

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**112 ACİL YARDIM İSTASYONLARINDA ÇALIŞAN
SAĞLIK PERSONELİNİN ADLİ OLAYLARA
YAKLAŞIMI, BİLGİSİ ve KARŞILAŞTIKLARI
ZORLUKLAR
(KONYA ÖRNEĞİ)**

(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:
Feyyaz YILDIZ

İstanbul, 2015

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**112 ACİL YARDIM İSTASYONLARINDA ÇALIŞAN
SAĞLIK PERSONELİNİN ADLİ OLAYLARA
YAKLAŞIMI, BİLGİSİ ve KARŞILAŞTIKLARI
ZORLUKLAR
(KONYA ÖRNEĞİ)
(Yüksek Lisans Tezi)**

Tezi Hazırlayan:
Feyyaz YILDIZ

Öğrenci No:
1207460088

Danışman:
Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

İstanbul, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “112 Acil Yardım İstasyonlarında Çalışan Sağlık Personelinin Adli Olaylara Yaklaşımı, Bilgisi ve Karşılaştıkları Zorluklar (Konya Örneği)” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 07.03.2015

Feyyaz YILDIZ

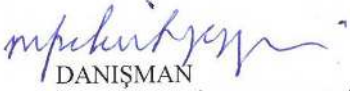


T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

07.03.2015

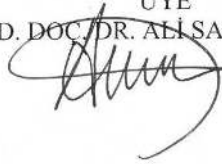
Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **1207460088** numaralı **Feyyaz YILDIZ**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**112 Acil Yardım İstasyonlarında Çalışan Sağlık Personelinin Adli Olaylara Yaklaşımı, Bilgisi ve Karşılaştıkları Zorluklar (Konya Örneği)**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 03.03.2015 tarih ve 2015/09 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (S.D) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN


ÜYE
DOÇ. DR. KAMİL USLU

ÜYE
YRD. DOÇ. DR. ALİ SAYGILI



Adı Soyadı : Feyyaz YILDIZ
Danışmanı : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2015
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : 112 Acil Sağlık Hizmetleri, Adli Olay, Tıbbi Hata

ÖZ

112 ACİL YARDIM İSTASYONLARINDA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN ADLİ OLAYLARA YAKLAŞIMI, BİLGİSİ ve KARŞILAŞTIKLARI ZORLUKLAR (KONYA ÖRNEĞİ)

112 acil sağlık hizmetlerinde çok sık adli olaylarla karşılaşılması nedeniyle bu konu seçilmiştir. Çalışmada hem tarihçi metot hem de alan araştırması metodundan yararlanılmıştır. Ülkemizde hastane öncesi acil yardım sistemi, acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim almış sağlık ekibi ve tıbbi donanımlı ambulanslar ile yapılmaktadır. 112 acil sağlık hizmetleri tam gün kanunu ve sağlıkta dönüşümle birlikte 112 acil yardım istasyonlarında çalışma sistemi değişime uğramıştır.

112 acil sağlık hizmetlerinde hizmet sunumu sırasında sık sık adli vakalarla karşılaşmakta ve acil sağlık hizmetlerinde görev alan personelinin adli olgular konusunda yeterli bilgilerinin olmaması nedeniyle sorunlar çıkmaktadır. Çalışanlar yapmış oldukları kusurlu davranışlar nedeniyle hukuki yaptırımlara ve tazminatlara maruz kalabilmektedirler. Adli olaylarda olay yerine ilk gelen resmi devlet memuru genellikle sağlık personelidir. Sağlık personelinin olay yerinde nasıl hareket etmesini bilmesi ve insanların hayatını kurtarıırken olayla ilgili delillere zarar vermemesi gerekmektedir. Hekim dışındaki sağlık personelinin mali mesleki sorumluluk sigortası yaptıramaması, yeniden düzenlenen 112 acil sağlık hizmetleri sistemindeki en büyük eksikliklerdendir. Yönetmelikte; AABT'ler ve ATT'ler görev tanımları gereğince sadece, tıbbi yetkileri belirtilen acil vakalarda algoritmalarla belirlenmiş sınırlı uygulamaları yapabilmektedirler. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, kurumların ve çalışan sağlık personelinin almış oldukları eğitim ve kadrolarına göre tıbbi yetki ve sorumlulukları yeniden gözden geçirilmeli ve düzenlenmelidir.

Name : Feyyaz YILDIZ
Advisor : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Type and Date : Graduate School, 2015
Area : Hospital & Health Care Management
Keywords : 112 Emergency Medical Services, Judicial Event, Medical Error

ABSTRACT

112 IN EMPLOYEE HEALTH AID STATION APPROACH FORENSIC EVENT STAFF, INFORMATION and THE CHALLENGES THEY FACE (KONYA SAMPLE)

This topic was chosen because it encountered very often in criminal cases 112 emergency services. And historians from both methods were utilized in this study research method. Pre-hospital emergency system in our country is carried out by trained medical staff for emergency medical services and medical equipped ambulances. 112 emergency medical services in law and health in 112 emergency stations with transformation operating system is modified.

During the provision of services in the 112 emergency services are often faced with criminal cases and problems due to the lack of sufficient information on judicial cases of staff involved in emergency medical services rises. Employee misconduct because they have made may be subject to legal sanctions and compensation. The first officer on the scene from the official state forensic cases; is usually the medical staff. This staff know how to act in place of the event and the people need to be damaging evidence about the incident while rescuing his life. Failure financial professional liability insurance outside of the medical staff physicians, one of the largest gaps in the revised 112 emergency medical services system. The Regulation; AABT and ATT job descriptions and only in accordance with the medical authority designated algorithms specified in emergencies can make limited applications. In the pre-hospital emergency medical services, institutions and staff have received training and they are working according to the medical staff should be revised medical authority and responsibility, and should be regulated.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ

ABSTRACT

İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR.....	xi
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ve 112 ACİL YARDIM SİSTEMİ

1. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ	4
1.1. Sağlığın Tanımı.....	4
1.2. İlk Yardım	4
1.3. Acil ve Acil Yardım.....	5
1.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık	5
1.5. Hastane Dönemi Acil Sağlık	6
1.6. Dünyada Acil Sağlık Hizmetlerin Gelişimi.....	6
1.7. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetleri.....	8
2. 112 ACİL YARDIM SİSTEMİ	12
2.1. 112 Acil Yardım Sisteminde Komuta Kontrol Merkezinin Görevleri.....	12
2.2. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çağrı Karşılama	12
2.3. Olay Yerine Ambulans Görevlendirilmesi.....	13
2.4. Olay Yerinde Acil Tıbbi Müdahale	13
2.5. Hasta Transportu ve Hastaneye Teslim.....	13

2.6. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları	14
2.7. Tıbbi Danışma Kuralları ve Sorumluluklar	16
2.8. Acil İlaç Kullanımı ve Hekim Desteği	17
2.9. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Mezuniyet Sonrası Eğitim Programları	18
2.10. Eğitimlerin Organizasyonu ve Sertifikaların Düzenlenmesi	18

İKİNCİ BÖLÜM

ADLİ OLGULAR, TÜRLERİ ve TEMEL ÖZELLİKLERİ

1. ADLİ OLGU, OLAY YERİ İNCELEME ve DELİLLERİN KORUNMASI	20
1.1. Adli Olgular	20
1.2. Olay Yeri İnceleme	20
1.3. Delillerin Korunması	21
2. ADLİ OLGU TÜRLERİ ve TEMEL ÖZELLİKLERİ	22
2.1. Trafik Kazası	22
2.2. Ateşli Silah Yaralanmaları	24
2.3. Yanıklar	24
2.4. Elektrik Çarpması	25
2.5. Zehirlenme	26
2.5.1. Ülkemizde Sık Rastlanılan Zehirlenmeler	26
2.5.2. Zehirlenmelerde Şüphelenilecek Durumlar	28
2.6. Delici - Kesici Alet Yaralanmaları	28
2.7. İş Kazası	29
2.8. Cinsel Saldırıları	29
2.8.1. Muayene Sırasında Fotoğraf Çekilmesi	31
2.8.2. Muayenenin Amacı	31
2.8.3. Kişinin İzninin Alınması	31
2.9. Aile İçi Şiddet	32
2.10. Malpraktis	34

2.11. Aydınlatma ve Onam	34
2.12. 112 Acil Sağlık Personelinin Adli Olaylarda Karşılaştıkları Zorluklar	35
2.13. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği	35
2.14. Beyaz Kod Uygulaması.....	36

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KONYA 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ ADLİ OLGULAR KONUSUNDAKİ BİLGİ , BECERİ DÜZEYLERİ ve KARŞILAŞTIKLARI ZORLUKLAR

1. KONYA 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN TEMEL BİLGİLER	38
1.1. Konya 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi.....	38
1.2. Konya 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin, İnsan Kaynakları Yapısı.....	38
1.3. Konya İline Ait Vakaların Çağrı Nedeni Dağılımı.....	38
2. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK PROFİLLERİ	40
2.1. Katılımcıların Cinsiyet, Yaş ve Medeni Durumları.....	40
2.2. Katılımcıların Unvanları, Çalışma Süreleri, Çalıştıkları Birim ve Aldıkları Eğitimler.....	43
3. ADLİ OLGULAR İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ.....	46
3.1. Katılımcıların Adli Olgular İle İlgili Mevzuat Bilgileri.....	46
3.2. Katılımcıların Karşılaştıkları Şiddet İle İlgili Mevzuat Bilgileri.....	52
4. ADLİ OLGULAR İLE İLGİLİ DAVRANIŞ BİÇİMLERİ.....	54
4.1. Katılımcıların Şüpheli Adli Olgularda ki Davranış Biçimleri.....	54
4.2. Katılımcıların Tıbbi Hatalar İle İlgili Davranış Biçimleri.....	62
5. ADLİ OLAYLARDA ve DİĞER VAKALARDA KARŞILAŞTIKLARI ZORLUKLAR	66
5.1. Katılımcıların Adli Olay Sürecinde Karşılaştıkları Zorluklar.....	66
5.2. Katılımcıların Hizmet Sunumda Karşılaştıkları Güvenlik İle İlgili Zorluklar.....	70

SONUÇ	78
KAYNAKÇA	82
EK: 112 Acil Yardım İstasyonlarında Çalışan Sağlık Personelinin Adli Olaylara Yaklaşımı, Bilgisi ve Karşılaştıkları Zorluklar (Konya Örneği) Anket Formu	87

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No.	Sayfa No.
Tablo 1. 2011-2012-2013 Yıllarında Konya İlinde Çalışan Personel Durumu.....	38
Tablo 2. 2011-2012-2013 yılı Konya İline Ait Vakaların Çağrı Nedeni Dağılım Tablosu.....	39
Tablo 3. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı.....	40
Tablo 4. Katılımcıların Yaş Düzeyleri.....	41
Tablo 5. Katılımcıların Medeni Durumları.....	42
Tablo 6. Evli Olan Katılımcıların Çocuk Sayıları.....	42
Tablo 7. Katılımcıların Mesleki Dağılımı.....	43
Tablo 8. Katılımcıların Kurumlarındaki Çalışma Süresi.....	44
Tablo 9. Katılımcıların Görev Yaptıkları Birim.....	44
Tablo 10. Katılımcıların Unvanlarına Göre Kurslardaki Aldıkları Eğitimlerin Dağılımı.....	45
Tablo 11. Katılımcıların Adli Olaylardaki Bilgi ve Davranış Biçimleri.....	49
Tablo 12. Katılımcıların Karşılaştıkları Adli Olgularda, Kanuni Yetki ve Sorumluluklarını Bilme Durumları.....	49
Tablo 13. Katılımcıların Adli Vakaların Bildirilmemesi Durumunda Karşılaşılabilecekleri Cezai Müeyyide ile İlgili Bilgi Düzeyleri.....	50
Tablo 14. Hastaların Ambulans Talep Etmesinin Katılımcılar Açısından Değerlendirilme Biçimi.....	51

Tablo No.	Sayfa No.
Tablo 15. Katılımcıların Karşılaştıkları Adli Olgularda, Kanuni Yetki ve Sorumluluklarını Yeterlilik Algıları.....	52
Tablo 16. Katılımcıların Sözlü ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalındığında İdarenin Kendilerine Sağladığı Hukuki Yardımları Bilme Durumları.....	53
Tablo 17. Katılımcıların Saldırıya Uğramaları Durumunda Hangi Uygulamayı Başlatacaklarıyla İlgili Düşünceleri.....	53
Tablo 18. Katılımcıların Can Güvenlikleri Tehlikelide Olduğu Durumlarda Gösterdikleri Davranış Biçimleri.....	54
Tablo 19. Şüpheli Adli Olgularda Ekiplerin Davranış Durumları.....	55
Tablo 20. 112 ASH Personelinin Örnek Bir Vakadaki Davranış Biçimleri.....	57
Tablo 21. Katılımcıların Hekimsiz Çalışan 112 Ekiplerindeki Ex Kararını Kimin Vereceğiyle İlgili Görüşleri.....	60
Tablo 22. Katılımcıların Adli Olaylarda Yapacaklarıyla İlgili Hasta ve Hasta Yakınlarına Bilgi Verme Durumları.....	62
Tablo 23. Katılımcıların Tıbbi Hata Yapabilme Durumları.....	62
Tablo 24. Katılımcıların Arkadaşları İle İlgili Tıbbi Hata Değerlendirmeleri.....	63
Tablo 25. Katılımcıların Yaptıkları veya Gördükleri Tıbbi Hataları Rapor Etme Durumları.....	64
Tablo 26. Katılımcıların Adli Olaylarda Polise Ulaşma Konusunda Zorluk Yaşama Durumları.....	67
Tablo 27. Katılımcıların Adli Olaylarda Komuta Kontrol Merkezine Ulaşma Konusunda Zorluk Yaşama Durumları.....	68
Tablo 28. Katılımcıların Karşılaştığı Adli Vakalarda Sağlık Ekibinin Cinsiyetiyle İlgili Düşünceleri.....	68

Tablo 29. Katılımcıların Adli Olaylardan Sonra İdare Tarafından Psikolojik Destek Görme Durumları.....	70
Tablo 30. Katılımcıların Karşılaştıkları Adli Vakalarda Can Güvenliği Konusundaki Davranış Durumları.....	71
Tablo 31. Katılımcıların Karşılaştıkları Adli Vakalarda Saldırıya Maruz Kalma Durumları.....	71
Tablo 32. Adli vakanın Hastaneye Sevk Edilmesi Durumunda 112 Ekiplerine Hastane Personelinin Davranış Biçimleri.....	75

ŞEKİLLER ve GRAFİKLER LİSTESİ

Şekil–Grafik No.	Sayfa No.
Şekil 1. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması.....	10
Şekil 2. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Genel Müdürlüğü Teşkilatı Şeması.....	11
Grafik 1. 112 Acil sağlık Hizmetleri Personelinin Adli Vaka Değerlendirmesi.....	46
Grafik 2. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Hukuki Bilgi Düzeyleri.....	47
Grafik 3. Güvenlik Güçlerinin Gelmediği Adli Olgularda 112 Ekiplerinin Davranış Biçimleri.....	56
Grafik 4. 112 ASH Ekiplerin Ex Vakalarındaki Davranış Biçimleri.....	61
Grafik 5. Katılımcıların Çalışan ve Hasta Güvenliğini Tehlikeye Sokan Hatalı Tıbbi Uygulamaları Rapor Etmeme Nedenleri.....	65
Grafik 6. 112 Acil Ekiplerinin Adli Vakalarda Problem Yaşadıkları Kişiler	66
Grafik 7. Katılımcıların Adli Olgularda Karşılaştıkları Şiddetin Kaynağı.....	72
Grafik 8. Katılımcıların Adli Olgularda Maruz Kaldıkları Saldırı Tipleri İle İlgili Görüşleri.....	73
Grafik 9. Katılımcıların Adli Vakalarda Saldırıya Uğrama Nedenleri İle İlgili Görüşleri.....	74
Grafik 10. 112 Ekiplerine Hastane Personeli Tarafından Gösterilen Şiddetin Mesleki Dağılımı.....	76

KISALTMALAR

A1	: Hekimli Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları
A2	: Ambulans ve Acil Bakım Tekniker'li Çalışan Acil Sağlık Hizmetleri
AABT	: Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri-Paramedik
ASH	: Acil Sağlık Hizmetleri
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
C.	: Cilt
ÇİLYAD	: Çocuk İleri Yaşam Desteği
Ed.	: Editör, Editörler
ERD	: Erişkin Yaşam Desteği
Ex	: Exitus, Ölüm
KKM	: Komuta Kontrol Merkezi
KPSS	: Kamu Personeli Seçme ve Yerleştirme Sınavı
ÖSYM	: Öğrenci Seçme Yerleştirme Merkezi
ÖSYS	: Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sınavı
RG	: Resmi Gazete
S.	: Sayı
SBE	: Sağlık Bilimleri Enstitüsü
SM	: Sağlık Memuru
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TRK	: Travma ve Resüsitasyon Kursu
TYD	: Temel Yaşam Desteği
vb.	: Ve Benzeri
YDT	: Yayınlanmamış Doktora Tezi
WHO	: World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

- **Çalışmanın Konusunun Seçimi:** Ülkemizde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, ambulanslar aracılığı ile verilmektedir. 112 acil yardım ekibi, tam donanımlı bir ambulans, hekim, Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri, Acil Tıp Teknikeri, Sağlık Memuru/Hemşire ve şoförden oluşur. Üç kişilik ekipler halinde nöbet tutan bu sağlık birimi vakaya en kısa sürede ulaşarak, hasta veya yaralıya gerekli acil müdahaleyi yapmaktadır. Gerekli görüldüğünde hasta ve yaralı en yakın hastaneye nakledilmektedir. Sağlıkta dönüşüm süreciyle 112 acil yardım istasyonlarında ki sağlık personeli adli olaylarla daha fazla muhatap olmakta ve bu konudaki sorumlulukları çoğalarak artmaktadır.

Ancak, 112 ekiplerinde görev alan hekim dışı sağlık çalışanları adli olaylar ve bu olaylara yaklaşım konusunda yeterli bilgiye sahip bulunmamaktadırlar. Çalışanların adli olaylar konusundaki yetersiz bilgisi ve olay yerindeki kusurlu davranışları hem hizmet alanlar hemde hizmet verenler açısından bazı problemlere neden olmakta hukuki sonuçlar doğurabilmektedir. Çalışmada 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının bu konudaki bilgi düzeyleri ve davranış biçimlerinin tespiti, karşılaşılan hukuki sorunlar ile ilgili çözüm önerilerinde bulunabilmek maksadıyla bu konu seçilmiştir.

- **Çalışmanın Amacı:** Bu çalışmada, 112 acil yardım istasyonlarında çalışan sağlık personelinin karşılaştığı adli olgular konusunda bilgilerinin yükseltilmesi, karşılaşılabilecekleri hukuki sorunlar konusunda bilinç düzeylerinin artırılması, çalışanlar açısından adli olay kaynaklı zorlukların tespiti ve bu konudaki personele yönelik şiddetin önlenmesine katkıda bulunmak maksadıyla, adli olayların tespiti personelin bu konudaki bilgi seviyesi ve yaklaşım tarzının belirlenmesi, karşılaşılabilecek hukuki sorunlar ve bu sorunlara çözüm önerilerinde bulunulması amaçlanmıştır.

- **Çalışmanın Önemi:** Ülkemizde sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin artması ile birlikte 112 acil sağlık hizmetleri sistemi ülkemizde devamlı olarak yenilenmekte ve büyümektedir.

Bu çalışmanın, 112 acil sağlık personeline çalışma hayatlarında karşılaşacakları adli ve diğer vakalarda hukuki olarak sıkıntı yaşamamaları ve bu tür olaylarda nasıl davranacakları ile ilgili yol göstereceği düşünülmektedir.

- **Çalışmanın Planı:** Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın ilk bölümünde sağlığın tanımı, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tanımı ve tarihçesi ele alınmıştır. 112 acil sağlık hizmetleri sisteminin nasıl çalıştığı yetki ve sorumluluklarından bahsedilmiştir. Bu bölümde teorik açıklamalar yapılmış ve literatür tarama tekniğinden ve kişisel yorumlardan faydalanılmıştır.

İkinci bölümde adli olaylar, olay yeri inceleme ve adli olgu türlerinden bahsedilmiştir. Çalışan sağlığı ve güvenliği ile birlikte 112 ASH istasyonlarında çalışan sağlık personelinin karşılaştığı zorluklar ele alınmıştır. Bu bölümde teorik açıklamalar yapılmış ve literatür tarama tekniğinden ve kişisel yorumlardan faydalanılmıştır.

Üçüncü bölümde saha araştırması kısmından oluşmaktadır. Konya 112 ASH istasyonlarında çalışan sağlık personelinin adli olaylar konusunda bilgisi, yaklaşımı ve adli vakalarda ve diğer vakalarda karşılaştıkları zorluklar araştırılmıştır.

- **Kullanılan Metot ve Teknikler:** Bu araştırma 2013 yılı Ekim ve Kasım ayları arasında Konya ilinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Konya İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Merkezi Baştabipliği' ne bağlı olarak 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarda görev yapan yaklaşık 800 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini bu istasyonlarda görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 437 kişi oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış olan 41 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Çalışmada gönüllük esas alınmıştır. Konu ile ilgili kaynaklar taranmış yorumlama, özetleme ve Konya 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarındaki kişisel gözlemlerden yararlanılmıştır.

- **Varsayımlar:** Bu araştırmanın varsayımları şunlardır:

i. 112 ASH çalışanlarının adli vakalarla ilgili yeterince bilgileri yoktur.

ii. 112 ASH çalışanları adli vakalarla ilgili kriminal uygulamaları yeterince bilmemektedirler.

iii. 112 ASH alışanları meslekleri ile ilgili kanun, yönetmelik ve yönergeleri yeterince bilmemektedirler.

iv. şiddete uğrayan 112 ASH personeline idari birimler gerekli desteği vermemektedirler.

v. 112 ASH personeli vakalara müdahale ederken tıbbi uygulama hatası yapmaktadırlar.

BİRİNCİ BÖLÜM

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ve 112 ACİL YARDIM SİSTEMİ

1. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlığın Tanımı

Sağlığın konusunda yazar ve kurumlar çeşitli tanımlar yapmışlardır. Bu tanımlar içerisinde en bilineni Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1948 yılında yapılmıştır. “Buna göre sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir.”¹ Sağlık, insan yaşamının ve varlığının devamı için olmazsa olmazdır. İnsanlar yaşamları boyunca hem beden hemde ruhen sıkıntılı durumlara maruz kalabilirler ve bu nedenle sağlığını bozan etmenleri tespit ederek koruyucu ve tedavi edici tedbirler alırlar. Sağlık, zaman içinde çevresel ve toplumsal olarak sürekli gelişen bir olgudur.

1.2. İlk Yardım

Sağlık personeli ve herhangi bir tıbbi malzemeye yapılmayan uygulamadır. "Profesyonel yardım ekipleri gelene kadar, hasta ve yaralı kişiye ani olarak yapılan yardımdır. Sadece fiziksel yaralanmaya yönelik değil, aynı zamanda travmatik bir olaydan kaynaklı olarak yaşanan duygusal ve stresin azaltılması için psiko sosyal destekte birincil yardım olarak kabul edilir."² Tanımda da belirtildiği gibi alanında eğitim almış kişilerce ve sağlık ekipleri gelinceye kadar elinde hiçbir tıbbi malzeme bulunmadan mevcut imkânlarla bireylere yardımda bulunmaktır. Yalnız ilk yardımda bulunan kişiler ulusal veya uluslararası normlara bağlı kalarak belli prosedürler ve tekniklere göre eğitim almış olmalıdır. Yardıma muhtaç insanlara zarar vermemek konusunda eğitimleri başarılı bir şekilde bitiren kişilere ilk yardımcı sertifikası verilerek görevlendirilmektedir. İlk yardımda hiçbir şekilde ilaç kullanılmaz.

¹ E. Sülü Uğurlu, "Hemşirelikte Manevi Bakımın Uygulanması", Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt (C.) 5, Sayı (S.) 3, İstanbul, 2014, s. 187

², “İlkyardım”; <http://www.ilkyardim.org.tr/document1.pdf>, (22.10.2014)

1.3. Acil ve Acil Yardım

Acil kavramı çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Türk Dil Kurumu acili şu şekilde tanımlamıştır: "Acil, hemen yapılması gereken, ivedi durumdur."¹ Acil yardım ise sağlık çalışanları tarafından ambulanslarda, acil yardım ünitelerinde yapılan tıbbi müdahaledir. "Acil tıp ise, sağlık sorunlarında hastaların veya kazazedelerin daha fazla zarar görmemesi veya ölümü engellemek için gerekli olan hızlı karar vermeyi gerektiren bilim dalıdır. Acil tıp uygulaması sürekli ve hastanın talebine göre devam eden bir bakımdır."² Sağlık bakanlığının sağlık uygulama tebliğinde (SUT) ise sağlık şu şekilde tanımlanmıştır. "Sağlık, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir."³ Sağlık hizmetleri açısından hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ve hastane evresi acil servis hizmetleri olarak ikiye ayırmak gerekir.

1.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık

Hastane öncesi sağlık hizmetlerine, ambulans hizmetleri veya ambulans tıbbi gibi isimler verilmektedir. Ülkemizde kamu eliyle yapılmakta olan acil sağlık hizmetleri 112 acil servis olarak bilinmektedir. Bu acil sağlık hizmetleri olay yerinde veya ambulansla yaralıya ve hastaya tıbbi ve teknik donanımları sağlık bakanlığınca belirlenmiş alanında tıp ve acil sağlık eğitimi almış veya sertifikalandırılmış hekim, Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri (AABT) ve Acil Tıp Teknikeri (ATT), Sağlık Memuru (SM) ve Hemşire gibi unvanlara sahip sağlık personeli tarafından verilmektedir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin temel amacı yaralıyı veya hastayı olay yerinde başlayarak ilk tedavisini yapmak ve stabilizasyonunu sağladığı

¹, "Acil"; http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5500a5ae435959.08649286, (22.10.2014)

² R. Atilla, "Dünyada Acil Tıp Sistemleri", Alanda Acil Bakım, S.1, (Ed. S. Sarıkaya), İstanbul, 2009, s. 8

³ T.C. Resmi Gazete (RG), Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 2010; <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100325M1-1.htm>

hastayı uygun bir hastaneye transportudur. Ülkemizde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri sağlık bakanlığının acil sağlık hizmetleri genel müdürlüğü tarafından yürütülmektedir.

1.5. Hastane Dönemi Acil Sağlık

Hastane dönemimde acil sağlık hizmetleri, acil tıp konusunda eğitim almış hekim, hemşire ve sağlık memurlarınca yapılmaktadır. Acil servise tıbbi bir rahatsızlık nedeniyle ister kendisi başvursun, ister ambulansla gelsin hastalar şartsız bir şekilde kabul edilmelidir. Acil durumu tespit edilen hastanın öncelikle stabilizasyonu sağlanmalı, daha sonra hastanın girişimsel istemlerinde bulunulmalıdır (kan tahlilleri veya röntgen hizmetleri gibi). Hastanın durumuna göre tedavisi başlanmalı ve tedaviye verdiği cevaba göre taburcu edilmeli veya bir üst servise nakli sağlanmasıdır.

1.6. Dünyada Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi, milattan öncesine kadar dayanmaktadır. İnsan yaşamını direk etkileyen acil durumlara karşı geliştirilen hızlı müdahale ve sevk işlemleri tarih boyunca gelişme göstermiştir. Bilinen insanlık tarihi süresince kazalar, savaşlar ve afetler sonucu yaralanan ve acil sağlık sorunuyla karşılaşan hasta ve yaralılar için çeşitli tıbbi girişimler yapılmıştır. Acil sağlık hizmetlerinin dünyadaki gelişimi beş paragraf olarak aşağıda özetlenmiştir.

Günümüzden 5000 yıl önce Mısır'da acil tıbbi müdahalelerin geliştirildiği ve uygulandığı, eski Yunan ve Roma uygarlıklarının ilkyardım ve savaş meydanlarından yaralıların taşınması ile ilgili uygulamalar yaptıkları bilinmektedir. Napolyon'un baş cerrahı, Prusya seferi sırasında ilk kez askeri tıbbi birliği kurmuş ve bu savaşta atlı arabalarla oluşturulan ve uçan ambulans denilen araçlarla hasta ve yaralılar taşınmıştır. 18. yüzyılın sonlarına doğru İngiltere ve İskoçya'da kilise yardım örgütleri Kraliçe Victoria'nın izniyle savaş yaralıları ve ilkyardım konularında teşkilatlanma ve kitap yayınlama izni almışlar ve ilk ambulans birlikleri de kurulmaya başlanmıştır. 1878 yılında ilk sivil ambulans organizasyonu Londra'da

kurulmuş ve ilk tam gün süreli ambulans servisi 1897 yılında yine Londra’da hizmet vermeye başlamıştır.

Birinci ve İkinci Dünya Savaşlarında çok sayıda hasta ve yaralının olması nedeniyle ve teknolojinin ilerlemesi ile birlikte hasta nakilleri için kara ambulansları yanında trenler, gemiler, uçak gibi çok sayıda yaralının taşınabileceği araçlar ile hastanelere taşınmıştır. Kore ve Vietnam savaşları sırasında Amerika askeri helikopterleri yoğun bir şekilde yaralıları taşıma amacı ile kullanılmışlardır.

Ambulans hizmetlerinin gelişimi ülkelerin gelişmişlik düzeylerine, ekonomik güçlerine, nüfuslarına, kentleşme oranlarına ve ülkelerin kendilerine özgü temel farklılıklarına göre değişmektedir. Kuzey Amerika Ülkelerinde, itfaiye, polis ve ambulans ekiplerinin tek bir merkezden yönetildiği ve her türlü acil çağrının (sağlık, güvenlik, yangın, patlama, saldırı ve benzeri (vb.) özel eğitilmiş personeller tarafından karşılanarak gerekli ekiplerin olay yerine yönlendirildiği bir sistem kurgulanmıştır. Ortak çağrı merkezini ve birimlerini kullanarak ve daha hızlı müdahale edebilmektedirler. Yerel yönetimlere bağlı olan bu birimler idari ve finansman olarak daha hızlı ve etkin kararlar alabilmektedirler.

