

**T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
(DOKTORA TEZİ)**

**KAMU VE ÖZEL AMBULANSLARDA GÖREV YAPAN ACİL TIP  
TEKNİSYENLERİNDE İŞE BAĞLI GERGİNLİK VE TÜKENMİŞLİK  
GÖSTERGELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

**VERDA TUNALIGİL**

**DANIŞMAN  
PROF. DR. MEHMET SARPER ERDOĞAN**

**HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI  
HALK SAĞLIĞI DOKTORA PROGRAMI**






**İSTANBUL-2013**

## TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Programında Verda Tunalıgil tarafından hazırlanan Kamu ve Özel Ambulanslarda Görev Yapan Acil Tıp Teknisyenlerinde İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Göstergelerinin Karşılaştırılması" başlıklı Doktora tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

28 / 06 / 2013

### Tez Sınav Jürisi

<u>Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)</u>	<u>İmzası</u>
1.Prof.Dr.Mehmet Sarper ERDOĞAN İ.Ü..Cerrahpaşa Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı	
2.Prof.Dr.İbrahim BALCIOĞLU İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığıve Hast.Anabilim Dalı	
3.Doç.Dr.Suphi VEHİD İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	
4.Doç.Dr.Günay CAN İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	
5.Doç.Dr.Emel LÜLECİ Marmara Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Dr. Verda Tunalıgil



## İTHAF

Aileme ithaf ederim.

## TEŞEKKÜR

Çalışmanın gerçekleşmesinde bilgi, deneyim, zaman ve güvenini esirgemeyen Değerli Hocam, Tez Danışmanım, CTF Halk Sağlığı ABD Başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet Sarper Erdoğan'a en içten teşekkürlerimi arz ederim.

Engin akademik birikimleriyle, Tez İzleme Komitesinde yer alarak, çalışmamı gözleyen, inceleyen, değerlendiren ve sürece onay veren Kıymetli Hocalarım Sayın Prof. Dr. İbrahim Balcıoğlu ve Sayın Doç. Dr. Suphi Vehid'e teşekkürlerimi arz ederim.

Doktora Programı boyunca olumlu kanaat ve görüşlerinden güç aldığım CTF Halk Sağlığı ABD Eski Başkanı Sayın Prof. Dr. İsmet Ayşe Kaypmaz ile İTF Halk Sağlığı ABD Başkanı Sayın Prof. Dr. Bedia Ayhan Özyıldırım nezdinde, yapıcı yaklaşımları için Saygıdeğer Hocalarımla her birine ayrı ayrı saygıyla teşekkür ederim.

Bu çalışma, geniş vizyonu ile bilimsel araştırmaların önünü açan, İstanbul Sağlık Müdürü Sayın Prof. Dr. Ali İhsan Dokucu'nun daimî destekleri sayesinde yürütme ve uygulama imkânı bulmuştur. Önderliğinden ve enerjisinden kuvvet alınarak planlanan Ar-Ge faaliyetlerinin ve akademik çalışmaların hayata geçirilmesinde, sağduyusundan ve sağlamış olduğu olanaklardan ötürü, kendisine teşekkürü borç bilirim. Çalışmaya inanarak deneyimlerini paylaşan, manevi desteklerini yanımda hissettiğim, T.C. İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğünde ve 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliğinde görevli Kamu Amirlerine ve Özel Kuruluş Yetkililerine; çalışmaya katılma duyarlılığını gösteren Acil Tıp Teknisyenlerine; her zaman iletişime açık olan Ambulans ve Acil Bakım Teknikerlerine; hayat kurtarıırken, kendi sağlıkları pahasına doğüstü fedakârlık, cesaret, metanet, dirayet gösteren tüm Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarına; çalışkanlıkla ve sorumluluk bilinciyle görev yapan Ar-Ge çalışanlarına; sağlık düzeylerinin yükseltilmesinde önemli toplumsal görevler üstlenmiş, bu çalışmanın düzenli ve eş güdümlü olarak yürütülmesinde iyi niyet göstermiş olan kıymetli meslektaşlarıma; övgü, takdir ve teşekkürlerimi sunarım.

İlk ve son olarak ve daima; süreçlerin aşılmasında olağanüstü desteğini, sınırsız özverisini, sonsuz emeğini üzerimde, doğruya olan inançlarını içimde hissettiğim Sevgili Aileme en derin minnet, şükran ve hürmet duygularıyla, teşekkürün her tür ifadesini az bulurum.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN .....	İİİ
İTHAF .....	İV
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ .....	XI
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
1.1. Acil Sağlık Hizmetleri .....	1
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması .....	2
1.3. İş Sağlığı ve Güvenliği.....	3
1.4. Ruh Sağlığı.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Acil Sağlık Hizmetleri .....	4
2.1.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	4
2.1.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırması .....	4
2.1.3. Acil Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi.....	5
2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı .....	6
2.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programına Yönelik Eleştiriler ve Karşıt Görüşler .....	8
2.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Acil ve Afet Yönetimi .....	9
2.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Bölgesel Planlamalar .....	9
2.2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında 112 Hizmet Kalite Standartları .....	10
2.3. Kamu ve Özel Ambulans Hizmetlerinin İdari Göstergelerinin Karşılaştırılması .	11
2.4. Kamu ve Özel Ambulanslarda Görev Yapan Acil Tıp Teknisyenlerinin Tanımlayıcı Özellikleri.....	13
2.4.1. Demografik Özellikler.....	14
2.4.2. Çalışma Koşulları.....	14
2.4.3. Sosyoekonomik Düzey.....	17
2.4.4. Eğitim .....	17
2.4.5. İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği .....	18
2.5. Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı Göstergeleri.....	21

2.5.1. Genel Sağlık .....	21
2.5.2. İşe Bağlı Gerginlik .....	22
2.5.3. Tükenmişlik .....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
Araştırma, kesitsel bir anket çalışmasıdır. ....	25
3.1. Yer ve Zaman .....	25
3.2. Evren ve Örneklem .....	25
3.3. Pilot Çalışma .....	25
3.4. Verilerin Toplanması .....	25
3.5. Gereç .....	26
3.5.1. Genel Sağlık Anketi .....	26
3.5.2. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği.....	27
3.5.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği.....	27
3.6. Verilerin Düzenlenmesi, Analizler, Değerlendirme .....	28
3.7. Etik.....	29
3.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları .....	29
4. BULGULAR.....	30
4.1. Demografik Özellikler .....	30
4.1.1. Kamuda ve Özelde Cinsiyete Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları.....	30
4.1.2. Kamuda ve Özelde Yaşa Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları.....	30
4.1.3. Kamuda ve Özelde Çalışma Süresine Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	31
4.1.4. Kamuda ve Özelde Medeni Duruma Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	32
4.2. Çalışma Koşulları .....	33
4.2.1. Kamuda ve Özelde Görev Yerlerine Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	33
4.2.2. Kamuda ve Özelde İstedığı Yerde Görev Yapma Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları.....	34
4.2.3. Kamuda ve Özelde Çalışma Sistemine Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	35
4.2.4. Kamuda ve Özelde Aylık Nöbet Sayısına Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	36

4.2.5. Kamuda ve Özelde Nöbet Başına Ortalama Vaka Sayılarına Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	37
4.2.6. Kamuda ve Özelde Çalışılmış Olan Farklı Noktalara Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	38
4.2.7. Kamuda ve Özelde Yolda Geçen Zamana Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	38
4.2.8. Kamuda ve Özelde Öncelikli Beklentilere Göre Dağılımlar .....	40
4.2.9. Kamuda ve Özelde Üst Kademedeki Sağlık Personelinden Yeterli Destek ve Danışmanlık Aldığını Düşünme Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	40
4.2.10. Kamuda ve Özelde Haksız Yere Suçlandığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	42
4.2.11. Kamuda ve Özelde Hasta Nakil Sorununa Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	46
4.3. Sosyoekonomik Düzey .....	46
4.3.1. Kamuda ve Özelde Gelir Düzeylerine Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	46
4.3.2. Kamuda ve Özelde Dışarıdan Ek Maddi Destek Alma Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	47
4.3.3. Kamuda ve Özelde Hane Halkına Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	47
4.3.4. Kamuda ve Özelde Evde Üretken Nüfusa Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	47
4.4. Eğitim .....	48
4.4.1. Kamuda ve Özelde Eğitim Düzeyine Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	48
4.4.2. Kamuda ve Özelde Öğrenci Olma Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	48
4.4.3. Kamuda ve Özelde Mezuniyet Öncesi Yeterli Eğitim Aldığını Düşünme Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	48
4.4.4. Kamuda ve Özelde Bilinçli Meslek Seçimi Yaptığını Düşünme Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	49
4.4.5. Kamuda ve Özelde Hizmet İçi Eğitimlerle İlgili Düşüncelere Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	52
4.5. İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği .....	53



4.5.1. Kamuda ve Özelde İşte Can Güvenliğiyle İlgili Düşüncelere Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları.....	53
4.5.2. Kamuda ve Özelde İş Kazası veya Meslek Hastalığı Geçirmiş Olma Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	54
4.5.3. Kamuda ve Özelde İşe Bağlı Kalıcı Engeli Olma Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları.....	55
4.5.4. Kamuda ve Özelde İş Kazası veya Meslek Hastalığıyla İlgili İdari Destek Aldığını Düşünme Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	56
4.5.5. Kamuda ve Özelde Davranışsal Dışa Vuruma Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları .....	57
4.6. Genel Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları.....	58
5. TARTIŞMA .....	60
5.1. Demografik Özellikler .....	60
5.1.1. Cinsiyet.....	61
5.1.2. Yaş .....	61
5.1.3. Çalışma Süresi .....	62
5.1.4. Medeni Durum.....	62
5.2. Çalışma Koşulları .....	62
5.2.1. Görev Yeri.....	63
5.2.2. İsteddiği Yerde Görev Yapma.....	63
5.2.3. Çalışma Sistemi .....	64
5.2.4. Aylık Nöbet Sayısı .....	64
5.2.5. Nöbet Başına Vaka Sayısı .....	65
5.2.6. Çalışılmış Olan Farklı Noktalar .....	65
5.2.7. Yolda Geçen Zaman.....	66
5.2.8. Öncelikli Beklentiler .....	66
5.2.9. Üst Kademedeki Destek Danışmanlık.....	67
5.2.10. Haksız Suçlanma.....	68
5.2.11. Hasta Nakil Sorunu .....	69
5.3. Sosyoekonomik Düzey .....	69
5.3.1. Gelir Düzeyi .....	69
5.3.2. Ek Maddi Destek.....	71
5.3.3. Hane Halkı.....	71

5.3.4. Üretken Nüfus.....	72
5.4. Eğitim.....	72
5.4.1. Eğitim Düzeyi.....	72
5.4.2. Öğrenci.....	72
5.4.3. Mezuniyet Öncesi Eğitim.....	73
5.4.4. Bilinçli Meslek Seçimi.....	74
5.4.5. Hizmet İçi Eğitim.....	75
5.5. İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği.....	76
5.5.1. İşte Can Güvenliği.....	77
5.5.2. İş Kazası, Meslek Hastalığı.....	78
5.5.3. İşe Bağlı Kalıcı Engel.....	79
5.5.4. İdari Destek.....	79
5.5.5. Davranışsal Dışa Vurum.....	81
5.6. Genel Dağılımlar ve Toplam Ölçek Karşılaştırmaları.....	82
5.7. Sonuç.....	83
5.7.1. Kamuda ve Özelde Acil Tıp Teknisyenlerinin Genel Profil Karşılaştırmaları	83
5.7.2. Öneriler.....	83
KAYNAKLAR.....	88
FORMLAR.....	102
ÖZ GEÇMİŞ.....	111

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Kamuda Görev Yapan ATT Sayılarının Bölge Nüfuslarına Oranları.....	16
Tablo 4-1: Kamuda Görev Yapan ATT'lerin Cinsiyete Göre Ölçek Karşılaştırmaları ..	30
Tablo 4-2: Özelde Görev Yapan ATT'lerin Yaşa Göre Ölçek Karşılaştırmaları .....	31
Tablo 4-3: Kamuda Görev Yapan ATT'lerin İsteddiği Yerde Görev Yapma Durumuna Göre Ölçek Karşılaştırmaları .....	35
Tablo 4-4: Özelde Görev Yapan ATT'lerin Yolda Geçen Toplam Zamana Göre Ölçek Karşılaştırmaları .....	39
Tablo 4-5: Kamuda Görev Yapan ATT'lerin Üst Kademedeki Sağlık Personelinden Yeterli Destek ve Danışmanlık Aldığını Düşünme Durumuna Göre Ölçek Karşılaştırmaları .....	42
Tablo 4-6: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Bazen Başkalarının Eksiklerinden veya Yanlışlarından Dolayı, Haksız Yere Suçlandığını Düşünme Durumuna Göre Ölçek Karşılaştırmaları.....	44
Tablo 4-7: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Haksız Suçlanmaya Göre Ölçek Alt Grup Karşılaştırmaları (Sadece anlamlı farklar gösterilmiştir.).....	45
Tablo 4-8: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerde Bilinçli Meslek Seçimi Yapmış Olduğuna İnanma Durumuna Göre Ölçek Karşılaştırmaları .....	51
Tablo 4-9: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Bilinçli Meslek Seçimi Yapmış Olduğuna İnanma Durumuna Göre Ölçek Alt Grup Karşılaştırmaları (Sadece anlamlı farklar gösterilmiştir.).....	52
Tablo 4-10: Kamuda Görev Yapan ATT'lerin İş Kazası veya Meslek Hastalığı Geçirmiş Olma Durumlarına Göre Ölçek Karşılaştırmaları .....	55
Tablo 4-11: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin İşe Bağlı Kalıcı Engeli Olma Durumuna Göre Ölçek Karşılaştırmaları.....	56
Tablo 4-12: Kamuda Görev Yapan ATT'lerin Davranışsal Dışa Vurumlarına Göre Ölçek Karşılaştırmaları.....	57
Tablo 4-13: Kamuda ve Özelde Ölçek Toplam Puan Karşılaştırmaları.....	58

