak ve kişisel bilgileriniz tamamen gizli tutulacaktır.

Görüşme teklifimi kabul ederek araştırmama katıldığınız için teşekkür ederim.

Tanımlayıcı Sorular:

1. Ne kadar süredir 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışmaktasınız?
2. 112 acil sağlık hizmetlerine başlamadan önce farklı bir birimde çalıştıysanız nerede (hizmet alanı, eğitim oranının düşük olduğu, çok fazla göç alan, kırsal/perifer, sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgeler) ve ne kadar süre çalıştınız?
3. Diğer çalıştığınız birim(ler) ile 112 acil sağlık hizmetleri arasında ne gibi farklar bulunmaktadır?
4. Mesleki hayatınızda size yönelik ya da tanık olduğunuz şiddet ve psikolojik yıldırma ile karşılaştınız mı?

Görüşme Soruları:

5. Çalışma koşullarınız hakkında bilgi verir misiniz?

Sonda:

- a) İş yükünüzün nedenlerini değerlendirir misiniz?
 - b) İş yükünüzün etkilerini (sizin için ve hasta için) değerlendirir misiniz?
 - c) 112 acil yardım ambulanslarının gereksiz kullanıldığını düşünüyor musunuz?
6. Mesleki yaşamınızda -hasta, hasta yakınları, yönetim tarafından- size nasıl bir değer verildiğini yaşadığınız deneyimler üzerinden örnekleyerek anlatır mısınız?

Sonda:

- a) Hasta ve yakınlarından gördüğünüz değer eğitimle ilişkili olduğunu düşünüyor musunuz?
- b) Hasta ve yakınlarından gördüğünüz değer sosyo-ekonomik durumla ilişkili olduğunu düşünüyor musunuz?
- c) Hasta ve yakınlarından gördüğünüz değer hizmetin ücretsiz olmasıyla ilişkili olduğunu düşünüyor musunuz?
- d) Kurum yönetimi tarafından gördüğünüz değer iş yükü ile ilişkisini değerlendirir misiniz?

7. Pandemi sürecinde değer görme yönünden bir değişim yaşadınız mı? Düşünce ve deneyimlerinizi paylaşır mısınız?
8. Şiddet ve psikolojik yıldırmanın size ve mesleğinize verilen değerle ilişkili olduğunu düşünüyor musunuz?

Sonda:

- a) Hastanın tanısı ile şiddetin ilişkili olduğunu düşünüyor musunuz?
- b) İş yükü ile şiddetin ilişkili olduğunu düşünüyor musunuz?

9. Etik ikilem sizce nedir? Meslek hayatınızda karşılaşıyor musunuz?

Etik İkilem Tanımı: Bir eylem sırasında veya karar verilmesi gereken bir durumda iki değer arasındaki karmaşadan kaynaklanan durum, birden fazla seçeneğin olması, değer çatışması

10. Tükenmişlik sizce nedir? Bu durum etik ikilem yaşamınıza neden oluyor mu? Deneyimlerinizi paylaşır mısınız?

Tükenmişlik Tanımı: İş gereği yoğun duygusal taleplere maruz kalan ve sürekli diğer insanlarla yüz yüze çalışmak durumunda olan kişilerde görülen fiziksel bitkinlik, uzun süreli yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının iş yaşamında, özel yaşamda ve diğer insanlarla ilişkilerde olumsuz tutumlarla yansımaları

11. Yabancılaşma sizce nedir? Bu durum etik ikilemde kalmanıza neden oldu mu? Deneyimlerinizi bizimle paylaşır mısınız?

Yabancılaşma Tanımı: Kişinin işine karşı isteksizlik, ilgisizlik duyması, bıkmalık, tükenmişlik durumu ve bu durumun beraberinde meydana getirmiş olduğu verimsizlik ve çatışma.

12. Şiddet, psikolojik yıldırma ve iş yükü duygusal tükenmeye ya da mesleğe yabancılaşmaya sebep oluyor mu? Deneyim ya da düşüncelerinizi bizimle paylaşır mısınız?

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 20.01.2021
Karar No : 2021-2/12

8.2. Etik Kurul Karar Formu

EK-2

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bursa 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Problemlerinin Ardındaki Değer Belirsizliği ve Yaratdığı Etik İkilemlerin Tıp Etiği Açısından Tahlili
-----------------------	---

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021-2/12 Tarih: 20 Ocak 2021 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendi. 1-Araştırmanın başvurusu dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna, ancak Bursa İl Sağlık Müdürlüğünden alınacak izin yazısının kurulumuza iletilmesinden sonra çalışmaya başlanılmasına, 2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına, 3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine, 4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.
-----------------	---

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU						
ÜYELER							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐
Prof.Dr.ElifBAŞAĞAN MOGOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐
Prof.Dr.M.Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐
Prof.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐
Prof.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐
Doktor Öğretim Üyesi Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAGDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐
Selen MİĞAL Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒ H ☐

*:Toplantıda Bulunma

8.3. Bursa Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Olur İzni

EK-3



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15729681-799
Konu : Ahmet ÖNEN Yüksek Lisans Tez Çalışması