Avrupa ülkelerinde ise ülkeden ülkeye ambulans hizmetlerinin gelişimi belirgin farklılıklar görülmektedir. İkinci dünya savaşından sonra avrupa ülkelerinin ekonomik olarak çökmeleri ve savaş zamanı itfaiye hizmetlerinin öne çıkması ve güçlenmesi nedeniyle ambulans hizmetleri itfaiye teşkilatlarına bağlanmıştır. Özellikle almanya başta olmak üzere ambulans hizmetleri yerel yönetimler ve itfaiye teşkilatları ile birlikte yetkilendirilmiş dernekler, sosyal yardım kuruluşları tarafından yürütülmektedir. İngiltere de ise Ambulans hizmetleri itfaiyelerden bağımsız olarak çalışmaktadırlar. Profesyonel bir yönetim kurulu ile yönetilen ambulans servisleri her türlü acil yardım cihazı ve araçlarını kullanamaktadırlar. Birçok Avrupa ülkelerinde ise ambulans hizmeti yerel yönetimlerin kontrolündedir. Sistemde çok sayıda doktor yanında eğitilmiş sağlık personeli yer almaktadır. Gelişen teknolojiyi ile birlikte acil yardım araçlarının ve medical malzemelerinin gelişmesi sonucu ve kalifiyeli sağlık personelleri sayesinde oldukça güçlü bir ambulans sistemine sahiptirler.

Uzak doğuya baktığımızda Japonya gelişmiş bir teknoloji ve sisteme sahiptir. Japonyada itfaiye, polis, ambulans ve kurtarma ekipleri aynı birimlerde çalışmaktadırlar. Finansman olarak güçlü olan ambulans hizmetleri yeni çıkarılan kanunlarlada ambulans hizmetleri dahada güçlendirilmiştir.¹

Günümüzde gelişen teknoloji ile birlikte özellikle tanı ve tedavinin insan hayatı üzerindeki etkisi, ambulans ve acil sağlık hizmetlerinin ulaşımının kolaylaştırmıştır. Teknolojinin ilerlemesi kaliteli tıp eğitimi ile birlikte insan yaşamını etkileyen faktörlere karşı yeni tedavi yöntemleri gelişmektedir.

1.7. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde hastane öncesi sağlık sistemi 1990 yılların sonlarına kurulmaya başlamıştır. 1990 öncesi hastane öncesi sağlık hizmetleri belli standartlarda olmadığından vakalara müdahale edilememekteydi. Özellikle trafik kazaları ve diğer travma kazalarında insanlar ölmekte veya sakat kalmaktalardı. Acil sağlık hizmetlerinin dünyadaki gelişimi iki paragraf olarak aşağıda özetlenmiştir.

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde 1994 yılında, Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü kurulmuştur. 1997 yılında İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığına yükseltilmiştir. Daire başkanlığının altına 3 tane sube müdürlüğü oluşturulmuştur. 1994-95 yıllarında ilk defa Ankara İzmir ve İstanbul illerinde doktorlar, hemşire ve sağlık memurlarından oluşan Acil Sağlık Hizmeti ekipleri resmen kurulmaya başlamıştır. İlerleyen zamanlarda Hızır acil sevrir olarak anılmaya başlanmıştır. 1998 yılından itibaren tüm ülkeye yayılmıştır. 1995 yılında ücretsiz aranan numara "112" kullanılmaya başlanmıştır. 1997 yılına kadar üç büyük ilimizde sadece hastaneden çıkış yapan ambulans sistemi karayolları üzerinde trafik kazalarına müdahale etmek amacıyla istasyon kurulması planlanmış ve diğer il merkezlerinde de 112 ambulans hizmetleri yürütölmeye başlanmıştır.

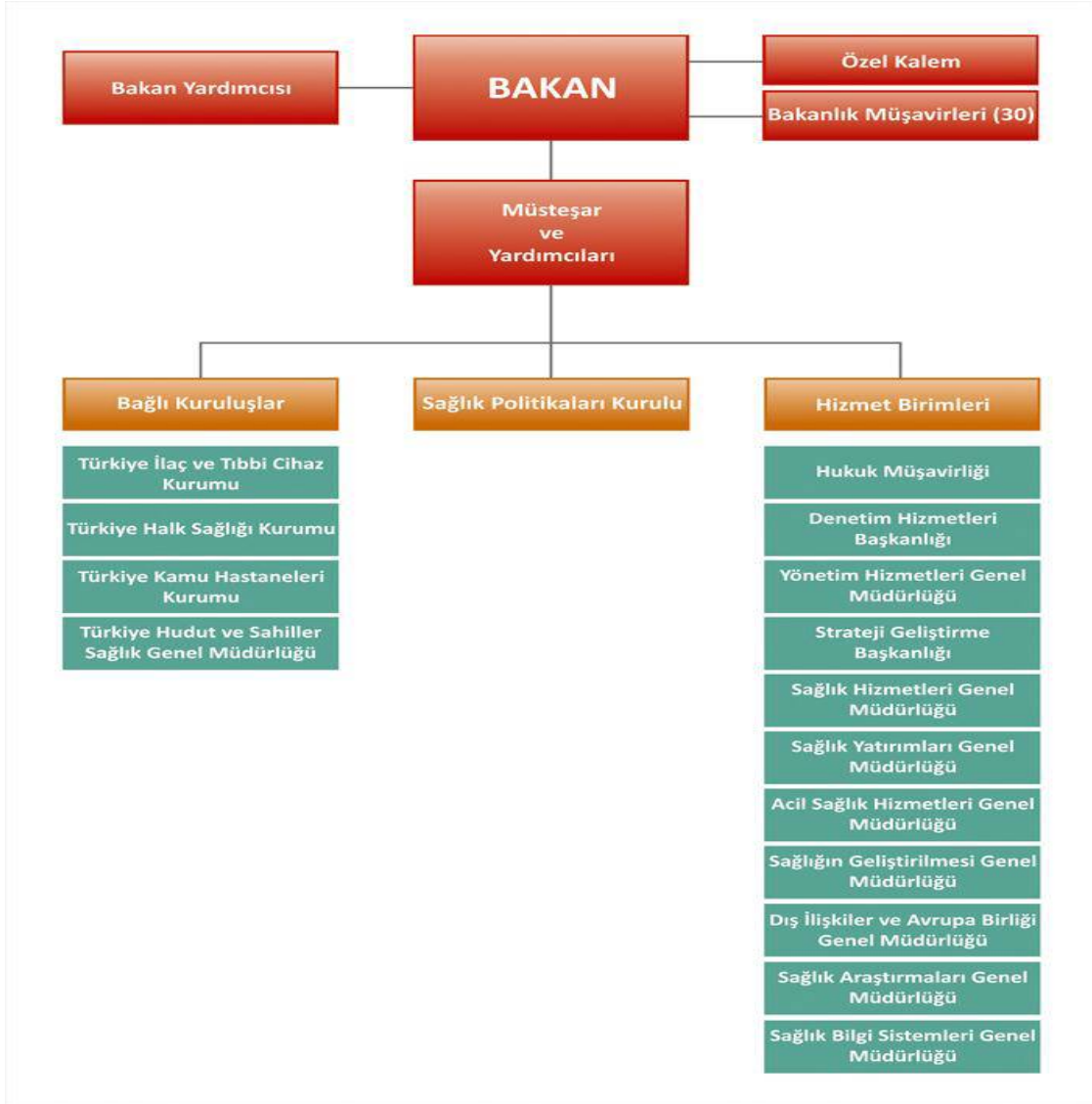
¹ T.C. SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi, Ankara, 2013, ss. 530-532

2004 yılında 112 ambulanslarına görevli olarak AABT ve ATT'ler atanmış ve bundan sonra 112 ambulanslarına artan miktarlarda AABT ve ATT istihdam edilmeye başlamıştır. 2007 yılından itibaren 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde araç çeşitliği sağlanmıştır. Kara ambulansları (4x4, kar paletli) hava ambulansları (helikopter, uçak) deniz ambulansları görev yapmaya başlamıştır. Her türlü iklim şartlarında, ülkenin her bölgesinde etkin ve etkili acil sağlık hizmetleri verilmeye başlanmıştır.¹

Ülkemiz Avrupa ülkeleri ve diğer gelişmiş ülkelerin hastane öncesi sağlık hizmetlerini örnek alarak kendisini geliştirmiştir. Sağlık bakanlığı 20 yıl gibi kısa bir sürede ambulans çeşitliliğini arttırmıştır. Gelişmiş medikal tıbbi malzeme ve personel eğitimleri sayesinde 112 acil sağlık hizmetlerini geliştirmiştir. 112 ASH olarak çoğu gelişmiş ülkelerden daha iyi ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır. 02.11.2011 tarihinde, Sağlık Bakanlığı ile bağlı kuruluşlarının yeniden yapılandırılmış, acil sağlık hizmetleri daire başkanlığından genel müdürlük düzeyine çıkarılmıştır. Çıkarılan kanunla devlet sağlık acil sağlık hizmetlerine ne kadar önem verdiğini göstermiştir.

¹T.C. SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi, Ankara, 2013, ss. 532-533

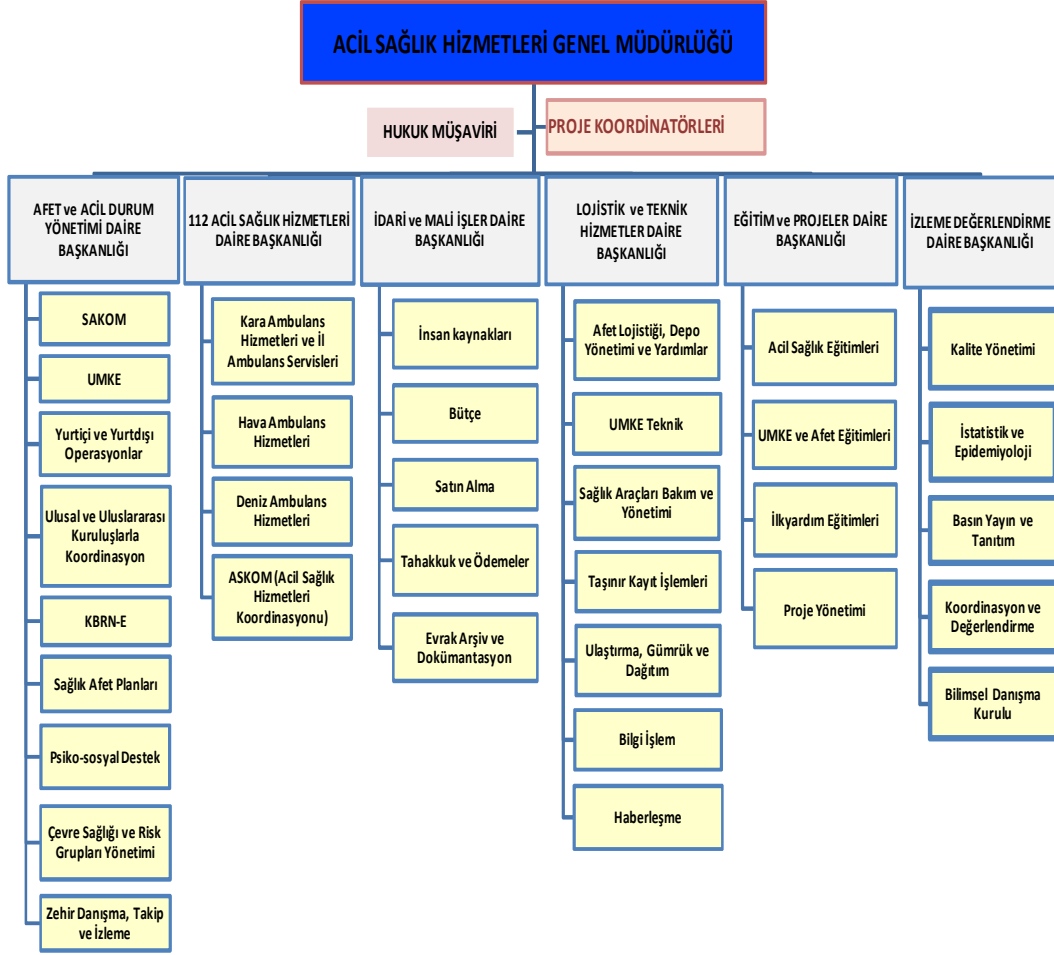
Şekil 1. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması



Kaynak: T.C. SB, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İl ve İlçe Sağlık Müdürlüğü Yönetim Rehberi, Ankara, 2012, s. 5

663 sayılı kanun hükmünde kararname ile sağlık bakanlığının teşkilat şeması tümünden değişmiştir. Yeni bağlı kuruluşlar oluşturulmuştur. Kamu hastaneleri kurumu, Halk sağlığı kurumu, İlaç ve tıbbi cihaz kurumu ve Hudut ve sahilleri sağlık genel müdürlüğü olarak 4 kuruma ayrılmıştır. Sağlık bakanlığı bu kanun değişikliği ile birlikte taşra teşkilatında da değişiklikler olmuştur. İllerde de İl sağlık müdürlüğü, Halk sağlığı müdürlüğü, Kamu hastaneleri birliği genel sekreterlikleri oluşturarak sağlık yönetimini 3 kurama bölmüştür.

Şekil 2. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Genel Müdürlüğü Teşkilatı Şeması



Kaynak:, <http://www.acilafet.gov.tr/wpcontent/uploads/2014/08/orgSemaAcil.png>, (01.10.2014)

Daha önce daire başkanlığı statüsünde bulunan acil sağlık hizmetleri 663 sayılı kanun hükmünde kararname ile birlikte genel müdürlük düzeyine yükseltilmiştir. Yeni oluşumda 6 daire başkanlığı ile birlikte ülkemizin acil ve afetlerde sağlık hizmetleri politikaları belirlenmektedir. Bu sayede acil ve afetlerde sağlık hizmetleri tek elde toplanmıştır.

2. 112 ACİL YARDIM SİSTEMİ

2.1. 112 Acil Yardım Sisteminde Komuta Kontrol Merkezinin Görevleri

112 acil yardım sistemi günümüz teknolojisini kullanarak kendini yenilemekte ve daha ileri gitmektedir. KKM’de bulunan özel donanımlara sahip güçlü teknolojik altyapılar ve sistemler ile birlikte çalışmaktadır. “KKM'nin görevleri Acil sağlık hizmetleri yönetmeliğine göre, merkeze ulaşan acil sağlık çağrılarını değerlendirmek, çağrılara göre verilmesi gereken hizmeti belirleyerek yeterli sayıda ekibi olay yerine yönlendirmek, hizmet ile ilgili her türlü veriyi kayıt altına almak, saklamak ve değerlendirmektir. İl düzeyindeki kendisine bağlı istasyonların acil yardım, hasta nakil, özel donanımlı ambulanslar, hava ve deniz ambulansları, acil sağlık araçları ile hizmet araçlarının sevk ve idaresini yapmaktır. Hastaneler arasındaki koordinasyonu sağlayarak hasta sevk sisteminin düzenli olarak işlemlerini sağlamak, başta yoğun bakım yatakları olmak üzere kritik yatak ve birimler ile personelin takibini yapmaktır.”¹ KKM’ler 112 acil yardım sisteminin beyni durumundadır. KKM’ye gelen her türlü çağrı kayıt altına alınmaktadır.

2.2. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çağrı Karşılama

Acil bir sağlık durumunda, trafik kazaları, diğer kazalar ve acil durumlar vb. gibi hallerde 112 Acil Ambulans Sisteminden yardım isteyen hasta veya yakınlarından, olayın oluş şekli, olay yerinin adresi, yaralı sayısı, yaş, cinsiyet, hastanın durumu hakkında, kısa ve net bilgi alınır. “KKM acil çağrılarını değerlendirerek gerektiğinde en yakın 112 Acil Yardım İstasyonuna telsiz, telefon ile ulaşır, hasta veya olay yerine ambulansları yönlendirir. Hastanın sevk edildiği hastane acil servislerine de vakaların durumuna göre ve çoklu yaralanmalı kazalarda kazazede sayıları önceden merkez tarafından bilgilendirilmektedir.”² KKM’nin aldığı bilgileri komuta hekimi değerlendirir. “Hekim talebin acil sağlık hizmeti gerektirmediğine kanaat getirir ise, talebi reddetme yetkisine sahip olup, bu takdirde

¹, “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği”; <http://www.acilafet.gov.tr/2014/09/acil-saglik-hizmetleri-yonetmeli/>, (22.10.2014)

², “Komuta Kontrol Merkezi”; <http://bitlis.112.saglik.gov.tr/kkm.php>, (01.10.2014)

talebin nasıl karşılanabileceğini bildirmekle de yükümlüdür.”¹ Yukarıda yapılan işlemler mümkün olduğunca en kısa sürede yapılmaktadır.

2.3. Olay Yerine Ambulans Görevlendirilmesi

Olay yerinin bulunduğu adrese, en yakın 112 acil yardım ekibi görevlendirilir. Görevlendirme mevcut iletişim cihazları kullanılır. KKM danışman hekimi tarafından ambulans görevlendirmesi yapılır. Telsiz başındaki sağlık personeli tarafından, hasta veya yaralının durumu, adresi ve olay yeri hakkında bilgi ambulans ekibine aktarılır. Görevlendirilen ambulans ekibi hemen olay yerine doğru intikal eder.

2.4. Olay Yerinde Acil Tıbbi Müdahale

Ambulans ekibi vakaya ulaşınca vaka ve olay yeri değerlendirilir gerekirse olay yeri güvenliği sağlanır. Vakanın durumu değerlendirilir vital bulguları kontrol edilir. Acil sağlık hizmetine ihtiyacı olan vakanın KKM ile iletişime geçilerek ileri tetkik ve tedavi için en yakın sağlık kuruluşuna nakli sağlanır. Vaka hastaneye gitmek istemezse acil durumu da yok ise ekip tarafından hasta ve hasta yakınlarına gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirilir. Vaka defterine hastanın bilgileri alınır. Tedavi ve nakil reddi isterse hastanın kendisinden imza alınır.

2.5. Hasta Transportu ve Hastaneye Teslim

Ambulans da sağlık ekibi tarafından ilk müdahalesi gerçekleştirilen hasta veya yaralının KKM’nin yönlendirmesi ile uygun bir hastaneye sevki sağlanır. 112 acil yardım ekibi tarafından hastaya yapılan işlemler acil servis hekimine anlatılır. Doldurulan vaka defterinin bir nüshası verilerek hastanın teslimi yapılır. Hastane acil servisleri 112 ASH istasyonlarının getirdiği vakayı kabul etmek zorundadır. “Acil müdahaleyi gerektiren durumlarda hastanın ilgili sağlık kuruluşuna gecikmeksizin ulaştırılması ve getirildiği sağlık kuruluşunca da gerekli acil müdahalelerin öncelikle

¹, “Komuta Kontrol Merkezi”; <http://bitlis.112.saglik.gov.tr/kkm.php>, (01.10.2014)

ve ön şartsız yapılması gerekmektedir.”¹ Başbakanlık genelgesi gereğince acil servisler vakaları kabul etmemezlik yapamazlar. Vakanın durumu çok acil değilse acil hekimi vaka defterine vakanın kabul edilmeme sebebini yazar ve imzalar. KKM'nin yönlendirmesi ile hasta uygun olan başka bir hastaneye sevk edilir.

2.6. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri İle Acil Tıp Teknisyenlerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

ATT ve AABT'lerin ambulanslarda görev almalarıyla birlikte ve hekimlerin sistemden çıkması sonucu yetki ve sorumlulukları sağlık bakanlığınca belirlenmiştir. ATT ve AABT'lerin yetkileri sadece acil yardım gereksinimi olan vakalarda tıbbi yardım ile sınırlandırılmıştır.

“a) AABT Ek-1'deki temel eğitim programı, Ek-2'deki akış şemaları ve diğer zorunlu eğitim programlarına uygun olarak;

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

AABT'ler bu yetkilerini sadece hastane öncesi alanda görev yapan hekimsiz ambulanslar veya acil sağlık araçları ile görev yaparken Ek-1'deki temel eğitim

¹, “Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu”; <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/112613c949c144239bc8d7b77cd43b19.pdf> (22.10.2014)

programını tamamladıktan sonra Ek-2'de sunulan akış şemalarına göre uygulayabilirler. Bu yetkilerini, ambulans ve acil sağlık araçları dışında, hekimin yazılı veya sözlü talimatı ve onayı olmadan kullanamazlar.”¹

ATT ve AABT’erin arasında öğrenim farkı olduğu için yetki ve sorumluluklarıda farklıdır. Bakanlığın verdiği eğitimlerin tamamını alan sağlık personeli ekip sorumluluğu yapmaktadır. Yürürlükteki Tebliğe göre ATT’ler Kardiyo-pulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon ve acil durumlarda doğum eylemine tek başlarına müdahale edemezler. Ancak, uygulamada taşrada çok az sayıda AABT görev yaptığından bu bölgelerde ATT'ler bu uygulamaları yapmak zorunda kalmaktadır. Bu durum uygulamadaki yönetmelikle tezat oluşturmaktadır. ATT'nin acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı olmak kaydıyla tıbbi görev, yetki ve sorumlukları ise şunlardır:

“a) Acil tıp teknisyenleri, birlikte çalıştığı hekim ve/veya AABT'nin talimatı ve onayı ile Ek-1'deki temel eğitim programı ve Ek-2'deki akış şemalarına uygun olarak;

- 1) İntravenöz girişim yapmak,
- 2) Oksijen uygulaması yapmak
- 3) Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak,
- 4) Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak,
- 5) Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak,
- 6) Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak,
- 7) Temel yaşam desteği protokollerini uygulamak,
- 8) Temel yaşam desteği uygulaması sırasında yarı otomatik ve tam otomatik eksternal defibrilatörleri kullanmak,
- 9) Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak ile yetkilidirler.”² Görev ve yetkileri farklı olan ATT’lerin hizmet içi eğitimlerini tamamlayarak AABT gibi çalıştırılmaları aldıkları eğitimleri düşünürsek doğru değildir.

¹, “Acil Sağlık Hizmetleri”; <http://www.acilafet.gov.tr/2014/09/acil-saglik-hizmetleri-yonetmeligi/>, (22.10.2014)

², "Acil Sağlık Hizmetleri"; <http://www.acilafet.gov.tr/2014/09/acil-saglik-hizmetleri-yonetmeligi/>, (22.10.2014)

2.7. Tıbbi Danışma Kuralları ve Sorumluluklar

ATT ve AABT'ler gittikleri vakaların genel durumunu değerlendirdikten sonra komutada bulunan danışman hekim ile irtibata geçerler. “AABT ve ATT'ler KKM'ye danışmak ve tıbbi danışman olarak görevli hekim veya merkez tarafından yönlendirilen uzman hekimin onayını almak zorundadır. Bu onayı verme veya ilgili uzman hekime yönlendirme yetkisi tıbbi danışman olarak görevlendirilen hekime aittir. Merkezde görevlendirilen tıbbi danışman, telefon veya telsiz ile kendisine ulaşan AABT ve ATT'nin verdiği bilgilere göre tıbbi müdahale onayını bizzat verir veya ilgili uzman hekime yönlendirir veya işleme onay vermez. Onay vermediği takdirde tıbbi danışman, AABT ve ATT'nin yapacağı işlemi bildirmek zorundadır.

Tıbbi danışman, hasta veya yaralı hakkında kendisine verilen bilgiler, akış şemaları ve ambulansın sağlık kuruluşuna uzaklığı gibi somut bilgi ve belgelere göre bu kararı verir. Bu görüşmelerin ses kayıtlarının merkez tarafından kaydedilmesi veya çalıştığı kurumda görevli personel ile birlikte yazılı olarak kayıt altına alınması zorunludur. Tereddüde düşülmesi durumunda tıbbi danışman tarafından hasta veya yaralının vital bulguları ve değerlendirme bulgularının teknik imkanlar dâhilinde iletişim cihazları aracılığıyla merkeze veya uzman hekime gönderilmesi istenir.

AABT ve ATT danışman hekime ulaşamadığı veya ulaşip onay alamadığı durumlarda, akış şemalarındaki tıbbi danışman onayı isteyen işlemleri yapamaz. Bu durumda hastanın temel ve ileri yaşam desteği uygulamaları ile stabilizasyonu sağlanarak gecikmeksizin uygun ve en yakın sağlık kuruluşuna nakli sağlanır. Gerekiyorsa; oksijen ve sıvı uygulamasına başlanır. Kardiyo pulmoner resusitasyon ve defibrilasyon uygulamaları dışında akış şemalarındaki tıbbi danışman onayı istenen ilaçlar kullanılmaz.”¹ ATT ve AABT’ler acil sağlık hizmetleri yönetmeliğinde izin verilen vakalara müdahale edebilirler. Yönetmeliğe göre diğer vakalara nasıl müdahale edileceği belirtilmemiştir.

¹ RG, Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri İle Acil Tıpteknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ; <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/03/20090326.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/03/20090326.htm>, (22.10.2014)

2.8. Acil İlaç Kullanımı ve Hekim Desteği

Acil ilaç kullanma yetkisi hekimler dışında AABT'lere verilmiştir. Ancak, sadece hastanın hayati tehlikesi varsa ve çevresel, bölgesel zorluk varsa kullanabilirler. Örneğin gribal enfeksiyonlar, baş ağrıları, kas ağrıları gibi rahatsızlıklara ilaç kullanamazlar. Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğine göre Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir. “Tıbbi danışman onayı istenen ilaçların kullanım basamakları tıbbi danışmanın onayı ile ancak aşağıdaki durumlarda, AABT'ler tarafından uygulanabilir.

- (2) Hastanın hayati tehlikesinin bulunması ve bununla birlikte;
 - (a) Ulaşım süresinin uzaması,
 - (b) Bölgesel ve çevresel zorunluluklar,
 - (c) Ulaşım aracından ambulans kaynaklanan sorunlar,
 - (d) Çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu büyük kaza ve afetlerin olması, hallerinde akış

(3) Kardiyo pulmoner resusitasyon ve defibrilasyon uygulaması esnasında acil ilaç kullanım basamaklarının uygulanması aranmaz. Bu durumda, AABT yaptığı değerlendirme ve hastanın muayenesi sonucunda gerekli gördüğü takdirde sorumluluk tamamen kendisinde olmak kaydıyla, gecikmeksizin tıbbi danışmanın bilgisi ve onayı olmadan bu işlem basamağına başlar.

(4) Kardiyo pulmoner resusitasyon ve defibrilasyon uygulaması gerektiren durumların dışında, öncelikle hasta ve yaralının değerlendirilmesi ve gerekiyorsa temel ve ileri yaşam desteği uygulamaları ile stabilizasyonu sağlanarak gecikmeksizin uygun olan en yakın sağlık kuruluşuna nakli sağlanır. Gerekiyorsa oksijen ve sıvı uygulamasına başlanır. Ancak, Ek-2'de bulunan akış şemalarındaki tıbbi danışman onayı istenen ilaçlar kullanılmaz.

(5) AABT, gerektiğinde olay yerine hekimli ambulans gönderilmesini tıbbi danışman ve merkezden ister. Bu durumda tıbbi danışmanın da onayı ile merkez, olay yerine en yakın hekimli ambulansı veya acil sağlık araçları ile hekimi göndermek için gerekli talimatı uygular. Hastanın bulunduğu yer veya uzaklık

nedeniyle, gerekli ise kara ambulansları dışında hava veya deniz ambulansları veya ulaşım araçları da bu işlem için harekete geçirilir. Hekim hastaya ulaşana kadar AABT, akış şemalarına uygun olarak gerekli acil tıbbi uygulamaları tıbbi danışmandan da onay alarak yapmaya devam eder."¹ AABT'ler hayati tehlikesi olmayan vakalara ilaç uygulaması kararı veremezler ve uygulayamazlar.

2.9. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Mezuniyet Sonrası Eğitim Programları

ATT ve AABT'ler memuriyete atanmaları ile birlikte 112 başhekimliği tarafından oryantasyon ve hizmet içi eğitim verilir. Bu eğitimlere katılım zorunlu tutulmuştur. “(1) AABT/ATT mezuniyet sonrası zorunlu eğitim programları, 40 saatlik "Temel Eğitim"(TYD) , 20 saatlik "Erişkin İleri Yaşam Desteği"(ERD), 32 saatlik "Travma İleri Yaşam Desteği"(TRK) , 28 saatlik "Çocuklarda İleri Yaşam Desteği"(ÇİLYAD) ve 32 saatlik "Ambulans Kullanımı ve Bakımı Eğitim" programlarından oluşur.

(2) Temel Eğitim, Erişkin İleri Yaşam Desteği, Çocuk İleri Yaşam Desteği ve Travma İleri Yaşam Desteği Eğitim Programlarına katılarak eğitimlerinde 85 ve üstünde not alarak başarılı olanlara verilecek olan sertifika 3 yıl süre ile geçerli olur. Mezuniyet sonrası eğitim programlarına katılanlar, eğitiminin ders saatlerini tamamlayamadıkları takdirde eğitimi tekrar etmek, sınavında başarısız oldukları takdirde en geç 6 ay içerisinde ilgili sınava tekrar katılmak zorundadır. “² 112 ASH personeli zorunlu eğitimler hariç hizmet içi eğitimler ve denetleme birimleri tarafından eğitim verilmektedir.

¹ RG, Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri İle Acil Tıpteknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ, 2009; <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/03/20090326.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/03/20090326.htm>, (22.10.2014)

² RG, Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri İle Acil Tıpteknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ, 2009; <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/03/20090326.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/03/20090326.htm>, (22.10.2014)

2.10. Eğitimlerin Organizasyonu ve Sertifikaların Düzenlenmesi

112 ASH Ataması yapılan AABT/ATT'ler ve diğer sağlık personelleri Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri İle Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ'e göre belirlenen eğitimleri almak zorundadırlar. "AABT/ ATT'lerin mezuniyet sonrası zorunlu eğitimleri, bu tebliğde belirlenen program çerçevesinde Sağlık Bakanlığının belirleyeceği eğitim müfredatı ile il sağlık müdürlüklerinin koordinasyon ve sorumluluğunda, eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversiteler, acil sağlık hizmetleri bölge eğitim ve araştırma merkezleri ve ilgili derneklerin katılımı ve işbirliği ile yapılır.