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4-1: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Yaşa Göre Dağılımları.....	31
Şekil 4-2: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Çalışma Sürelerine Göre Dağılımları.....	32
Şekil 4-3: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımları.....	32
Şekil 4-4: Kamuda ve Özelde Görev Yerlerine Göre Dağılımlar.....	33
Şekil 4-5: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin İsteddiği Yerde Görev Yapma Durumuna Göre Dağılımları.....	34
Şekil 4-6: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Çalışma Sistemine Göre Dağılımları.....	36
Şekil 4-7: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Aylık Nöbet Sayılarına Göre Dağılımları.....	37
Şekil 4-8: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Nöbet Başına Ortalama Vaka Sayısına Göre Dağılımları.....	38
Şekil 4-9: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Yolda Geçen Zamana Göre Dağılımları.....	39
Şekil 4-10: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Öncelikli Beklentilere Göre Dağılımları.....	40
Şekil 4-11: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Üst Kademedeki Sağlık Personelinden Yeterli Destek ve Danışmanlık Aldığını Düşünme Durumuna Göre Dağılımları.....	41
Şekil 4-12: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Haksız Yere Suçlandığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımları.....	43
Şekil 4-13: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Mezuniyet Öncesi Yeterli Eğitim Aldığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımları.....	49
Şekil 4-14: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Bilinçli Meslek Seçimi Yaptığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımları.....	50
Şekil 4-15: Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin İşte Can Güvenlikleriyle İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımları.....	54

**KISALTMALAR LİSTESİ**

AABT	Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri (Paramedik)
AB	Avrupa Birliği
A.B.D.	Amerika Birleşik Devletleri
ANOVA	Analysis of Variance (Varyans Analizi)
Ar-Ge	Araştırma ve Geliştirme
ASH	Acil Sağlık Hizmetleri
ATT	Acil Tıp Teknisyeni
GSA	Genel Sağlık Anketi
HSD	Honest Significance Difference
İBGÖ	İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği
İSM	T.C. İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü
İYD	İleri Yaşam Desteği
KKM	Komuta Kontrol Merkezi
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
MTÖ D	Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Duyarsızlaşma
MTÖ DT	Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Duygusal Tükenme
MTÖ KBD	Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Kişisel Başarı Düşüklüğü
RSHMB	T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı
SPSS	Statistical Package for Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Paketi)
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TYD	Temel Yaşam Desteği

## ÖZET

Tunalıgil V. Kamu ve Özel Ambulanslarda Görev Yapan Acil Tıp Teknisyenlerinde İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Göstergelerinin Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD. Doktora Tezi. İstanbul. 2013.

Kamuda ve özelde görev yapan acil tıp teknisyenlerinde (ATT) genel sağlık, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyleri üzerindeki etkiler karşılaştırılmıştır. İstanbul genelinde 2011 yılında kamuda görevli 1.038 ATT'den 606'sı (%58,4) ve özelde görevli 483 ATT'den 236'sı (%48,9) çalışma kapsamına alınmıştır. Toplam katılım oranı %55,4'tür. Çalışmada özgün sosyo-demografik sorulardan, Genel Sağlık Anketinden (GSA), İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinden (İBGÖ) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme (MTÖ DT), duyarsızlaşma (MTÖ D), kişisel başarı düşüklüğü (MTÖ KBD) alt boyutundan oluşan toplam 81 soruluk öz-bildirim formu kullanılmıştır. Kamuda ve özelde ATT'lerin, demografik özellikleri, çalışma koşulları, sosyoekonomik düzeyleri, eğitimleri, iş sağlığı standartlarıyla ilgili düşüncelerinin ölçekler üzerindeki etkileri karşılaştırılmıştır. Veriler; SPSS 17.5 kullanılarak, ortalama, standart sapma, frekans, yüzde, Ki-kare ve Fisher's kesin olasılık testi, *t*-testi, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis tek yönlü ANOVA, Pearson ve Spearman korelasyon analizi, Tukey's HSD Post-hoc testiyle değerlendirilmiştir. Kamuda ve özelde ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (bütün ölçeklerde  $p>0,050$ ). Kamuda en önemli etkiler; görev yeri, haksız suçlanma, bilinçli meslek seçimi, iş kazası veya meslek hastalığı, işe bağlı kalıcı engel ve idari destek hakkındaki düşüncelerle ilgilidir (bütün ölçeklerde  $p<0,050$ ). Özelde en önemli etkiler; yolda geçirilen zaman (MTÖ  $p<0,050$ ), haksız suçlanma (MTÖ  $p<0,050$ ), mezuniyet öncesi eğitim (GSA; İBGÖ; MTÖ DT  $p<0,050$ ), bilinçli meslek seçimi (GSA; MTÖ  $p<0,050$ ) ve işe bağlı kalıcı engel (GSA; MTÖ DT; MTÖ KBD  $p<0,050$ ) hakkındaki düşüncelerle ilgilidir. Kamuda ve özelde öncelikli beklentiler; ücretlerin arttırılması (%17,5; %16,7) ve sosyal olanakların iyileştirilmesidir (%17,4; %16,8). Araştırmanın sonucunda; çalışma koşulları, mesleğe hazırlık eğitimleri, iş sağlığı ve çalışan güvenliği üzerinde durulması gereken konular olarak öne çıkmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** sağlık politikaları; acil sağlık hizmetleri (ASH); kamu özel karşılaştırması; acil tıp teknisyeni (ATT); ruh sağlığı; işçi sağlığı ve çalışan güvenliği

## ABSTRACT

Tunalıgil V. *Contemplating Public Versus Private Practice: Determinants of General Health, Work-Related Strain, and Burnout in Ambulance Emergency Medical Technician - Basics (EMT-Bs)*. Istanbul University Institute of Medical Sciences, Cerrahpaşa Faculty of Medicine, Department of Public Health. Istanbul. 2013.

The study investigates the impact of working for public versus private ambulance services and elaborates on the predictors of EMT-Bs' mental, physical and emotional well-being. A 81-question self-report survey was conducted. Study-specific questions assessed demographics, socioeconomic status, educational characteristics, work conditions, occupational health and workplace safety, followed by the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12), the Work-Related Strain Inventory (WRSI), and the Maslach Burnout Inventory (MBI). MBI is composed of three subscales: emotional exhaustion (MBI-EE), depersonalization (MBI-DP), and diminished personal accomplishment (MBA-PA). In 2011, 1,038 EMT-Bs worked for publicly-operated and 483 EMT-Bs worked for privately-owned ambulance services in Istanbul, of which 606 (58.4%) and 236 (48.9%) participated in the study (overall participation rate: 55.4%). Data was analyzed with SPSS 17.5. On all scales, differences between total mean scores obtained in both sectors were statistically insignificant ( $p>0.050$ ). In the public sector, work locations, false accusations, occupational injuries and diseases, work-related permanent disabilities, organizational support were found to significantly influence self-perceptions of well-being ( $p<0.050$  on all scales). In the private sector, commute time to and from work ( $p<0.050$  on all MBI subscales), false accusations ( $p<0.050$  on all MBI subscales), vocational training and education ( $p<0.050$  on GHQ, WRSI, MBI-EE), informed career choice ( $p<0.050$  on GHQ, all MBI subscales), and work-related permanent disabilities ( $p<0.050$  on GHQ, MBI-EE, MBI-PA) were found to significantly influence self-perceptions of well-being. In the public and private sectors, primary job prospects are higher earnings (17.5%; 16.7%) and better social opportunities (17.4%; 16.8%). Work conditions, vocational training, occupational health and workplace safety emerge as topics that merit priority attention.

**Key Words:** health policy; emergency medical services (EMS); public versus private; emergency medical technician - basic (EMT-B); mental health; occupational health and workplace safety

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde ve bireye yönelik hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin (ASH) istikrarlı şekilde sunulabilmesinde önemli bir ön şart, kritik noktalarda görev yapan personelin sorunlarına çözüm aranmasıdır. Toplumda ASH'ne duyulan yaygın ihtiyaç, çalışan koşullarının iyileştirilmesine yönelik her tür çabayı gerekli kılar. Bu temelde gerekliliği saptanmış özgün çalışmanın konusu, sağlıktaki güncel gelişmeleri içeren ve aşağıda dört ana başlık halinde sunulan gerekçelere dayalı olarak belirlenmiştir. Araştırmanın kapsamı ve içeriği, araştırmacının gözlemleriyle, sahada görevli acil personelinin katılımlarıyla yapılandırılmış, idari yetkililerin bilgi ve deneyimlerine başvurulmuş, akademik danışmanlık gözetiminde uygulanabilir hale getirilmiştir.

### 1.1. Acil Sağlık Hizmetleri

İstanbul'da hastane öncesi ASH'nin önemi, tartışma götürmez niteliktedir. Toplumsal kalkınma açısından ele alındığında, İstanbul'un bir kültür başkenti ve finans merkezi olarak uluslararası değere sahip olması, acil durumlarda, dünya standartlarında hizmet sağlanması zorunlu kılmaktadır. Konumu gereği, doğal afetlerin yanı sıra insan eliyle oluşturulmuş olağan dışı durumlardan etkilenme potansiyeli ve trafik kazalarının doğurmuş olduğu ciddi toplumsal sonuçlar dikkate alındığında, acil sağlık personelinin iyileştirilmesine ve hizmet sunumunun geliştirilmesine yönelik her tür çabanın toplumun "bedensel, ruhsal, sosyal yönden tam iyilik halinin" yükseltilmesine katkıda bulunacağı ve geri dönüşümünün kitlesel kalkınmayı güçlendireceği açıktır. Yapılan işin doğası gereği ve çalışma koşullarından ötürü, çalışmanın başında gerçekçi bir yaklaşımla, acil müdahale ekiplerinde gerginlik düzeylerinin yüksek olabileceği düşünülmüştür. Çoğu zaman çok bilinmeyenli, aile, toplum, güvenlik ekipleri, itfaiye, kamu hizmet personeli, adli personel gibi çoklu katılımın söz konusu olduğu, fiziksel yalıtımın ve psikolojik izolasyonun imkânsız olduğu, koşullarının ideal olmadığı zorlayıcı ortamlarda, derhal tedaviye başlanması zorunluluğu vardır. Sağlık personeli ile hasta arasındaki ilişkide kısıtlayıcı faktörler vardır; örneğin, hasta sıklıkla kendisiyle ve hastalığıyla ilgili bilgi veremeyecek ve karara katılamayacak durumdadır. Kitlesel kayıpların söz konusu olduğu doğal afetlerde ve insan kaynaklı olağan dışı acil



durumlarda, toplumsal beklentiler daha da yüksektir ve acil sağlık personeli örnek davranışlar sergilemek üzere baskı altında tutulmaktadır [1]. Sedyeye taşımak, tehlikeli durumlara baş etmek zorunda olduklarından, acil yardımcı sağlık personelinde hem fiziksel hem de psikolojik açıdan erken yıpranma söz konusudur. Orta yaşlardan sonra fiziksel kapasitelerinin uygun olmayacağı endişesiyle, ileri yıllara uygun meslek arayışları gözlemlenmektedir. Bu çalışmada, gözlemlerin kanıta dayalı bulguları yansıtmayı yansıtmadığı araştırılmıştır. İçinde bulunduğumuz dönemde, ASH'nin sunumunda önemli değişiklikler gerçekleştirilmektedir. Ambulans hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasında hizmet noktalarında eski döneme kıyasla daha yüksek oranlarda acil tıp teknisyeni (ATT) ve ambulans ve acil bakım teknikeri (AABT) görevlendirilmektedir. Bir diğer gelişme, son yıllarda ATT ve AABT'lerin görev, yetki, sorumluluk ve mezuniyet sonrası eğitimlerinin mevzuatla tanımlanarak, meslek içi eğitimlerinin zorunlu hale getirilmiş olmasıdır. Araştırmalardan sağlanacak sonuçlar, bu dinamik dönemde sistem yapılanmasına olumlu katkılar sağlayacaktır [2].

## **1.2. Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması**

Ülkemizde, kamusal sağlık hizmetlerinin yönetsel ve finansal özerklikler çerçevesinde yeniden yapılandırılması ile birlikte, tartışmaların yoğunlaştığı kritik bir dönemden geçilmektedir. “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı altında geniş kapsamlı bir değişim süreci yaşanmaktadır [3]. Aktif sağlık politikalarına karşıt görüşler bulunmaktadır. Halk Sağlığı disiplininin akademisyenleri, bu tarihsel dinamik süreci yakın mercek altına almayı sürdürmektedirler. Faal dönüşüm, bazı uzmanlar ve meslek örgütleri tarafından “sağlığın özelleştirilmesi” olarak tanımlanmaktadır. Buna karşılık, Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı yetkilileri, özerklik sürecindeki amacın özelleştirme olmadığını ifade etmektedirler [4]. Eleştirilere rağmen, 2 Kasım 2011 tarihli ve 663 sayılı T.C. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname çerçevesinde sağlık politikalarında kritik bir dönemece girilmiştir. “Kamulaştırma” ve “özelleştirme” tartışmaları yoğunluk kazanmıştır. Kamu ve özel ambulanslarda görevli personele dair karşılaştırmaların yapıldığı bu çalışmada, ASH'nin planlanmasına ışık tutabilecek önemli insan kaynakları verilerinin elde edilmesi hedeflenmiştir.