BURSA ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

Müdürlüğümüz Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı 19 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda ATT olarak görev yapmakta olan K87110 Ahmet ÖNEN aynı zamanda Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi olup yüksek lisans bitirme tezi olan "Bursa 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Problemleri Ardındaki Değer Belirsizliği ve Yaratdığı Etik İkilemlerin Tıp Etiği Açısından Tahlihi" başlıklı çalışmasını Doç. Dr. Elif ATICI danışmanlığında, 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda görev yapan, Acil Tıp Teknisyeni, Acil Ambulans Bakım Teknikeri olan çalışma arkadaşlarına online olarak uygulamak istemektedir.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ahmet ÖNEN'in yüksek lisans bitirme tezi olan "Bursa 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Problemleri Ardındaki Değer Belirsizliği ve Yaratdığı Etik İkilemlerin Tıp Etiği Açısından Tahlihi" başlıklı çalışmasını, 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda görev yapan, Acil Tıp Teknisyeni, Acil Ambulans Bakım Teknikeri olan çalışma arkadaşlarına online olarak uygulama yapabilmesi için Müdürlük Makamından alınan Olur yazımız ekinde gönderilmektedir.

Gereğini arz ederim.

Dr.İsmail Hakkı ÇELİK
Personel Hizmetleri Başkanı

Ek: Ahmet ÖNEN Yüksek Lisans Tez Çalışması

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 15729681-799-0990-4-3993193192-688 — Belge Doğrulama Adresi: <http://www.turkiye.gov.tr/saglik/bakanligi/buhs>
Dikkat: Bu belge, Bursa İl Sağlık Müdürlüğü tarafından oluşturulmuştur. Bilgi için: Hüseyin UZUNKONAK
Telefon: Faks No: 02242335092
e-Posta: huseyin.uzunkonak@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Bursa Eğitim Birimi
Hüseyin UZUNKONAK/

SAĞLIK MEMURU

Telefon No: (0 224) 295 60 00



8.4. Nitel Veri Analizi Eğitimi Katılım Belgesi

EK-4



8.5. Nitel Araştırma Bulgularının Yazımı Eğitimi Katılım Belgesi

EK-5





9. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince akademik gelişimime sağladıkları katkıların yanı sıra yeni bir aile edindiğimi düşündüğüm Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim dalındaki saygıdeğer ve çok sevdiğim hocalarım ve arkadaşarımla yolumun kesişmesinden dolayı duyduğum mutluluktan bahsetmek istiyorum. Daha sonrasında Tıp Tarihi ve Etik alanında, hayatımda ve yaşamımda bana yol gösterici ve rehber olan çok sevgili danışman hocam Doç. Dr. Elif ATICI'ya sonsuz teşekkürlerimi bildirmek isterim. Yüksek lisans tez yazım sürecinde hatalarımı keşfetmemi sağladığı, dağıldığımda topladığı ve her zaman daha iyisini yapabileceğimi bildiği ve bunun için de beni her zaman cesaretlendiren ve yanımda olan, akademik gelişimimde katkısını yadsıyamayacağım danışman hocama bir kez daha teşekkür ederim. Daha sonra bana kattıkları ve öğrettiklerinin yanı sıra her çıkmaza girdiğimde soluğu yanında aldığım ve her zaman da bir çözümü olan, enerjisiyle akademik hayatı bana sevdiren ve eğlenceli kılan sevgili ve saygıdeğer hocam Dr. Öğr. Üyesi Sezer ERER KAFA'ya ve her zaman bölüm başkanından daha fazlası olan, desteğini yanımda hissettiğim, bilgilendiren, yönlendiren sevgili ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Mustafa Murat CİVANER'e çok teşekkür ederim. Akademi serüvenine beraber başladığım bu süreçte bana yol arkadaşı hatta arkadaştan da öte abim olarak gördüğüm eğitimim sürecinde, tezimde, hastalığımda ve sağlığımda yanımda olan Ersin ELGİN'e teşekkürü borç bilmekteyim. Yine yüksek lisans serüveninde tanıştığım vizyonu ufkumu açan, farklı düşünmemi, farklı bakış açıları kazanmamı sağlayan, kendime örnek aldığım sevgili ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Nurcan ABACI'ya, lisans eğitiminden yüksek lisans eğitimime kadar hep faydalandığım, fikir aldığım, entelektüelliğine hayran kaldığım hocalarım Prof. Dr. Abdulkadir Kadir ÇÜÇEN ve Prof. Dr. Funda GÜNSOY TUROWSKI hocalarıma çok teşekkür ederim. Lisans eğitimim sırasında beni değer felsefesiyle tanıştıran ve sevdiren sevgili Prof. Dr. Ogün ÜREK hocama ve erken kaybettiğimiz ancak kısa sürede olsa etik disiplinini seçmemde etkili olan ve etik insan olunur mu? sorusunun kanıtı olan sevgili ve saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ahmet CEVİZCİ'ye sonsuz teşekkür ederim.