Eğitimler sonunda teorik ve uygulamalı iki ayrı sınav yapılır. Her kursta eğitimci yanında bir eğitim koordinatörü ve bir kurs yöneticisi bulunur. Acil hekimliği sertifika programında eğitici olan hekimler ve zorunlu eğitim programları kapsamında eğitici eğitimi alan sağlık personeli ve Sağlık Bakanlığı tarafından bu programlar için eğitimciliği onaylanan eğitimciler bu eğitimlerde görev alabilirler. Bölge koordinatör illeri bu eğitimlere eğitimci desteği verebilir ve gerektiğinde eğitimlerin yapılmasını organize eder. Zorunlu ve geliştirme eğitimlerinin sertifikaları eğitimin düzenlendiği il sağlık müdürlükleri tarafından Ek-3'teki sertifika örneğine göre düzenlenir. İllerde düzenlenecek zorunlu eğitim programlarının ve geliştirme eğitim programlarının yıllık planı ve kurs sonuç raporları düzenli olarak Sağlık Bakanlığına bildirilir."¹ Sağlık bakanlığı tıp'ın gelişimi ile birlikte yaptığı eğitim programlarını ve eğitimcilere yönelik güncellemeler yapmaktadır.

¹, "Çalışma Esasları"; <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=9.5.12941 &MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=acil%20sa%C4%9Fl%C4%B1k>, (22.10.2014)

İKİNCİ BÖLÜM

ADLİ OLGULAR, TÜRLERİ ve TEMEL ÖZELLİKLERİ

1. ADLİ OLGU ve OLAY YERİ İNCELEME DELİLLERİN KORUNMASI

1.1. Adli Olgular

Adli olgular, adli vakalar kanunlarla belirlenmiştir. "Bir kişinin sağlıklı kabul edilebilecek sınırlardan çıkıp fizik ya da mental olarak hasta kabul edilebilecek bir duruma gelmesi, başka kişi ya da kişilerin kasıtlı ya da tedbirsiz, dikkatsiz davranışları nedeniyle olmuş ise yasalar çerçevesinde bu durum adli bir yön içermektedir. Adli olgu, herhangi bir dış etki ile sağlık sorunları yaşayan bireydir."¹ Adli olgular türleri çeşitleri ve temel özellikleri şunlardır. "Ateşli silah, patlayıcı madde, kesici-delici alet yaralanmaları, trafik kazaları, darp (müessir fiil), düşmeler ve iş kazaları, ilaç, gıda, madde zehirlenmeleri, yanıklar, elektrik ve yıldırım çarpmaları, asfiksi, işkence ve kötü muamele iddiaları, intihar girişimleri, cinayet, intihar ve kaza orijinli olduğundan kuşkulanan ölümle adli olgu olarak tanımlanır."² Sağlık personeline mezun oldukları okullarda ve görev yaptıkları kurumlarda adli olgu nedir, nasıl yaklaşılır, yetki ve sorumlulukları nelerdir bu konularla ilgili yeterli yada hiç eğitim verilmemektedir.

1.2. Olay Yeri İnceleme

Adli vakalarda olayın nasıl meydana geldiğini, oluş şeklini inceleyen bir bilim dalıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Avrupa'da bir bilim dalı olarak ele alınmıştır. "Olayın işleniş tarzının, mağdur ve suç sanıklarının ilişkisinin saptanabildiği dinamik bölgeye olay yeri denir. Olay yeri; olayın başlangıcı, takibi ve sonucunda geçtiği mekânları kapsar. Olayın işleniş tarzı, yöntemini olayı işleyenlerin hareket tarzını olaya ait iz ve bulguları içerir. Ayrıca, olay yeri suçun işleniş şeklini,

¹ Ü. N. Gündoğmuş - İ. H. Hancı, "Birinci Basamakta Adli Hekimlik Uygulamaları", Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, C. 12, S. 9, Ankara, 2003, s. 341

² A. R. Tümer - A. Keten - E. Karacaoğlu, "Adli Olgu Bildirimi ve Adli Raporlar", Hacettepe Tıp Dergisi, C. 41, S. 2, Ankara, 2010, s. 128

suçtan zarar göreni suç sanıklarının olay karşısındaki sorumluluk derecelerini net olarak belirler. Olay yeri incelemesindeki temel amaç; maddi hakikate ulaşmada, işlenen suçun aydınlatılmasına katkıda bulunacak maddi delillerin bulunması, niteliğinin tespiti ve korumasıdır." ¹ Olay yeri incelemesi ülkemizde Emniyet Müdürlüğünün Kriminal Daire Başkanlığı tarafından yapılmaktadır ve tüm illerimizde şube müdürlüğü olarak yapılanmıştır. Adli soruşturmalar, olayın meydana geldiği yerde başlar ve kurallara uygun nitelikte yapılırsa olayların nasıl meydana geldiği delillerin ışığında sonuçları doğru şekilde bulunur. "Adli soruşturmanın en önemli unsurlarından biri olan olay yeri incelemeleri ancak doğru gerçekleştirildiğinde, adli olayların çözülmesinde doğru sonuca ulaşılabilir. ²

Adli olaylar 112 acil yardım çağrısının KKM'ye ulaşması ile başlar ve 112 acil ekiplerinin olay yerine varmasıyla devam eder. Gelişmiş telefon ve telsiz kayıt sistemleri sayesinde KKM'nin nereden ve kim tarafından arandığı, arayan kişinin ses tonu, arama saati ve çağrıyı karşılayan personelin sorduğu sorular ve verilen cevaplar olay yeri incelemenin alanına girmektedir.

1.3. Delillerin Korunması

Adli olaylarda, olayın ilk oluş anından itibaren güvenlik güçlerinin olay yerine intikal etmesine kadar geçen süre zarfında olay ile ilgili delillerin korunması oldukça zordur. 112 acil yardım ekipleri çoğu zaman olay yerine kolluk kuvvetlerinden daha önce ulaşırlar. Olay yerine ilk ulaşan sağlık ekibi vakaya müdahale ederken olayın adli olay olup olmadığı konusunda yeterli bilgi sahibi değildir. Bu nedenle vakaya ulaştıkları andan itibaren ve vakaya müdahale ederken bulundukları ortamı kriminal olarak fazla kirletmemelidirler. Adli olayın oluş şekline göre yaralanan veya ölen kişinin üstünde ve çevresindeki kesici ve delici silahlara karşı dikkatli olunmalı ve delil niteliğindeki materyaller korunmalı, eksiksiz ve tam olarak güvenlik güçlerine teslim edilmelidir.

¹ Z. Kaygusuz, "Olay Yeri İnceleme Çalışmalarında Bilimsellik ve Hukukilik"; <http://cezahukuku.blogspot.com.tr/2006/10/olay-yeri-inceleme-alimalarinda.html>, (05.01.2014)

² E. H. Yükseloğlu - Ş. Ş. Özcan - B. Ceylan, "Olay Yeri İncelemesi ve Türkiye'deki Uygulamalar", Polis Bilimleri Dergisi C. 10, S. 1, Ankara, 2008, s. 61

112 sağlık ekipleri olay yerine genelde ilk gelen resmi memurlar oldukları için mahkemelerde şahit olarak dinlenmektedirler. 112 sağlık ekiplerine adli olgu nedir, hangi olayların adli boyutları vardır, olay yeri incelemede nelere dikkat edilmeli ve en önemlisi olay yerindeki delillerin korunması ve yok olmaması için eğitim verilmelidir. Adli olaylarda, vaka müdahaleleri ve olay yeri güvenliği ile ilgili 112 ASH personellerinin hukuki bilgi eksiklikleri görüldüğu için Sağlık Bakanlığı ile İçişleri Bakanlığı arasında 22.12.2014 tarihinde 112 acil sağlık hizmeti veren sağlık çalışanlarına adli vakalarda maddi delillerin tanınması, korunması ve hukuki boyutu konusunda bilgilendirilmesi, tutum ve davranış kazandırılması amacıyla iş birliği protokolü imzalanmıştır.

2. ADLİ OLGU TÜRLERİ ve TEMEL ÖZELLİKLERİ

2.1. Trafik Kazası

Trafik kazası karayolu üzerinde bulunan hareket halinde olan veya duran bir veya birden fazla aracın veya insanın karıştığı ölüm, yaralanma ve zararlı sonuçlanmış olan olaylar olarak tanımlanır. “Ülkemizde ulaşımın ağırlıklı olarak karayolundan sağlanması, bu konudaki eğitimsizlikler kazalara, buna bağlı olarak yaralanmalara ve ölümlere neden olmaktadır. Bunlar; dünya sıralamasında ilk sıralarda yer almamıza neden olmaktadır. Emniyet Genel Müdürlüğu Trafik Hizmetleri Başkanlığı tarafından yayınlanan istatistiklere göre; 1981–2009 yılları arasında trafik kazası sonucu ölen kişi sayısı 156,422’dir.”¹ Bu mevcut sayı, sadece olay yerinde ölen kişi sayısını göstermektedir. Hastaneye sevk sırasında, ambulansla, hastanede veya taburcu olduktan sonra ölenlerin sayısını da düşünürsek mevcut rakamın olayın sadece bir boyutunu yansıttığını rahatlıkla söyleyebilir.

Trafik kazaları, araç içi ve dışı olmak üzere ikiye ayrılmakta ve kendi grupları içinde belirgin özellikler göstermektedir. ”Trafik kazalarında, etken (ajan) araçtır. Kişi ise; sürücü, yaya ve yolculardan oluşur. Çevre, başta yol olmak üzere, yöre (yer), zaman, iklim ve hava koşulları gibi tüm çevresel faktörlerin bileşimidir. Türkiye’de trafik kaza değerlendirmelerine bakıldığında, kazaların %99’ndan

¹ Ç. Özdemir, "Trafik Kazaları ve Bilirkişi", Birinci Basamakta Adli Tıp Dergisi, S. 2, (Ed., S. Koç - M. Can), İstanbul, 2011, s. 81

fazlasının kişi kusuruna bağlı olduğu ifade edilmektedir. Kişilerde ise, kazaların %90'ından fazlası sürücü kusuruna bağlanmaktadır. Araç ve çevre kusuruna bağlanan kaza sayısı ihmal edilecek düzeydedir. Buna karşılık gelişmiş ülkelerde bu durum daha farklı olup, trafik kazalarında çevre ve araç Türkiye'ye göre çok daha yüksek paylara sahiptir."¹ Araç dışı trafik kazalarında genelde araçların yayalara ve motorlu taşıt kullanmayan kişilere çarpması sonucu meydana gelir. Araç dışı kazalarda yayaların nerede gittikleri, aracın cinsi, hızı, kazanın meydana geldiği yerin ortam özellikleri yaralanmalarda ve ölümlerde etkili olan faktörlerdir. İnsan vücudunu koruyacak bir kalkan, zırh bulunmamaktadır. Özellikle trafik kazalarında ve araç dışı yaralanmalarda direk insan vücudu zarar görmektedir.

Araç içi kazalarında da aynı şekilde, karayolunun konumu, mevsimsel faktörler, aracın cinsi, modeli, hızı, aracın özellikleri, güvenlik ve donanım paketleri, aracın kapasitesinden fazla yolcu alması, aracın bakımlarının yapıp yapıldığı yaralanmalara ve ölümleri etkileyen faktörler arasındadır. Araç içi trafik kazalarında yaralanmaların en büyük sebeplerinden bir tanesi de emniyet kemeri takılmaması sonucu sürücünün yada yolcunun aracın ön tarafına fırlaması yada aracın dışına fırlaması sonucu kafa travması ve genel vücut travmalarına maruz kalarak ağır yaralanmalarıdır. Araç içi ve araç dışı meydana gelen trafik kazalarında kafa travmaları, genel vücut travmaları ve multi-travmalara maruz kalınmaktadır. Trafik kazalarında kişilerin sakat kalmaları, uzuv kaybetmeleri ve ölümleri çok sık rastlanmaktadır.

Trafik kazalarının getirdiği sonuçlar maddi ve manevi açıdan büyük olumsuzluklara neden olmaktadır. "Trafik kazalarında maddi hasarla sonuçlanan kazalarında izlenecek prosedürü kazaya karışan tarafların inisiyatifleri doğrultusunda basitleştirmek mümkün bulunmakla birlikte, yaralama ve ölümle sonuçlanan trafik kazaları, daha ayrıntılı bir yasal prosedürleri de beraberinde getirmektedir."² Trafik kazalarında, kaza öncesi aracın hızı, çarpışma yönü, araç ve yayaların olay anındaki konumu, trafik kurallarına uyup uymamaları, kaza, intihar, cinayet olasılıkları, aracı

¹ R. Akdur, "Türkiye'deki Trafik Kazalarının Epidemiyolojik İlkeler Işığında Değerlendirilmesi", Ulaşım ve Trafik Güvenliği Dergisi, Ağustos, 2012, s. 14

² Özdemir, s. 81

kullanan kişinin kim olduğu, kazaya ya da ölüme neden olan herhangi bir hastalık ya da ilaç, alkol, vb. nedenler ayrıntılı incelenmelidir.

2.2. Ateşli Silah Yaralanmaları

Tüfek, tabanca gibi aletler ile atılan kurşun, saçma ve kurusıkı maddelerin vücutta meydana getirdiği yaralara ateşli silah yaralanmaları denir. “Ateşli silahlarla vücutta meydana gelen yaranın türü merminin hızına bağlıdır.”¹ Ateşli silah yaralanmalarında kuşunun girdiği ve çıktığı yer ve vücutta yaptığı harabiyet dikkatle incelenir. Silahı kimin ateşlediği, atışın sebebinin (intihar, kaza, kasıt) ne olduğu olay yerine varmadan bilgi alınması sağlık personeli ve çevre güvenliği açısından önemlidir. “Ateşli silah yaralanmaları ister kaza, ister intihar, isterse cinayet orijinli olsun adli olgulardır. Ölümle sonuçlanan ateşli silah yaralanmalarında asla ölü muayenesi ile yetinmemek, mutlaka otopsi yapmak gerekir.”² Yaralıya müdahale ederken olay yeri kriminal olarak kirletilmemeli ve deliller korunmalıdır. Silah yerinden oynatılmamalı ve yeri değiştirilmemelidir. Sağlık personeli kesinlikle eldivenle çalışmalıdır.

2.3. Yanıklar

Yanıklar genellikle kazalardan meydana gelmektedirler. Yanıklar sadece deriyi değil, tüm vücudu etkileyen bir travmadır. “İnsan vücudunun dış yüzeyini koruyan ısı, elektrik, kimyasal maddeler, kaynar su, alev gibi etkenlerle meydana gelen doku tahribatına yanık denir.”³ Yanıkları çeşitli şekillerde gruplandırmak mümkündür. “Yanıklar, genişliklerine göre küçük, orta ve büyük yanıklar olmak üç grupta incelenirler. Yanık yaraları derinliklerine bağlı olarak; 1.Derece, 2.Derece ve 3.derece yanık olmak üzere üç grupta incelenebilirler.

- 1. derece yanıklar: Derinin 1.katı (epidermis) yanmıştır. Kuru, hafif ve ödemli yanık türüdür.

¹, “Adli Travmatoloji”; <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/4.html>, (22.10.2014)

², “Adli Travmatoloji”; <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/4.html>, (22.10.2014)

³, “Yanık”; <http://www.yaniktedavi.com/nedir.html>, (22.10.2014)

- 2. derece yanıklar: Derinin 1.katı (epidermis) ve 2.katı (dermis) yanmıştır. Deride kabarcıklar (büller) oluşmuştur.
- 3. derece yanıklar: Deride kuru, sert bir vasıf oluşmuştur. Deri dokusu, adaleler, hatta kemiğe kadar yanmalar oluşabilir.’’¹

Meydana gelen yanık vakaların çoğu basit müdahalelerle tedavi edilebilmekte ve adli olgu olarak düşünülmemektedir. 112 ASH ekiplerinin gittikleri vakalarda ve acil servislerde özellikle çocuk ve yaşlı hasta yanıklarını ihmal ve istismar yönünden irdelemek gerekir. “Yanıklara bağlı ölümlerde, adli tıp açısından sorun, cesedin canlı veya ölümü olarak yandığıdır. Bu ayırımın yapılabilmesi için geliştirilmiş olan klasik yöntemlerden en önemlisi yanarak ölmüş kişinin kanında karbon monoksit aranması ve vital reaksiyonların araştırılmasıdır.”²

2.4. Elektrik Çarpması

Elektrik çarpmalarına bağlı yaralanmalar veya ölümler genellikle kazadır. Elektrik akımı vücudun bir yerinden girip diğer bir yerlerinden çıkarken iç organları yakarak ve kalp ve solunumu durdurarak ölümlere yol açmaktadır. Yüksek voltajlı elektrik çarpmalarında vücudun büyük bir kısmının yanması sonucu ağır yaralanmalar ve ölümler oluşabilmektedir. “Elektrik çarpmalarına maruz kalanlar genellikle küçük çocuklar, genç erişkinler ve çalışan bireylerden oluşmaktadır”³ Evlerde meydana gelen elektrik çarpmalarının çoğuna çocuklar maruz kalmaktadırlar. “Elektrik çarpmasına maruz kalmış kişiler genelde baygın olduklarından, elektrik tellerine asılı ya da elektrik tellerine temas halinde yerde yatar şeklinde bulunurlar. Bu durum göz önüne alınarak, yerde yatar şekilde baygın bulunan kişilere direk temas edilmemesinde fayda vardır.”⁴ Olay yerine giden 112 ASH ekipleri veya yardımda bulunmak isteyen çevredeki vatandaşlar bu tehlikeli durumu göz önüne alarak ortam ve çevre güvenliğine dikkat etmelidir.

¹, “Yanık”; <http://www.yaniktedavi.com/nedir.html>, (22.10.2014)

² A. Cingil, Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Adli Olgulara Yaklaşımları, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü (SBE), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), İstanbul, 2007, s. 22

³ K. Öngel - H. Mergen - T. Gürbüz, “Elektrik Çarpmalarına Yaklaşım”, Dirim Tıp Dergisi, S. 4, İstanbul, 2007, s. 398

⁴ Öngel – Mergen – Gürbüz, s. 399

2.5. Zehirlenme

“Bütün maddeler zehirdir. İlacı zehirden ayıran, dozdur.” Paracelsus (1493-1541) Zehirlenme Kimyasal, bitkisel ve hayvanların kendilerini korumak için ürettikleri maddelerin insan vücuduna istemli ya da istemsiz olarak girmesi sonucu meydana gelir. "Zehirlenme vücuda zehirli (toksik) bir maddenin girmesi sonucu normal fonksiyonların bozulmasıdır. Vücuda dışarıdan giren bazı yabancı maddeler, vücudun yaşamsal fonksiyonlarına zarar verebileceğinden zehirli (toksik) olarak kabul edilirler." ¹ Adli olaylarda veya şüpheli adli olgularda zehirlenmelerden şüphelenilmesi için bazı belirtiler görülmelidir.

“Hukuksal açıdan bir maddenin zehir olduğunun belgelenebilmesi için, madde şu özelliklere haiz olmalıdır:

1. Organizmaya etkisi fiziksel değil kimyasal olmalıdır.
2. Çok düşük dozlarıyla zehirlenme oluşturmalıdır.
3. Parenteral yol dışında ağızdan alımla, solunumla veya ciltten alındığında da toksik etki oluşturabilmelidir.
4. Organik veya inorganik maddelerden ya da canlıların ürettiği bir madde niteliğinde olmalıdır.” ²

Zehirlenmelerde zehirin yapısı, ne kadar temas ettiği, ne kadar maruz kaldığı ve hangi yollarla aldığı önemlidir.

2.5.1. Ülkemizde Sık Rastlanılan Zehirlenmeler

Türkiye’de en sık görülen akut zehirlenme etkenleri, Ulusal Zehir Merkezi (UZEM) verilerine göre sırasıyla şöyledir:

- “İlaçlar: Analjezikler, antidepresanlar, antihistaminikler, antihipertansifler, vb.

¹, “Zehirlenmeler”; <http://ailehekimligi.gov.tr/yal-ve-oezuerlue-bakm/564-zehirlenmeler-boecek-sokmas-ve-hayvan-%20isrmalarında-lk-yardm.html>, (14.11.2014)

² A. Yılmaz, “Adli Tıp Boyutu İle Zehirlenmeler”, Birinci Basamakta Adli Tıp Dergisi, S. 2, (Ed. S. Koç-M. Can), İstanbul, 2011, s. 166

- Tarım ilaçları ve böcek öldürücüler: Organofosfatlı, piretin gurubu vb.
- Ev içi kimyasallar: Çamaşır suyu, lavabo acıci, kireç çözücü, deterjan, naftalin vb.
- Zehirli gazlar: Karbon monoksit, boğucu gazlar.
- Diğer kimyasallar.
- Bitki ve besinler: Mantar, kayısı çekirdeği, salon bitkileri vb.
- Zehirli hayvan ısırıkları ve sokmaları: Akrep, yılan, örümcek, arı."¹

Zehirlenmelerde daha sık olarak kaza nedenli olguların yer aldığı görülmektedir. İkinci sırayı intihar alır, cinayet ise nadir görülür. 2008 yılında Ulusal Zehir Danışma Merkezinin yaptığı çalışmada zehirlenme nedenlerine göre şu şekilde sıralanmıştır. "Vakaların % 57.68'i intihar (kasti), % 37.82'si kaza, % 0.17'si iyatrojenik, % 0.03'ü mesleki, %0.02'si çevresel, % 2.30'u yanlış kullanım, % 0.12'si bağımlılık, % 0.52'si advers etki, % 0.54'ü ise diğer ve bilinmeyen nedenlere bağlı zehirlenmelerdir. İntihar vakalarının % 76.26'ı kadın, % 23.02'si erkeklerden oluşmaktadır. İntihar vakaları 15-19 (% 31.48), 20-29 (% 36.68) ve 30-39 (% 14.75) yaş grubunda dikkat çekmektedir. İntihar yaşının sekiz yaşa kadar inmiş olması da diğer önemli bir bulgudur. Kaza vakalarında kadın ve erkeklerin oranı % 47.86 ve % 47.81'dir. Kaza yoluyla olan zehirlenmelerde iki yaş (% 23.20) ve üç yaş (% 25.86) oranları dikkat çekicidir. Erişkin genç nüfusta görülen yanlış kullanıma bağlı ilaç zehirlenmeleri ayrıca değerlendirilmelidir."²

Kazaya bağlı ölümler içerisinde; çocukların yanlışlıkla ilaç yuttuğu olgular önemli bir yer tutmaktadır. Kökeni hem kaza hem de cinayet olarak görülebilen yiyecek zehirlenmeleri, bakteriler ya da toksinlerin yiyeceğe bulaşması sonucu ortaya çıkar. Ayrıca; zehirli mantarların yenmesine bağlı ölümler ülkemizde sıklıkla görülmektedir. İntihar amacıyla ilaç içme ülkemizde sıkça rastlanmaktadır. Çünkü, ilaçların elde edilmeleri kolaydır. İntihar olgularında kişi, hangi ilaca daha kolayca ulaşabiliyorsa onu kullanmaktadır.

¹ Yılmaz, s. 166

² N. Özcan - D. İkinioğulları, "Ulusal Zehir Danışma Merkezi 2008 Çalışma Raporu Özeti", Türk Hijyen ve Deneysel Dergisi, C. 66, Ankara, 2009, s. 29

2.5.2. Zehirlenmelerde Şüphelenilecek Durumlar

Beklenmedik şekilde ve zamanda ortaya çıkan bulantı kusma ve bilinç bulanıklıkları ve kayıpları ortaya çıkarsa zehirlenmelerden şüphelenmelidir. Aynı aileden veya aynı ortamda bulunan kişilerden alınan öykülerin aynı olması, aynı belirtileri göstermeleri durumunda zehirlenmelerden şüphelenmelidir. Ani ve sebepsiz ölümlerde olay yeri değerlendirilmeli kimyasal maddeler, zirai ilaçlar, tıbbi ilaçlar ve bu ilaçların yan etkisi sonucu ölümlerin olabileceği düşünülmeli ve güvenlik güçlerine haber verilmelidir. Zehirlenmeler adli olgudur bu sebeple adli makamlara bildirilmesi yasal zorunluluktur.

2.6. Delici - Kesici Alet Yaralanmaları

Yara, vücutta doku yapı ve bütünlüğünü bozan her türlü lezyon olarak tanımlanabilir. “Bir travma sonucu deri ya da mukoza bütünlüğünün bozulmasıdır.”¹ Sivri uçları ile delerek, keskin yüzleri ile kesen aletlere kesici-delici aletler denilmektedir. Bıçak, makas gibi aletler örnek verilebilir. Bu türdeki yaralarda yaranın derinliği, boyuna oranla daha fazladır. Yaranın derinliği, kendisini meydana getiren aletin uzunluğu ile eşit, az veya fazla olabilir. Bu durumda eşit olması aletin sapına kadar battığını; az olması ise, tamamen batmadığını gösterir. Fazla olması için ise cildin ve dokuların içeriye doğru esnemesi gerekir.

Delici alet yarası; vücudun çivi, şiş, bıçak, tornavida, gibi keskin ya da bazı noktaları delici olan aletlerle deri ve kas bütünlüğünün delinmesi ve kesilmesi sonucunda oluşan yaralara denilmektedir. Yaranın derinliğinin uzunluğundan fazla olması beklenir ve yarayı meydana getiren aletten büyük olabilir. Ezici alet yaralanmaları ise ağırlıkları fazla olan cisimlerin veya iki cisim arasında kalarak uzuvların ezilmesi sonucu bütünlüğünün bozulmasına denilir, Örnek: taş, sopa, tekme, yumruk trafik kazaları, iş kazaları vb.

"Adli Tıptaki Önemi:

- Travmanın isabet ettiği yeri gösterir.

¹, “Yara Nedir”; http://www.ilkyardimkursu.net/yara_nedir.html, (22.10.2014)

- Travmanın canlı iken yapıldığını gösterir.
- Aletin şekli hakkında bilgi verebilir.
- Travmanın ne amaçla yapıldığını gösterebilir.
- Travmanın uygulandığı zamanı tahmin etmemize yardımcı olur.”¹

2.7. İş Kazası

Önceden planlanmamış bir şekilde gerçekleşen, çalışmada yaralanmalara, uzuv kayıplarına ve ölümlere neden olabilen kazalara iş kazası denilmektedir. "Uluslar Arası İş Örgütü iş kazasını planlanmamış ve beklenmeyen bir olay sonucu sakatlanmaya ve zarara neden olan durum" şeklinde tanımlamış ve iş kazası olgularının adli-tıbbi önemini vurgulamıştır. İster yaralanma, ister ölümle sonuçlansın, tüm iş kazaları "adli" nitelikli olgulardır." ² Adli vaka olarak değerlendirilen iş kazalarında ezilme vakaları ilk sırada yer almaktadır. "Türkiye’de 2009 yılında meydana gelen İş kazalarının nedenlerine bakıldığında; bir veya birden fazla cismin sıkıştırması, ezmesi, batması, kesmesi 19.301 kişi ile ilk sırayı alırken, düşen cisimlerin çarpıp devirmesi ise 11.392 kişi ile ikinci sırayı almaktadır. İş kazalarının nedeni bilinmeyenler (diğer) grubunda değerlendirilmiştir ve 8.556 kaza ile yer almaktadır. Bu kadar diğer grubunda yer alan verinin varlığı, işletmelerde iş kazalarına yönelik kayıt ve istatistik işlemlerinin uygun yapılmadığını göstermektedir”³ Ülkemiz iş kazalarını azaltmak için iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili farkındalık oluşturmalıdır

2.8. Cinsel Saldırı

Cinsel istismar kişilerin başkası ya da başkaları tarafından kötüye kullanılması, suiistimal edilmesi, maruz kalan kişinin istemediği halde karşısındakinin cinsel eğilimlerine maruz kalması sonucu gelişen kesinlikle adli nitelikte olan olaylardır. “Cinsel saldırı, rızası olmayan veya yaşının küçüklüğü veya

¹ Cingil, s. 26

², “ İş Kazaları”; <http://isguvenligiuzmani.org/2008/09/23/is-kazalari/>, (22.10.2014)

³ Ü. Karakurt - S. Sata - A. Bilen - A. Açıkalin - M. Gülen, "Acil Tıp ve İş Kazaları", The Journal Of Academic Emergency Medicine, C. 11, S. 4, Ankara, 2012, s. 227

akıl hastalığı nedeniyle rızası var kabul edilmeyen bir kişinin fiziksel güç kullanımı, tehdit, korku veya hile ve kandırma gibi zorlamalarla cinsel içerik taşıyan bir davranışa maruz kalmasıdır."¹ Kısacası bir kişinin vücut dokunulmazlığının ihlal edilmesidir. Özellikle kadınlara karşı kullanılmaktadır. Kişiyi, aileyi, dolayısıyla toplumu etkileyen önemli bir toplumsal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Cinsel şiddet her toplumda ve her ülkede görülebilmektedir. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu m. 102'ye göre,"Cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlal eden kişi, mağdurun şikayeti üzerine, iki yıldan yedi yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır."² 16 yaşından küçüklerde ise mağdurun şikâyet etmesi beklenmeksizin soruşturma açılır.

Cinsel saldırı şüphesi ile sağlık kurumuna başvuranlardan hekimin iyi bir anamnez alması gerekmektedir. Olayın gerçekleşip gerçekleşmediğini anlaması, delilleri koruması, maruz kalan kişiye daha özenli davranması gerekmektedir. Örnek alınmasında ise; mağdurun üzerinde bulunan tüm sperm, kan ve kıl örnekleri vb. incelenir. "Bir cinsel saldırıdan sonra doğrudan bir sağlık kurumuna başvurulması durumunda, adli makamlara gerekli ihbar yükümlülüğünün gerçekleştirilmesi ile birlikte muayene bulgularının titizlikle kaydedilmesi gereklidir. Cinsel saldırılara uğrayan kişilerin çok az bir bölümünün adli makamlara başvurduğu bilinen bir gerçektir. Tıbbi muayenelerin, polis görüşmelerinin, mahkemelerin, savunma avukatlarının sorularına maruz kalmanın, saldırıya uğrayan kişiyi tekrar tekrar travmatize ettiği, bu sebeplerden dolayı kişilerin büyük çoğunluğunun da sessiz kaldığı bilinmektedir. Toplumun cinsel saldırı sonrası kişilere bakış acısı da başvuruların düşük olmasına neden olmaktadır."³ Devlet Cinsel saldırıya maruz kalan kişileri hukuki olarak korumalı ve kollamalıdır.