### 1.3. İş Sağlığı ve Güvenliği

Ülkemizde sağlıklı ve güvenli çalışma ortamının sağlanmasına ve sürdürülmesine yönelik olarak, İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği politikalarının geliştirilmesi çalışmaları devam etmektedir. Devlet Planlama Teşkilatının genel vizyonu doğrultusunda geliştirilmiş olan Ekonomik ve Sosyal Gelişme Eksenlerinden biri “İş Ortamının İyileştirilmesidir” [5]. Bu çalışmada, acil yardımcı sağlık personelinin çalışma ortamıyla ilgili olarak, veriler temelinde politikalar üretmeyi ilke edinmiş olan bir grup yetkiliye yol gösterebilecek değerli bilgilerin elde edilmesi hedeflenmiştir.

### 1.4. Ruh Sağlığı

Ülkemizde Ruh Sağlığı politikalarının geliştirilmesi ivme kazanmıştır. Ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olmak, hastalık kavramını aşan, bireyin kendisi, ailesi, çevresi, işi ve toplumla ilişkilerini belirleyen, insan yaşamının temel boyutu olarak değerlendirilmektedir. Marmara Depreminin ardından T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından, konunun değeri takdir edilmiş ve başlatılan süreçte kılavuz niteliğindeki T.C. Ruh Sağlığı Politikası oluşturulmuştur [6]. Ambulans görevlilerinde ruh sağlığı göstergelerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirildiği çalışma, konunun önemini vurgulamaktadır.

Çalışmada kısa ve uzun dönemli amaçlar belirlenmiştir. Araştırmanın kısa dönemli amaçları, kamu ve özel ambulanslarda görev yapan acil yardımcı sağlık personelinin genel ruh sağlığı, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeylerine dair karşılaştırmalı veriler elde etmek, bu göstergeler üzerinde demografik özelliklerin, çalışma şartlarının, sosyoekonomik düzeyin, eğitim düzeyinin, iş sağlığının ve çalışan güvenliğinin etkilerini belirlemek ve var olan duruma olumlu katkı sağlayabilecek öneriler geliştirmektir. Araştırmanın uzun dönemli, geleceğe yönelik amaçları, ülke genelinde rehber niteliğinde yenilikçi programların geliştirilmesi için zemin oluşturmak, ASH’nde “kamulaştırma” “özelleştirme” tartışmalarına bilgi temelli, kanıta dayalı rakamsal deliller sunmak, yön belirleyici yorumlara ulaşmak, yurt içi ve yurt dışı sağlık politikalarının altyapısında yer alarak akılcı katkılar sağlamaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Acil Sağlık Hizmetleri

#### 2.1.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Acil Sağlık Hizmetleri (ASH) sağlık personeli veya hasta tarafından acil durum olarak değerlendirilen hastalık ve yaralanma hâlinde hayati tehlikenin ortadan kaldırılmasına, yaşamsal işlevlerin sürdürülmesine, kötüleşmenin önlenmesine ve iyileşmenin kolaylaştırılmasına yönelik, hastanın son tedavisinin sağlanacağı yere nakledilmesi dâhil hastane dışında verilen sağlık hizmetleridir [7, 8]. Konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından tıbbi araç gereç desteğiyle olay yerinde, nakil esnasında ve sağlık kurumlarında sunulan sağlık hizmetlerinin tamamını kapsar [9].

#### 2.1.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırması

ASH genel olarak, temel yaşam desteği (TYD), ileri yaşam desteği (İYD) ve genel sağlık personeli tarafından yapılan uygulamalar olmak üzere üç düzeyde sınıflandırılır. TYD, ilk yardımcı, ambulans şoförü veya acil tıp teknisyeni (ATT) tarafından sağlanır. İYD, ambulans ve acil bakım teknikeri (AABT) tarafından sağlanır [9]. İlk yardımcı, kaza veya yaşamı tehlikeye düşüren bir durumda, sağlık görevlilerinin yardımı sağlanıncaya kadar, olay yerinde, mevcut kapasiteyle ve tıbbi araç gereç aranmaksızın, ilaçsız uygulamaları yapan eğitim almış kişidir [8, 9]. ATT, Sağlık Meslek Liselerinin Acil Tıp Teknisyenliği bölümlerinden mezun olmuş kişilerdir. AABT, Üniversitelerin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulundaki iki yıllık Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği programlarından mezun olmuş kişilerdir [9]. ATT ve AABT'lerin çalışma usul ve esaslarına dair 2009 yılında yayınlanmış olan tebliğ ile, görev, yetki ve sorumlulukları düzenlenmiş ve mezuniyet sonrası eğitim programları tanımlanmıştır [2]. ATT, birlikte çalıştığı doktorun ve AABT'nin talimatıyla ve onayıyla intravenöz girişim, oksijen, endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak, uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak, kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak, yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak, TYD protokollerini uygulamak, TYD uygulaması sırasında yarı otomatik ve tam otomatik eksternal defibrilatörleri kullanmak ve travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak yetkilerine sahiptir. AABT, acil tıbbi yardım ve bakımla

sınırlı olmak kaydıyla intravenöz girişim yapmak, hastaneye ulaşıncaya kadar, kabul edilen acil ilaçları ve sıvıları kullanmak, oksijen, endotrakeal entübasyon uygulaması, kardiyo-pulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon yapmak, travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale getirilmesini sağlamak, uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak, monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak, kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak, yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak ve acil doğuma yardımcı olmak yetkilerine sahiptir [2].

### **2.1.3. Acil Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi**

Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatının hizmet birimleri arasında yer alan ASH Genel Müdürlüğü, Afet ve Acil Durum Yönetimi, 112 ASH, İdari ve Mali İşler, Lojistik ve Teknik Hizmetler, Eğitim ve Projeler ve İzleme Değerlendirme Daire Başkanlıkları ile Hukuk Müşavirliği ve Proje Koordinatörlüğünden oluşmaktadır. Bakanlık Taşra Teşkilatının İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri, ASH'nin yürütülmesinde sevk ve idareden sorumlu ve yetkilidir [10-12]. ASH'nin kısa zamanda ulaşılabilir olması ve kesintisiz olarak sunulabilmesi için hizmetler, kamu veya özel kuruluşların katılımıyla Bakanlık koordinasyonunda tek merkezden yönetilmektedir [9]. ASH'nin yapılanması temel ve destek hizmet birimlerinden oluşur. İllerde faaliyet gösteren tüm birimler sundukları hizmet açısından, Sağlık Müdürlüklerine karşı sorumludur. Temel hizmet birimleri, ASH Şube Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Başhekimliği ve hastane acil servislerinden oluşmaktadır. ASH Şube Müdürlüğü, T.C. İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü (İSM) adına ASH ile ilgili çalışmaları koordine eden, planlayan, ildeki tüm ambulansların ruhsatlandırma ve denetimlerini yapan, hastane acil servislerini koordine eden ve denetleyen, il düzeyindeki ilk yardım eğitimlerinin verilmesini organize eden ve bununla ilgili ilk yardım eğitim merkezlerinin ruhsatlandırılması ve denetimini yapan, il sağlık afet planlarının hazırlanması ve uygulanmasının koordinasyonunu sağlayan, ASH ile ilgili tüm verileri toplayan ve değerlendiren şubedir [13]. İl Ambulans Servisi Başhekimliği, ambulans hizmetlerinin il düzeyinde organizasyonunu, yönlendirilmesini, uygulanmasını ve değerlendirilmesini, hizmete katılan kurum ve kuruluşlar arasında iş birliğini sağlayan, merkez ve istasyonlarda görev yapan personelin hizmet içi eğitimleri ile sevk ve idaresini yapan, tüm araç ve gereçlerin temin, kayıt, bakım ve onarımlarını sağlayan, hizmetle ilgili tüm kayıt ve istatistikleri tutan, merkezin de içinde olduğu,

kendisine ait binası ve personeli olan başhekimliktir [9]. Hizmet akışı İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı Komuta Kontrol Merkezleri (KKM) ve istasyonlar ile sağlanır. KKM, acil sağlık çağrılarının karşılandığı, acil hekimliği sertifikalı doktorların tıbbi danışmanlık yaptığı ve ambulansların sevk ve idare edildiği merkezdir. İstasyonlar, acil çağrılara olay yerinde ve nakil sırasında sağlık hizmeti vermek üzere ambulans ve ekiplerin bulunduğu birimlerdir. Hizmet akışı; KKM tarafından acil sağlık yardımı çağrısının alınması, değerlendirilmesi, talep içeriğine uygun şekilde en yakın istasyonun görevlendirilmesi, yönlendirilen istasyon noktasında talebin karşılanması, ekibin nakle karar vermesi durumunda KKM ile iletişime geçmesi, acil servise naklin gerçekleştirilmesi, acil servis tarafından hastanın ihtiyaç duyacağı hazırlık işlemlerinin yerine getirilmesi ve sunulan hizmet ile ilgili bildirimlerin yapılması aşamalarından oluşur. Verilen hizmete göre; kesintisiz yirmi dört saat sadece ambulans hizmeti veren A tipi, resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile entegre olarak kesintisiz ambulans ve acil servis hizmeti veren B tipi ve ihtiyaca göre günün belirlenen saatlerinde sadece ambulans hizmeti veren C tipi olmak üzere, üç farklı tür istasyon bulunmaktadır [9]. Kamu ve özel kurum ve kuruluşları tarafından, kara, hava, deniz acil yardım ve nakil ambulansları ile hizmet verilmektedir [14].

## **2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı**

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin 25/1 maddesinde sağlığın hak olduğu bildirilmiştir. Bu görüşün dayanak alınmasıyla, ülkemizde 12 Ocak 1961 tarihli ve 224 sayılı kanunla sağlık hizmetleri toplumsal adalete uygun şekilde sosyalleştirilmiştir. Sağlık ekonomisine ilişkin kavramlar ülkemizde ilk kez 1989 yılında, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı için Sağlık Sektörü Master Planının hazırlanmasıyla gündeme gelmiştir [15]. Toplumsallaştırma anlayışına karşın, Dünya Bankası tarafından hazırlanan çalışma raporunda, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin, kaynak tahsisinde ve sistem yönetiminde yetersizliklerin olduğu öne sürülmüştür. Belirlemelere istinaden, sağlık sektöründe reform yapılması önerilmiştir ve bu süreç 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında hız kazanmıştır. Bu doğrultuda, 2007-2013 Dokuzuncu Kalkınma Planında yer alan beşerî gelişme ve sosyal dayanışmanın güçlendirilmesi stratejisi kapsamında, sağlık sisteminin etkinleştirilmesi hedeflenmektedir [5, 16]. Sosyalizasyona karşın, artan maliyetler, yükselen beklentiler ve ödeme kapasitesindeki sınırlılıklar gerekçe gösterilerek, T.C. Sağlık Bakanlığı

tarafından bir sağlık reformu hareketi başlatılmış olup, amaçların “sağlık hizmetlerinin etkili, verimli, hakkaniyete uygun şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması” olduğu beyan edilmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığının politikalar geliştiren, standartlar koyan, planlayıcı, dzenleyici ve denetleyici hale getirilmesi ve bağlı kuruluşların, yerinden ynetim ilkeleri doğrultusunda yeniden yapılandırılması öngörölmüştür. Bakanlığın tek elden planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulması ve sürdürülebilir maliyet-etkili hizmet sunumunda özel kesimin payının arttırılması planlanmıştır. Genel Sağlık Sigortası sistemine geçilmesi, bu kapsamda Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi var olan sosyal güvenlik kuruluşlarındaki sağlık sigortası işlemlerinin tek çatı altında toplanması ve MERNİS tek numara sisteminin benimsenmesi karara bağlanmıştır. Temel Sağlık Hizmetlerinde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi, hastanelerdeki gereksiz yığılmaları ve sağlık harcamalarındaki israfı azaltmak amacıyla, tıbbi kayıt sisteminin ve kademeli sevk zincirinin tekrar dzenlemesi karar altına alınmıştır. Kamu hastanelerinin ve sağlık kuruluşlarının, kendilerini finanse edebilen, kendi hizmet kalitesi ve verimliliğinden sorumlu, kendi ynetim kararlarını alan, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesi ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenen özerk kurumlar haline getirilmesi, ayaktan tedavilerin ve engelliler için uzmanlaşmış rehabilitasyon merkezlerinin teşvik edilmesi kapsama alınmıştır. Dönüşüme uygun insan gücünün geliştirilmesi amacıyla, Avrupa Birliğine (AB) uyum süreci de dikkate alınarak, çalışanların görev, yetki ve sorumlulukların tanımlanması, doktorların mezuniyet öncesi eğitimlerinde Aile Hekimliği öğretim programı oluşturulması, sağlık sistemi yneticiliğinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlendirilmesi ve insan kaynakları planlamasında yerinden ynetim yeteneğinin oluşturulması uygun görölmüştür. Ülkemizde Halk Sağlığı Ana Bilim Dalları, Üniversitelerin Tıp Fakölteleri bünyesinde, toplum hekimliği uygulamalarına yönelik bölümlerdir. Oysa esasta Halk Sağlığı, toplum hekimliğini de içine alan, bundan çok daha geniş, farklı disiplinleri bir araya getiren bir bilim dalıdır. Dönüşümün öncelikli hedefleri arasında, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumlarının yapılandırılması, Halk Sağlığı bilgi ve becerisine sahip, özellikle Sağlık Politikası, Sağlık İşletmesi, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Planlaması odaklı kurumların kazandırılması gelmektedir. Sektörel analizleri yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükömetlere danışmanlık yapacak ve mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir kuruma ihtiyaç vardır. Bu anlayış doğrultusunda T.C.

Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığının (RSHMB) tekrar düzenlenmesi, Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapının oluşturulması planlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda performans göstergelerinin belirlenmesi ve ruhsatlandırma, sertifikasyon, akreditasyon konularını düzenleyecek özerk yapılı Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumunun ve etik kurulun kurulması öngörülmüştür. Ülkemizde ilaç harcamaları oransal olarak çok yüksektir. Akılcı ilaç kullanımında, tıbbi cihaz ve malzeme yönetiminde kurumsal yapının desteklenmesi amacıyla, standardizasyon, ruhsatlandırma ve uluslararası normlara uyumda, temel politikaların belirlenmesi, üretim, tanıtım, satış, araştırma ve geliştirme (Ar-Ge) faaliyetlerinin yönlendirilmesinde düzenleyici ve destekleyici özerk bir Ulusal İlaç Kurumunun oluşturulması planlanmıştır. Hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan özerk, ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici yetkilere sahip bir Tıbbi Cihaz Kurumunun kurulması planlanmıştır. Bilgisayar destekli bütünleşmiş bir sağlık ve sosyal güvenlik bilgi sisteminin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması kararlaştırılmıştır. Sağlık hizmetlerinde ortak veri tabanı üzerinden işletilmesi, eş güdüm sağlanması, sağlık envanterinin oluşturulması, tıbbi kayıtların korunması, sevk aşamalarında bilgi transferinin yapılabilmesi, temel sağlık uygulamalarında verilerin toplanması amacıyla, modüler ve gerektiğinde büyüeyebilen bir yapının oluşturulması karar altına alınmıştır [4]. Geniş kapsamlı sektörel değişimin ilk aşamasında kredi tutarı 49,42 milyon avro olan 2004-2007 Sağlıkta Dönüşüm Projesi benimsenmiş ve bunu kredi tutarı 56,10 milyon avro olan 2009-2013 Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi izlemiştir [17-20]. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı tarafından, 5,89 milyon dolar tutarındaki Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası kredisi kapsamında, 2009-2012 Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi Yürütme Desteği sağlanmıştır [21].

### **2.2.1. Sağlıkta Dönüşüm Programına Yönelik Eleştiriler ve Karşıt Görüşler**

Bazı uzmanlar ve meslek örgütleri, Sağlıkta Dönüşüm Programını “özelleştirme” süreci olarak nitelemektedirler [22, 23]. Bir kısım araştırmacı, ulusal ve uluslararası sermaye çevrelerine kaynak aktarmak üzere düzenlenmiş bir yönetim modeli olduğu yönünde görüş bildirmektedir [24]. Eleştirmenler tarafından Dünya Bankası modeli, küresel çapta gelişmekte olan ülkelere dayatılan bir yönetim modeli olduğu şeklinde yorumlanmaktadır [25]. Dünya Bankası, belli reform dalgalarının

savunuculuğunu üstlenirken, küresel bilgi bankası rolünü benimsemektedir. Latin-Amerika'da Uluslararası Para Fonu ve Dünya Bankası destekli neoliberal sağlık reformları başarısız olmuştur. Şili ve Kolombiya örneklerinde, hizmet kalitesinde, hakkaniyette veya verimlilikte artış kaydedilmemiştir. Reformlardan faydalananlar, çok uluslu şirketler, danışman firmalar ve Dünya Bankasının kendi personeli olmuştur. Yapılan akademik çalışmalar, çıkarıcıların tanınmasını sağlamış ve böylelikle başarısızlıklara rağmen Dünya Bankasının ısrarlı dayatmalarına açıklama getirmiştir [26]. Birçok değerlendirmeciye göre, henüz ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programının temel bileşenlerinde yeterince gelişim sağlanamamıştır [27]. Bazı ilerlemelere rağmen, halkın sağlık ve mali risklerden korunma düzeyleri halen düşüktür. İlgililer, memnuniyet düzeyi belirlemelerinin gereğini vurgulamaktadırlar [28]. Türk Tabipleri Birliği tarafından, 2 Kasım 2011 tarihli ve 663 sayılı T.C. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Anayasaya aykırı olduğu iddiasıyla kamuoyu ile paylaşılmak üzere bir rapor hazırlanmıştır [29]. Eleştirilerin ve karşıt görüşlerin dikkate alınmasıyla, yurt dışından alınacak uzmanlıklar yerine ülkemizde fikrî öz kaynakların geliştirilmesiyle, sağlık yönetim modellerinin yurt içinde iyice anlaşılması ve yorumlanmasıyla, iyileştirme çalışmalarının denetim ve kontrol altında yürütölmeleri mümkün olacaktır.

### **2.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Acil ve Afet Yönetimi**

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile aynı doğrultuda hazırlanmış olduğu 2010-2014 yıllarını kapsayan ilk stratejik plânında, nihai amacının “halkın sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmek” olduğunu beyan etmektedir [30, 31]. Plânda birinci stratejik amaç, toplum sağlığına yönelik risklerle ilgilidir; amacın üçüncü maddesinde ASH ve afet yönetimindeki hedefler tanımlanmıştır. Bu bölümü oluşturan beş alt başlıkta, ambulansların vakaya ulaşma süreleriyle, Ulusal Zehir Danışma Merkeziyle, Sağlık Afet Koordinasyon Merkeziyle, RSHMB'yla ve ölümcül kazalara müdahalelerle ilgili hedefler tanımlanmıştır.

### **2.2.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Bölgesel Planlamalar**

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2 Temmuz 2010 tarihli 2010/50 sayılı genelgesi ile yürürlüğe girmiş olan Sağlık Bölge Planlamasına İlişkin Uygulamalar, ASH'ni doğrudan etkilemektedir. Sağlık hizmet sunumunda, bölge merkezli sağlık uygulaması anlayışı benimsenmiştir. Kamu ve özel ayrımı yapmaksızın



her bir sağlık b6lgesi için insan g6c6, sağlık kuruluşlarının koşulları, ulaşım olanakları, tıbbi teknolojiler ve mali kapasite değerlendirilmiştir. B6lgesel n6fusun ihtiyaçları ve kaynakların dağılımları dikkate alınarak kısa, orta, uzun d6nem sağlık planlamalarında, 6lkemiz toplam yirmi dokuz sağlık b6lgesine ayrılmıştır. Bu kapsamda İstanbul ili, Beyoğlu, Fatih, Bakırk6y, ekmece, Anadolu Kuzey ve Anadolu G6ney olmak 6zere toplam altı b6lgeye ayrılmıştır [32]. Bu bağlamda, kamu ve 6zel t6m sağlık tesisleri, 112 KKM’nde bulunan hastane entegrasyon programına dahil olmak ve “on-line” çevrim içi bağlantılarını tamamlamakla y6k6ml6d6r [33].

#### **2.2.4. Sağlıkta D6n6ř6m Programı Kapsamında 112 Hizmet Kalite Standartları**

Ulusal kalite ve akreditasyon sistemlerinin benimsenmesi, Sağlıkta D6n6ř6m Programının ana hedeflerinden biridir. 6lkemizde 2003 yılında performansa dayalı ek 6deme sistemi geliştirilmiş ve 2005 yılında kurumsal performans ve kaliteyi geliştirme çalışmaları başlatılmıştır. Hizmet Kalite Standartları, dikey ve yatay olmak 6zere beş boyutta değerlendirilmektedir. Dikey boyutlarda Kurumsal Hizmet, Sağlık Hizmeti, Destek Hizmeti, İndikat6r Y6netimleri ve yatay boyutta ise Hasta ve alışan G6venliği yer almaktadır [34]. Y6netim organizasyon hizmetleri, personelin g6rev tanımlarının, sorumluluklarının ve faaliyet s6relerinin tanımlanmasını, kişisel bilgilerinin kayıtlı olduğu bir dosyanın oluşturulmasını, g6r6ř ve 6nerilerinin değerlendirilerek iyileştirilmesini ve kalite çalışmaları uygulamalarına katılmasını 6ng6rmektedir. Kamuda ve 6zelde çalışma koşullarını oluşturan kurumsal ortamın temel taşı, idari yapıdır. İş ortamındaki fiziksel koşulların iyileştirilmesi, çalışanların 6ncelikli beklentileri arasında yer almaktadır. Kamuda idari yapı, 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliğidir. Personele oda, tuvalet, malzeme deposu, giysi, ambulans garajı, gerekli iletişim cihazları sağlanmalı, beklenmedik durumlar için s6reler tanımlanmış olmalı ve topluma y6nelik bilgilendirmeler yapılmalıdır. Hastaya m6dahale ile ilgili mevzuatta tanımlanmış olan hizmet içi eğitimler periyodik olarak verilmeli ve ambulans s6r6c6lerine y6nelik eğitimler d6zenlenmelidir. Çalışma koşulları kapsamında diğer bir unsur, hasta nakil sorunudur. Uygun nakil için talimatın hazırlanmış olması, toplumun acil ve tıbbi nakil sistem gereksinimlerini karşılamak için ve Acil Durum M6d6rl6đ6, Sivil Savunma, Belediye, İtfaiye, Emniyet M6d6rl6đ6, 6zel Ambulanslar, Kızılay gibi diğer kurumlarla iş birliği planlarının yapılmış olması ve hasta sevk sisteminin d6zenli

olarak işlemlerini sağlamak için hastaneler arasında koordinasyonun sağlanması gerekmektedir. KKM’nde vatandaşla iletişime geçen ilk kişi olan çağrı karşılama personeli, sunulan acil hizmetler hakkında yeterli bilgiye sahip olmalıdır. KKM ile yönetim, vatandaşlar ve istasyonlar arasında her zaman telsiz, sabit telefon ve cep telefonu gibi doğrudan etkili iletişim imkânları bulunmalı, KKM ile istasyonlarda adres ve telefon gibi hususları içeren personel rehberleri hazırlanmış olmalıdır. KKM bilgi sisteminde, her veri girişinin kimin tarafından ve ne zaman yapıldığı belirtiliyor olmalıdır [2, 35] İş sağlığı ve çalışan güvenliğine yönelik olarak, Başhekimlik tarafından en az altı ayda bir eğitim verilmelidir. Ambulans hizmetlerinde kişisel destek eğitimleri ve çalışmaya yeni başlayacak tüm personele uyum eğitimleri verilmelidir. Kan veya vücut sıvısı ile temas riskinin olduğu tüm durumlarda elbise, eldiven, dezenfektan ve yüz maskesi gibi kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır. Biyolojik ve kimyasal ajanlara karşı bir kontrol programı olmalıdır ve bu konularda bütün personele eğitim verilmelidir. Eğitim kayıtları tutulmalı ve toplanarak analiz edilmelidir. Ambulanslarda ve istasyonlarda ilaçlar güvenli şekilde depolanmış olmalıdır. Sarf malzemesi kullanımı stok takibi bilgi sistemine kaydediliyor ve ambulanslardaki tıbbi ekipmanın kontrolleri, kalibrasyonları ve bakımları yapılıyor olmalıdır. Günlük temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon talimatları uygulanmalıdır. Personel, yangın emniyeti ve güvenliği konusunda eğitilmelidir. Nöbete ilişkin kayıtların tutulacağı bir istasyon nöbet defteri bulundurulmalıdır [35].

### **2.3. Kamu ve Özel Ambulans Hizmetlerinin İdari Göstergelerinin Karşılaştırılması**

Özel ambulans işlerinin hangi aşamada kamu ambulans hizmetlerine dönüştüğü, tartışma konusudur [36]. Kamu ile özel hizmet karşılaştırmalarında mantıksal yaklaşım, doğrular ile değer yargılarının birbirinden ayrılmasıdır; oysa çoğu zaman, kanıta dayalı değil gözlem temelli tercihler yapılmaktadır. Makro düzeyde, devletin görevi sorgulanır. Kamusal sağlık hizmetlerinin sunumunda, kamu ile özel kuruluşların etkinlik karşılaştırmaları yapılır ve piyasanın rolü değerlendirilir. Bu felsefi bir boyuttur. Mikro düzeyde, bireysel endişeler söz konusudur. Kişiler, işlerini ve yatırımlarını kaybetmek istemezler. Toplumlar, geleneklerini ve varolan ilişkilerini yitirmek istemezler. Kâr adaletinin korunması ve hizmet eşitliğinin sağlanması istenir. Etkinliği ve etkililiği temel alan akla uygun tercihler yapılmalıdır. Etkinlik, girdilerle çıktılar oranıdır. ASH’nde etkililik, öncelikle klinik açıdan uygun sürelerde,

gereksinimi karşılayacak düzeyde bakımın sağlanması ile değerlendirilmelidir. Uygun modelin belirlenmesiyle, tartışmaların değerler zemininde sürdürülmesi en aza indirgenebilir [37].

Ülkemizin dört büyükşehirinde bulunan 14 üniversite, 35 kamu ve 31 özel hastanede yürütülmüş olan bir araştırmada, kamuya kıyasla, özel hastanelerde daha fazla dışarıdan hizmet satın alındığı ortaya konulmuştur. Destek hizmet satın alımlarında, maliyetlerin düşürülmesi, hizmet kalitesinin yükseltilmesi, esnekliğin artırılması, risklerin paylaşılması ve kârlılık oranlarının artırılması amaçlanmaktadır. Hastanelerde, %22,5 oranında dışarıdan temin ile ambulans hizmeti sağlanmaktadır. Maliyet ve risk analizler eşliğinde tedbirli uygulamalar önerilmektedir [38].