İyi ki ailem olmuş dediğim, bu hayatta oğulları olmaktan gurur duyduğum ve şanslı hissettiğim, var olma sebebim olan annem Necibe ÖNEN ve babam İsa ÖNEN'e sonsuz teşekkürlerimi ifade etmek isterim. Bana her zaman abladan daha ötesi olan arkadaşım, sırdaşım, beraber büyüdüğüm Esra PARMAKSIZ'a, daha sonra her zaman hayatına karıştığım, hep daha iyisi olmasını istediğim, bana karşı çokça sabır ve sevgi gösteren kardeşim Serap ÖNEN'e sonsuz teşekkürlerimi ifade etmek isterim. Daha sonrasında çocukluğumdan bu yana kendisini rol model aldığım bir diğer etik insan nasıl olunurun kanıtı olan, dağıldığımda sözleriyle beni kendime getiren sonsuz sevgi ve saygı duyduğum dayım Vedat ŞAHİN'e de teşekkür borçluyum. "Okuyacağıma hiç ihtimal vermeyen" ama okuma yazma öğrenmemden bugünlere gelmemde hakkı olan teyzem Fatma KARA'ya teşekkür ederim. Aramızda kan bağı olmasa da bana her zaman kardeş olan, 2014 yılından bu yana nazımı çeken, yaşam koçum, hastalık sürecimde refakatçim, tez sürecimde bana desteğini esirgemeyen ve felsefe alanına yatkınlığımı keşfedip beni önce felsefeye ardından da tıp tarihi ve etik alanına yönlendiren, hayatımda desteğini hep hissettiğim ve eğitimimin mimarı olan sevgili arkadaşım Ahmet YÜKSEL'e sabrı ve sevgisinden dolayı sonsuz teşekkür ederim. Tez sürecinde bir diğer destekçim olan ailemize sonradan katılan ama kardeşim gibi

gördüğüm eniştem Hüseyin PARMAKSIZ’a teşekkürü borç bilirim. Tez yazımı sürecinde geçirdiğim bir kaza sonrasında ameliyat ve tedavi sürecimde yanımda olan sevgili doktorum Op. Dr. Ahmet Murat AKSAKAL’a teşekkürü borç bilirim. Kısa süredir tanışmamıza rağmen hayatımda önemli bir yeri olan, hastalık ve tez sürecimde desteğini hep yanımda hissettiğim sevgili arkadaşım Kemal PEKÇOŞKUN’a sonsuz teşekkürlerimi iletirim.

Son olarak Tıp Tarihi ve Etik alanına akademik anlamda katkı sağlamak amacıyla yola çıktığım yüksek lisans tez çalışmam için benimle röportaj yapmayı kabul eden meslektaşlarıma desteklerinden ötürü sonsuz teşekkür ederim. Ayrıca tez çalışmamın veri toplama sürecinin başlatılması ve sürdürülmesi için onay veren Bursa İl Sağlık Müdürlüğüne, 12 yıldır görev yaptığım ve ailem gibi olan Bursa 112 Acil Sağlık Hizmetleri ve Komuta Kontrol Merkezi Başhekimliğine, görev yaptığım çalışma arkadaşlarıma ve bütün sağlık çalışanlarına emeklerinden dolayı teşekkür ederim.



10. ÖZGEÇMİŞ

Ahmet ÖNEN, 2011 yılında Bilecik Sağlık Meslek Lisesi Acil Tıp Teknisyenliği bölümünden mezun olmuştur. Mezuniyeti sonrası İstanbul'da özel bir hastanenin cerrahi kliniğinde kısa bir süre görev yapmıştır. 13 Eylül 2011 tarihinde Acil Tıp Teknisyeni olarak Bursa 19 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda başladığı görevi halen sürdürmektedir.

2014 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Felsefe bölümünü kazanan Ahmet ÖNEN 2019 yılında aynı bölümden Felsefe lisans derecesini almıştır. Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği ön lisans programından 2016 yılında ve Anadolu Üniversitesi Sağlık Yönetimi Lisans programından 2020 yılında mezun olmuştur. 2019 yılında ise Bursa Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon eğitimini tamamlamıştır.

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında 2019 yılında başladığı yüksek lisans eğitimime halen devam etmektedir. Yüksek lisans eğitimi süresince 112 acil sağlık hizmetlerinde Acil Tıp Teknisyeni görevini sürdüren Ahmet ÖNEN, Bursa ili içindeki kurumlar arası ve Bursa ili dışındaki görevlerde geçici olarak bulunmuştur. Bunlara ek olarak temel modül eğitimi, travma ileri yaşam desteği eğitimi, erişkin ileri yaşam desteği uygulayıcı eğitimi, çocuk ileri yaşam desteği eğitimi, ileri ambulans sürüş teknikleri eğitimi, madde kullanım bozukluğunda acil yaklaşım eğitimi, adli vakalarda maddi delillere yaklaşım eğitimi, tıbbi KBRN farkındalık eğitimi ve yenidoğan canlandırma programı (NRP) hizmet içi eğitimlerini almış bulunmaktadır. Ayrıca ilkyardım eğitici eğitmenliği eğitimini tamamlamıştır.