¹, "Cinsel Saldırıları"; <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/5.html>, (22.10.2014)

² N. Centel, "5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nda Cinsel Saldırı Suçu ve Cinsel Suçlar Değişiklik Tasarısı'nın Değerlendirilmesi", Türkiye Barolar Birliği Dergisi, Ankara, s.270

³ Ş. Sözen - E. Aksoy, "Cinsel Saldırılarda Hekim Sorumluluğu, Tıbbi ve Hukuki Yaklaşım", Klinik Gelişim Dergisi, C. 22, Özel Sayı, (Ed. S. Koç - M. Can), İstanbul, 2009, s. 101

2.8.1. Muayene Sırasında Fotoğraf Çekilmesi

Cinsel istismar olgularında delillerin korunması ve fotoğraflarının çekilmesi oldukça önemlidir. "Fotoğraf ile yapılan kayıtlar ileride kullanılabilir. Delil olarak kullanılacak fotoğrafların bu konuda uzmanlaşmış bir personel tarafından çekilmesi en idealidir. Ancak, bu her zaman mümkün değildir. Bu koşullarda hekimin ya da yardımcı sağlık personelinin hekimin yönlendirmesi ve kişilerin onamı alınmak koşulu ile fotoğraflamayı yapması mümkündür."¹ Kişinin adli muayenesi sırasında sosyal hizmet uzmanı veya psikolog bulunması sağlanmalıdır.

2.8.2. Muayenenin Amacı

Cinsel saldırı vakalarında delillerin korunması, şüphelinin yakalanması, saldırının şekli vb. incelenmesi için yapılan muayene ve muayenenin amacının bilinmesi gerekmektedir.

- "Tıbbi delilleri korumak,
- Fiziksel travmanın tıbbi bulgularını belirlemek,
- Oral, vajinal ve anal penetrasyonun fiziki bulgularını saptamak,
- Ruhsal travmatik bulguları saptamak, mental durum incelemesi yapmak,
- Saldırıyı ve saldırganın kimliğini kanıtlayabilecek materyali toplamak, örnek almak, incelemek,
- Uyuşturucu, uyuşturucu ve alkol gibi Merkezi sinir sistemine etkili maddelerin belirlenmesi için örnek almak,
- Gerekiyorsa yaş tespiti yapmak."²

2.8.3. Kişinin İzninin Alınması

Kişilerin isteği dışında muayene hiçbir şekilde mümkün değildir. Kişiye, yapılacak tıbbi incelemeler, muayeneler, muayenelerin nasıl yapılacağı hakkında bilgi verilmeli ve rızası alınmalıdır. Bu rızanın yazılı olarak alınması ve saklanması gereklidir. Bu amaçla önceden hazırlanmış formların kullanılması uygundur.

¹ Ş. Sözen - E. Aksoy, "Cinsel Saldırılarda Hekimin Sorumluluğu Tıbbi ve Hukuki Yaklaşım", Birinci Basamakta Adli Tıp Dergisi, (Ed. S. Koç - M. Can), İstanbul, 2011, s. 203

² Sözen - Aksoy, s. 102

“Muayene için rıza alınırken ve muayene sırasında bir hemşirenin ya da bayan bir sağlık personelinin de odada bulunması faydalı olacaktır. Diğer tüm muayenelerde olduğu gibi kolluk kuvvetleri kesinlikle muayene odası dışında bulunmalıdır. Eğer mağdur bir çocuk veya genç kız ise; annesi veya yakını muayene sırasında odada kalmak isteyebilecektir. Bu isteği hoş karşılanmalı ve çocuğun rızası ile müsaade edilmelidir.”¹ 16 yaşından küçük çocuklarda ise uzman pedagogların bulunması çocuk psikolojisi açısından önemlidir.

2.9. Aile İçi Şiddet

Kişinin kendi aile bireylerine yaptığı fiziksel ve sözlü şiddetin yanı sıra tehditlerde aile içi şiddetine girer. “Aile üyelerinden biri tarafından aynı ailedeki bir diğer üyenin yaşamını, fizik veya psikolojik bütünlüğü veya bağımsızlığını tehlikeye sokan, kişiliğine veya kişilik gelişimine ciddi boyutlarda zarar veren eylem ya da ihmaldir.”² Aile içi şiddet olaylarında kişilerin mahremiyet alanına girdiği için şikayet yada ihbar olayları çok görülmemektedir. “Aile içi şiddet, uygulanişına göre genelde 5 alt grupta değerlendirilir.

(a) Fiziksel şiddet: Dövme, tokatlama, tekmeleme, yakma gibi eylemlerdir. En sık uygulanan şiddet türüdür.

(b) Cinsel şiddet: Cinsel istek doğrultusunda yapılan şiddet türüdür.

(c) Duygusal istismar: Aşağılama, kıskançlık, sürekli eleştirme, sevgi göstermeme gibi şiddet türüdür.

(d) Ekonomik istismar: Özellikle yaşlılara karşı uygulanan bir şiddet türüdür. Kişinin parasını yöneltmek ve el koymak, kazanç sağlamasına engel olmak gibi eylemlerdir.

(e) İhmal: Kişinin maddi ve sosyal ihtiyaçlarını gidermeme durumudur. Genellikle yaşlı ve çocukların maruz kaldığı bir istismar türüdür.”³

Aile içi şiddete maruz kalanlar genelde; kadınlar, çocuklar ve yaşlılardır. Nadiren de olsa aile içindeki erkeklere de şiddet uygulandığı görülmüştür. Kadına

¹ Sözen - Aksoy, s. 203

² M. Akın, "Aile İçi Şiddet", İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, C. 71, S. 1, İstanbul, 2013, s. 29

³, “Aile İçi Şiddet”; <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/6.html>, (22.10.2014)

yönelik şiddet: “WHO (Word Health Organization)’nun 2002 yılı raporuna göre; kadınların yaklaşık %47’si ilk cinsel ilişkilerinin zorla olduğunu, kadın cinayet kurbanlarının yaklaşık %70’i erkek partnerleri tarafından öldürüldüğü belirtilmiştir. WHO’nun 2005 yılında ki “Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet Raporuna göre de; kadınlar arasında yaşam boyu fiziksel şiddet görme sıklığı % 6-59 arasında saptanmış ve kadınların eşleri tarafından “yumruklanma”, “tekmelenme”, “yerde sürüklenme”, “silahla tehdit edilme” gibi ağır şiddet şekillerinin uygulanma sıklığı % 4-49 arasında olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada cinsel şiddet sıklığı ise; % 6-59 oranında olduğu belirlenmiştir (WHO 2005). Görüldüğü gibi dünyanın her tarafında şiddet, kadınlar için evrensel bir sorun olarak süregelmektedir. Dünya üzerinde kadına yönelik şiddetin görülmediği ülke yok gibidir.”¹ Kadına şiddet olaylarında caydırıcı cezalar konmasına rağmen fazla önlenememiştir. “Çocuk istismarı; fiziksel, cinsel ya da duygusal istismar olarak, çocuk ihmali ise fiziksel ya da duygusal ihmal olarak ayrılmaktadır. İstismar ve ihmalin bu farklı şekilleri yalnız aileleri değil, toplumu, sosyal kuruluşları, yasal sistemleri, eğitim sistemini ve iş alanlarını da etkileyen bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır.

Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin ana babası ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından sağlığına zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğraması, yaralanması ya da yaralanma riski taşımasıdır. Bu hasar, elle ya da bir nesneyle vurularak, itilerek, sarsılarak, yakılarak ya da ısırılarak oluşabilmektedir.”²

Yaşlılar: Yaşlılık dönemi bireylerin bağımlılığının arttığı bir dönemdir. İstismara uğrayan yaşlıların pek çoğu, hastalık ya da sakatlık yüzünden savunmasız durumda olan ve istismarcı ile aynı evi paylaşan kadınlardır. Yaşlılar, çoğunlukla ailesinin yanında hekime başvurduklarından sorunu anlatmaktan korkabilmektedirler.

¹ M. Dişsiz - N. Hotun Şahin, “Evrensel Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Kadına Yönelik Şiddet”, Maltepe Üniv., Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, C. 1, S. 1, İstanbul, 2008, s. 53

² Y. Taner - B. Gökler, “Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönler”, Hacettepe Tıp Dergisi, C. 35, S. 2, Ankara, 2004, s. 82

2.10. Malpraktis

Son yıllarda sağlık personeli arasında yeni duyulan ve yeni bilinmeye başlayan bir olgu malpraktis kısaca hekim ve sağlık personeli tarafından hastalara uygulanan müdahale hataları denilebilir. Türk Tabipler Birliğinin meslek etiği kurallarında ise bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi, hekimliğin kötü uygulanmasıdır denilmektedir. Daha geniş bir tanımda ise: "Kusurlu bir davranış ilaç komplikasyonu ve yan etkilerinin göz ardı edilmesi, ameliyat öncesi ameliyathanenin denetlenmemesi, malzemenin sterilize edilmemesi, hijyenik şartlara uyulmaması, hastaya yeterli bilgi verilmemiş olması, operasyon sırasında hastanın vücudunda bazı cihazların unutulması, operasyonda önemli bir sinirin veya arterin kesilmesi, hareketsiz kalması gereken hastanın hareket ettirilmesi, ameliyat anında dikkati dağıtacak ölçüde şakalaşmak sağlık hizmetinde ayıplı ifa, tıp mesleğinin icrasında uyulması gereken kurallara uygun davranmamaktır."¹ Yanlış tedavi veya bakım, uygulamada ve bakım hizmetinde gecikme, gerekli olmayan ve order edilmeyen uygulamayı yapmak, tehlikeli veya elverişsiz anestezi kullanmak, gerektiğinde acil tedbirlere başvurmamak gibi tanımlanabilir.

Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının hasta üzerinde yaptıkları tıbbi müdahaleler hastanın onamı alındıktan sonra yapılmalıdır. Alınan bu onam hasta üzerinde her türlü müdahaleyi yapacağı anlamına gelmemektedir. Yapılacak tıbbi müdahale yine bilgilendirmeyi yapan kişi tarafından yapılmalıdır. Yapılan tıbbi hatalarda ise sağlık personeli idari mali ve hukuki yaptırımlara maruz kalabilmektedir.

2.11. Aydınlatma ve Onam

Tıbbi müdahalenin hukuka uygun hale gelebilmesi için bazı şartların yerine gelmesi gerekmektedir.

- "Tıbbi müdahalenin bir sağlık personeli tarafından yapılması
- Tıbbi bilimin verilerine göre gerekli ve bu verilere tıbbi müdahale

¹ Y. Deryal, "Hemşirelerin Hukuki Sorumlulukları" III.Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara, 2011, s. 429

- Aydınlatılmış hastanın rızası"¹

Tıbbi müdahalenin uygun hale gelmesi için yukarıda belirtilen şartlar gerçekleşmelidir. Yapılan tıbbi müdahalenin hukuk kurallarına uygun olması ve hastanın yararına olması gerekir. "Müdahalenin hukuk düzenince kabul görmesi, hastanın o müdahaleye rıza vermesi ile mümkün olacaktır. Ancak, rıza tek başına yeterli değildir. Bunun mutlak surette hukuken geçerli olabilmesi için hastanın ayrıntılı biçimde aydınlatılmış olması gerekmektedir."² Aydınlatma ve onam sadece hekim tarafından yapılmalıdır. Hekim dışı yapılan aydınlatma onam sadece hekim tarafından yapılır. Aydınlatma ve onam tıbbi müdahale yapılan hastaya yapılır. Sadece reşit olmayan, kısıtlı olan, kişilere velisi ya da vasisinin onayı ile yapılır.

2.12. 112 Acil Sağlık Personelinin Adli Olaylarda Karşılaştıkları Zorluklar

112 sağlık personeline adli vakalarda en çok hasta yakınları ve çevredeki vatandaşlar zorluk çıkarmaktadır. Güvenlik güçlerinin zamanında olay yerine gelmemeleri, hasta yakınlarının ajite olması ve çevredeki vatandaşların yardımcı olmak isterken olaylara fazlaca duygusal yaklaşımları sonucu 112 ekiplerine hoş olmayan davranışlarda bulunmaktadırlar. Hastane acillerinde ise, adli vakalar teslim alınırken genellikle acil servis hekimleri tarafından zorluk çıkarılmakta ve 112 ekiplerine sözlü olarak mobbing uygulanmaktadır. Acil servislerin amacı dışında kullanılması, hasta yoğunluğu ve yeterli sağlık çalışanının olmamasının yanında acil servislerde görev yapan hekimlerin sorumluluktan kaçınması ve resmi prosedür işlemlerinin çokluğu nedeniyle bu tip vakalar hastane acil servisleri tarafından istenmemektedir.

2.13. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

Çalışanların sağlığı ve güvenliği, Sağlık bakanlığı tarafından 2012 yılında çıkarılan genelge ile sağlık çalışanlarının sağlık hizmetlerini sunum sürecinde

¹ H. Hakeri, Tıp Hukuku, Ankara, 2012, s. 256

² Ç. Gürsel, "Hasta Hakları Olarak Aydınlatılmış Onamın Önemi", II.Ulusal Hukuk Sempozyumu, A'dan Z'ye Sağlık Hukuku Sempozyum Notları, İstanbul, 2007, s. 176

muhtemel risklerin en aza indirilmesini, çalışan güvenliğinin ve motivasyonunun en üst düzeyde tutulmasını ve çalışan farkındalığının artırılmasını hedefleyen, kişinin fiziksel ve psikolojik açıdan zarar görmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel olan sözlü veya fiili hareketler olarak tanımlanmaktadır. Bununla ilgili 6331 sayılı iş sağlığı ve güvenliği kanunu yayınlanmıştır. “Bu Kanunun amacı; işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenlemektir.”¹ Bu genelge ile sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin önüne geçmek için hazırlanmıştır.

2.14. Beyaz Kod Uygulaması

Sağlık kurumlarında, 112 acil yardım ambulanslarında fiili saldırı, şiddet ve sözlü tacizlere maruz kalan sağlık personellerinin gerekli güvenlik önlemlerinin alınması ve korunması için uygulanan acil yönetim sistemidir. Bu sistemi aktif hale getiren sağlık personelinin şikâyeti olup olmadığına bakmaksızın kurum amirleri tarafından adli birimlere bildiri zorunludur. Hizmet sunumunda Şiddete maruz kalan sağlık personeli acil verilmesi gereken hizmetler hariç hizmet sunumundan çekilme talebinde bulunabilirler. "Bakanlık hukuk birimleri, işlenen suçtan mağdur olan bakanlık personeline veya vefatı halinde kanuni mirasçılara bir avukatın hukuki yardımını isteyip istemediğini soracak ve talep etmeleri halinde bakanlık avukatlarınca ilgili personele 28.04.2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik çerçevesinde hukuki yardımda bulunmaktadır.”²

Uygulama ise şiddete maruz kalan sağlık personeli şikayet etmekten başının belaya gireceği düşüncesi ile kaçınmaktadır. Beyaz kod uygulaması ile sağlık çalışanları şiddet gösteren vatandaşlar mahkemelerde yüz yüze gelmektedirler. Sağlık çalışanları bu durumdan rahatsızlık duyduklarından beyaz kod uygulamasına karşı isteksiz davranmaktadırlar. Beyaz kod uygulamasındaki tüm süreçlerde şiddeti

¹, “İş Sağlığı ve Güvenliği”; <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.6331&MevzuatIliski=0&source XmlSearch=>, (22.10.2014)

², “Alo 113”; <http://www.beyazkod.saglik.gov.tr/alo113.aspx>, (22.10.2014)

uygulayan ile mağdurun yüz yüze getirilmemesi uygulamanın başarısı ve sıhhati açısından en uygun yöntem olacaktır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KONYA 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ ADLI OLGULAR KONUSUNDAKİ BİLGİ, BECERİ DÜZEYLERİ ve KARŞILAŞTIKLARI ZORLUKLAR

1. KONYA 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNE İLİŞKİN TEMEL BİLGİLER

1.1. Konya 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

Konya ASH hizmetleri 22.02.1998 yılında Konya merkezde kurularak 1 adet KKM ve 6 adet 112 ASH istasyonu ile birlikte yaklaşık olarak 110 sağlık personeli ile birlikte hastane öncesi acil sağlık hizmetlerini vermeye başlamıştır. İlk yıllarda taşrada 112 ASH istasyonu açılmamıştır. Her geçen yıl merkezde ve taşrada yeni istasyonlar açılarak 58 aktif istasyon sayısına ulaşılmıştır. İlde 2 tanede özellikli ambulans istasyonu ve 1 de hava ambulansı bulunmaktadır.

1.2. Konya 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin, İnsan Kaynakları Yapısı

Tablo 1. 2011-2012-2013 Yıllarında Konya İlinde Çalışan Personel Durumu

ÜN VAN	Personel Sayılar 2011	Unvan Yüzdesi	Personel Sayılar 2012	Unvan Yüzdesi	Personel Sayılar 2013	Unvan Yüzdesi
HEKİM	43	7,40%	39	6%	25	3,90%
AABT	90	15,60%	81	12,50%	84	12,80%
ATT	353	61,20%	433	67%	456	70%
SM/HEMŞİRE	91	15,80%	94	14,50%	87	13,30%
TOPLAM	577	100	647	100	652	100

Kaynak: Konya İl Sağlık Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimliği, Arşiv Belgeleri, 2014

Konya 112 ASH'de çalışan personel sayısı yıllara göre artarak günümüze gelmiştir. Personel artış hızı son 1-2 yılda oldukça yavaşlamıştır. 112 ASH istasyonlarında aktif olarak çalışan tüm sağlık meslek grupları içinde ATT'ler en

fazla sayıdaki ve baskın grubu oluşturmaktadır. 112 ASH'de ATT sayısı her geçen yıl biraz daha artmaktadır. Diğer sağlık meslek gruplarında ise yıllara göre düşüş görülmektedir. 2011 yılından itibaren istasyonlarda faal olarak çalışan hekim, sağlık memuru ve hemşire sayıları hem sayısal hem de yüzde olarak düşmeye başlamıştır. Sağlık memuru ve hemşire gibi bazı çalışanlar ise kurumda geçici görevli olarak çalışmaktadırlar. Türkiye'de 112 acil sağlık hizmetleri sistemi giderek genişlemekte, personel sayısı artmakta ve bu hizmetlerden yararlanan kişi sayısı giderek artmaktadır.

1.3. Konya İline Ait Vakaların Çağrı Nedeni Dağılımı

Tablo 2. 2011-2012-2013 yılı Konya İline Ait Vakaların Çağrı Nedeni Dağılımı Tablosu

ÇAĞRI NEDENİ	VAKA SAYISI 2011	VAKA YÜZDESİ 2011	VAKA SAYISI 2012	VAKA YÜZDESİ 2012	VAKA SAYISI 2013	VAKA YÜZDESİ 2013
Medikal	73406	73,68%	91188	74,75%	102.295	76,36%
Trafik Kazası	10845	10,89%	12530	10,72%	12886	9,62%
Diğer Kazalar	8740	8,78%	11.234	9,21%	12049	8,99%
Diğer	1236	1,24%	662	0,54%	427	0,31%
Yaralanma	2372	2,38%	2445	2,00%	2623	1,95%
İntihar Girişimi	1371	1,38%	1559	1,28%	1585	1,10%
Sağlık Tedbiri	791	0,79%	1278	1,05%	793	0,73%
İş Kazası	629	0,63%	776	0,64%	918	0,58%
Yangın	216	0,21%	237	0,19%	338	0,13%
Protokol	22	0,02%	66	0,05%	35	0,02%
<i>GENEL TOPLAM</i>	<i>81.329</i>	<i>100</i>	<i>121975</i>	<i>100</i>	<i>133949</i>	<i>100</i>

Kaynak: Konya İl Sağlık Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimliği, Arşiv Belgeleri, 2014

Konya ilinde 2011 yılında toplam vaka çağrı sayısı 99628 iken 2013 yılında 133949 vaka sayısına çıkmıştır. 2 yıl içinde vaka çağrı oranında %74.37 artış yaşanmıştır. Bu veriler sonucu vatandaşın 112 acil yardım sisteminden yararlanma oranı artmış olduğu gözükmemektedir. 2011 yılında 23957 (% 24.04) adli olay ya da adli olay olmaya aday vaka sayısı 2013 yılında 30061 (%22.44) sayısına ulaşmıştır. Bu oranlara göre her 5 vakadan 1'inin adli vaka olması muhtemel gözükmemektedir. Bu

kapsamda sağlık personelinin adli olaylara yaklaşım ve bilgisinin olması bir zorunluluktur. Her geçen yıl vaka sayıları bir önceki yıla göre artış göstermektedir.

2. KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK PROFİLLERİ

2.1. Katılımcıların Cinsiyet, Yaş ve Medeni Durumları

Bu bölümde 112 ASH istasyonlarında çalışan sağlık personelinin kişisel demografik özellikleri yer almaktadır. Katılımcıların cinsiyet, yaş ve medeni durumları tablolar halinde verilerek analiz edilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Yüzde (%)
Erkek	148	33,9
Kadın	289	66,1
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Araştırmaya katılanların cinsiyet dağılımları incelendiğinde katılımcıların ağırlıklı olarak kadın olduğu görülmektedir. Bu oranlardan da anlaşıldığı üzere Konya 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde erkek sağlık çalışanlarından daha fazla kadın sağlık çalışanları bulunmaktadır. ATT ve AABT bölümlerine ğrenci alınırken cinsiyet ayrımı yapılmamakla birlikte bu bölümleri daha çok kadınların tercih ettiği görülmektedir. Sağlık bakanlığı personel alımlarında KPSS puanlama sistemi ile alım yaptığı için cinsiyet ayrımı gzetmemekte ve bu nedenle çalışma sahasında daha çok kadın çalışan yer almaktadır. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde sunulan hizmetler arasında bayan çalışan sayısının fazla olması, beden gücüne dayalı hizmetlerin yer alması (taşıma, nakil vb.), bayanların doğum izni, süt izni durumlar birçok açıdan olumsuzluk teşkil etmektedir.

Tablo 4. Katılımcıların Yaş Düzeyleri

Yaş Dağılımı	Sayı	Yüzde (%)
17-20	48	11
21-25	147	33,6
26-30	135	31
31-35	60	13,7
36-40	35	8
41-45	5	1,1
46-50	4	0,9
50+	3	0,7
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Katılımcıların yaş dağılımları 8 grup halinde incelenmiştir. Bu gruplar içerisinde en fazla “21-25” yaş grubu çalışanların yer aldığı, bunu “26-30” yaş grubunun takip ettiğini görülmektedir. Bu yaş gruplarına bakıldığında 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde daha çok genç çalışanların görev yaptığı görülür. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hekimlerin ve SM/Hemşirelerin 112 ASH istasyonlarından çekilmesi kararı ile sahadaki tecrübeli personel sayısı azalmış ve yerlerine ATT ile AABT’lerden alım yapılmıştır. Bu meslek grubunun eğitim kurumlarının birçoğunun yeni olması sebebiyle çalışanların yaşlarının çoğunlukla 30’un altında olduğu görülmektedir. Bu durum mesleki tecrübenin etkin olarak kullanılmadığını göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı ATT ve AABT’leri KPSS sınavı ile mesleğe almaktadır. Bu sayede AABT ve özellikle ATT’ler liseden mezun olur olmaz atanabilmektedirler. Hatta araştırmada Konya il sınırları içinde ki bazı çalışanların 18 yaşından küçük olduğu ve mahkemelerden “Kaza-i Rüşt Kararı” alarak memuriyete başladıkları görülmüştür. ATT’lerin liseden mezun olur olmaz atanmalarının sahada tecrübe ve deneyim gerektiren acil yardım vakalarında ve özellikle adli olgularda bilgi ve meslek hatalarının ortaya çıkmasını neden olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 5. Katılımcıların Medeni Durumları

Medeni Durum	Sayı	Yüzde (%)
Evli	247	56,5
Bekar	190	43,5
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde 112 ASH istasyonlarında daha çok evli çalışanların yer aldığını görmekteyiz. Özellikle AABT ve ATT'lerin kendi aralarında evlenme oranları yüksek olduğu görülmüştür. 24 saat nöbet sisteminde çalışan eşlerin çoğu zaman nöbetlerini ayarlayamadıkları zaman iş memnuniyetlerinin azaldığı gözlemlenmiştir. Tablo 7 de görüldüğü gibi %43,6'sını 25 yaş altı sağlık personeli oluşturmaktadır. Bu durum bekar olma oranını yüksek çıkarmaktadır. Evli çalışanlar; bekârlara nazaran daha dikkatli, daha düzenli ve sorumluluk bilinci içinde hareket edebilmekte ve pek çok açıdan çalışma hayatında daha etkin davranabilmektedirler. Fakat, 112 ASH istasyonlarında kadın çalışanların sayısının erkek çalışanlardan fazla olması bayan çalışanların rol karmaşıklığı sebebiyle iş stresini daha fazla yaşaması gibi bazı olumsuz sonuçların oluşmasına da sebep olabilmektedir.

Tablo 6. Evli Olan Katılımcıların Çocuk Sayıları

Çocuk Durumu	Sayı	Yüzde (%)
Var	234	94,7
Yok	13	5,3
<i>Toplam</i>	<i>247</i>	<i>100</i>

Evli olan katılımcıların genel olarak çocuk sahibi oldukları görülmektedir. Yeni evlenenlerin çocuk sahibi olmadıkları gözlenmiştir. 112 ASH istasyonlarında çalışan sağlık personelinin çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Bu durum 24 saat nöbet tutan sağlık personelinin çocuk yapma oranını arttırmıştır. Mesai çalışan memurlara göre çocuklarıyla beraber olma oranları daha fazla olmaktadır. Çalışma saatlerinin uygunluğu sebebiyle bakıcı ve kreş ihtiyacı daha az olmaktadır. Çocuk sahibi olan çalışanların sorumluluk bilinciyle hareket ettikleri ve iş düzeninde daha özenli davrandıkları gözlemlenmiştir.

2.2. Katılımcıların Unvanları, Çalışma Süreleri, Çalıştıkları Birim ve Aldıkları Eğitimler

Bu bölümde 112 ASH istasyonlarında çalışan sağlık personelinin meslekleri ile ilgili demografik özellikleri yer almaktadır. Katılımcıların unvanları, çalışma süreleri, çalıştıkları birim ve aldıkları eğitimler tablolar halinde verilerek analiz edilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların Mesleki Dağılımı

Mesleki Dağılım	Sayı	Yüzde (%)
Hekim	21	4,8
ATT	290	66,4
AABT	77	17,6
SM/Hemşire	49	11,2
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

2007 Yılından itibaren 112 ASH istasyonlarından SM/Hemşireler çekilerek yerlerine AABT ve ATT'ler atanmaya başlamıştır. ATT'ler Tablo 1 de görüldüğü gibi 112 istasyonlarında çalışanların büyük çoğunluğunu oluşturmaktadır. Özellikle ilçe istasyonlarında AABT bulunmamaktadır. Bu istasyonlarda AABT mezunlarının az olması sebebiyle yerlerine ATT'ler görev yapmaktadır. AABT 'lerin sistemde az olmasının sebeplerinden bir tanesi mezun sayısının az olmasıdır. Diğer bir neden ise Konya ilinin hizmet bölgeleri sıralamasında ve personel doluluk oranlarında üst sıralarda bulunması nedeniyle personelinin diğer illere alt bölge tayini isteyerek gitmeleridir. Özellikle AABT'ler alt bölge tayinleri sebebiyle ilçe istasyonlarında sınırlı sayıda kalmıştır. Tablo 1 de ki veriler ışığında hekimlerin istasyonlardaki sayıları her yıl azalma göstermektedir.

Tablo 8. Katılımcıların Kurumlarındaki Çalışma Süresi

Çalışma süresi	Sayı	Yüzde (%)
0-1 Yıl	72	16,5
2-5 Yıl	205	46,9
5-10 Yıl	130	29,7
11-15 Yıl	21	4,8
16-20 Yıl	7	1,6
21 Yıl Üzeri	2	0,5
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Katılımcıların çalışma süresinin henüz bir kaç yılı geçmediği büyük bölümünün çalıştıkları kurumlarda henüz yeterli tecrübeye sahip olmadıkları sahadaki tecrübeli personel sayısının az olduğu görülmektedir. 10 yıl ve üzeri çalışan sayısının azlığının nedeni ise Sağlık Bakanlığının Hekim ve SM/Hemşireleri sahadan çekip çalışma hayatındaki tecrübesi çok fazla olmayan ATT ve AABT’lerin alınması gösterilebilir.”0-5 yıl” çalışanların oranları gözden geçirildiğinde şuan ki çalışan personelin yaklaşık % 50 sini oluşturduğu görülür. Acil Sağlık Hizmetlerinin hizmet alanı değerlendirildiğinde hayati açıdan önem teşkil eden ve hata kabul etmeyen bir sistem olması nedeniyle tecrübenin önemi daha da öne çıkmaktadır.