Çağdaş ASH sistemleri arasında başlıca örgütlenme modelleri Fransız-Alman ve İngiliz-Amerikan ASH sistemleridir. İki sistem arasındaki en belirgin fark, İngiliz-Amerikan sisteminde hastaların doktora, Fransız-Alman sisteminde doktorun hastaya ulaştırılıyor olmasıdır. Buna rağmen, Fransız-Alman sisteminde hizmet sunumu İngiliz-Amerikan sistemindekinden daha fazla sayıda ambulans kullanımını gerektirmemektedir [39]. Almanya’da acil durum müdahaleleri ve afet yönetimi, resmî kurumlarla özel kuruluşların ortaklaşa yürüttüğü toplumsal görevlerdir [40]. A.B.D.’de ASH’inde yeni yapılanmalardan ve ambulans endüstrisinde yeni oluşumlardan söz edilmektedir. Etkinliğin ve piyasa konumunun geliştirilmesi amacıyla yeni ittifak yapılanmaları oluşmaktadır. Yatay yapılanma, birleştirilerek sağlamaştırılmış konsolide ambulans hizmetlerini ve hizmet ağlarını kapsamaktadır. Dikey yapılanma, talep yönetim programlarını ve kamu-özel ticari girişimleri kapsamaktadır. Nihai hedef, tam bütünlüştür. Entegrasyon ile birlikte, randevusuz her tür bakımın genel sağlık hizmet kapsamından çıkarılarak ayrılması hedeflenmektedir. Kamu mevzuatı ve toplum politikaları, kaliteyi ve erişilebilirliği gözetir. Piyasa koşulları reaksiyonlardan etkilenecektir. Bazı tepkiler sorunların giderimesine neden olurken, diğerleri piyasayı daraltacak ve kısıtlayacaktır [41]. Bir kısım araştırmacı, özel sermaye sahiplerinin, hastane dışı yatırımlara yönlendirmesi yönünde görüş ifade etmektedirler. Bu doğrultuda, ambulans hizmetlerindeki ihtiyaçların, sermaye karşılığı kazanç fırsatları sunmakta olduğu savunulmaktadır [42]. Ancak ekonomik düzenlemeler çoğu zaman yarışmayı ortadan kaldırmaktadır. Merkezî idarenin etkin önlem almadığı durumlarda, piyasa koşulları var olan hizmet sağlayıcılarının lehinedir [43]. A.B.D.’de ASH’nin

yeniden yapılandırma süreci, karşıt görüşlü eleştirmenler tarafından “özelleştirme” olarak nitelendirilmektedir. Süreçte, devlet, doğrudan hizmet sağlayıcı konumda değil, yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda, planlayıcı ve denetleyici konumdadır. Özel ambulans hizmetleri birçok yerde acil çağrılara 9-1-1 acil sisteminin parçası olarak yanıt vermektedir. Acil vakaya ulaşma süreleri, gerekli ekipman ve diğer kurallar, sözleşmeler çerçevesinde açıkça belirlenmiştir. Maliyet-etkili olmasının yanı sıra ihale modelinin, hizmet sunumunda hesap verme yükümlülüğü açısından, faydalı ve izlenebilir bir model olduğu savunulmaktadır. Pek çok bölgede başarılı ve popüler bir yöntem olduğu iddia edilmiştir. Seçilerek atanmış yetkililer ile kamu çalışanları, basın temsilcileri ve halk arasındaki tartışmalar sürmektedir. Sağlık yöneticilerinin ve toplumun göz önünde bulundurmaları gereken bazı önemli unsurlar bulunmaktadır. Maliyetlerin yanı sıra devlet tarafından sağlık hizmetlerinin etkin, etkili, verimli, hakkaniyete uygun şekilde sunulmalı, yanıt kapasiteleri, kalite standartları ve müşteri hizmetleri detaylı olarak incelenmelidir [44]. A.B.D.’nin Kaliforniya eyaletinde ambulans hizmet düzenlemelerinde kullanılan yönetmelikler, sözleşmeler, özel koşullar incelenmiş, standartların, uygulamaların büyük oranda değişkenlik gösterdiği, yaptırım mekanizmalarının zayıf olduğu ve politika değişikliklerine gereksinim duyulduğu ortaya konulmuştur [45]. Kaynakların kısıtlı olduğu gelişmekte olan ülkelere örnek oluşturması amacıyla, Pakistan’da yenilikçi bir kamu-özel iş birliği modeli oluşturulmuştur. Kurtarma-15 adlı girişim, polisin, acil sektörün ve toplumun katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Anket uygulaması ile erişilebilirlik, etkinlik, yanıt süreleri, sürdürülebilirlik açılarından değerlendirilmiş olup, müşteri memnuniyetinin ve güvenin arttığı bildirilmiştir. Önde gelen güçlü unsurun, toplum katılımı olduğu belirlenmiştir. Proje kendi masraflarını karşılamış, devlete ek yük getirmemiştir [46].

#### **2.4. Kamu ve Özel Ambulanslarda Görev Yapan Acil Tıp Teknisyenlerinin Tanımlayıcı Özellikleri**

İSM ASH Şube Müdürlüğü tarafından 8.Şubat 2011 itibariyle il genelinde toplam altı sağlık hizmet bölgesindeki ATT, AABT ve istasyon sayıları bildirilmiştir. Kamuda toplam 159 istasyonda, 1.038 ATT ve 231 AABT görev yapmaktadır. Özelde toplam 91 istasyonda, 483 ATT ve 27 AABT görev yapmaktadır [47].

### 2.4.1. Demografik Özellikler

Ruhsal gerilim yaratan etkenlere karşı verilen tepkiler ve ortamların kişiler üzerinde yarattığı etkiler, cinsiyet farklarından etkilenmektedir [48]. ASH görevlilerinin stres düzeyleri çok yüksektir. A.B.D.'de yapılan bir araştırmada cinsiyet ve medeni durum gibi demografik özelliklerle iş stresi ile ilintili olduğu; ancak, A.B.D.'de yapılan bir diğer araştırmada cinsiyet ve medeni durumun iş stresi üzerinde anlamlı etken olmadığı, yaş ve meslekte çalışma süresinin iş stresi ile ilintili olduğu ortaya konulmuştur [49, 50]. ASH personelinin stres düzeyleri meslekte çalışma sürelerinden etkilenmektedir. A.B.D.'de yapılan bir çalışmada, işe yeni başlayan ATT'lerin gerilim düzeyleri yüksek bulunmuş; ancak, Japonya'da, farklı yorumlanabilecek sonuçlar elde edilmiştir. Kıdemli AABT'lerde iş doyumunun fazla ve bununla birlikte ruhsal gerilim düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür [49, 51]. İngiltere'de yapılan bir araştırmaya göre, kadınlara kıyasla erkek acil ambulans personeline, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) daha yaygındır (erkeklerde %23; kadınlarda %15) [52]. Brezilya'da ambulans çalışanlarında TSSB açısından tam bulgu veren erkeklerin çoğunluğunun bekâr olduğu belirlenmiştir [53]. Hindistan'da doktorlarda iş kaynaklı stresin, medeni durum değişkeninden etkilendiği ortaya konulmuştur [54]. Birçok etkenle birlikte kişinin medeni durumunun, iş hayatında karşılaşılan streslere karşı direnç oluşturmada etken olabileceği düşünülmektedir.

### 2.4.2. Çalışma Koşulları

Ambulans personeli, çok stresli iş ortamlarında görev yapar. Ruhsal gerilim düzeyleri yüksektir. Zor koşulların iyileştirilebilmesi için, çalışanların öncelikli beklentileri anlaşılmalı ve işe bağlı ruhsal gerilim yaratan çalışma koşulları belirlenmelidir. ASH personeline, bedensel sıkıntılar ve hastalara karşı olumsuz tavırlar, çoğu zaman idari sorunların ve mesleki doyumsuzluğun yansımalarıdır [49, 55]. Araştırmalar, ambulans çalışanlarında çalışma koşullarıyla ilgili kaygıların önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Psikososyal gereksinimlere yol açan kaygılar ve uyku düzensizlikleri, baş ağrıları, mide rahatsızlıkları gibi sağlık yakınmaları, iş ortamının koşullarıyla bağlantılı bulunmuştur [56]. İdari yapı ve kurumsal destek, iş kaynaklı ruhsal gerilim düzeylerini belirleyen önemli unsurlardır [54]. Kurumsal faktörler, stres, iş doyum ve tükenmişlik üzerinde, genellikle bireysel etkenlerden daha etkin rol oynar [57]. Ambulans çalışanları, işe bağlı gerginlikten kaynaklanan sağlık

bulgularının gelişmesi açısından riskli durumdadırlar. İş ortamındaki sosyal yapıdan, mesâî arkadaşlarından ve üst kademedeki destek bulamama, iletişim eksiklikleri, ambulansla ilgili sorunlar sık rastlanan zorlayıcı gerginlik kaynaklarıdır [58, 59]. Ambulans personeli çalıştıkları ortam ve çalışma koşulları gereği, oldukça fazla dramatik olayla karşılaşmaktadır [60]. Ağır yaralılar, kayıplar, intiharlar ve travmalı çocuklarla çalışmak doğal bir rutindir. Bu deneyimler, acil personelinde bazen empatiden yoksun davranışların gelişmesine yol açar. Facialara ve insan trajedilerine tanıklık etmenin yarattığı gerginlik boyutunun, kurumsal düzeyde anlaşılabilmesi kritik önem taşımaktadır. TSSB ve diğer duygu bozukluklarının en aza indirilmesi amacıyla hem kurumsal hem de bireysel müdahaleler gereklidir. Stres kaynağı olan hayati olaylarla ve psikolojik sorunlarla baş edilebilme becerilerinin kazandırılması önemlidir. İdari desteğe gereksinimi olan kişilerin belirlenmesi ve ihtiyaçlara özel programların düzenlenmesi zorunludur [50, 61, 62]. Ambulans personeline psikolojik destek sağlayacak olan uzmanlar, danışmanlık yaparken ve olumsuz etkileri ortadan kaldırmak üzere bilgi alırken, TSSB ile birlikte seyreden suçluluk hissini, utanç duygusunu ve kişinin kuytu bir köşede gizlenme ihtiyacını göz önünde bulundurmalıdırlar. İş arkadaşlarıyla sağlıklı iletişimlerin güçlendirilmesi olumlu katkılar sağlayacaktır [63].

Çalışma koşullardan kaynaklanan psikolojik riskler arasında, görev yeri ve hizmet verilen hasta popülasyonu, işle ilgili ruhsal gerilim düzeylerini etkileyen önemli faktörlerdir. Ambulans hizmet türünün belirlenmesinde ve ambulans personeli istihdamında bölge nüfusu ve yerel nüfusun hizmet talepleri önemlidir. Bununla birlikte bütçe kaynakları, nakille ilgili yerel sağlık kurumlarının nitelikleri, hukuki düzenlemeler ve hizmet kalitesi etkin rol oynamaktadır [64]. Özellikle nüfus yoğunluğunun düşük olduğu kırsal alanlarda ASH'nin önemi fazladır [65]. A.B.D. Chicago'da kentsel bölgede görev yapan acil ambulans personelinde iş stresi düzeylerinin yüksek olduğu, sahada görev yapan personelin hastalara karşı olumsuz tavırlar sergilediği ve idari görev yapan personelin daha fazla kurumsal stres yaşadıkları belirlenmiştir. Özellikle stresli bölgelerde çalışan personelde oluşan olumsuz etkilerin giderilebilmesi ve morbiditenin düşürülebilmesi için çeşitli çalışmalarda, görevlendirmelerde rotasyon uygulamaları önerilmektedir [50].

Aşağıdaki tabloda, İstanbul'un altı sağlık bölgesinde kamuda görev yapan ATT'lerin bölgesel nüfusa oranları yer almaktadır [Tablo 2-1].

**Tablo 2-1:** Kamuda Görev Yapan ATT Sayılarının Bölge Nüfuslarına Oranları

BÖLGE İstanbul	Bölge Nüfusu *	Bölge Nüfusunun İl Nüfusuna Oranı	Kamuda ATT Sayısı **	Kamuda ATT Sayısının İl Genel Toplamına Oranı
<b>Beyoğlu</b>	1.808.986	% 13,28	141	% 13,58
<b>Fatih</b>	2.156.296	% 15,83	192	% 18,50
<b>Bakırköy</b>	2.338.730	% 17,17	230	% 22,16
<b>Çekmece</b>	2.306.678	% 18,34	123	% 11,85
<b>Anadolu Kuzey</b>	1.890.466	% 13,88	103	% 9,93
<b>Anadolu Güney</b>	2.931.276	% 21,52	249	% 23,99
<b>Toplam</b>	13.624.240		1.038	

\* 2011 ADNKS TÜİK

\*\* 8 Şubat 2011

Bir diğer önemli unsur, nöbetli çalışma sistemidir. Öznel değerlendirmeler ve fizyolojik göstergeler, nöbetler esnasında ruhsal gerilimin arttığını göstermiştir [67]. Gece nöbetleri ve düzensiz çalışma saatleri mesleki ruhsal gerilim kaynaklarıdır [62]. Ambulans personelinin iş yükü, nöbet başına vaka sayısı ile tanımlanabilir. A.B.D. Chicago'da yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, nöbet başına vaka sayısı ambulans personelinde iş stresi yaratan anlamlı bir etken değildir [50]. İstanbul'da acil durumlarla ilgisi olmayan gereksiz çağrılar, sistemin iş yükünü arttırmaktadır. Bu durum, halen sistemi zorlayan önemli bir sorundur [131]. Yurt dışında, benzer durumlar söz konusudur. İsveç'te yayımlanan bir çalışma raporunda, tam donanımlı ambulanslara nakledilmiş olan toplam 1.977 hastadan 604'ünün (%30,55) hastane öncesi acil bakım gerektirmediği belirlenmiştir, Ambulans hizmetlerinin kullanımı ile ilgili olarak, ASH kurumunun, istasyon noktalarında görevli sağlık personeline kabul görebilecek, kesin ölçütler getirmesi gereklidir. Belirlenecek kriterler güvenlik marjı bırakmalı ve kaynakların uygun kullanımına olanak sağlamalıdır [69]. A.B.D. Boston'da 11 hastanenin acil servislerine yapılan başvuruların sadece %15'ini gerçek acil vakalar oluşturmaktadır. Acil olmayan vakalara yönelik geniş kapsamlı düzenlemelerin yapılması önerilmektedir [70].

### 2.4.3. Sosyoekonomik Düzey

Mali yüklerin ve finansal zorlukların, ruhsal gerilim düzeylerini arttırdığı bilinmektedir. Bakmakla yükümlü olunan aile fertleri, masrafların ve psikososyal sorumlulukların artmasına yol açar. A.B.D. Cleveland’da yayınlanan bir çalışmada ASH personelinin stres bulguları gelir düzeyine göre farklılık göstermektedir. Gönüllülerin ruhsal gerilim düzeyleri, maaşlı çalışanlardan daha yüksek bulunmuştur. [49]. A.B.D.’nin Detroit şehrinde ATT’lerin sık iş değiştiriyor olmaları, yani personel devir hızının yüksek olması nedeniyle yapılan araştırmada, maaşların düşük olması, meslekte büyük hoşnutsuzluk yaratan nedenlerden biri olarak bildirilmiştir [71]. İngiltere’de yapılan bir araştırmada, ambulans hizmetlerinde görevli personel arasında özellikle temel gereksinimlerini karşılayamayacak derecede geçim sıkıntısı olanların iş stresinin fazla olduğu belirlenmiştir [72]. Kişinin maddi refah düzeyinin belirlenmesinde, aylık ortalama net gelir, dışarıdan alınan ek maddi destekler, evde yaşayan kişi sayısı, hanede kaç kişinin gelir getiren işte çalıştığı, konut mülkiyeti ve yaşanan evin sahibi veya kiracısı olma durumları gibi başlıca unsurlar rol oynar.

### 2.4.4. Eğitim

Eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde, ATT sağlık meslek lisesi mezunu ve AABT iki yıllık yükseköğretim ön lisans mezunudur. Farklı eğitim programları kapsamında öğrencilikleri devam eden ATT’ler bulunmaktadır. Mezuniyet öncesi eğitimleri, kendi donanımlarına yönelik düşünceleri, mesleklerini seçerken bilinçli olma ve yeterince bilgi sahibi olma durumlarına göre ATT’ler arasında farklar mevcuttur. Çağdaş, görece gelişmiş sistemlerde, acil durum ve afet yönetiminde görev alan doktorlar, sağlık çalışanları ve gönüllüler, görev tanımlarına uygun şekilde düzenlenmiş sertifikalı eğitimlere tabidirler [40]. Periyodik eğitimlere duyulan ihtiyaçlardan yola çıkarak 2009 yılında yayınlanan tebliğ gereği, hizmet içi eğitimler zorunlu hale getirilmiştir. ATT ve AABT’lerin görevleri, yetkileri, sorumlulukları ve mezuniyet sonrası meslek içi eğitimleri tanımlanmıştır. Hastalara yapılacak acil müdahaleler, yurt dışı örneklerinden uyarlanmış algoritmalar çerçevesinde düzenlenmiştir [2]. İSM Ar-Ge’nin öncülük ve danışmanlığında, İl Ambulans Servisi Başhekimliği, AB Hayatboyu Öğrenme Programının 2010-1-TR1-LEO02-14443 sayılı “İstanbul İl Ambulans Servisi Sağlık Personellerinin AB Standartlarına Adaptasyon Eğitimi” konulu AB desteğine hak kazanmıştır. Mesleki eğitimlerin uluslararası düzeylerde



yenilenmesi amacıyla, doktor, AABT ve ATT'lerden oluşan görevli bir ekip, iki hafta süreyle İspanya'da bir merkezi ziyaret etmiştir. Eğitim programlarına yönelik karşılıklı bilgi ve görüş alışverişinde bulunulmuştur. Yetkililer, İspanya'da acil durum önlemlerini yerinde tespit etme, ülkemizdeki eğitim, uygulama ve hazırlık farklılıklarını belirleme, karşılaştırmalar yapma imkânlarını elde etmişlerdir. Çalışma, görev, yetki ve sorumluluklar AB düzeyinde incelenmiş ve uygulamalı meslek eğitimi alınmıştır. Belirlenen hedeflerle orantılı olarak, katılımcıların mesleki gelişimi ve hizmet kalitesi yükseltilmiştir [73, 74]. Ambulans çalışanlarının mezuniyet öncesi örgün eğitimlerinde ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerinde, sadece tıbbi müdahalelerin öğretilmesi yeterli değildir. Meslekte karşılaşılabilecek fiziksel, biyolojik, çevresel, psikolojik risk etmenlerine karşı koruyucu önlemler sunulmalı, uygun yaklaşımlar benimsetilmeli, yetenek, bilgi ve beceriler kazandırılmalıdır. İş sağlığının korunması amacıyla hizmet içi eğitimlerde, fiziksel yıpranmayı önlemek ve fiziksel zindeliği geliştirmek üzere, rehabilitasyon programları yürütülmelidir. Uyku bozuklukları, öfke patlamaları, irrasyonelite, yabancılaşma, uzaklaşma ve yalnızlık hissi gibi ruh sağlığı sorunlarını önlemek amacıyla, kritik olay ve stres yönetimi eğitimleri gibi sağlığı geliştirici faaliyetler düzenlenmelidir [75-78].

#### **2.4.5. İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği**

İş yerinde bireysel can güvenliğinin korunmadığından endişe ediyor olmak, iş kazası veya meslek hastalığı geçirmiş olmak, işe bağlı kalıcı engeli bulunmak, tıbbi ve hukuki açılardan yeterli idari destek almadığını düşünüyor olmak, kişinin ruh sağlığı üzerinde yoğun etkiler yaratmaktadır. Bazı durumlarda çalışanın, hakkında tutanak tutulmasıyla, savunmasının istenmesiyle veya disiplin cezası almasıyla sonuçlanabilecek davranışları ve dışı vurumları oluşabilir. Ambulans çalışanlarının iş sağlığı ve çalışan güvenliği ile ilgili sorunları, mutlaka çözüm aranması gereken ciddi konulardır.

Ambulans çalışanları fiziksel, biyolojik, çevresel ve psikolojik mesleki risk etmenleriyle karşılaşmaktadırlar. Fiziksel riskler, ağır hastaları ve tıbbi ekipmanı taşımakla ilgilidir. Sırt, bel ve omuz yaralanmalarını önlemek amacıyla korunma yöntemleri uygulanmalıdır. Uygun kaldırma ve taşıma teknikleri öğrenilmeli, vücut mekaniği doğru kullanılmalı, yeterli bedensel etkinlik yapılmalı ve dengeli beslenmelidir. Biyolojik riskler, kanla, vücut sıvılarıyla temas ve damlacık yoluyla

bulaşma ile ilgilidir. Enfeksiyonları önlemek amacıyla, koruyucu önlemler alınmalıdır. Eller yıkanılmalı, eldiven, maske, koruyucu gözlük, laboratuvar önlüğü, yüz spri gibi standart korunma önlemleri uygulanmalı ve aşılar ihmal edilmemelidir. Çevresel riskler, şiddete maruz kalmayla, iş ve trafik kazalarıyla ilgilidir. Yaralanma, kalıcı sakatlık, darp, taciz, hırpalanma, yanık, travma, düşme ve çarpma söz konusudur. Güvenli sürüş teknikleri uygulanmalı, emniyet kemeri takılmalı, kriz yönetimi bilinmeli, iletişim becerileri kazanılmalı ve çevre güvenliği sağlanmalıdır. Psikolojik riskler, stres, depresyon, tükenme sendromu, bağımlılıklar, meslekten uzaklaşma ve yetersizlik duyguları ile sonuçlanabilir. Ruhsal gerilim belirtileri bilinmeli, kritik olaylarla ve stresle baş etme becerileri edinilmelidir. Ambulans personeline sırt yaralanmaları, darp, stres ve uzuv yaralanmalarının yaygınlığı çok fazladır. A.B.D.'deki prevalans ve morbidite çalışmasının sonuçlarına göre, sırasıyla ruhsal gerilimler (%11,2), sırt (%10,5) ve uzuv (%9,8) sorunları, darp olayları (%8,4), ambulans kazaları (%4,1), işitme kayıpları (%2,5) ve gözde yaralanmalar (%1,4) bildirilmiştir [75, 79]. Hasta kabinindeki ambulans personelinin %70'inin acil olan ve %14'ünün acil olmayan hasta naklinde, kendi emniyet kemerini takmadığı, 1991 yılında yayınlanmış bir çalışmada belirlenmiştir [80, 81]. Mesleki riskler karşısında, bilgili ve bilinçli olmak gerekir.

Geçtiğimiz aylarda mevzuat değişikliğiyle, yapılan işin ve verilen hizmetin niteliğinden dolayı, 112 ASH riskli ve özellikli birim kabul edilmiştir [82]. Ambulans çalışanları her an hayati tehlike altında çalışmaktadırlar. Aslında yadırganması gereken üzücü olaylarla maalesef, neredeyse haberleri kanıksayacak kadar sık karşılaşılışmaktadır. Basında ambulans personeline yönelik çok sayıda şiddet haberi yer almaktadır. İstanbul'da bir 112 ambulans doktoru hastanede ambulans yerine park etmekte ısrarcı olan hasta yakınları tarafından, Samsun'da 112 ambulans görevlisi bir AABT ve bir ATT ilk müdahalesini yaptıkları epilepsi hastası tarafından, Kocaeli'nde 112 ambulans görevlisi bir AABT ve iki ATT kurallar gereği kendilerini ambulans kabinine alamadıkları için hasta yakınları tarafından, Bursa'da acil hasta taşıyan bir ambulans şoförü yol istediği bir aracın şoförü tarafından, Malatya'da 112 ambulans ekibi hasta yakınları tarafından ileri derecede darp edilmişler ve sözlü tacize uğramışlardır. Bunlara benzer daha nice olaylar sıralanabilir. Sağlık çalışanları şiddet olayları karşısında buldukları ortamlarda kendilerini güven altında hissetmemektedirler. Böylesi saldırıların mağdurlar, sadece darp edilen acil görevlileri değildir. İstasyon noktalarında hizmet akışı aksamakta, dışarıdan desteğe ihtiyaç

duyulmakta, kritik vakalar dahil olmak üzere onlarca hastanın müdahalesi ve hasta nakilleri engellenmektedir. Acil sağlık çalışanları, müdahale esnasında şiddet kaygısının duyulmadığı huzurlu çalışma ortamlarında görev yapmak istemektedirler [83-87]. Artan olaylar nedeniyle, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının araştırılması ve gerekli önlemlerin belirlenmesi amacıyla, Meclis Araştırma Komisyonunun ve hasta iletişim merkezlerinin kurulmasına karar verilmiştir [88]. Güvenli ortamların sağlanması, hayat kurtarmakla görevli olan acil personelinin en doğal hakkıdır. Şiddetin azaltılması için riskler belirlenmeli, güvenlik sisteminin etkin şekilde çalışması sağlanmalı, personele yönelik koruyucu eğitimler düzenlenmeli, suçun önlenmesini hedefleyen uygulamalar yürürlüğe konulmalı ve mutlaka çalışanların katılımıyla hazırlanmış yazılı bir politika geliştirilmelidir [89]. Benzer bir yaklaşımla, Denizli İl Ambulans Servisi Başhekimliği tarafından yürütülmüş olan Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve İş Güvenliği Projesi kapsamında çalışan güvenliğiyle ilgili, mevcut durum tespiti gerçekleştirilmiş ve uygun olmayan koşulların düzeltilmesi için çalışma planı oluşturulmuştur. 1- Var olan sorunlar belirlenmiştir. Acil sağlık istasyonlarında güvenlik eğitimlerinin, tatbikatların, talimatların eksiklikliği, yangın söndürücülerinin, tehlikeli maddelerin bulunması, binadaki fiziksel koşulların yetersizliği, önemli sorunlar olarak bildirilmiştir. Ambulans tasarımının yaralanmayı önleyecek şekilde olmaması, kişisel güvenlik ve ambulans araç güvenliği donanımlarındaki yetersizlikler, mevsim koşullarına uygunsuzluk, ambulans araç ve tıbbi donanım bakım ve onarımlarının zamanında yapılamaması, en çok karşılaşılan sorunlar olarak ortaya konulmuştur. Ayrıca kendi tutum ve davranışları ile ilgili olumsuzluklar ve yetersizlikler, gözlük, maske kullanmamak, emniyet kemeri takmamak, enfekte atıklara dikkat etmemek, olay yeri güvenliği ile ilgili dikkatsiz davranmak, hız sınırlarına ve güvenli sürüş kurallarına uymamak olarak sıralanmıştır. Emniyet kemeri kullanım oranı %66 olarak belirlenmiştir. Görev esnasında karşılaşılan tehlikeler, araç içi yaralanmalar, trafik kazaları, bulaşıcı hastalıklar, vücut salgıları ile temas, cisim batmaları, güvenli olmayan olay yeri, fiziksel ve sözlü şiddet olarak sıralanmıştır. 2- Var olan sorunların giderilmesi için iyileştirme başlatılmıştır. Elde edilen verilerden yola çıkarak Başhekimlik, acil sağlık personelinin karşılaştığı tehlike sayısının azaltılmasını kalite hedefi olarak belirlemiş, yıllık çalışma planı hazırlanmıştır. Çalışmaların, çalışan sağlığı, istasyon, ambulans, enfeksiyon, ambulans sürüş ve olay yeri güvenliği olmak üzere, altı başlık altında sürdürülmesine karar verilmiştir. Hedefler, bir yıl içinde tüm personelin genel

sağlık kontrollerinin sağlanması, temel güvenlik eğitim programının tüm personele uygulanması, güvenlik talimatlarının, formların, gerekli dokümantasyonun tamamlanması, asgâri güvenlik malzemesinin ve donanımın sağlanması, çalışma ortamı güvenliğinin iyileştirilmesi ve istasyon personelinin tehlikeyle karşılaşma sayısının azaltılması olarak belirlenmiştir. Yıl boyunca tehlikeler izlenmiş ve iyileştirmeye çalışılmıştır [90].