Tablo 9. Katılımcıların Görev Yaptıkları Birim

Çalıştığı Birim	Sayı	Yüzde (%)
Merkez	175	40
Taşra	262	60
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Katılımcıların çalıştığı birim dağılımı incelendiğinde araştırma alanımızda daha çok taşrada çalışanların fazla olduğu görülür. Çalışma sahamız değerlendirildiğinde toplamda faal olarak 58 ASH İstasyonu bulunmaktadır. Merkez ilçe sınırları içinde toplam 21 ASH istasyonu taşrada ise 35 ASH istasyonu yer almaktadır. Bu sayılar göz önüne alındığında taşrada çalışan sağlık personeli sayısının yüksek olma sebebi ortaya çıkmaktadır

Tablo 10. Katılımcıların Unvanlarına Göre Kurslardaki Aldıkları Eğitimlerin Dağılımı

Unvanlarına Göre Kurslardaki Aldıkları Eğitimler	ERD	TRK	TYD	ÇİLYAD
Hekim	20	17	18	17
AABT	61	53	66	56
ATT	151	175	247	185
SM/Hemşire	28	34	35	33
<i>Toplam</i>	<i>240 (%59.5)</i>	<i>274 (%63.89)</i>	<i>366 (%83.8)</i>	<i>291 (%62.5)</i>

Katılımcıların unvanlarına göre en çok TYD eğitiminin alındığı görülmektedir. Takiben ÇİLYAD, TRK ve ERD eğitimleri yer almaktadır. Araştırma da unvan dağılımına göre en çok ATT ler eğitim almıştır. ATT, AABT, SM/Hemşirelerin en çok TYD eğitimi aldıkları hekimlerin ise daha çok ERD eğitimi aldığı görülmektedir. Araştırmaya katılanların 151'i (%34,6) sağlık bakanlığınca verilen 4 eğitimin tamamını almış, 19 kişi (%4,3) hiçbir eğitimi almamıştı. Eğitimlerden en fazla alınan %83,8 (366) ile TYD idi. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlan Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ in 8. AABT ve ATT için mezuniyet sonrası zorunlu eğitim programları: Ambulans Kullanımı ve Bakımı Eğitim Programı (AABT/ATT), Temel Eğitim Programı (AABT/ATT), Erişkin İleri Yaşam Desteği Eğitim Programı (AABT), Çocuk İleri Yaşam Desteği Eğitim Programı (AABT), Travma İleri Yaşam Desteği Eğitim Programı (AABT) 'dır.

AABT'lerin bu eğitim programlarının tamamına katılımları zorunludur. ATT'ler için zorunlu eğitim programları ise; Ambulans Kullanımı ve Bakımı Eğitimi Programı ve Temel Eğitim Programlarıdır ve bu programlara AABT'ler ile birlikte katılabilirler. AABT'ler, Temel Eğitim Programı, Erişkin İleri Yaşam Desteği Eğitim Programı, Çocuk İleri Yaşam Desteği Eğitim Programı ve Travma İleri Yaşam Desteği Eğitim Programlarını en geç üç yıl içinde tamamlamak ve sertifika almak zorundadır. Sağlık bakanlığının 10.04 2012 tarihinde Ambulanslar ve Acil sağlık araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğindeki yaptığı değişiklikle 4 tane temel

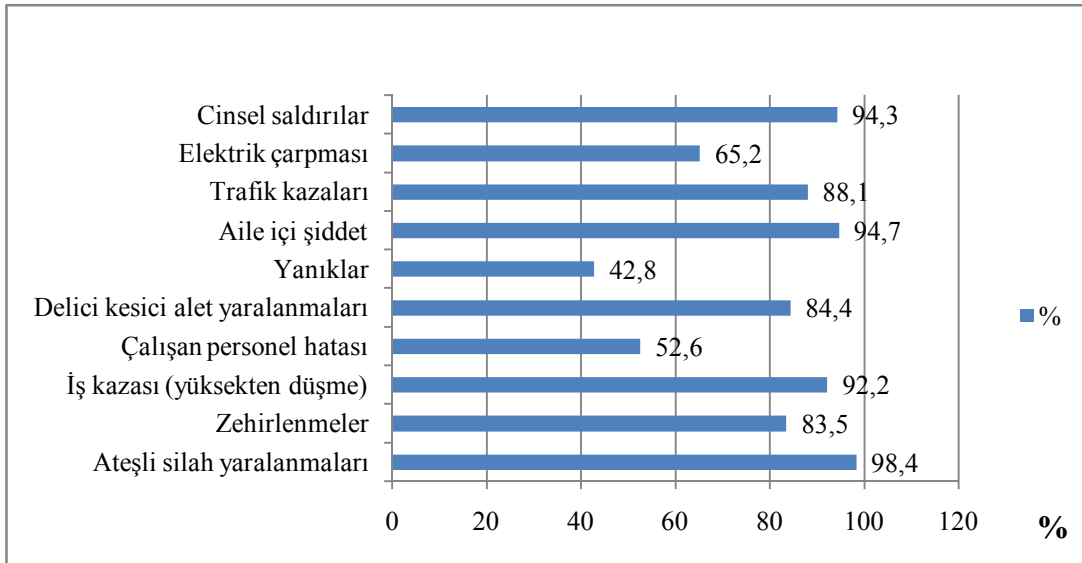
modül eğitimi alan ATT' ye hekim ve AABT olmadığı durumlarda hastaya müdahale yetkisi vermiştir. Verilen yetkiyle ATT'ler acil durumlarda AABT yetkisi kullanmaya başlamışlardır. Bu durum, 2 yıl ön lisans eğitimi alan AABT'lere haksızlık olarak gözükmektedir. 4 temel modül eğitimi verilerek bakanlık tarafından AABT yetkisi verilmesi bu kadrolarda çalışan sağlık personelinin açısından haksızlıktır. Sağlık bakanlığı bu kararlar üzerindeki sorumluluğu ATT'lere atmaktadır. Aynı temel eğitimler AABT'lere de verilmektedir, o zaman bu mantıkla, AABT'lere daha geniş ve yetki ve sorumluluk verilmelidir.

3. ADLİ OLGULAR İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ

3.1. Katılımcıların Adli Olgular İle İlgili Mevzuat Bilgileri

Araştırmanın bu bölümünde 112 ASH istasyonlarında çalışan sağlık personelinin adli olaylar konusunda ve kendi çalışma mevzuatları hakkında bilgi düzeyleri ölçülmüştür. 112 ASH çalışanlarının kendi çalışma alanı ile ilgili mevzuatı ne kadar bildikleri incelenmiştir. Araştırmada ilgili anket sorularına verilen cevaplar aşağıda yer alan tablolarda gösterilerek analiz edilmiş ve çözüm önerileri sunulmuştur.

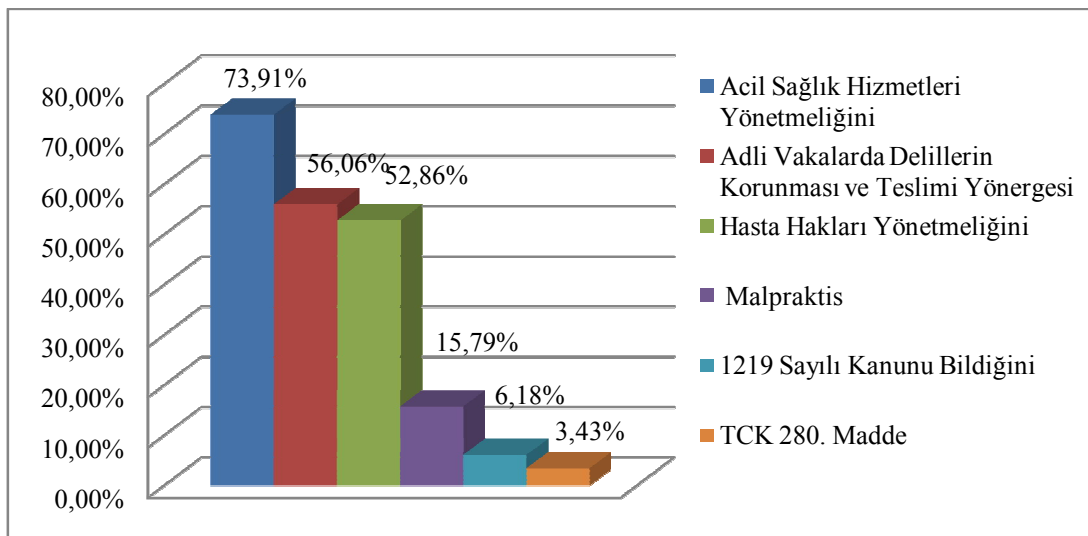
Grafik 1. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Adli Vaka Değerlendirmesi



Çalışmaya katılanlara yöneltilen adli vakalara verilen cevaplarda ateşli silah yaralanmaları %98.4 ile en fazla işaretlenen adli vaka tipi iken, %42.8 ile yanıklar en az işaretlenen adli vaka tipi idi. Ateşli silah yaralanmaları, zehirlenmeler, iş kazası (yüksekten düşme), çalışan personel hatası, delici kesici alet yaralanmaları, yanıklar, aile içi şiddet, trafik kazaları, elektrik çarpması, cinsel saldırıların tamamını adli olgu olarak değerlendiren %28.6 (125) kişi idi.

Adli vakaların tamamını bilme durumu hekimlerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Hekimlerin adli olguları doğru tanımlamasının nedeninin tıp fakültelerinde adli tıp eğitimi almaları olarak düşünülmektedir. Diğer sağlık meslek gruplarının örgün eğitimleri ve hizmet içi eğitimlerinde adli olgu/olaylar konularında eğitim almamaktadırlar. Sağlık bakanlığı acil sağlık gibi önemli ve adli vakalarla en çok karşı karşıya kalan 112 sağlık çalışanlarının örgün eğitimlerde adli vakalar ile ilgili teorik ve uygulamalı eğitim almaları için müfredatlarına zorunlu olarak yer vermelidir. Ayrıca; il ambulans servisi başhekimliği Emniyet genel müdürlüğünden ve hukuk fakültelerinden hizmet içi eğitimlerle sağlık personelinin bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır. Bu nedenlerdendir ki Sağlık Bakanlığı ile İçişleri Bakanlığı arasında 22.12.2014 tarihinde 112 acil sağlık hizmeti veren sağlık çalışanlarına adli vakalarda maddi delillerin tanınması ve korunması, hukuki boyutu sağlık personelinin sorumlulukları bilgi tutum kazandırma amacıyla iş birliği protokolü imzalanmıştır.

Grafik 2. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Personelinin Hukuki Bilgi Düzeyleri



Araştırmaya katılanların %73,9 (323) kişi acil sağlık hizmetleri yönetmeliğini, %56,1(245) adli vakalarda delillerin korunması ve teslimi yönergesini, %14,4 (63) malpraktis nedeniyle sağlık personelinin hukuki sorumluluğu mevzuatını, %52,9 (231) kişi hasta hakları yönetmeliğini, %3,4 (15) kişi TCK 280. maddeyi, %6,2 (27) kişi 1219 sayılı kanunu bildiğini ifade etmiştir. Ancak, 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan personeli kendisini ilgilendiren kanun, yönetmelik, yönerge gibi yasal mevzuatları kulaktan duyma veya bir kez okumayı bilmek olarak kabul etmektedir. Görevini yaptığı sırada, bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubuna ne kadar ceza verileceğini bilmemektedirler. Böyle bir kanun maddesinden haberdar olmadığı gibi: “Bu kanun maddesine ne gerek var ” vb. ifadeler kullanmaktadırlar.

Malpraktisin (kusurlu davranış) ne olduğu konusunda çalışmaya katılanların %14,4’ü (63) biliyorum şeklinde ifade etmiştir. Son yıllarda sağlık personelinin yaptığı yanlış, ya da dikkatsiz, özensiz uygulamalar veya yapmadığı uygulamalar, malpraktis olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca, hastaya hekim tarafından bilgi verilmeden yapılan uygulamalar ya da hekim harici verilen bilgi ve alınan onamlar hukuki yaptırımları da beraberinde getirmektedir. Bu çalışma sonucunda görüldüğü gibi sağlık personelinin malpraktis hakkındaki bilgisinin eksik olduğu görülmektedir. Bu konu ile ilgilide sağlık bakanlığınca hiçbir eğitim verilmemektedir.

Adli vakalarda delillerin korunması ve teslimi hakkında bilgisi olan sağlık personeli oranı çalışmamızda %56,1’i (245) olduğu ortaya çıkmıştır. Adli vakalarda, olaylarda delillerin korunup saklanması hastanın tedavisi kadar önemlidir. Adli olaylarda, olay yerine çoğunlukla ilk giden resmi görevli personel, 112 acil yardım ekipleridir. Bu sebeptendir ki 112 acil sağlık personeli olay yerinde dikkatli davranmalıdır. Delillerin ve olayın oluş şeklini bozmadan müdahale etmelidir. Olay yerine ilk giden resmi ekip oldukları için mahkemelere şahit olarak çağrıldıklarını unutmamalıdır.

1219 Sayılı Tababet ve Şua batı Tarzı İcrasına Dair Kanunu bildiğini %6, 2’si (27) ifade etmiştir. Mesleklerinin icrasını gerçekleştirmek için 1219 sayılı temel

kanunu bilmedikleri ortaya çıkmıştır. Hekim, AABT, ATT ve SM/Hemşirelerin hukuki anlamda yetki, sorumluluk ve görev tanımlarını tam olarak bilmemesi veya yanlış bilmesi nedeniyle meslek hayatlarında ciddi sıkıntılara yaşamaktadır. Almış oldukları örgün eğitimlerde yukarıda bahsedilen konular ile ilgili teorik ya da pratik olarak eğitim verilmemektedir. Bunu yanında çalışanlara görevlerine başladıklarında da hizmet içi ve oryantasyon eğitimleri de dahil konuyla ilgili hiçbir bilgi verilmemektedir. Bilgilendirme sadece genelge, talimat ve tebliğlerle yapılmaya çalışılmaktadır.

Tablo 11. Katılımcıların Adli Olaylardaki Bilgi ve Davranış Biçimleri

Yaralanma veya Şüpheli Ölümde Olay Yerinin Güvenliği, Delillerin Korunması ve Vakaya Müdahale Etme İle İlgili Hukuki Bilgi Varlığı	Sayı	Yüzde (%)
Evet	263	60,2
Hayır	164	37,6
Cevap Vermeyen	10	2,2
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

112 ASH çalışanlarının anket sonuçlarına göre yarıdan fazlasının adli olaylar ve vakalar ile ilgili hukuki bilgilerinin olduğu görülmektedir. Yine sonuçlarına göre katılımcıların %37.6'sı bu konuda hukuki bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Ancak, araştırmada sahada yapılan uygulamalarda 112 ASH çalışanlarının yarıdan fazlasının adli olaylar konusunda bilgilerinin bulunmadığı gözlemlenmiştir. Sağlık personelinin okudukları meslek okullarında ve çalıştıkları kurumlardaki hizmet içi eğitimlerde adli olgular ile ilgili yeterli bilgi verilmemesi böyle bir sonucun ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Tablo 12. Katılımcıların Karşılaştıkları Adli Olgularda, Kanuni Yetki ve Sorumluluklarını Bilme Durumları

Karşılaştığım Adli Olgularda, Kanuni Yetki ve Sorumluluklarımı Biliyorum	Sayı	Yüzde (%)
Evet	186	42,5
Bazen	194	44,4
Hayır	49	11,2
Cevap Vermeyen	8	1,9
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Çalışmamıza katılan sağlık personelinin yaklaşık yarısı kendisine verilen kanuni yetki ve sorumlulukları bildiğini belirtmiştir. 112 acil ekiplerinin adli vakalarda, olay yerinde kanuni yetkilerini ve sorumluluklarını bilmesi ve buna uygun şekilde davranması mesleki etik açısından zorunludur. Fakat, 112 ASH çalışanlarının büyük bir kısmının adli olgularla ilgili yetki ve sorumluluklarının bildiklerini belirtmiş olmalarına rağmen sahada ve yapılan uygulamalarda bu çalışanların konu ile ilgili bilgilerinin ve deneyimlerinin oldukça yetersiz olduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle konuyu daha ciddi bir şekilde ele alınarak kanuni yetki ve sorumluluklar hakkında sağlık çalışanlarına eğitim düzenlenmesi ve bilgilendirilmesi gerekmektedir. "Cingil'in 2009 yılında Adana'da yaptığı çalışmada bu çalışmaya benzer sonuçlar elde ederek 112 acil çalışan ekibinin genelinin kanuni yetki ve sorumluluklar konusunda kendini yeterli görmediğini ve hemşirelerin, paramediklerin, ATT'lerin kanuni yetki ve sorumluluklar konusunda eğitim ihtiyaçlarının olduğunu tespit etmiştir."¹

Tablo 13. Katılımcıların Adli Vakaların Bildirilmemesi Durumunda Karşılaşılabilecekleri Cezai Müeyyide ile İlgili Bilgi Düzeyleri

Görevini Yaptığı Sırada, Bir Suçun İşlendiği Yönünde Bir Belirti İle Karşılaşmasına Rağmen, Durumu Yetkili Makamlara Bildirmeyen veya Bu Hususta Gecikme Gösteren Sağlık Mesleği Mensubuna Ne Kadar Ceza Verilir Biliyor musunuz	Sayı	Yüzde (%)
Evet	56	12,8
Hayır	374	85,6
Cevap Vermeyen	7	1,6
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Yapılan çalışmada sağlık personelinin bu kanun maddesi hakkında bilgisinin olmadığı tespit edilmiştir. Olay yerine ilk giden ve vakalara ilk müdahale eden 112 acil yardım ekiplerinin şüpheli yaralanma veya ölümlerde yetkili makamlara bilgi vermesi gerekmektedir. Adli oylarda güvenlik güçlerine bilgi verilmemesinin personel açısından yasal olarak ne gibi bir yaptırımının olacağı hakkında sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitimlerle bilgi verilerek personelin bilinçlenmesi sağlanılmalıdır. Bu tür durumlarda mahkeme sürecinde çalışanların konu hakkında

¹ Cingil, s. 84

bilgilerinin olmadığını belirtmesi hukuku sorumluluğu hafifletici bir unsur değildir. Çünkü, her çalışanın bu konuyla ilgili mevzuatı bilme zorunluluğu vardır. Bilmiyorum ifadesi bir gerekçe oluşturmamaktadır.

Tablo 14. Hastaların Ambulans Talep Etmesinin Katılımcılar Açısından Değerlendirilme Biçimi

Ambulans Çağırılmış Olması, Hastanın Kendisine Yönelik Tüm Tıbbi Uygulamaları Peşinen Kabul ve Tedaviyi Reddetme Hakkından Feragat Ettiği Anlamına Gelir mi	Sayı	Yüzde (%)
Evet	84	19,3
Hayır	343	78,4
Cevap Vermeyen	10	2,3
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Hasta veya hasta yakınının ambulans çağırılmış olması hastaya veya vakaya tıbbi uygulamayı kabul ettiği anlamına gelmez. Kişi istediği zaman bilinci açık durumlarda tıbbi müdahale uygulamasından vazgeçme hakkına sahiptir.¹¹² ASH ekipleri gittikleri vakalarda tıbbi müdahale için hastanın kendisinden onam almak zorundadır. Kişinin ambulans çağırılmış olması yapılacak tıbbi müdahale için onam verdiği anlamına gelmez.” Erbay’ın 2012 yılında yaptığı çalışmada Kendisi için ambulans çağırılmış kişinin tedavi reddi hakkı konusundaki yaklaşım, meslek yaşı arttıkça azalmaktadır. Bu ifade, hastanın özerkliğini önemseyen bir ifadedir. Hastanın ambulans çağırılmış olmasının, her türlü tıbbi tedavi ve müdahaleye baştan onam verdiği anlamına gelmediğini belirtmektedir”¹

Ancak, acil yardım talebinde bulunan kişinin bilincinin kapalı olması halinde bu onam aranmamalıdır. Tıbbi müdahale ve hastaneye nakli reddeden hastadan kendisinin imzası karşılığı onayı alınarak müdahaleden vazgeçilir. Hasta yakınlarının nakil reddi onayları alınmaz.

¹ H, Erbay, Hastane Öncesi Acil Tıpta Hastanın Müdahaleyi Reddetmesi: Kuramsal Değerlendirme ve Bir Alan Çalışması, Çukurova Üniversitesi, SBE, Yayınlanmamış Doktora Tezi (YDT), Adana, 2012, s. 106

Tablo 15. Katılımcıların Karşılaştıkları Adli Olgularda, Kanuni Yetki ve Sorumluluklarını Yeterlilik Algıları

Karşılaştığınız Adli Olgularda, Kanuni Yetki ve Sorumluluklarınızın Yeterli Düzeyde Olduğunu Düşünüyor musunuz	Sayı	Yüzde (%)
Evet	60	13,7
Bazen	172	39,5
Hayır	196	44,8
Cevap Vermeyen	9	2
<i>Toplam</i>	<i>428</i>	<i>100</i>

Çalışmada ankete katılan sağlık çalışanlarının büyük bölümü adli olgular ile ilgili yeterli bilgilerinin olduğunu belirtse de bu bilgilerinin gerekli düzeyde olmadığını düşündükleri görülmektedir. Hekimlerin sistemden ayrılması ile birlikte 112 ASH çalışanlarının vakalarda ve adli olgularda tıbbi müdahale yetkisi kısıtlanmıştır. Bu tür vakalarda hekim dışı sağlık çalışanları yetki ve sorumlulukları yasalarla sınırlandırıldığından gerekli ve yeterli müdahaleyi tam olarak yapamadıklarını düşünmektedirler. Mevcut durumda hekim dışı sağlık çalışanları ambulanslarda ekip sorumlusu olarak görev yapmaktadırlar. Bu nedenle hekim dışı sağlık çalışanları vakalara müdahale konusunda daha fazla yetki istemektedirler.

3.2. Katılımcıların Karşılaştıkları Şiddet İle İlgili Mevzuat Bilgileri

Araştırmanın bu bölümünde 112 ASH istasyonlarında çalışan sağlık personelinin kendilerine yönelik yapılan şiddet ile ilgili mevzuat bilgi düzeyleri ölçülmüştür. Araştırmada ilgili anket sorularına verilen cevaplar aşağıda yer alan tablolarda gösterilerek analiz edilmiş ve çözüm önerilerinde bulunulmuştur.

Tablo 16. Katılımcıların Sözlü ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalındığında İdarenin Kendilerine Sağladığı Hukuki Yardımları Bilme Durumları

Sözlü ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalındığında İdarenin Çalışanlara Sağladığı Hukuki Yardımları Biliyor musunuz	Sayı	Yüzde (%)
Evet	70	16
Bazen	99	22,7
Hayır	266	60,9
Cevap Vermeyen	2	0,4
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Katılımcıların karıştıkları adli olaylarda idarenin kendilerine sağladığı hukuki yardımları tam olarak bilmediği tespit edilmiştir. Sözlü yada fiili şiddete uğrayan sağlık personelinin, sağlık bakanlığına sağlanan hukuki yardımlar ve konuyla ilgili yönerge, genelge ve tamimler hakkında bilgi sahibi olmadıkları görülmektedir.

Tablo 17. Katılımcıların Saldırıya Uğramaları Durumunda Hangi Uygulamayı Başlatacaklarıyla ilgili Düşünceleri

Saldırıya Uğrarsanız Hangi Uygulamayı Başlatırsınız	Sayı	Yüzde (%)
Kırmızı Kod	24	5,4
Mavi Kod	6	1,4
Beyaz Kod	388	88,8
Pembe Kod	0	0
Sarı Kod	1	0,2
Cevap Vermeyen	18	4,2
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Çalışmada sağlık çalışanları içerisinde hekimlerin %5,6'sı (1) mavi kod, %94,4'ü (17) doğru olan beyaz kodu işaretlemiştir. AABT'lerin % 1,4'ü (10) kırmızı kod, %98,6'sı doğru olan beyaz kod işaretlemiştir. ATT'lerin %3,7'si (10) kırmızı kodu, %1,1 'i(3) mavi kodu, %0,4 'ü (1) sarı kodu, %94,8 'i (257) doğru olan beyaz kodu işaretlemiştir. SM/Hemşirelerin %8,3'ü (4) kırmızı kodu, %4,2'si(2) mavi kodu, %87,5 'i (42) doğru olan beyaz kodu işaretlemiştir. Sağlık çalışanlarının bir kısmının beyaz kod hakkında bilgilerinin olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada meslek gruplarının büyük çoğunluğunun beyaz kod hakkında bilgi sahibi olduğu görülmektedir.

Sağlık bakanlığı 112 acil ekiplerinin saldırıya maruz kalması durumunda personeli korumaya yönelik olarak beyaz kod uygulamasını başlatmıştır. Sağlık personeline uygulanan şiddet sonucu sağlık bakanlığınca sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanması, gerekli tedbirlerin alınması, farkındalık düzeyinin artırılması ve sağlık personelinin hak, sorumluluk ve bilgi düzeyinin yükseltilmesi için çalışan güvenliği birimleri oluşturulmuştur. Uygulamada, sahada beyaz kod uygulaması olarak bilinen bu durum sağlık personelinin çalıştıkları birimlerde acil durum yönetim sistemi olarak kullanılmaktadır.

Son zamanlarda sağlık personeline uygulanan şiddete mahkemeler tarafından para cezaları verilmiş olmasına rağmen mahkeme süreçlerinin uzun sürmesi, denetimli serbestlik cezalarının verilmesi uygulanan şiddeti azaltmamaktadır. Sağlık personelinin görevi başında uğradığı saldırılarda saldırganın tutuklu yargılanması ve para cezalarının artırılması ve verilen cezaların görsel ve yazılı medya tarafından duyurulması saldırıların azalmasını sağlayacaktır.

4. ADLİ OLGULAR İLE İLGİLİ DAVRANIŞ BİÇİMLERİ

4.1. Katılımcıların Şüpheli Adli Olgularda ki Davranış Biçimleri

Araştırmanın bu bölümünde 112 ASH istasyonlarında çalışan sağlık personelinin adli olgularda veya şüpheli durumlarda bireysel yada ekip olarak nasıl davrandıkları incelenmiştir. Anket sorularına verilen cevaplar neticesinde tablolar oluşturularak yorumlanmış ve çözüm önerileri sunulmuştur.

Tablo 18. Katılımcıların Can Güvenlikleri Tehlikelide Olduğu Durumlarda Gösterdikleri Davranış Biçimleri

Can Güvenliğiniz Tehlikelide Olduğu Durumlarda Ne Yaparsınız	Sayı	Yüzde (%)
KKM Bilgi Veririm	191	43,8
Polis Çağırırım	51	11,6
Olay yerini Terk Ederim	91	20,8
Birden Çok Seçenek İşaretleyen	104	23,8
<i>Toplam</i>	<i>333</i>	<i>100</i>

112 ASH ekipleri zaman gözetmeksizin her şartta olağan dışı durumlara karşı görev ifa etmeye çalıştıklarından bazı beklenmedik durumlara yüz yüze gelebilmektedirler. Ekipler asılsız ve yanlış ihbarla karşılaşabilmekte taciz ve saldırılara maruz kalabilmektedirler. 112 acil yardım ekiplerinin görev sırasında en önemli yardımcısı; KKM'ler dir. Fakat, KKM'nin yetki ve sorumlulukları konusunda tam olarak belli bir standart mevcut değildir. KKM'nin veya danışman hekimin 112 ekipleri üzerinde ne kadar yetki ve sorumluluğunun olduğu tam olarak belirlenmelidir. Hekimlerin sistemden çekilmesi KKM'ye daha fazla sorumluluk yüklemektedir. KKM ve danışman hekimler adli olaylarda ekiplerin karşılaştıkları saldırılar ve zorluklarda birbirinden farklı günübürlük kararlar verebilmektedirler. Araştırmaya katılanların önemli bir bölümünün can güvenliklerinin tehlikeye düşmesi durumunda KKM'yi bilgilendirdikleri sonrasında ise farklı davranış şekilleri sergiledikleri görülmektedir. Bu davranış biçimlerinin genellikle olay yerini terk etme ve bu sırada güvenlik güçlerine başvurma şeklinde olduğu görülmektedir.

Tablo 19. Şüpheli Adli Olgularda Ekiplerin Davranış Durumları

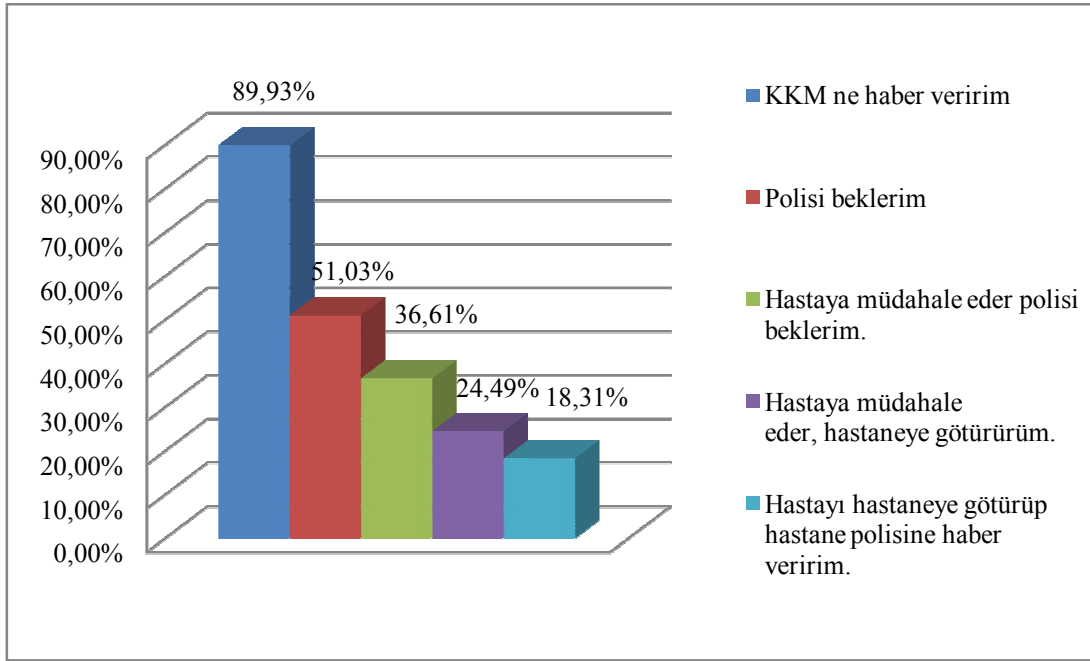
Adli Olgu Olup Olmadığı Konusunda Şüphe Duyduğunuz Durumlarda Ne Yaparsınız	Sayı	Yüzde (%)
KKM' ye Danışırım	294	67,3
Ekip İçinde Ortak Karar Alırım	69	15,7
Polise Danışırım	37	8,5
Cevap Vermeyen	37	8,5
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu adli vakalarda polis olay yerinde değilse KKM ye danışırım cevabını vermiştir. "Cingil in yapmış olduğu çalışmada da benze sonuçlar elde edilmiş olup karşılaşılan acil durumlarda adli vaka olup olmadığı konusunda ekibin yaklaşım şeklinin ekip genelinde % 63,75 oranında komuta merkezine danışıldığı, %24,75 oranında ekip içinde tartışılarak ortak karar verildiği, %11,50 (n=46) oranla polise danışıldığı belirtilmiştir."¹ Bu durum KKM'nin ne denli bir öneme sahip olduğunun bir göstergesidir. KKM de görev yapan danışman hekimler 112 ASH istasyonlarına sadece danışmanlık yapmamaktadır. Bununla birlikte adli olgularda personel ile birlikte sorumluluk almaktadırlar. 112 ASH

¹ Cingil, s. 85

istasyonları görevde oldukları sürece KKM'nin kontrolünde olmalıdır. KKM de çalışan danışman hekim ve sağlık personelinin adli vakalara yaklaşım ve diğer kamu kuramları ile iletişimle birlikte sağlık hukuku hakkında bilgisinin olması gerekmektedir.