## **2.5. Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı Göstergeleri**

### **2.5.1. Genel Sağlık**

Ambulans çalışanlarının bedenlen formda olup olmadıklarını değerlendiren ve kardiyorespiratuvar kapasite, kas gücü, dayanıklılık, koordinasyon gibi fiziksel performanslarını ölçen çalışmaların pek çoğunda, fizik ve ruh sağlıklarının olumsuz yönde etkilenmiş olduğu bildirilmiştir [66, 72, 91]. Sağlık durumlarıyla ilgili 49 çalışmayı içeren sistematik derlemede, ambulans çalışanlarının ölüm hızlarının, malulen erken emeklilik oranlarının, yaralanmayla ve ölümlerle sonuçlanan kaza düzeylerinin, genel çalışan nüfusundan ve diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek olduğu kaydedilmiştir [92]. Ambulans çalışanlarında morbidite düzeyleri, sağlık personeline kıyasla daha yüksektir. Kalıcı kapasite kaybına yol açan tıbbi durumlar çoğunlukla kas-iskelet, dolaşım ve ruh sağlığı bozukluklarıyla ilgilidir. Fiziksel performans geliştirilmeli, sağlığın korunması ve geliştirilmesi faaliyetlerine önem verilmeli, fiziksel zindelik standartları gözetilmeli, kronolojik yaş yerine fonksiyonel kapasite temelinde personel alımı yapılmalı ve bölgesel görev dağılımları uygun şekilde düzenlenmelidir. Fiziksel yıpranmaya bağlı olarak erken emeklilik araştırmaları, anlamlı sonuçlar ortaya koymuştur. Emeklilik yaşının düşürülmesi önerilmektedir [77, 78]. Mesleki etmenlerle ruh sağlığı göstergeleri arasındaki ilişkileri konu alan prevalans çalışmalarında, kritik olaylarla sürekli olarak ve korunmasızca karşılaşan acil personelinde, yüksek oranlarda psikopatoloji, tükenmişlik ve post-travmatik bulgular bildirilmiştir. Kritik olayların yarattığı fiziksel bozuklukların yanı sıra kendini uyku bozuklukları, öfke patlamaları, irrasyonallite, yabancılaşma, uzaklaşma, yalnızlık hissi, öfke, suçluluk, depresyon, karar vermede kusurluluk ve iş kaybıyla gösterebilen ruh sağlığı sorunlarına rağmen, çoğu zaman personelin gizlilik kaygıları ve kariyer beklentileri kişisel yardım almalarını engeller [93, 94]. Norveç'te yapılan çalışmada, işle ilgili duygusal yorgunluk ve zorbalık gibi nedenlere bağlı olarak, ambulans çalışanlarında, hayatın yaşamaya

değmediğini düşünme %28.0, ciddi olarak intiharı düşünme %10.4 ve bir intihar girişiminde bulunmuş olma %3.1 oranlarında yaşam boyu prevalans belirlenmiştir [95].

### 2.5.2. İşe Bağlı Gerginlik

Ruhsal gerilim (stress) ve gerginlik (strain) çoğunlukla birbiri yerine kullanılan kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Ruhsal gerilim, sosyal ve psikolojik bir sistem üzerindeki dışsal yük veya taleptir. Gerginlik, stresin sistem üzerinde yarattığı tedirginlik, rahatsızlık, huzursuzluk, sinirlilik içeren zorlanma halidir [96]. Pek çok araştırmacı işe bağlı gerginliği, bireyin çevresinde ruhsal gerilime yol açan etkenlere verdiği psikolojik tepkiler olarak tanımlamaktadır. Çeşitli ülkelerde ambulans servisi çalışanlarında mesleki ruhsal gerilim ve işe bağlı gerginlik düzeylerinin ölçüldüğü, ayrıca eşlik eden psikolojik bozuklukların değerlendirildiği araştırmalar yürütülmüştür [97]. Ambulans çalışanlarında mesleki ruhsal gerilim fazladır. İşlerinin yorup tükendirdiğini, daha az tatmin ettiğini ve fazla sorumluluk yüklediklerini düşünmektedirler. Hastane öncesi çalışanlarda üriner kortizol ve katekolamin konsantrasyonları, iş günlerinde epinefrin ve norepinefrin düzeyleri yüksektir [98]. Ambulans çalışanları kronik stres yaşarlar ve çoğu zaman iş doyumunu, ruhsal ve fiziksel sağlık göstergeleri olumsuz yönde etkilenmiştir [59, 72]. ATT'lerin gerginlik, zorlanma, tükenmişlik ve klinik sıkıntı düzeyleri artmıştır. Birçok çalışmada iş değiştirme oranları yüksek bulunmuştur. İşe bağlı gerginlik düzeylerinin iş doyumuyla, iş kazası veya meslek hastalığı ile ilgili endişelerle, acil servis personeli ve farklı meslek gruplarındaki acil çalışanları tarafından kötü muamele edildiğini düşünüyor olmakla ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. İş doyumunu önemli bir etkendir; idarecilerin çalışma koşullarından, iş ortamındaki fiziksel koşullardan, işle ilgili gereksinimlerden, öncelikli beklentilerden ve becerilerden haberdar olmamalarıyla ilintilidir. İş hayatının aile yaşantısını engellediğini düşünüyor olması, ambulans çalışanın iş doyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bilinçli meslek seçimi, doktorlarla etkileşim, üst kademedeki destek ve danışmanlığın niteliği belirleyici unsurlardır. En büyük rahatsızlıklar, maaşların düşük ve ekipmanın yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır. Olaylar karşısında, doğrudan yüzleşme, sorumluluk üstlenme, stres yaratan durumlarda kendini suçlama, şiddet, düşmanlık, risk alma, ümit ettiğine inanma, sakınma veya kaçınma tarzında tepkiler veren ambulans çalışanlarında işe bağlı gerginlik düzeyleri yüksektir [71, 99, 100].

### 2.5.3. Tükenmişlik

Gücünü yitirmiş olma ve çaba göstermeme durumudur [101]. İlk olarak Freudenberger tarafından sağlık personelinde, aşırı taleplerden dolayı başarısız olma, yıpranma ve yorulup tükenme olarak tanımlanmıştır [102, 103, 149]. Maslach'a göre tükenmişlik, iş yerinde stres yaratan etkenlere karşı verilen tepkileri içeren psikososyal bir sendromdur [104]. Farber, stres ve tükenmişlik tanımlarını ayırt etmiştir. Tükenmişlik, stres kaynaklarıyla baş edememe sonucunda oluşur [105]. Yaygın olarak, insana hizmet veren mesleklerde ortaya çıkabilen fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme durumudur. Sağlık çalışanlarında, iş ortamı, çalışma koşulları, görev tanımları ve iş doyumunu ile ilgili yetersizlikler önemli rol oynar. İş kaybindan aile içi sorunlara, psikosomatik hastalıklardan madde bağımlılıklarına, uykusuzluk ve depresyon gibi ruhsal sorunlara uzanan çeşitli ciddi sonuçları vardır [106].

Tükenmişliğin üç alt boyutu, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düşüklüğüdür. Duygusal tükenme, bireye yaptığı iş nedeniyle aşırı yüklenilmesi ve tüketilmiş olma duygularını tanımlar. Açık şekilde gözlemlenebilen, en önemli başlangıç bileşenidir. Düş kırıklığı, sinirlilik, depresif duygular, ümitsizlik, hayal kırıklığı, benlik saygısının azalması, işe uyum sağlayamama ve dikkat eksikliği ile birlikte birey kendini işinden uzaklaşmış hisseder. Duyarsızlaşma, hizmet verilen bireylere insan değil nesne gibi davranmayla kendini gösterir. İnsanlarla ilişkiler azalmıştır. Birey, duygudan yoksun tutum ve davranışlar sergiler. İş yaşamını sürekli sert bir dille eleştirir, uzun dinlenme molaları verir, işe gitmek istemez, geç gider, iş yerinde kişilerle uzun sohbetler eder, sık sık rapor alır ve yeni bir meslek için eğitime başlar. İş ve çalışma yaşamını iki farklı dünya olarak algılar. Kişisel başarıdaki azalma, bireyin kendini olumsuz değerlendirme eğilimi olarak tanımlanır. Birey, iş başarısı ve yeteneğinde azalma hisseder. Motivasyonu düşmüştür, kontrol eksikliği ve çaresizlik vardır. Kişi kendisinin başarısız olduğu hükmünü verir [107]. Coşku (enthusiasm), durgunluk (stagnation), hayal kırıklığı (frustration) ve umursamazlık (apathy) olmak üzere dört evre tanımlanmıştır; ancak, aslında tükenmişlik sürekli bir olgudur. Kurumsal, çevresel ve bireysel etkenlerden söz edilir. Ambulans çalışanlarında etmenler, genelde kurumsal idari yapıyla bağlantılıdır [52]. Çalışma koşulları, ücretler, yükselme olanakları, işteki rol karmaşası, sosyal etkileşim, çalışma grupları, işin içeriği, belirsizlikler, kurumsal politikalar, iş stresi, gerekli takdiri görememe, üst kademedeki

yetersizlikler, bürokratik işlemlerin fazla olması gibi çevresel etkenler tükenmişlik üzerinde doğrudan rol oynar. Aşırı iş yükü, huzursuzluğu arttır; hoşgörüyü, yeterliliği, memnuniyeti ve yaratıcılığı azaltır [108]. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, kişilik yapısı gibi bireysel etkenlere dair pek çok araştırma bulunmaktadır; ancak, bazılarında etkiler çelişkili sonuçlarla ifade edilmektedir [103]. Tükenmişliğin önlenmesinde, olgularla başa çıkmada, bireysel ve kurumsal uygulamaların yanı sıra iş arkadaşları ve aile ile etkileşimleri kapsayan yöntemler hayata geçirilmelidir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, kesitsel bir anket çalışmasıdır.

#### 3.1. Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul ilindeki tüm ambulans hizmet noktalarını kapsamaktadır. İstanbul genelinde sağlık hizmetleri, altı bölgede toplam 31 ilçede yürütülmektedir. İl genelinde 8 Şubat 2011 tarihinde, kamuda İstanbul 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı toplam 159 acil yardım istasyonu ve özelde toplam 91 özel ambulans servis istasyonu bulunmaktadır [47]. Anketler, Acil Tıp Teknisyenleri (ATT) tarafından 8 Şubat ile 7 Mayıs 2011 tarihleri arasındaki üç aylık sürede doldurulmuştur.

#### 3.2. Evren ve Örneklem

İstanbul'da 8 Şubat 2011 itibarıyla kamuda 1.038 ve özelde 483 olmak üzere il genelinde toplam 1.521 ATT görev yapmaktadır [47]. Örneklem uygulanmamıştır. İl genelinde tüm ATT popülasyonuna ulaşılması hedeflenmiştir. Genel toplamda 1.521 ATT'nin 882'sinden geri dönüş olmuştur (%58,0). Geçerli anket sayısı 842'dir (%55,4). Kırk adet anketin çalışma dışında bırakılmış olmasındaki gerekçeler, ATT olarak en az altı ay çalışmış olma şartının karşılanmamış olması ve anketin ölçek kısımlarının doldurulmamış olmasıdır. Kamuda görevli 1.038 ATT'den 606 katılımcı tarafından doldurulmuş anketler (%58,4) ve özelde görevli 483 ATT'den 236 katılımcı tarafından doldurulmuş anketler (%48,9) geçerli sayılarak çalışma kapsamına alınmıştır.

#### 3.3. Pilot Çalışma

Gözlemlerden, mevcut literatürden yola çıkılıp ilgililerin fikir ve görüşlerine başvurarak hazırlanmış olan anket taslağını, kamuda 17 ve özelde 5 olmak üzere toplam 22 ATT yazılı olarak doldurmuş, ardından 5 ATT ile grup çalışması yapılmıştır. Yorumlar doğrultusunda düzeltmeler yapılmış, anket son haline getirilmiştir.

#### 3.4. Verilerin Toplanması

T.C. İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü (İSM) dağıtım üst yazısı ile başlatılan süreçte, anketler il genelinde ATT'lere ulaştırılmıştır [109]. Anket uygulayıcıları, kamuda ve özelde görev yapan istasyon yetkilileridir. Kamuda görevli 60 istasyon



sorumlusuna ve bunu izleyen iki haftalık dönemde özelde görevli 91 mesul müdüre, 8 Şubat 2011 Salı günü, anket uygulamasıyla ilgili ön bilgilendirme yapılmıştır. Toplam 151 idari yetkiliye, çalışmaya özgün nitelikteki anket uygulama eğitimi verilmiştir. Uygulayıcılara dört kişilik ekip tarafından bilgilendirme yapılmış olup, kendilerinden katılımcıların anket içeriği ile ilgili sorularına hiçbir surette yanıt vermemeleri istenmiştir. Anket ATT tarafından, tek başına, bir seferde, süre kısıtlaması olmaksızın, görev yerinde doldurulmuştur. Doldurulan anketler idari pozisyonundaki 112 istasyon sorumluları ve özel ambulans mesul müdürleri tarafından merkez idareye iletilmiştir.