Grafik 3. Güvenlik Güçlerinin Gelmediği Adli Olgularda 112 Ekiplerinin Davranış Biçimleri



112 ASH ekiplerinin karşılaştıkları adli olgularda genel olarak KKM ile bağlantı kurarak olay yeri ve vakanın durumu ile ilgili bilgi alışverişinde bulundukları görülmektedir. 112 ASH ekipleri komutanın direktifleri doğrultusunda ve güvenlik güçleri ile hızlı bir şekilde irtibata geçerek olay yerine hareket ederler. Özellikle de trafik kazalarında ve travmalı vakalarda vakaların ciddiyet durumuna göre vakaya müdahale edilerek uygun hastaneye nakledilerek, hastane polisine haber verilmektedir.

Hastalar ve 112 ekipleri için tehlike arz eden ve risk içeren durumlarda 112 ekipleri olaya müdahalede bulunacak diğer kurtarma ekiplerinin ve güvenlik güçlerinin olay yerine intikal etmesini beklemektedirler. Nadiren de olsa 112 ekipleri riski göze alarak müdahale etmekte ve diğer yardımcı ekiplerin gelmesini beklemeyerek hastayı nakledebilmektedirler. Adli olaylarda müdahale sırasında ve

nakil esnasında olay ile ilgili delillere ve kanıtlara mümkün olduğunca zarar verilmemeli ve 112 ASH çalışanları bu konuda hassas davranmalıdırlar. "Cingil'in çalışmasında adli vakalarda olay yerinde polisin olmadığı durumlarda acil ekibinin yaklaşım şeklinin" % 73 oranında komuta merkezine bilgi vermek şeklinde olduğu belirtilmiştir." ¹ Yapılan bu çalışma ile Cingil'in çalışmasında birbirine benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Tablo 20. 112 ASH Personelinin Örnek Bir Vakadaki Davranış Biçimleri

16 Yaşında Yaralamalı Bir Olayda Hasta Tedavi ve Hastaneye Gitmeyi Reddetmektedir. Ne Yaparsınız	Sayı	Yüzde (%)
Nakil Reddi Alırım	35	8
Zorla Hastaneye Götürürüm	13	1
Polise Haber Veririm	46	10,5
KKM Bilgi Veririm	225	51,5
Cevap Vermeyen	118	27
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Tabloda da görüldüğü gibi katılımcıların büyük bölümünün reşit olmayan ve yaralı bir vakada hastaya nasıl davranacakları konusunda bir bilgilerinin olmadığı görülmektedir. Tıp anabiliminde ve tıp hukukunda çocuk kimdir, kaç yaş arası çocuktur gibi açık bir hüküm yoktur. Ülkemizin de 1995 yılında imzaladığı Birleşmiş Milletler çocuk hakları sözleşmesinde on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılacağı ifade edilmiştir. 1219 sayılı kanun 70. Maddesinde “Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatini alırlar.”² Yukarıda belirtilen kanun ve yönetmelikte 18 yaş altı insanlarda yapılacak tıbbi müdahalelerde velisinin yada vasisinin iznini almak gerekmektedir.

Hasta hakları yönetmeliğinin (HHY) “24. Maddesinde Kanuni temsilcinin muvafakatının gerektiği ve yeterli olduğu hallerde dahi, mümkün olduğu ölçüde küçük veya mahcur olan hastanın dinlenmesi suretiyle tıbbi müdahaleye iştiraki sağlanır.”³ Hastanın hayati tehlikesi olduğu durumlarda ise. HHY “24/3 Kanuni

¹ Cingil, s.85

²,”1219 Sayılı Kanun”; <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf>, (22.10.2014)

³,”Hasta Hakları Yönetmeliği”; <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.4847&source=XmlSearch=&MevzuatIliski=0>, (22.10.2014)

temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz “¹ denilmektedir. Tedavi ve hizmet reddi için, Medeni kanuna göre sadece ayırt etme gücüne sahip olmak gerekmektedir. Doğrudan doğruya tedavi amaçlı bir tıbbi müdahale söz konusu olduğu sürece bu hakkı bizzat kullanabilmelidir. Yukarıda belirtilen kanun ve yönetmeliklerdeki aydınlatmayı yapan bilgiyi veren ayırt etme gücünü değerlendirecek kişi hekimdir. Burada da en büyük sıkıntı sağlıkla dönüşümle birlikte 112 acil yardım istasyonlarından hekimlerin çekilmesidir. Hekimlerin istasyonlarda çekilerek yerlerine yetkilendirilen AABT ve ATT’lerin görevlendirilmesi ve sağlık bakanlığının değişen bu durum için hukuki alt yapı hazırlamaması görev yapan sağlık personeli açısından hukuki olarak sıkıntılar yaratacaktır.

1219 sayılı kanun ile acil ve sağlık hizmetleri yönetmeliğinde AABT ve ATT'lere, acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı olmak kaydıyla tıbbi görev, yetki ve sorumlulukları algoritmaya uygun müdahale etme yetkisi vermiştir. Acil sağlık hizmetleri yönetmeliğinde “tıbbi danışman koordinasyonu ve onayı ile Bakanlıkça yapılacak düzenlemelere uygun olarak müdahale edilebileceği yazmaktadır.”² Sağlık bakanlığınca hazırlanan hastane öncesi acil tıbbi yardım akış şemasında (algoritma) AABT ve ATT'lerin acil durumlarda KKM’ye danışarak ilaç kullanma yetkisi verilmiştir.

Kanunlarımızda hastayı, vakayı doğrudan görmeden telefonla yada telekomünikasyon araçları ile uzaktan teşhis ve tedavi uygulaması yasaktır. “Borçlar Kanunu 506. Maddesi, Vekil üstlendiği iş ve hizmetleri, vekâlet verenin haklı menfaatlerini gözeterek, sadakat ve özenle yürütmekle yükümlüdür. Vekilin özen borcundan doğan sorumluluğunun belirlenmesinde, benzer alanda iş ve hizmetleri üstlenen basiretli bir vekilin göstermesi gereken davranış esas alınır.”³ Kanunda da belirttiği gibi Teşhis ve tedavinin bizzat hekim tarafından yapılması gerekmektedir.

¹, “ Hasta Hakları”; <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>, (22.10.2014)

², ” Acil Sağlık Hizmetleri”; <http://www.acilafet.gov.tr/2014/09/acil-saglik-hizmetleri-yonetmeli/>, (22.10.2014)

³, ”Türk Borçlar Kanunu”; <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6098.pdf>, (22.10.2014)

“Hekimi ciddi bir tıbbi müdahalede bulunmadığını, sadece telefonla bilgi verdiğini söyleyerek sorumluluktan kurtulamaz, arada bir sözleşme ilişkisi kurulmuştur. Telefonla söylediklerinden dolayı doğabilecek olumsuz sonuçlar bakımından hekim sorumlu olacaktır. Hekim tedaviyi bizzat uygulamak zorundadır”¹ Uygulamada ise hekimsiz 112 acil ekipleri vakalarda komuta hekime danışarak her türlü ilacı uygulayabilmektedirler. Hukukumuzda uzaktan muayene, teşhis ve tedavi yasaktır. “Hekim acil durumlarda kendisi gelinceye kadar alınması gereken tedbirler konusunda telefonla talimat verir”² Kanunlar ile uygulama arsısında ters bir ilişki mevcuttur. KKM danışman hekimlerinin gelen vaka çağrılarında nereye kadar sorumlu oldukları vaka elemesi yaparken ne tür yaptırımlara maruz kalabileceklerini bilmesi gerekmektedir. KKM hekimlerinin bir takım hukuksal problemlere maruz kalmaması için hukuksal alt yapı daha net olmalıdır.

2013 yılında Konya 112 ASH'de 133949 vaka çıkışı yaptırmıştır. Vakaların %76.36'ı (102295) medikal vaka olarak değerlendirilmiştir. Bu vakaların büyük çoğunluğu yönergede açıklanan AABT ve ATT lerin yetkisi ile alakalı olmayan vakalardan oluşmaktadır. Bu vakaların bir kısmı tedavi ve nakil reddi ile sonuçlandırılmaktadır. 112 ASH ekipleri çoğu zaman uygulamada hastanın kendisinden değil, annesinden babasından eşinden kardeşlerinden hatta komşularından nakil ve tedavi reddini imza altına almaktadırlar.” Hastanın bilinci açık reşit ve rıza yeteneğine sahipse ve tıbbi müdahaleye rıza göstermiyorsa bizzat hastanın kendisinden tıbbi müdahaleyi istemediğini imza altına almalıdır. Hasta varken, yakınına bu belgenin imzalatılması geçersizdir.”³ 112 ASH ekipleri hastanın veya vakanın bilinci açık, reşit ve kısıtlı değil ise; bizzat hastanın kendisinden onam alınmalıdır.

Hastanın aile yakınlarının aydınlatılması bilgilendirilmesi yapılabilir fakat, tıbbi müdahaleyi ve nakil reddini bizzat hastadan imza alarak yapılmalıdır.hasta yakınlarının tıbbi müdahaleyi ve hastanın nakil edilmesi reddetmeleri hukuka tamamen aykırıdır. Hastayı aydınlatacak, bilgilendirecek kişi hekimdir. “Öykü

¹ Hakeri, s.433

² Hakeri, s. 427

³ Hakeri, s. 398

almanın (anamnez) da kural olarak bizzat hekim tarafından yapılması gerekir.”¹ Diğer sağlık personelinin aydınlatma yükümlülüğü yoktur. Şuan ki vaziyette hekimlerin olmadığı ambulans ekiplerinin anamnez alma yetkisi olmadığı için gidilen vakalarda anamnez ile ilgili hukuksal sorunlar yaşanabilecektir. 112 acil yardım ekiplerinin büyük kısmının A2 tipi ambulans ekiplerinden oluştuğunu düşünürsek ekiplerin nakil reddi almaları hukuki olarak sakıncalı sonuçlar doğuracaktır. Bu hatalı uygulamanın, sağlık çalışanlarının ileride hukuki yaptırımlara maruz kalmasına ve sağlık personelinin malpraktis davalarıyla uğraşmalarına sebep olması kaçınılmazdır. Ambulanslarda hekimsiz çalışmaya devam edilecekse sağlık personelinin korumaya yönelik kanun, yönetmelik ve yönergelerde değişiklikler yapılmalıdır.

Tablo 21. Katılımcıların Hekimsiz Çalışan 112 Ekiplerindeki Ex Kararını Kimin Vereceğiyle İlgili Görüşleri

Ekipte Hekim Yoksa Ex Kararını Kim Verir	Sayı	Yüzde (%)
Paramedik	243	55,6
ATT	69	15,7
SM/Hemşire	9	2,1
Komutaya Danışırım	55	12,5
Cevap Vermeyen	61	13,9
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

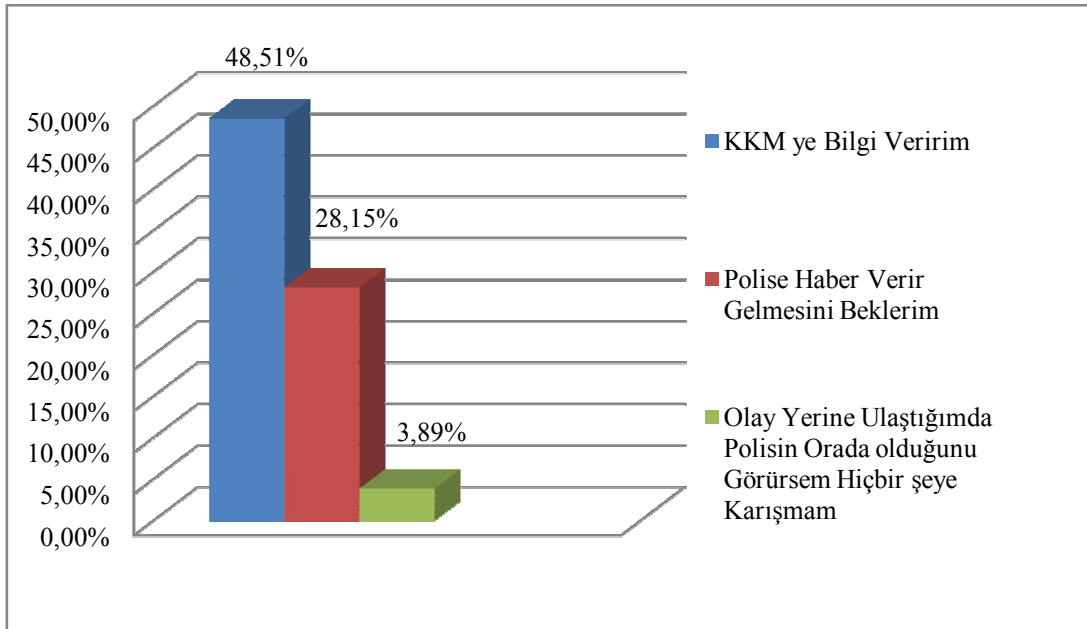
Hekimlerin 112 acil sisteminden ayrılması ile ortaya çıkan en büyük sorunlardan biriside adli ve diğer vakalarda ex ile karşılaşıldığında veya uygulanan tıbbi müdahaleye rağmen vakanın yaşama döndürülememesi sonucu ölümün gerçekleşmesidir. Hukukumuzda ölüm olayıyla ilgili açık bir hüküm bulunmamaktadır. Fakat, kanunlarımızda ölüm olaylarında ölüm raporunun hekimler tarafından verileceği açıkça yazmaktadır. İstasyonlardan hekimlerin ayrılması sonrası uygulamada hekim dışı sağlık personeli defibratör cihazının ekg çıktısına göre ölüm olayını değerlendirmektedir.

AABT ve ATT’ lerin gittikleri vakalarda karşılaştıkları ölüm olayı ile ilgili mevzuatımızda yetki ve sorumlukları bulunmamaktadır. Büyük kazalar ya da olağan

¹ Hakeri, s. 418

dışı durumlar sonucu meydana gelen ölümlerde, ölenlerin aynı aileden olması ve 1 den fazla olması durumunda ölümle ilgili kararı kimin ve hangi yetkiyle yazacağı önemlidir. Özellikle ölüm saati ve aynı aileden 1 den fazla kişinin ölmesi miras hukuku açısından önemlidir. 112 acil ekiplerinin şekil 7'de görüldüğü gibi %60,2'si adli vaka sonucu ya da ulaşıldığında ex vakaları ile karşılaşıldığında KKM ye bilgi vereceklerini, %35'i polise haber verir gelmesini bekleyeceklerini ifade etmişlerdir. Burada da görüldüğü gibi ekiplerin danışacakları ve bilgi verecekleri kurum KKM'lerdir. Sağlık bakanlığı hekimsiz çalışan ambulans ekiplerinin ölüm olgularında ne tür bir yol izleyecekleri hususunda yasal düzenleme yapmalıdır.

Grafik 4. 112 ASH Ekiplerin Ex Vakalarında ki Davranış Biçimleri



112 ekipleri gidilen vakalarda ex olduğunu görürse veya ölüm katılığı oluşmaya başlamışsa defibrilatör cihazı ile monitörize edip kalp atımının olup olmadığını kontrol eder. Şu anki sistemde merkez istasyonlarda çoğunda taşrada ki ekiplerin hiçbirinde hekimler görev yapmamaktadır. Bu sebeptendir ki yaşam belirtisi yoksa ve ölümün şüpheli olduğu görürlerse ekipler KKM 'ye danışmaktadırlar. 112 acil ekipleri şüpheli gördükleri ölümlerde vakayı kesinlikle hareket ettirmemelidirler ve olay yerinde bulunan delillerle ilgili dikkatli davranmalıdırlar.

Tablo 22. Katılımcıların Adli Olaylarda Yapacaklarıyla İlgili Hasta ve Hasta Yakınlarına Bilgi Verme Durumları

Adli Olaylarda Ambulansta Yapılan Tıbbi Tedavi ve Uygulamalar Hakkında Hasta ve Hasta Yakınlarına Açıklayıcı Bilgi Veriyor ve Onayını Alıyor musunuz	Sayı	Yüzde (%)
Evet	335	76,6
Hayır	90	20,6
Cevap Vermeyen	12	2,8
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Yapılan çalışmada yapacağı müdahale hakkında hasta ve hasta yakınlarına bilgi verildiğini ve hastaların onayını aldığını belirtenlerin oranı tüm çalışanların oranının 3/4'ünü oluşturmaktadır. 112 ASH personeli tıbbi müdahale istemeyen vakalara, müdahale edilmemesi durumunda ileride doğabilecek sağlık sorunları hakkında bilgi vermek zorundadır. Bilinci kapalı vakalarda 112 acil yardım ekipleri vakadan onam almadan yaralının hayati durumuna göre müdahale etmektedir. 112 acil yardım ekiplerinde hekimlerin sistemden çıkarılmaları nedeniyle bu bilgilendirme ve onayın kim tarafından yapılacağı açıkça belirlenmeli ve mevzuatta konulmalıdır.

4.2. Katılımcıların Tıbbi Hatalar İle İlgili Davranış Biçimleri

Araştırmanın bu bölümünde 112 ASH istasyonlarında çalışan sağlık personelinin mesleki çalışma sürecinde yaptıkları veya şahit oldukları tıbbi hatalar ile ilgili nasıl davrandıkları incelenmiştir. Anket sorularına verilen cevaplar neticesinde tablolar oluşturularak yorumlanmış ve çözüm önerilerinde bulunulmuştur.

Tablo 23. Katılımcıların Tıbbi Hata Yapabilme Durumları

Bu Birimde Çalışma Süresince Hasta Güvenliğini Tehlikeye Sokacak En Az Bir Hatanız Oldu mu	Sayı	Yüzde (%)
Evet	58	13,2
Hayır	368	84,3
Cevap Vermeyen	11	2,5
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Çalışmada bu soruya daha çok hekimler ve AABT'ler olumlu yani evet yanıtını vermişlerdir. Hekimler ve AABT'ler yaptıkları müdahalelerde daha fazla sorumluluk bilinci içerisinde hareket ettiklerinden ve yetki ve sorumlulukları diğer personele oranla daha fazla olduğundan uygulamalardaki hataları kabullenebilmektedirler. ATT'ler ise sorumluluktan kaçınma ve hataları kabullenmeme eğilimi içerisinde hareket etmektedirler. Genel olarak hekimler ve AABT'lerin bir bölümü dışında, çalışanlar yaptıkları hatalı uygulamaları saklamaya çalışmaktadırlar. Ancak, hataların bildirilmesi hataların tespiti ve önlenmesi için yapılacak işlemlerin belirlenmesi açısından önem arz etmektedir.

Sağlık çalışanları kendilerini düşünerek her hangi bir hukuki yaptırıma maruz kalmamak, küçük düşmemek, mesleki bilgi ve becerilerini sorgulatmamak için bildirimde bulunmamaktadırlar. Sağlık bakanlığı hata bildirimleri konusunda ve hatalı uygulamaların sonuçları hakkında personeli bilinçlendirmelidir. Bildirim yapanlar hakkında idari ve hukuki yaptırımlara maruz kalmayacakları veya bu yaptırımları minimize edecek düzenlemeler yapılmalıdır. Yapılan bildirimler sayesinde hataların önüne geçilerek tekrarlanması önlenecektir.

Tablo 24. Katılımcıların Arkadaşları İle İlgili Tıbbi Hata Değerlendirmeleri

Bu Birimde Çalışma Süresince Ekip Arkadaşlarınızın, Hasta Güvenliğini Tehlikeye Sokacak Herhangi Bir Hatasını Gördünüz mü	Sayı	Yüzde (%)
Evet	124	28.8
Hayır	307	71.2
Cevap Vermeyen	6	2,3
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

112 ASH'de istasyonlarında görev yapan çalışanların tablo 30'da görüldüğü gibi sadece %13,2 si tıbbi hatalarının olduğunu kabul ederken, %28,8'i bir arkadaşının hatasını gördüğünü ifade etmiştir. Bu durum 112 ASH'de ki hatalı uygulamaların tüm sağlık alanında olduğu gibi hiç de azımsanamayacak düzeyde olduğunu göstermektedir. Ancak, bu tıbbi hatalar genelde görmezden gelinerek bildirimde bulunulmamakta ve üzeri örtülmektedir. "Özata ve Altunkan'ın 2010 yılındaki yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının tıbbi hata yapma oranı %6,2 şahit

olma oranı ise %10,4 olarak tespit edilmiştir."¹ Bu araştırmada ise bu oranın 2 kattan daha fazla arttığı görülmektedir. Bu durum 112 ASH'de hata yapma oranının diğer kurumlardaki tıbbi hata oranından daha yüksek olduğunu göstermektedir. Tıbbi hatalarla ilgili araştırmalarda ki sonuçlar makul düzeylerde gözüktüğü de gerçekte bu hataların araştırmalarda tespit edilen değerlerden çok daha yüksek seviyelerde olduğu fakat, bu gerçeğin büyük bir bölümünün gizlendiği yada üzerinin örtüldüğü de bir gerçektir. Merkez istasyonda çalışanların %36.6'sı (64), ilçe istasyonlarda çalışanların % 23.4'ü (60) evet cevabı vermişlerdir. Çalışma tecrübesi ve süresi uzun olan sağlık personeli daha fazla oranda arkadaşının en az bir tıbbi hatasını görmüştür.

Tablo 25. Katılımcıların Yaptıkları veya Gördükleri Tıbbi Hataları Rapor Etme Durumları

Bu Birimde Çalışma Sürecinde Kendinizin, Ekip Arkadaşlarınızın ve Hastanın Güvenliğini Tehlikeye Sokacak Herhangi Bir Hatasını Rapor Eder misiniz	Sayı	Yüzde (%)
Evet	245	56,1
Hayır	178	40,7
Cevap Vermeyen	14	3,2
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

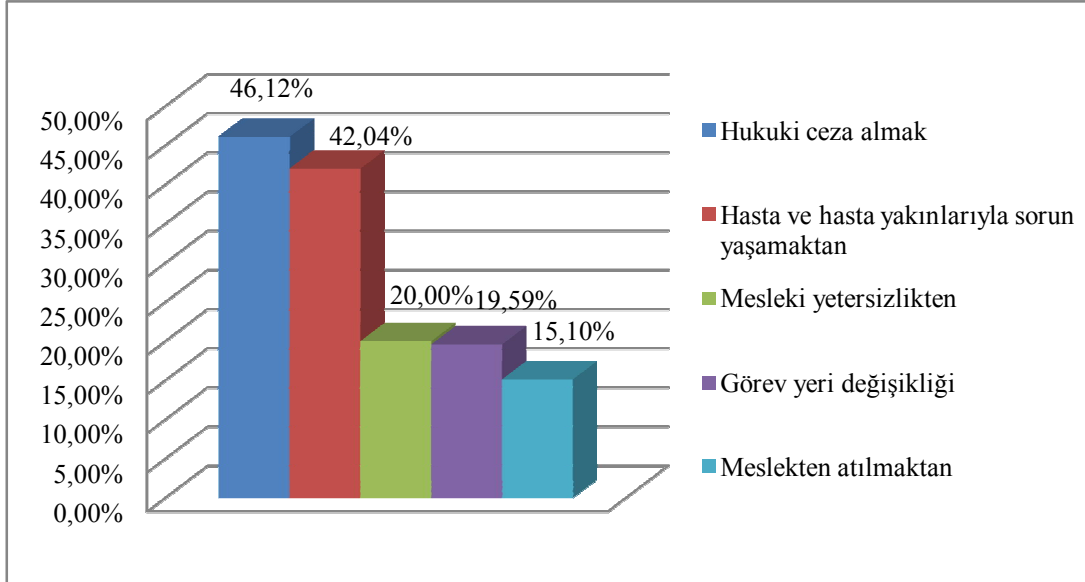
112 ASH çalışanlarının yarıdan fazlasının sahada yaptıkları ve gördükleri hatalı tıbbi uygulamaları rapor ettiklerini belirtmesine rağmen uygulamada bu tür şikâyetlerin olmadığı görülmektedir. Konya 112 ASH'de bu şikâyetler için oluşturulan bir olay bildirim formu bulunmasına rağmen çalışanlar tarafından henüz bu tür bir hatanın yapıldığını gösteren bir bildirim olmamıştır.

Bu formda bildirim yapan sağlık personeli kimliğini gizleye bilmektedir. Buna rağmen çalışanlar bu hata bildirimlerini yazılı olarak idareye bildirmemekte ve sorumluluktan kaçınmaktadırlar. Ekip arkadaşlarının hata yapmalarına rağmen korumaktadırlar ve yazılı olarak bildirmemektedirler. Bu bildirimler daha çok sözlü olarak yapılmakta veya hiç bildirilmemektedir. Merkez istasyonda çalışanların

¹ M. Özata – H. Altunkan, "Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği", Tıp Araştırma Dergisi, C.8, S.2, Van, 2010, s.100

%46.3'ü (81), ilçe istasyonlarda çalışanların %66.1'i (164) evet cevabı vermişlerdir. Çalışmaya katılan sağlık personeli %57.9 (245)'i evet demiştir.

Grafik 5. Katılımcıların Çalışan ve Hasta Güvenliğini Tehlikeye Sokan Hatalı Tıbbi Uygulamaları Rapor Etmeme Nedenleri



Çalışmada bu soruya birden fazla cevap verilmiştir. Soruya verilen cevaplara bakıldığında, çalışanların en çok hukuki ceza almaktan ve hasta ile birlikte hasta yakınlarıyla problem yaşamaktan korktukları için hata bildirimlerini yapmadıkları tespit edilmiştir. Çalışanların sağlığı ve hasta güvenliği açısından birimlerin tıbbi hatalar konusundaki geri bildirimlerini destekleyen yöntemler geliştirmeli ve sistemin iyileştirilmesi sağlanmalıdır. Gidilen vakaların adli yönünün olması durumunda çalışanlara, olay yerinin güvenliği delillerin korunması vakaya müdahale edilirken delillere zarar verilmemesi gerektiği ile ilgili geniş ve gerekirse uygulamalı eğitimler verilmelidir. Sağlık personeli adli olaylarla ilgili bilgi ve beceriyi olayla karşılaşmadan önce öğrenmelidir.

Adli olaylara yaklaşım ve bilgilendirme için emniyet genel müdürlüğünden ve hukuk fakültelerinden hizmet içi eğitim desteği alınmalıdır. Çünkü, mevcut durumda sağlık personelinin bir çoğunun karşılaştıkları adli vakalarla ilgili bilgi seviyelerinin düşük olduğu, çalışanların olayın hukuki boyutu ve cezai yaptırımları hakkındaki bilgilerinin oldukça yetersiz kaldığı görülmektedir. Şu ana kadar

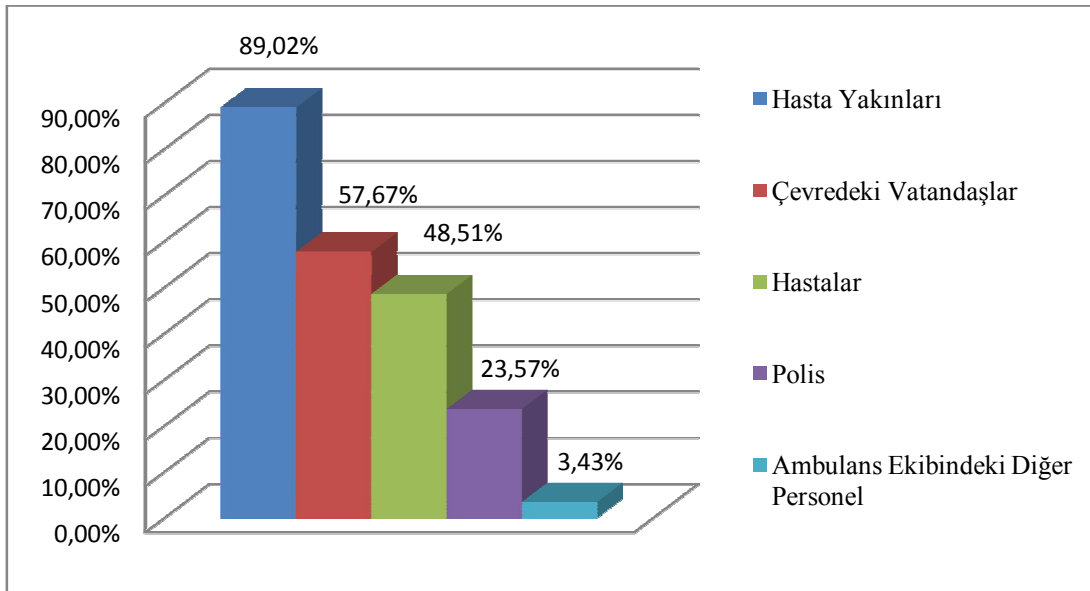
hekimler hariç 112 ASH ekiplerindeki diğer sağlık personeline tıbbi uygulama hataları hakkında eğitim verilmemiş olmasına rağmen, bu personelin ambulans yapılacak olan tıbbi tedavi hakkında hastaya bilgi vermesi ve yapılan işlemler için hastanın onayını almasının büyük oranda sağlanmış olması bu konudaki önemli bir gelişmedir.

5. ADLİ OLAYLARDA ve DİĞER VAKALARDA KARŞILAŞTIKLARI ZORLUKLAR

5.1. Katılımcıların Adli Olay Sürecinde Karşılaştıkları Zorluklar

Araştırmanın bu bölümünde 112 ASH istasyonlarında çalışan sağlık personelinin hizmet sunumu sırasında adli olaylar ve diğer vakalarda müdahale sürecinde karşılaştıkları zorluklar ele alınmıştır. Çalışmada ilgili anket sorularına verilen cevaplar aşağıda yer alan tablolarda ve grafiklerde gösterilerek analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular yorumlanmış ve çözüm önerileri bulunulmuştur.

Grafik 6. 112 Acil Ekiplerinin Adli Vakalarda Problem Yaşadıkları Kişiler



Olay mahallinde acil sağlık hizmetlerinde çalıştığı süre içinde araştırma grubundan %48,5 (212) kişi hastalar ile, %3,4 (15) kişi ambulans ekibindeki diğer personel ile, %89,0 (389) kişi hasta yakınları ile, %57,7 (252) kişi çevredeki vatandaşlar ile %23,6 (103) kişi polis ile problem yaşadığını ifade etti. (Grafik 2) 112

sağlık personeli normal vakalarda ve adli olaylarda hasta ve hasta yakınları ile çevredeki vatandaşlar tarafından tacize uğramakta hatta fiili darplara maruz kalmaktadır. Toplumda eğitim düzeyinin düşük olması ve hasta ve hasta yakınlarının 112 acil ekibinden beklentisinin yüksek olması sebebiyle sorunlar yaşamaktadır. 112 ekipleri genellikle olay yerine güvenlik ekiplerinden önce gitmekte, hem olay yerinde hem de güvenlik güçleriyle sıkıntılar yaşamaktadır. Özellikle psikiyatrik vakalarda ve alkollü şahısların tedavi ve sevklerinde problemler baş göstermektedir.

Görsel ve yazılı medyada ve çalışma hayatında en çok şiddete maruz kalan sağlık personeli, acil servislerde ve 112 ASH'de çalışan sağlık personelidir. Bu saldırı ve tacizler çoğunlukla, kendilerine karşılık veremeyecek zayıf gördükleri bayan çalışanlara karşı olmaktadır. "Cingil'in yaptığı çalışmada ise acil çağrı sonrası gidilen olay mahallinde adli anlamda problem yaşayan kişilerin dağılımına baktığımızda doktorların % 90, hemşirelerin %48, paramediklerin %30, ATT'lerin %57.5'si en çok hasta yakınlarıyla sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir."¹

Tablo 26. Katılımcıların Adli Olaylarda Polise Ulaşma Konusunda Zorluk Yaşama Durumları

Adli Olaylarda Polise Ulaşma Konusunda Zorluk Yaşıyorum	Sayı	Yüzde (%)
Evet	202	46,2
Bazen	187	42,8
Hayır	40	9,1
Cevap Vermeyen	8	1,9
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

112 acil yardım ekibinin ulaştığı adli vakalarda güvenlik güçlerinin olay yerine gelme hızları 112 acil yardım ekipleri kadar hızlı olamamaktadır. Çoğu zaman adli olgulara müdahale yapılırken ve sevki sürecinde güvenlik güçleri olay mahalline gelememektedir. 112 acil yardım ekipleri güvenlik güçleri zamanında gelmedikleri için olay mahallinde tek başlarına kalmaktadırlar. Böyle durumlarda 112 ekipleri hasta, hasta yakınları ve özelliklede çevredeki vatandaşların sözlü ve fiili tacizlerine maruz kalabilmektedirler. 112 acil ekiplerinin 155 araması veya KKM'nin güvenlik

¹ Cingil, s. 82.

güçleri ile telsiz irtibatına geçmesine rağmen güvenlik güçlerinin olay yerlerine ulaşmaları yeterince hızlı değildir.

Tablo 27. Katılımcıların Adli Olaylarda Komuta Kontrol Merkezine Ulaşma Konusunda Zorluk Yaşama Durumları.

Adli Olaylarda Komuta Kontrol Merkezine Ulaşma Konusunda Zorluk Yaşıyorum	Sayı	Yüzde (%)
Evet	27	6,1
Bazen	182	41,6
Hayır	220	50,4
Cevap Vermeyen	8	1,9
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Ekiplerin olay mahallinde bilgilendiren ve yönlendiren KKM'dir. 112 acil yardım ekipleri KKM'ye kolayca ulaşabilmektedirler. Ekipler telsizle ve telefonla KKM ve danışman hekimle görüşebilmektedirler. Taşrada bulunan istasyonlarımız coğrafi nedenler ve telekomünikasyon şirketlerinin baz istasyonlarının konumları sebebiyle KKM ye ulaşım konusunda sıkıntılar yaşaya bilmektedir. Özellikle diğer il sınırlarına yakın yerlerde KKM arandığında başka illerin 112 acil sağlık hizmetleri çıkabilmektedir.

Tablo 28. Katılımcıların Karşılaştığı Adli Vakalarda Sağlık Ekibinin Cinsiyetiyle İlgili Düşünceleri

Karşılaştığınız Adli Vakalarda Sağlık Ekibinin Bayanlardan Oluşması Olay Yerinde Sıkıntı Yaratıyor mu	Sayı	Yüzde (%)
Evet	228	52,2
Bazen	152	34,8
Hayır	54	12,3
Cevap Vermeyen	3	0,7
<i>Toplam</i>	<i>434</i>	<i>100</i>

Bu soruda katılımcıların genel olarak evet cevabı verdikleri görülmektedir. Hayır, cevabı veren oranı ise oldukça az çıkmıştır. Özellikle adli, psikiyatrik ve toplumsal olaylar sırasında kadınlardan oluşan ekiplerde ekip olarak sıkıntı yaşandığı görülmektedir. Çalışmaya katılanların %66,1'i (289) bayanlardan oluşmaktadır. Ülke

genelinde ve Konya ilinde 112 acil ekiplerinin sürücüler hariç, bayanlardan oluşması hastaların taşınmasında ve sevkinde sorunlara sebep olmaktadır. Ayrıca şu an bayan çalışanların büyük bölümünün yaşları 20 ile 35 arasındadır. Bu çalışanlar yaşları ilerledikçe fizyolojik olarak bu mesleği yapmakta zorlanacaklardır. Ayrıca; bu bayan sağlık çalışanları anne ve anne adayı çalışanlardır. Çalışmada ki gözlemlere göre hamile olan sağlık personeli adli olaylarda ve vakalarda kendine ve ekiplere sıkıntı yaşatmaktadırlar. 24 saat nöbet sistemi ve ambulans ortamında çalışılması hamile olan sağlık personelinin hem kendinin hemde bebeğinin sağlığı açısından risk oluşturmaktadır. Burada hem anneyi hem doğacak bebeği korumak gerekmektedir.

Devlet memurları kanunun 101 maddesinde doğum yapan memurlara 2 yıl süre ile gece nöbeti yazılmayacağı amir hükümlerle belirtilmiştir. Sağlık çalışanı olan anne kendisi istese dahi gece nöbeti yazılamamaktadır. Ayrıca yeni doğan bebekler için annelere verilen süt izni hakkı 24 saat nöbet sisteminde uygulanamamaktadır. Sağlık bakanlığı yukarıda belirtilen bu durumları gözeterek 112 acil sisteminin geleceği açısından tedbirler almalıdır.

Sağlık bakanlığının üniformalı mesleklerde uygulanan boy kilo şartıyla birlikte cinsiyet ayrımına gitmesi ve 112 ASH de çalışacak bayan personele kota koymayı değerlendirmesi faydalı olacaktır. 2013 OSYS tercih kılavuzunda yer alan, merkezi yerleştirme ile öğrenci alan yükseköğretim ön lisans programları da toplam 73 İlk ve Acil Yardım Programı mevcuttur. Bu ilk ve acil yardım programlarının neredeyse hepsi farklı farklı ön şart aramakta bazıları boy-kilo şartı, bazıları sağlık raporu, bazıları da hiçbir ön şart aramamaktadır. Bu durum AABT'ler için bir standart oluşmamasına neden olmaktadır. AABT bölümlerine yalnızca sağlık meslek lisesi mezunlarını alınmalıdır. Fakat, ÖSYM'nin ek kontenjanlarında bu durum delinmekte ve düz lise mezunları ve diğer meslek lise mezunları da bu bölümü tercih edebilmekte ve kazanmaktadırlar. Bu kişiler yetersiz bir eğitim düzeyiyle 112 acil yardım sistemine dâhil olmaktadır.

Özel üniversitelerden mezun olanlar sahada arrest, resüsitasyon, travmalı hastaya müdahale etmeden hatta damar yolu açmadan mezun olmaktadır. Özellikle özel ve vakıf üniversitelerinde verilen eğitimlerin kalitesiz olması, staj yapan öğrencilerin devamlılıklarının sağlanamaması, stajlarının denetlenememesi bu

kişilerin eğitiminin yeterlilik seviyesini iyice düşürmektedir. İlk ve acil yardım programlarının hemşirelik gibi 4 yıllık yüksek okul olması doğru bir uygulama olacaktır.

5.2. Katılımcıların Hizmet Sunumda Karşılaştıkları Güvenlik İle İlgili Zorluklar

Araştırmanın bu bölümünde 112 ASH istasyonlarında çalışan sağlık personelinin hizmet sunumu sırasında karşılaştıkları güvenlik ile ilgili zorluklar ele alınmıştır. Çalışmada, ilgili anket sorularına verilen cevaplar aşağıda yer alan tablolarda ve grafiklerde gösterilerek analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular yorumlanmış ve çözüm önerileri bulunulmuştur.

Tablo 29. Katılımcıların Adli Olaylardan Sonra İdare Tarafından Psikolojik Destek Görme Durumları

Adli Olaylardan Sonra İdare Tarafından Psikolojik Destek Veriliyormu	Sayı	Yüzde (%)
Evet	8	1,8
Bazen	54	12,4
Hayır	369	84,4
Cevap Vermeyen	6	1,4
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Katılımcılar genel olarak %85,6'sı (369) psikolojik destek almadıklarını belirtmektedirler. Bu orana bakıldığında, sağlık personelinin vakalarda karşılaştığı insan psikolojisini etkileyen durumlarda ve uğradığı tacizler yada saldırılar karşısında karıştıkları adli olaylara karşı idare tarafından desteklenmedikleri görülmektedir. 112 ASH çalışanları bu tür kötü durumlarda oluşan psikolojik olumsuzluklarda kendileri baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu nedenlerden dolayı il ambulans başhekimliğinde mutlaka bir psikolojik danışman bulundurulmalı ve bu çalışanlara psikolojik anlamda destek sağlanmalıdır.

Tablo 30. Katılımcıların Karşılaştıkları Adli Vakalarda Can Güvenliği Konusunda ki Davranış Durumları

Karşılaştığım Adli Vakalarda Can Güvenliğim Konusunda Endişelerim Var	Sayı	Yüzde (%)
Evet	334	76,4
Bazen	83	19
Hayır	13	3
Cevap Vermeyen	7	1,6
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

112 acil sağlık personelinin büyük bir bölümünün karşılaştığı adli vakalarda can güvenliği konusunda endişelerinin olduğunu tespit edilmiştir. Bu konuda güvenlik kaygısı yaşamayanların oranı çok düşüktür. 112 acil yardım ekipleri KKM tarafından verilen talimatla vakalara çıkmaktadırlar. KKM tarafından ekiplere verilen vakalarda tam olarak ne gibi bir durumla karşılaşabileceği bilinmediğinden ve KKM ye verilen bilgilerin eksikliği ve yanlışlığı gibi sebeplerle 112 ASH çalışanları zor durumda kalabilmektedirler.

Adli olaylarda olay yerinin tam anlamıyla güvenli olmaması, hasta yakınlarının olayın vahametine göre ajite olması, 112 acil yardım ekiplerini arayan vatandaşların sağlık ekiplerinden beklentisinin yüksek olması vb. nedenlerle hasta, hasta yakınları ve çevredeki vatandaşlar tarafından sözlü ve fiili saldırılara maruz kalmaktadırlar. Yukarıda belirtilen bu durumlar karşısında 112 ASH sağlık personelinin can güvenliği konusunda endişe duyması, mesleğe karşı ilginin azalması ve tükenmişlik durumlarının ortaya çıkması oldukça doğal bir sonuçtur.

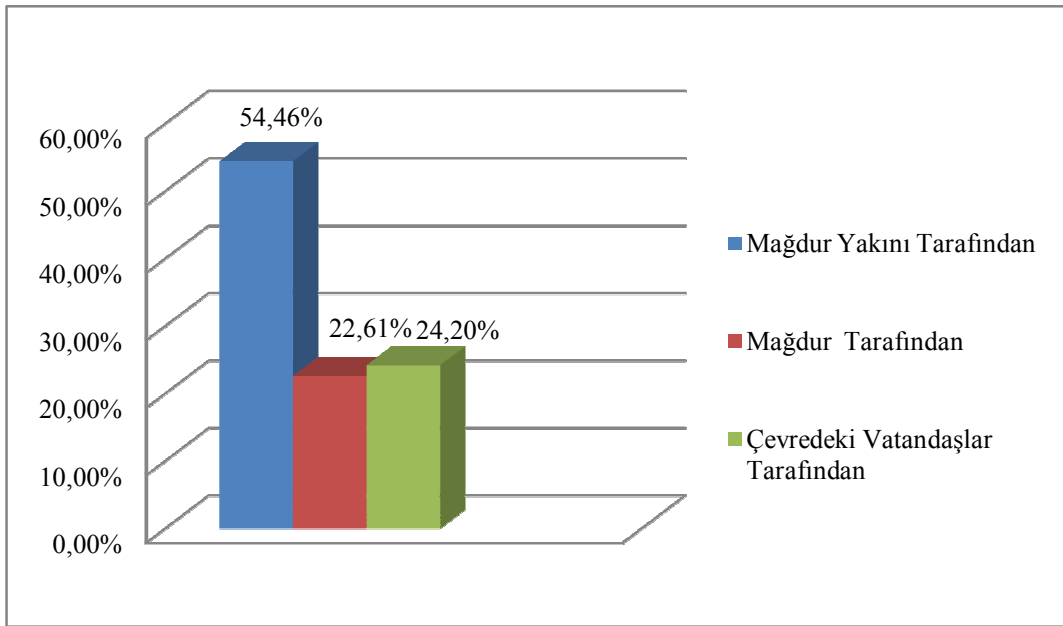
Tablo 31. Katılımcıların Karşılaştıkları Adli Vakalarda Saldırıya Maruz Kalma Durumları

Karşılaştığınız Adli Vakada, Mağdur Veya Yakınları Tarafından Herhangi Bir Saldırıya Maruz Kaldınız mı	Sayı	Yüzde (%)
Evet	314	71,9
Hayır	123	28,1
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Çalışmada 112 ASH ekiplerinin büyük bir bölümü gittikleri vakalarda hasta veya hasta yakınları tarafından saldırıya uğradıklarını belirtmişlerdir. Her dört sağlık

personelinden üçü saldırıya maruz kaldığını ifade etmiştir. Bu oran sağlık çalışanları için kaygı verici olmamanın da ötesinde bir durumu ifade etmektedir. Mevcut durumda 112 ASH personel şiddete uğradığı için hizmet sunumunda aksamalar meydana gelmektedir. Özellikle adli olaylarda güvenlik güçlerinin sağlık çalışanlarına hızlı bir şekilde ve etkin olarak koruma sağlaması gerekmektedir. Aksi taktirde 112 ASH ekipleri şiddet nedeniyle tamamen hizmet veremez hale gelecektir.

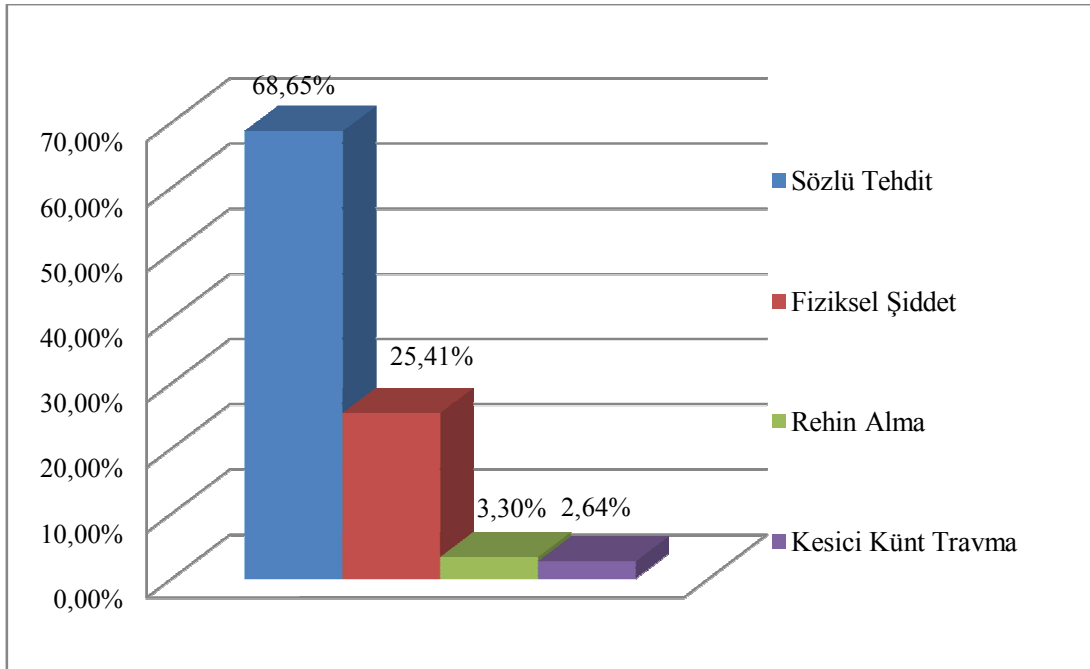
Grafik 7. Katılımcıların Adli Olgularda Karşılaştıkları Şiddetin Kaynağı



112 ASH ekipleri görevleri yerine getirirken karşılaştıkları adli olgularda genellikle mağdur yakınları tarafından sözlü veya fiili saldırılara maruz kalmaktadırlar. Güvenlik güçlerinin bu tür vakalarda olay yerine geç intikal etmesi bu saldırıların en büyük nedenini oluşturmaktadır. 112 acil ekipleri gittikleri vakaları bilmeden KKM den aldıkları ön bilgi ile vakaya gitmektedirler. Ajite olan beklentileri yüksek olan mağdur yakınları güvenlik güçlerinin olmamasını fırsat bilerek sağlık personeline saldırılarda bulunmaktadır. İletişim eksiklikleri, çevredeki vatandaşların bilgisizlikle birlikte ön yargıları ve ekiplerin olay ile ilgili yeterli bilgisi olmaması da bu tür saldırılara neden olabilmektedir. Olayın gerçek mağduru ise yardıma ihtiyaç duyduğunda fazlaca şiddete yönelmemektedir. Fakat, araştırmada bazı durumlarda mağdurlarında şiddete yönelebildikleri tespit edilmiştir.

"Sağlık Sen'in 2013 yılında yapmış olduğu sağlık çalışanlarına şiddet araştırmasında şiddet uygulayanların cinsiyetine bakıldığında %68.33'ünün erkek,%31.67'sinin ise kadın olduğu ortaya çıkmıştır. Erkeklerin şiddeti kadınlardan daha çok uyguluyor olması, Türkiye şartlarında çok da şaşırtıcı bir durum olmasa da kadınların şiddet uygulama oranı da azımsanmayacak ölçüdedir." ¹ Ambulans ekiplerinin olay yerinde tek başlarına olmaları, güvenlik önlemlerinin alınamaması ve korunaksız olmaları ekiplerin çoğunun bayanlarda oluşması acil yardım ekiplerinin şiddete maruz kalma oranını yükseltmektedir. "Paramedik derneğinin yayınladığı olduğu hastane öncesi sağlık hizmetleri şiddet raporunda belirtildiğine göre ambulans çalışanlarının şiddete maruz kalma ve iş kazası olasılığının diğer sağlık çalışanlarına nazaran daha fazla olduğu tespit edilmiştir." ² Sağlık personeline uygulanan şiddetin önlenmesi için yasal düzenlemelerle cezalar ağırlaştırılmalı tutuklu yargılama yapılmalıdır. Kesinleşen hükümler medyada afişe edilmelidir.

Grafik 8. Katılımcıların Adli Olgularda Maruz Kaldıkları Saldırı Tipleri İle İlgili Görüşleri

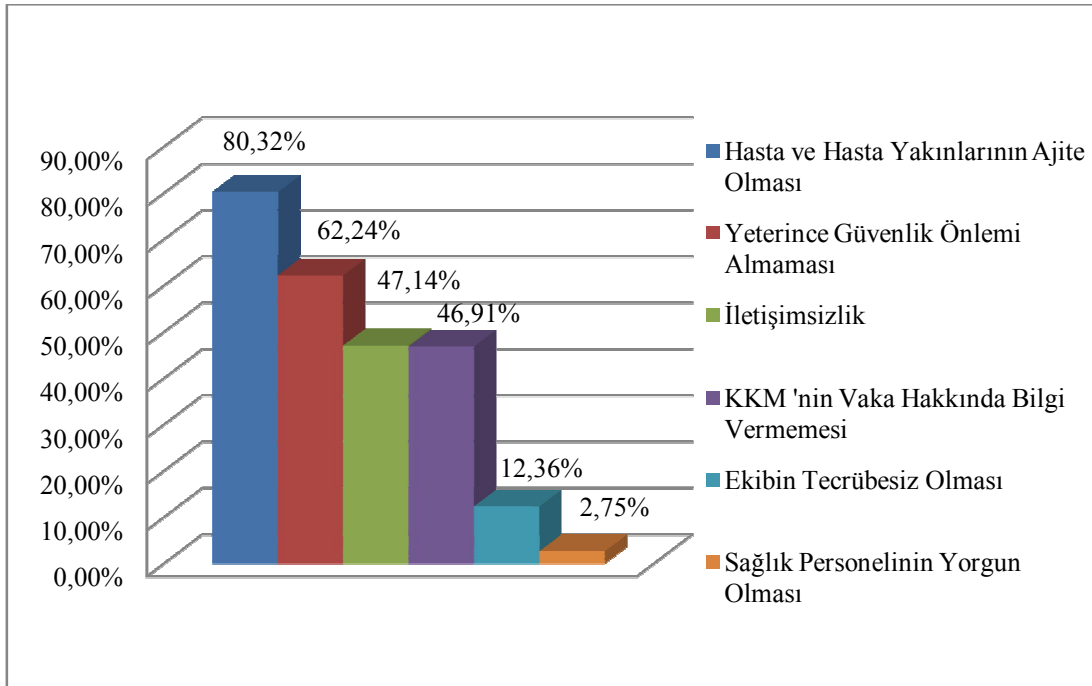


¹, "Şiddet Araştırması"; <http://www.sagliksen.org.tr/MediaContent/buMY-1389703092-fsmf.pdf>, (22.10.2014)

², "Şiddet ve Öneriler"; <http://www.saglikcalisanisagligi.org/brosurler/pardersiddetraporu.pdf>, (22.10.2014)

Çalışmada Bu soruya birden fazla cevap verilmiştir. Çalışanların Maruz kaldığı saldırı tiplerine bakıldığında 303 kişiden %3.30'u (10) rehin alındığını, %68.65'i (208) sözlü tehdide maruz kaldığını, %25.41'i (77) fiziksel şiddete uğradığını, (%2.64'ü (8) ise kesici - kunt travmaya maruz kaldığını belirtmiştir. Ateşli silah yaralanmasına maruz kalan olmamıştır. Saldırıya uğradığını belirten kişilerden %66.87'si (210) kadın, %33.13'ü (104) ise erkektir. Saldırıya uğrama oranında meslekler arası anlamlı farklılık yoktur. Sağlık personelinin en çok sözlü tehdit, hakaret ve küfürlerle maruz kaldıkları görülmektedir. Fiziksel şiddet ise tüm saldırıların 1/4 civarındadır.

Grafik 9. Katılımcıların Adli Vakalarda Saldırıya Uğrama Nedenleri İle İlgili Görüşleri



Bu soruda çalışmaya katılanların tamamına yakını saldırıya uğrama nedeni olarak 1 den fazla seçeneği işaretlemişlerdir. Karşılaşılan adli vakalarda saldırıya uğrama nedeni olarak hasta ve hasta yakınlarının ajite olması %80.32 düzeyinde iken, sağlık personelinin yorgun olması %2.75 en az işaretlenen saldırı sebebi olmuştur. Polisin yeterince güvenlik önlemi almaması %62.24, ekibin tecrübesiz olması %12.36, KKM'nin vaka hakkında bilgi vermemesi %46.91, iletişimsizlik %47.14 olarak tespit edilmiştir.

Sağlık personelinin yorgun olması en az söylene de alandaki durum öyle değildir. 112 acil yardım ekipleri KKM'nin vaka elemesi yapmaması veya yapamaması sonucu çok yoğun çalışmakta ve oldukça yorulmaktadırlar. Bu yorgunluk durumu sağlık personeli tükenmişlik sendromuna sokmaktadır. 112 acil ekiplerindeki çalışanların genç yaşta olması, iş tecrübelerinin az olması da bu şiddet olaylarında negatif unsur olarak göze çarpmaktadır.

Hasta ve hasta yakınları KKM ile yaşadıkları iletişim sıkıntısı da şiddetin bir başka nedeni olarak göze çarpmaktadır. Hastanın yada hasta yakınlarının 112'yi ararken konuştuğu ve problem yaşadığı çağrı merkezindeki kişileri ambulansla gelen ekipteki kişiler sanmasıdır. Sağlık bakanlığı ilköğretimden başlayarak 112 acil yardım sisteminin nasıl çalıştığını, hangi durumlarda aranması gerektiği, acil yardım ekipleri gelinceye kadar nelerin yapılması ve ya yapılmaması gerektiği hakkında eğitim verilmelidir. Ayrıca yılın belli bir zamanı da 112 acil yardım haftası olarak belirlenmelidir.

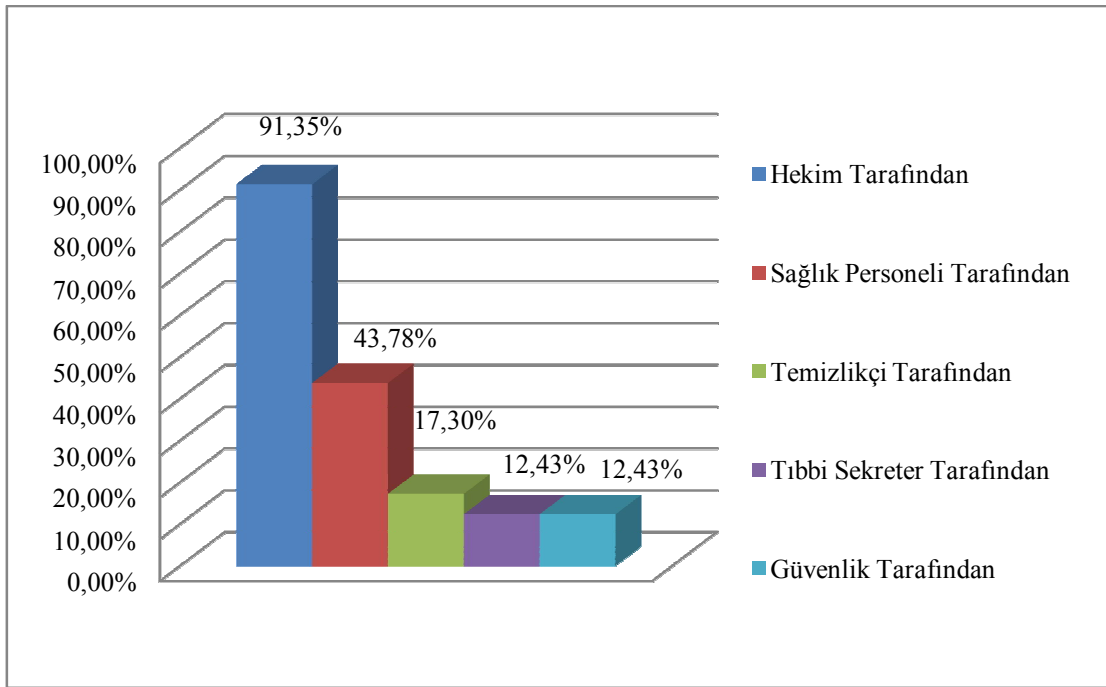
Tablo 32. Adli vakanın Hastaneye Sevk Edilmesi Durumunda 112 Ekiplerine Hastane Personelinin Davranış Biçimleri

Götürdüğünüz Adli Vakalarda, Hastanede Sağlık Personeli veya Hastane Personeli Tarafından Fiziksel veya Sözlü Şiddete Uğradınız mı	Sayı	Yüzde (%)
Evet	185	42,4
Hayır	239	54,7
Cevap Vermeyen	13	2,9
<i>Toplam</i>	<i>437</i>	<i>100</i>

Sorusuna katılanların %43.6'sı (185) evet, %56.4'ü (239) hayır cevabını verdiler. Evet cevabı verenlerin mesleklerine göre hekimlerin %40'ı (8), AABT lerin %52.1(38), ATT lerin %40.1'i (113), SM/Hemşirelerin %53.1'i (26) hastane çalışanları tarafından fiziksel ve sözlü şiddete uğradığını ifade etmişlerdir. Hasta ve hasta yakınları tarafından şiddete uğrayan sağlık personelinin kendi meslektaşları tarafından da şiddete uğraması çalışanların motivasyonu ve iş barışı açısından oldukça sıkıntılı bir durumdur. Özellikle acil servislerde çalışan hekimler tarafından 112 ASH ekiplerinden vaka teslim alımlarında zorluk çıkarılmaktadır. Bunu

yaparken 112 ekiplerine hastaların yanında hakarete varan ifadeler ve mobing uygulamaktadırlar. Çalıştığı birimler açısından bakıldığında merkezde çalışanların %52.4'ü (97), taşrada çalışanların %47.6'sı (88) fiziksel ve sözlü şiddete uğradığını ifade ettiler. Çalıştığı birime göre anlamlı farklılık mevcuttur. İlçe hastanelerinin küçük olması, sağlık personellerinin bir birlerini tanımaları ve vakaların sadece ilçe hastanelerine götürmek zorunda olmaları nedeniyle hastane personeli ile fazla sıkıntı yaşamamaktadırlar. Cinsiyete göre kadınların %65.4'ü (121), erkeklerin %34.6'sı (64) fiziksel ve sözlü şiddete uğradığını ifade ettiler. Kadın sağlık personeli sayısının istasyonlarda fazla olması bu oranın yüksek olma sebeplerinden bir tanesidir. Diğer bir sebep ise kadın sağlık personelinin güçsüz olduğu düşüncesi ve erkeklere nazaran karşılık vermemesi dir.

Grafik 10. 112 Ekiplerine Hastane Personeli Tarafından Gösterilen Şiddetin Mesleki Dağılımı



Bu soruda çalışmaya katılanlar 1 den fazla seçeneği işaretlemişlerdir. 112 acil ekipleri hasta ve hasta yakınları kadar olmasa da hastane acillerinde sağlık personelleri ve diğer çalışanlar tarafından özellikle de adli vakaların hastane acillerine getirilmesi sırasında sözlü taciz ve fiili darplara maruz kalmaktadırlar. Bunu altında yatan neden; acil servislerin iş yükünün mesai saatleri dışında çok

yoğun olması, sağlık personeli sayısının az olması, çalışma koşullarının iyi olmaması, vakaların acil statüsünde olmaması bu nedenler arasındadır. Bu sözlü tartışmalar daha çok devlet hastanelerinde olmaktadır.

Başbakanlığın 2008 yılı acil sağlık hizmetlerinin sunumu ile genelgesinde acil tıbbi müdahaleyi gerektiren durumlarda hastanın uygun bir sağlık kuruluşuna gecikmeksizin ulaştırılması ve hastanın getirildiği sağlık kuruluşunca da, gereken acil müdahalelerin öncelikle ve ön şartsız yapılması insanî bir görev olduğu gibi hukukun da gereğidir denilmektedir. Yine aynı genelgede acil vakalarda yoğun bakım hizmeti dahil olmak üzere gerekli ilk müdahale yapılarak hastanın stabilizasyonunun sağlanması esastır. Başbakanlık genelgesinde açık hükümlere rağmen hastane acilleri 112 acil yardım ambulanslarını reddetmekte, vakaları almaktan imtina etmekte ve zorluk çıkarmaktadır. Yapılan bu uygulamada yerim yok, acilin çok yoğun olmasını bahane ederek hastayı kabul etmeyen hekimler ve kurumlar yasal olarak hukuksuz davranmakta ve yasal yaptırımlara maruz kalabileceklerini bilmelidirler.

SONUÇ

112 acil yardım sisteminde çalışanların yaş gruplarına bakıldığında büyük çoğunluğun 30 yaş altında olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışanların %66.1' i bayanlardan oluşmaktadır. Bayanların 112 acil sisteminde çoğunlukta olması, mevcut yasalarda kadınlara yönelik pozitif ayrımcılık tanınması, sistemin işleminde yapısal sorunlar meydana getirmektedir. 24 saat 365 gün aralıksız çalışması gereken acil yardım sisteminin işleyişinin düzgün sağlanabilmesi için erkek- kadın kotası kesinlikle konulmalıdır. Yasal düzenlemelerle bu durum sağlanmalıdır. Aksi halde sistem personel rejimi açısından işletilemez hale gelecektir. Üniformalı mesleklerde olduğu gibi boy-kilo oranı getirilmelidir. Personel alımında bu kıstaslar göz önünde bulundurulmalıdır.

Sağlık meslek liselerinde mezun olan ATT'lere ve Önlisans mezunu AABT'lere görev alacakları ambulanslarla ve kullanacakları medikal tıbbi cihazlarla ilgili olarak verilen eğitim yeterli değildir. ATT'ler 112 acil yardım ambulans istasyonlarının sayısının öğrenci sayısına göre çok az olması ve yasal sıkıntılar nedeniyle staj yapma şansı bulamamaktadırlar. AABT'ler ise özel üniversitelerin ticari maksatla öğrenci kotalarını devlet üniversitelerinden daha fazla tutması, akademik personel yetersizliği, eğitim süresinin kısalığı ve kalitesizliği gibi nedenlerden dolayı yeterli bilgi ve beceriye edinememektedir. Özellikle özel üniversitelerin sağlık meslek kökenli olmayan öğrencileri AABT önlisans bölümlerine alması bu olumsuzluklara katkı yapan diğer bir unsur olmuştur. Özel üniversitelerin, AABT bölümü alımlarında kota uygulanmasına geçmesi, bununla birlikte; verilen eğitim ve stajlar hakkında yeniden düzenlemeler yapması gerekmektedir. Sağlık bakanlığının, hem ATT hem de AABT 'leri alırken mesleki bilgi ve yeterlilik düzeylerini test ederek yeterli fiziki yapıya sahip kişileri alması daha uygun olacaktır. Ayrıca; AABT' lerin önlisans bölümü düzeyinden hemşirelik vb. programlar gibi lisans düzeyine çıkarılması hem insan hayatı açısından hem de mesleki bilgi ve uygulamalar açısından daha iyi olacaktır.

Adli olgular ve olaylarda, sağlık personeli sahada tam olarak vakada neler yapacağını bilmemektedir. Mezun oldukları okullarda, adli olgular ile ilgili yeterli

düzeyde eğitim ve öğrenim görmemektedirler. Ayrıca çalıştıkları kurumlar tarafından da bu konular ile ilgili neredeyse hiçbir şekilde hizmet içi eğitim verilmemektedir. 112 acil yardım sisteminde çalışan sağlık personeli görev, yetki ve sorumlulukları hakkında tam anlamıyla bilgi sahibi gözükmemektedirler.

Hekimlerin sistemden çekilmesi sonucu ambulanslarda ATT ve AABT'ler sadece yönetmelikte geçen acil vakalar için yetkilendirilmişlerdir. ATT ve AABT'lerin acil sağlık yönetmeliğinde geçmeyen vakalara veya hastalara tıbbi ve tedavi edici müdahale etmemeleri gerekmektedir. ATT ve AABT'lerin hastadan anamnez alması hukuki anlamda sıkıntılı bir durumdur. Hukuki olarak vakaların hangi kritere göre, kimin yetkisi ve sorumluluğu dâhilinde nakil edileceği veya nakil reddine kimin karar vereceği açık ve net değildir. Bu durum çalışanlar açısından sorun oluşturmaktadır. Günümüzde malpraktis olaylarının artması nedeniyle hekimler hariç diğer sağlık personellerine mesleki sorumluluk sigortasının yapılmaması büyük bir sorundur. Ambulanslarda hekimler olmadan karar veren ve müdahale eden sağlık personelinin yaptıklarından dolayı hukuki yaptırımlara maruz kalabilecekleri unutulmamalıdır. Yukarıda belirtilen durumlar için bir an önce kanun ve yönetmelik değişikliğine gidilmelidir.

Hukuk mevzuatımızda anamnez almak, vakalara müdahale etmek, ölüm kararı vermek, reşit olmayan vakalarda ayıt etme gücünün tespiti ve tedaviyi reddeden vakalarda tedavi olmazsa nelerin olabileceği gibi bir çok uygulama ve karar yetkisi hekimlere verilmektedir. Eğer 112 ASH sisteminde, istasyonlar hekimsiz olarak çalışacaksa, kesinlikle hukuk mevzuatı mevcut duruma uygun şekilde düzenlenmelidir.

112 acil yardım ambulansları, vakaların büyük çoğunluğuna güvenlik güçlerinden daha önce varmaktadırlar. Özellikle; ajite olan vakalarda, hasta yakınlarının ve çevrede bulunanların ekiplere sözlü veya fiili tacizlerde, bulunduğu çok sık rastlanılmaktadır. Sağlık ekiplerinin bu tür saldırılara maruz kalmaması için güvenlik güçlerinin de sağlık ekipleri kadar özverili davranmaları gerekmektedir. Şiddete maruz kalan 112 ASH personeli idare tarafından desteklenmediği algısına sahiptir. Bunun yanında sağlık personeli şiddete maruz kaldığında idare tarafından yapılan hukuki yardımları bilmemektedirler.

112 ASH istasyonlarındaki ekiplerin iletişim içerisinde olduğu en önemli birim KKM'lerdir. Sahada, olay yerinde ve vakalarda 112 acil ekiplerin en büyük yardımcısıdır. Ekipler, KKM'ye ulaşmakta zorluk yaşamamaktadırlar. Mevzuata KKM' ye verilen yetkiler ve sorumluluklar tam olarak açık şekilde yazılmalıdır.

Hastane acil servislerinin yoğunluğu nedeni ile acil servislerde çalışan doktorlar adli vakaları almak istememektedirler. Adli vakalar için doldurulan formların çokluğu ve yaşanabilecek hukuki sıkıntılar nedeni ile hekimler tarafından istenmeyen vaka tipleridir. Bu sebeplerden dolayı ambulans ekipleri kendi meslektaşları tarafından sözlü hatta fiili darplara maruz kalabilmektedirler. Başbakanlık genelgesine rağmen, acil hekimleri vakaları almaktan imtina etmektedirler.

Sağlık personelinin veya ekip arkadaşının yapmış olduğu tıbbi uygulama hatalarını raporlama özendirilmelidir. Bunun içinde, personele ceza verilmeyeceği, bildirimin gizli kalacağı konusunda güvence verilmelidir. Bu sayede hata yapılan uygulamalar belirlenerek yapılan bu hataların önüne geçilebilecektir.

112 acil yardım sistemi nasıl çalışır, hangi vakalarda ambulans çağrılmalı, ambulans gelinceye kadar neler yapılmalı ve insan hayatını kurtarmaya yönelik davranışların neler olduğu ilköğretimden başlayarak ortaokul, lise ve üniversitelerde öğretilmeli, halk eğitim merkezlerinde ve kamu spotları ile 112 acil yardım sistemi anlatılarak vatandaşların bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Belirli tarihler arası 112 acil yardım haftası ilan edilmeli ve bu hafta boyunca bilgi ve bilinçlendirmeye yönelik etkinlikler düzenlenmelidir.

Varsayımların değerlendirmesi şu şekildedir:

- “ **i. 112 ASH çalışanlarının adli vakalarla ilgili yeterince bilgileri yoktur.**” Bu varsayım tutarlı çıkmıştır. Çünkü, hekimler hariç 112 ASH istasyonlarında çalışan diğer sağlık personelleri örgün eğitimlerde neredeyse adli vakalarla ilgili hiç eğitim almamaktadırlar. Gidilen adli vakalarda yada şüpheli adli olgularda tam anlamıyla nasıl davranacaklarını ne şekilde hareket edeceklerinin bilmemektedirler.

- “ **ii. 112 ASH çalışanları adli vakalarla ilgili kriminal uygulamaları yeterince bilmemektedirler.**” Bu varsayım tutarlı çıkmıştır. Çünkü, 112 ASH çalışanları kriminal uygulamalar ile ilgili bilgi sahibi değildirler ve bu konuyla ilgili okudukları okulda ve görevleri sırasında hiçbir eğitim almamışlardır. Bu eksikliğin fark edilmesi ile birlikte Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüyle Emniyet Genel Müdürlüğü arasında delillerin tanınması ve korunması amacı ile protokol imzalanmıştır.

- “ **iii. 112 ASH çalışanları meslekleri ile ilgili kanun, yönetmelik ve yönergeleri yeterince bilmemektedirler.**” Bu varsayım tutarlı çıkmıştır. Çünkü, 112 ASH istasyonlarında çalışan sağlık personellerinin yaptıkları görevlerle ilgili kanun, yönetmelik ve yönergeleri tam olarak bilmedikleri saptanmıştır.

- “ **iv. Şiddete uğrayan 112 ASH personeline idari birimler gerekli desteği vermemektedirler.**” Bu varsayım tutarlı çıkmıştır. Çünkü, 112 ASH istasyonlarında çalışan sağlık personelleri şiddete uğradıklarında kendilerine verilen hukuki yardımları tam olarak bilmemektedirler. Bu bilgisizlik sebebiyle idarenin kendilerini desteklemedikleri veya yanlarında olmadıkları gibi bir algıya sahip olmaktadır.

- “ **v. 112 ASH personeli vakalara müdahale ederken tıbbi uygulama hatası yapmaktadırlar.**” Bu varsayım tutarlı çıkmıştır. Çünkü, 112 ASH istasyonlarında çalışan sağlık personelleri gittikleri vakalarda hızlı karar verip vakaya müdahale etmelidir. Ancak, bu müdahale sırasında dikkatsizlik, bilgisizlik veya yetkisizlik nedenleri ile hatalı uygulamalar yapmaktadırlar.

KAYNAKÇA

- Akdur, R., “Türkiye’deki Trafik Kazalarının Epidemiyolojik İlkeler Işığında Değerlendirilmesi”, Ulaşım ve Trafik Güvenliği Dergisi, Ağustos 2012
- Akın, M., “Aile İçi Şiddet”, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, C. 71,S. 1, İstanbul, 2013
- Atilla, R., “Dünyada Acil Tıp Sistemleri”, Alanda Acil Bakım, S.1, (Ed. S.Sarıkaya), İstanbul, 2009
- Centel, N, “5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu’nda Cinsel Saldırı Suçu ve Cinsel Suçlar Değişiklik Tasarısı’nın Değerlendirilmesi”, Türkiye Barolar Birliği Dergisi, S. 99, Ankara, 2012
- Cingil, A., Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Adli Olgulara Yaklaşımları, Marmara Üniversitesi, SBE, YYLT, İstanbul, 2007
- Deryal, Y., “Hemşirelerin Hukuki Sorumlulukları”, III.Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara, 2011
- Dişsiz, M. - Şahin Hotun, N., “Evrensel Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Kadına Yönelik Şiddet”, Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, C. 1, S. 1, İstanbul, 2008
- Erbay, H., Hastane Öncesi Acil Tıpta Hastanın Müdahaleyi Reddetmesi: Kuramsal Değerlendirme ve Bir Alan Çalışması, Çukurova Üniversitesi, SBE, YDT, Adana, 2012
- Gündoğmuş, Ü. N. - Hancı, İ. H., “Birinci Basamakta Adli Hekimlik Uygulamaları”, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, C. 12, S. 9, Ankara, 2003
- Gürsel, Ç., “Hasta Hakları Olarak Aydınlatılmış Onamın Önemi”, II.Ulusal Hukuk Sempozyumu, A’dan Z’ye Sağlık Hukuku Sempozyum Notları, İstanbul, 2007

Hakeri, H., Tıp Hukuku, Ankara, 2012

Karakurt, Ü. - Sata, S. – Bilen, A. - Açıkalın, A. - Gülen, M., "Acil Tıp ve İş Kazaları", The Journal Of Academic Emergency Medicine, C. 11, S. 4, Ankara, 2012

Konya İl Sağlık Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimliği, Arşiv Belgeleri, 2014

Öngel, K. - Mergen, H. – Gürbüz, T., “Elektrik Çarpmalarına Yaklaşım”, Dirim Tıp Dergisi, S. 4, İstanbul, 2007

Özata, M. - Altuncan, H., "Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği", Tıp Araştırma Dergisi, C. 8, S. 2, Van, 2010

Özcan, N. - İkinciogulları, D., “Ulusal Zehir Danışma Merkezi 2008 Çalışma Raporu Özeti”, Türk Hijyen ve Deneysel Dergisi, C. 66, Ankara, 2009

Özdemir, Ç., “Trafik Kazaları ve Bilirkişi”, Birinci Basamakta Adli Tıp Dergisi, S.2, (Ed. S. Koç - M. Can), İstanbul, 2011

Sözen, Ş. - Aksoy, E., “Cinsel Saldırılarda Hekimin Sorumluluğu, Tıbbi ve Hukuki Yaklaşım”, Birinci Basamakta Adli Tıp Dergisi, (Ed. S. Koç - M. Can), İstanbul, 2011

Sözen, Ş. - Aksoy, E., "Cinsel Saldırılarda Hekim Sorumluluğu, Tıbbi ve Hukuki Yaklaşım", Klinik Gelişim Dergisi, C.22, Özel Sayı, (Ed. S. Koç - M. Can), İstanbul, 2009

Taner, Y. - Gökler, B., “Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönler”, Hacettepe Tıp Dergisi, C. 35, S. 2, Ankara, 2004

T.C. SB, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi, Ankara, 2013

- T.C. SB, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İl ve İlçe Sağlık Müdürlüğü Yönetim Rehberi, Ankara, 2012
- Tümer, A. R. – Keten, A. – Karacaoğlu, E., “Adli Olgı Bildirimi ve Adli Raporlar”, Hacettepe Tıp Dergisi, C. 41,S. 2, Ankara, 2010
- Uğurlu Sülü, E., “Hemşirelikte Manevi Bakımın Uygulanması”, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, C. 5, S. 3, İstanbul, 2014
- Yılmaz, A., “Adli Tıp Boyutu İle Zehirlenmeler”, Birinci Basamakta Adli Tıp Dergisi, S.2, (Ed. S. Koç - M. Can), İstanbul, 2011
- Yükseloğlu, E. H. – Özcan, Ş. Ş. – Ceylan, B,” Olay Yeri İncelemesi ve Türkiye’deki Uygulamalar”, Polis Bilimleri Dergisi, C. 10 ,S. 1, Ankara, 2008
- Kaygusuz, Z., Olay Yeri İnceleme Çalışmalarında Bilimsellik Ve Hukukilik; <http://cezahukuku.blogspot.com.tr/2006/10/olay-yeri-incelemealimalarında.html>, (05.01.2014)
- T.C. Resmi Gazete, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğ, 2010; <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100325M1-1.htm> (01.10.2014)
- Resmi Gazete, Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri İle Acil Tıp teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ, 2009; <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/03/20090326.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/03/20090326.htm>, (22.10.2014)
-, <http://www.acilafet.gov.tr/2014/09/acil-saglik-hizmetleri-yonetmeligi/>, (22.10.2014)
-, <http://www.acilafet.gov.tr/wpcontent/uploads/2014/08/orgSemaAcil.png>, (01.10.2014)
-, <http://ailehekimligi.gov.tr/yal-ve-oezuerlue-bakm/564-zehirlenmeler-boecek-sokmas-ve-hayvan-ismalarında-ilk-yardm.html>, (14.11.2014)

....., <http://www.beyazkod.saglik.gov.tr/alo113.aspx>, (22.10.2014)

....., <http://bitlis.112.saglik.gov.tr/kkm.php>, (01.10.2014)

....., http://www.ilkyardimkursu.net/yara_nedir.html, (22.10.2014)

....., <http://www.ilkyardim.org.tr/document1.pdf>, (22.10.2014)

....., <http://isguvenligiuzmani.org/2008/09/23/is-kazalari/>, (22.10.2014)

....., <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.6331&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>, (22.10.2014)

....., <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf>, (22.10.2014)

....., <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>, (22.10.2014)

....., <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=9.5.12941&MevzuatIliski=0&sourceXmlearn=acil%20sa%C4%9Fl%C4%B1k>, (22.10.2014)

....., <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6098.pdf>, (22.10.2014)

....., <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/112613c949c144239bc8d7b77cd43b19.pdf>, (22.10.2014)

....., <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/4.html>, (22.10.2014)

....., <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/5.html>, (22.10.2014)

....., <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/6.html>, (22.10.2014)

....., http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5500a5ae435959.08649286, (22.10.2014)

....., <http://www.sagliksen.org.tr/MediaContent/buMY-1389703092-fsmf.pdf>, (22.10.2014)

....., <http://www.saglikcalisanisagligi.org/brosurler/pardersiddetraporu.pdf>,
(22.10.2014)

....., <http://www.yaniktedavi.com/nedir.html>, (22.10.2014)

EK : 112 ACIL YARDIM İSTASYONLARINDA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN ADLI OLAYLARA YAKLAŞIMI, BİLGİSİ VE KARŞILAŞTIKLARI ZORLUKLAR (KONYA ÖRNEĞİ) ANKET FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu anketin yapılmasındaki amaç; 112 çalışanlarının görevleri sırasında karşılaştıkları adli olgulara ilişkin bilgilerini ve adli olgulara yaklaşımlarını belirlemektir. Elde edilen bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacak ve bilgileri gizli tutulacaktır. Bu nedenle adınızı yazmanıza gerek yoktur. Bu çalışmaya katılmak veya katılmamak tamamen özgür iradenize bağlıdır. Katıldığınız takdirde, görüşme formumuzda yer alan tüm sorulara içtenlikle cevap vermeniz çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

FEYYAZ YILDIZ

Prof.Dr.Mehmet Fikret GEZGİN

1.Cinsiyetiniz:

Erkek

() Kadın ()

2.Medeni Durumunuz:

Bekâr

() Evli ()

3.Kaç Çocuğunuz var:

Var Tane

() Yok ()

4. Yaşınız:

() 17–20 () 21-25 () 26-30 () 31–35

() 36–40 () 41-45 () 46-50 () 50+

5. Ünvanınız:

() Hekim () AABT () ATT () Hemşire/Sağlık Memuru

() Şoför

6. Bu kurumdaki toplam çalışma süreniz:

() 0 – 1 yıl () 2 - 5 yıl

() 6 – 10 yıl () 11 – 15 yıl () 16 – 20 yıl () 20 yıl üzeri

7.Çalıştığınız birim nerededir:

() Merkez istasyon () İlçe istasyon

8. Aşağıdaki eğitimlerden hangilerini aldığınızı işaretleyiniz: (Birden fazla sık işaretleyebilirsiniz.)

() Erişkin ileri yaşam desteği
() Travma resüsitasyon kursu
() TYD (Temel Yaşam Desteği)

() Çocuk ileri yaşam desteği
() CPR (Kardiy Pulmoner Resüsitasyon)

9.-13.Soruları Bilgilerinize Dayanarak Cevaplayınız.

9. Aşağıdakilerden hangisi sizce adli olgudur? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- () Ateşli silah yaralanmaları () Delici kesici alet yaralanmaları
() Trafik kazaları
() Zehirlenmeler () Yanıklar
() Elektrik çarpması
() İş kazası(Yüksekten düşme) () Aile içi şiddet
() Cinsel saldırılar
() Çalışan Personel Hatası () Diğer (Belirtiniz).....

10. Gittiğiniz vakanın adli bir olgu olup olmadığına kim karar verir?

- () Hekim () Ambulans Ekibi () Polis () Savcı () Mağdur

11. Acil çağrı sonrası gittiğiniz olay mahallinde adli anlamda problem yaşadığınız kişileri işaretleyiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- () Hastalar () Hasta yakınları () Polis
() Ambulans ekibindeki diğer personel () Çevredeki vatandaşlar

12. Aşağıdaki kanun, yönetmelik, yönerge ve tıp hukuku ile şıklardan hangileri hakkında bilginiz var:
(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- () Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
() Hasta Hakları (Güvenlik) Yönetmeliği
() Adli vakalarda delillerin korunması ve teslimi
() TCK 280. Madde
() Malpraktis nedeniyle sağlık personelinin hukuki sorumluluğu
() 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Tarzı İcrasına Dair Kanun

Aşağıdaki sorularda size en uygun seçeneği işaretleyiniz.	EVET	BAZEN/ KISMEN	HAYIR
13. Adli olaylarda polise ulaşma konusunda zorluk yaşıyorum.			
14. Adli olaylarda komuta kontrol merkezine ulaşma konusunda zorluk yaşıyorum.			
15. Karşılaştığım adli olgularda, kanuni yetki ve sorumluluklarımı biliyorum.			
16. Karşılaştığınız adli olgularda, kanuni yetki ve sorumluluklarınızın yeterli düzeyde olduğunu düşünüyor musunuz?			
17. Karşılaştığınız adli vakalarda sağlık ekibinin bayanlardan oluşması olay yerinde sıkıntı yaratıyor mu?			
18. Adli olaylardan sonra idare tarafından psikolojik destek veriliyor mu?			
19. Sözlü ve fiziksel şiddete maruz kalındığında; idarenin çalışanlara sağladığı hukuki yardımları biliyor musunuz?			
20.Karşılaştığım adli vakalarda can güvenliğim konusunda endişelerim var.			

21-33.Soruları Çalışma Esnasında Yaptığınız Uygulamalara Göre İşaretleyiniz.

21. Karşılaştığınız adli vakalarda can güvenliğiniz konusunda endişelendiğinizde ne yaparsınız?

- () Komutaya bilgi veririm () Polis çağırırım () Olay yerini terk ederim

22. Adli olgu olup olmadığı konusunda şüphe duyduğunuz durumlarda ne yaparsınız?

- () KKM'ne danışırım () Ekip içinde tartışıp ortak karar alırım () Polise danışırım

23. Adli olguda olay yerine ulaştığınızda, polis orada değilse ne yaparsınız?

- () KKM'ne haber veririm. () Hastaya müdahale eder, hastaneye götürürüm.
() Polisi beklerim.
() Hastayı hastaneye götürüp hastane polisine haber veririm.
() Hastaya müdahale eder polisi beklerim.

24. 16 yaşında yaralamalı bir olayda hasta tedavi ve hastaneye gitmeyi reddetmektedir. Ne yaparsınız?

- () Nakil reddi alırım () Zorla hastaneye götürürüm. () Polise haber veririm.
() KKM'ne bilgi veririm

25. Ekibinizde hekim yoksa karşılaştığınız adli vakalarda ex kararını kim verir?

- () Paramedik () ATT () Hemşire/Sağlık Memuru () Komutaya danışırım

26. Adli olguda olay yerine ulaştığınızda yaralının ex olduğunu görürseniz ne yaparsınız?

- () Polise haber veririm ve gelmesini beklerim.
() Olay yerine ulaştığımda polisin orada olduğunu görürsem hiçbirşeye karışmam.
() Komuta kontrol merkezine haber veririm.

27. Karşılaştığınız adli vakada, mağdur veya yakınları tarafından herhangi bir saldırıya maruz kaldınız mı?

- () Evet () Hayır

28. 27.Soruya cevabınız evet ise; kim tarafından saldırıya maruz kaldınız?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- () Mağdur tarafından () Mağdur yakını tarafından () Çevredeki vatandaşlar tarafından

29. 27. Soruya yanıtınız evet ise; ne tür saldırılara maruz bırakıldınız? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

- () Rehin alınma () Ateşli silah yaralanması
() Kesici ve künt silahla yaralanma () Sözlü tehdit
() Fiziksel şiddet

30. Sizce karşılaştığınız adli vakada, saldırıya uğramanızın sebepleri nelerdir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ İletişimsizlik
☐ Ekibin tecrübesiz olması
☐ Polisin yeterince güvenliği sağlamaması
☐ Komutanın vaka hakkında bilgi vermemesi
☐ Yorgunluk
☐ Hasta ve hasta yakınlarının ajite olması

31. Kendinize ve ekibinize bir saldırı olduğunda hangi uygulamayı başlatırsınız?

- ☐ Kırmızı kod ☐ Mavi kod ☐ Beyaz Kod ☐ Pembe Kod ☐ Sarı kod

32. Götürdüğünüz adli vakalarda, hastanede sağlık personeli veya hastane personeli tarafından fiziksel veya sözlü şiddete uğradınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

33. 32. Soruya cevabınız evet ise; bu kişi hangi meslek grubundandır? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Hekim ☐ Sağlık personeli ☐ Temizlikçi ☐ Güvenlik
☐ Tıbbi sekreter ☐ Diğer.....

<u>Aşağıdaki sorularda size en uygun seçeneği işaretleyiniz.</u>	<u>EVET</u>	<u>HAYIR</u>
34. Görevini yaptığı sırada, bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubuna ne kadar ceza verilir biliyor musunuz?		
35. Yaralanma veya şüpheli ölümlerde olay yerinin güvenliği, delillerin korunması ve vakaya müdahale etme ile ilgili hukuki bilginiz var mı?		
36. Adli olaylarda ambulansla yapılan tıbbi tedavi ve uygulamalar hakkında hasta ve hasta yakınına açıklayıcı bilgi veriyor ve onayını alıyor musunuz?		
37. Ambulans çağırması, hastanın kendisine yönelik tüm tıbbi uygulamaları peşinen kabul ve tedaviyi reddetme hakkından feragat ettiği anlamına gelir mi?		
38. Bu birimde çalışma süresince hasta güvenliğini tehlikeye sokacak en az bir hatanız oldu mu?		
39. Bu birimde çalışma süresince ekip arkadaşlarınızın, hasta güvenliğini tehlikeye sokacak herhangi bir hatasını gördünüz mü?		
40. Bu birimde çalışma sürecinde kendinizin veya ekip arkadaşlarınızın hasta güvenliğini tehlikeye sokacak herhangi bir hatasını rapor eder misiniz?		

41. 40. soruya yanıtınız Hayır ise; rapor etmeme nedenleriniz nelerdir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Hukuki ceza almak ☐ Görev yeri değişikliği ☐ Mesleki yetersizlikten
☐ Hasta ve hasta yakınlarıyla sorun yaşamaktan ☐ Meslekten atılmaktan

ÖZGEÇMİŞ

10.02.1980 tarihinde Konya'nın Ahırlı ilçesine bağlı Akkise Kasabasında doğmuşum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Konya ilinde tamamladım. 2006 yılında Anadolu Üniversitesi, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi bölümünden mezun oldum. 2012-2013 eğitim-öğretim yılında, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi bölümünde yüksek lisans eğitimine başladım.

26.04.2002 tarihinde Düzce il Sağlık Müdürlüğü'nde sağlık memuru kadrosunda göreve başladım. 2005 yılında Konya 112 acil sağlık hizmetlerinde 12 nolu istasyonda göreve başladım. 01.07.2014 tarihinde acil ve afetlerde sağlık hizmetleri şubesinde afet birim sorumlusu olarak görevime devam etmekteyim. Evli ve 3 çocuk babasıyım.

Feyyaz YILDIZ