### 3.5. Gereç

Anket, toplam 81 sorudan oluşmaktadır. 29 soruluk özgün sosyo-demografik bilgi formunu, 12 soruluk Genel Sağlık Anketini (GSA), 18 soruluk İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğini (İBGÖ) ve 22 soruluk Maslach Tükenmişlik Ölçeğini (MTÖ) içermektedir.

Kamuda ve özelde görev yapan ATT'lerin dağılım ve ölçek karşılaştırmaları; özgün sorular, GSA, İBGÖ ve MTÖ'nin üç alt boyutu olan duygusal tükenme (MTÖ DT), duyarsızlaşma (MTÖ D), kişisel başarı düşüklüğü (MTÖ KBD) soruları temelinde yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar demografik özellikler, çalışma koşulları, sosyoekonomik düzey, eğitim, iş sağlığı ve çalışan güvenliği başlıkları altında sunulmuştur.

#### 3.5.1. Genel Sağlık Anketi

İlk bakışta genel sağlık durumunu değerlendiren bir ölçek olduğu zannedilebilir; ancak aslında, anksiyete ve depresyon belirtilerini ölçen bir “ruh sağlığı” gösterge formudur. Kişinin son zamanlarda yakınmasının olup olmadığını araştırır. Toplum taramalarında ve birinci basamak klinik ortamlarda yaygın olarak kullanılır. Deneklerin kendi başlarına doldurdukları, kolay uygulanabilen, pratik bir ölçektir. Birçok farklı dil ve kültüre uyarlanmıştır. GSA'nın 60, 30, 28 ve 12 sorulu formları bulunmaktadır. Bu çalışmada 12 sorudan oluşan GSA-12 formu kullanılmıştır. Toplam puanın yüksek olması, olumsuz yönde etkilenmeyi ifade eder [110-112]. Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında, GSA-12 için Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0,78, test - tekrar test güvenilirliğinde  $r$ : 0,84 ve yarım test güvenilirliği korelasyon katsayısı  $r$ : 0,81 olarak hesaplanmıştır. Türkçe formunun geçerlilik çalışmasında, ROC analizi uygulanarak ölçüt geçerliliği

elde edilmiştir. Bu amaçla GSA tipi puanlama ile GSA-12 için kesme puanı  $\frac{1}{2}$  olarak hesaplanmıştır; bu puan risk gruplarını göstermektedir [113].

Tez çalışmasında GSA-12 soruları, kamuda 601 özelde 231 ATT tarafından yanıtlanmıştır. Yanıtlar sayısal olarak, birden dörde kadar puanlanmıştır.

### 3.5.2. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği

Sağlık alanında ve farklı meslek gruplarında çalışanlarda, işte yaşanan gerginlik ve stres düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. İBGÖ doğrudan psikolojik sorunları değil, üretkenliği ve çalışma ilişkilerini değerlendiren ve 18 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam puanın yüksek olması, işe bağlı gerginliğin artmış olduğunu ifade eder. Ölçeğin 2., 4., 8., 9., 11. ve 15. soruları tersine puanlanmaktadır. Sağlık alanında çalışan beş ayrı meslekten oluşan çalışma gruplarına orijinal ölçek uygulanmış ve güvenilirlik katsayısı 0,85 ile 0,90 arasında bulunmuştur [114, 115]. Türkçe formunda sağlık çalışanlarında geçerlilik ve güvenilirliği İBGÖ Cronbach  $\alpha$  katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur [116, 117].

Tez çalışmasında İBGÖ soruları, kamuda 591 özelde 228 ATT tarafından yanıtlanmıştır. Yanıtlar sayısal olarak, birden dörde kadar puanlanmıştır.

### 3.5.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Tükenmişlik düzeyini belirlemek üzere geliştirilmiş bir ölçektir. Nedenleri incelendiğinde, bireysel, örgütsel ve mesleki kaynaklı tükenmişlikten söz etmek mümkündür. Tükenmişliğin sonuçları, sağlık sorunlarına yol açması, iş gücünde devir oranını yükseltmesi, aile yaşantısında olumsuzluklar yaratması, iş yaşamını olumsuz yönde etkilemesi, kararsızlık ve dikkat dağınıklığına neden olması şeklinde sıralanabilir. Belirtiler genellikle duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı olmak üzere üç başlık altında değerlendirilir [118, 119] MTÖ ve alt boyutlarının güvenilirlik düzeyi test edilmesinde, Cronbach  $\alpha$  katsayısı tükenmişlik için 0,85, duygusal tükenme için 0,70, duyarsızlaşma için 0,85 ve kişisel başarı düşüklüğü için 0,81 olarak belirlenmiştir [107, 120]. Sağlık çalışanlarında uygulanmış Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları bulunmaktadır [121-123]. MTÖ toplam 22 sorudan oluşmaktadır; duygusal tükenme alt boyutuna dair dokuz soru, duyarsızlaşma alt boyutuna dair beş soru ve kişisel başarı alt boyutuna dair sekiz soru bulunmaktadır. Tükenmişlik Sendromunun en kesin belirtisinin duygusal tükenme olduğu kabul

görmektedir. Duygusal tükenme, çalışanların fiziksel ve duygusal açıdan kendilerini aşırı yorgun ve yıpranmış hissetmelerini tanımlar. Ölçeğin 1., 2., 3., 6., 8., 13., 14., 16. ve 20. soruları MTÖ DT'yi sorgulamaktadır. Duyarsızlaşma, kişinin hizmet verdiği kişilere karşı duygudan yoksun bir şekilde tutum ve davranışlar sergilemesini tanımlar. Ölçeğin 5., 10., 11., 15. ve 22. soruları MTÖ D'yi sorgulamaktadır. Kişisel başarı, kişinin başarıyla sorunların üstesinden gelebilmesini tanımlar ve kendini yeterli bulmayı ifade eder. Ölçeğin 4., 7., 9., 12., 17., 18., 19. ve 21. soruları MTÖ KBD'yi sorgulamaktadır. MTÖ'nün üç alt boyutu olan duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının yüksek, kişisel başarı puanının düşük olması, tükenmişliğin arttığını gösterir [124]. Değerlendirmede çoğu zaman duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutlarından alınan puanlar düz olarak puanlanır. Kişisel başarı alt boyutundan alınan puanlar ise kişisel başarıdaki düşüşü ifade etmek üzere, tersine çevrilir.

Tez çalışmasında MTÖ duygusal tükenme soruları kamuda 591 özalde 225 ATT, MTÖ duyarsızlaşma soruları kamuda 585 özalde 222 ATT ve MTÖ kişisel başarı soruları kamuda 583 özalde 221 ATT tarafından yanıtlanmıştır. Yanıtlar sayısal olarak, birden beşe kadar puanlanmıştır.

### **3.6. Verilerin Düzenlenmesi, Analizler, Değerlendirme**

Tez çalışmasında dosya kontrol formu ile elde edilen bulguların analizlerinde Statistical Package For Social Sciences for Windows (SPSS) sürüm 17.5 paket programı kullanılmıştır. Biyoistatistiksel çözümlemede, ele alınan ölçütler aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde değerleri ile tanımlanmıştır. Gruplar arası frekans ve oranların kıyaslanmasında Ki-kare ve Fisher's Kesin Olasılık Testi kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip sürekli değişken ortalamalarının karşılaştırılmasında, iki farklı grup kıyaslamasında *t*-testi, ikiden fazla grup ortalamasının karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA), ANOVA kullanılmıştır. Anlamlı fark bulunan değişkenlerde, alt gruplar arasındaki farkların yorumlanması için Tukey's HSD Post-hoc testi kullanılmıştır. Gerekli ise, denek sayısı ve homojenlik denetlemesine bağlı olarak, non-parametrik Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi yöntemleri uygun deney kurgularında kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson ve Spearman korelasyon katsayıları kullanıldı. Yorumlamalarda anlamlılık sınırı  $p < 0,050$  alınmıştır. İki değişken arasındaki bağıntı, üç kritere göre yorumlanmıştır. Yorumlama ilkeleri korelasyon katsayısının sayısal değerine

( $r$ ) göredir:  $r$ : 0-0,200 bağıntı yok;  $r$ : 0,250-0,400 çok zayıf bağıntı;  $r$ : 0,410-0,500 zayıf bağıntı;  $r$ : 0,510-0,750 orta güçte bağıntı;  $r$ : 0,760-0,850 güçlü bağıntı;  $r$ : 0,860-0,950 çok güçlü bağıntı ve  $r$ : 0,960-1,000 tam bağıntı olarak yorumlanmıştır. Katsayının ( $r$ ) pozitif işareti (artı) taşınması değişkenlerin bir paralellik içerisinde değiştiğini, yani ilişkinin aynı yönde olduğunu, negatif işareti “eksi” taşınması ise değişkenlerin ters yönde bir ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir. Hesaplanan korelasyon katsayısının geçerli bir katsayı olup olmadığı, eldeki katsayının sayısal değerine ve denek sayısı temeline dayanan özel bir  $t$ -testi ile yapılmış ve sonuçta ulaşılan  $p$  değerine göre yorumlanmıştır.  $p < 0,050$  olduğunda geçerli kabul edilmiştir.

### 3.7. Etik

Araştırma izni, İSM ile imzalanan 6 Aralık 2010 tarihli ve 4667 sayılı resmi protokol ile alınmıştır.

Çalışma; araştırmanın başladığı tarihteki yönetmeliklere göre, etik kurul onayı gerektirmemektedir. Tez İzleme Komitesi tarafından 13 Ağustos 2010 tarihinde değerlendirilmiş ve onaylanmıştır.

### 3.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları

**3.8.1.** Anket, bir öz-bildirim formudur. ATT'lerin özgün sorulara ve üç ölçeğe verdikleri yanıtlar, kendi değerlendirmeleri temelinde analiz edilmiştir.

**3.8.2.** Özelde “yorumsuz” seçeneklerinin yüksek oranlarda işaretlenmiş olması dikkat çekicidir ve gerçek, samimi ve anlamlı bir bulgu olabilir. Buna karşın, anketlerin idari yetkililer eliyle dağıtılmış ve toplanılmış olması nedeniyle, katılımcılar bir olasılıkla, gerçek durumu yansıtmamış olabilirler. Katılımcıların isimleri gizlenmiş olup, bu gizlilik düzeyi kamudaki ATT'ler için yeterli olmuştur. Ancak özellikle az sayıda ATT'nin görev yaptığı özel şirket istasyonlarında, kimliklerin tahmin edilebilir olması, olumsuz görüşlerin bildirilmesinin önünde engel teşkil etmiş olabilir. Mesul müdür ile yüzleşme, hatta işini kaybedebilme riski, çıkar çatışması yaratmış olabilir.

## 4. BULGULAR

Kamuda 606 (%72,0) ve özelde 236 (%28,0) olmak üzere, il genelinde ATT'ler tarafından doldurulmuş toplam 842 geçerli anket çalışma kapsamına alınmıştır.

### 4.1. Demografik Özellikler

#### 4.1.1. Kamuda ve Özelde Cinsiyete Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Kamuda kadınlar (%65,7) ve özelde erkekler (%53,0) çoğunluktadır.

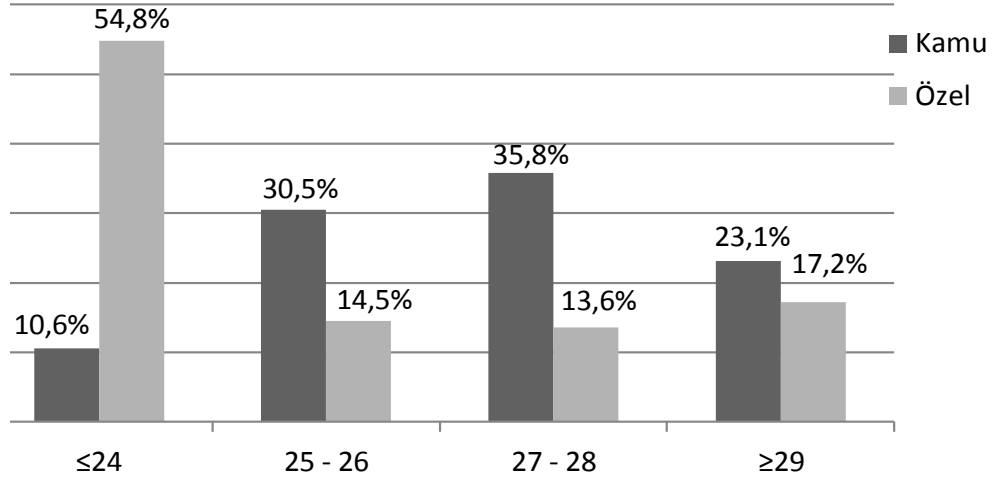
Kamuda erkeklere kıyasla kadınların genel sağlığı olumsuz yönde etkilenmiştir ( $p: 0,044$ ) ve işe bağlı gerginlikleri daha fazladır ( $p: 0,048$ ). Kamuda tükenmişlik göstergelerinde anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ). Özelde hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ) [Tablo 4-1].

**Tablo 4-1:** Kamuda Görev Yapan ATT'lerin Cinsiyete Göre Ölçek Karşılaştırmaları

	Kadın ort±ss	Erkek ort±ss	<i>p</i>
<b>GSA-12</b>	22,2±6,0	21,2±6,2	<b>0,044</b>
<b>İBGÖ</b>	37,9±8,2	36,3±11,2	<b>0,048</b>
<b>MTÖ DT</b>	27,5±6,1	24,6±7,8	0,057
<b>MTÖ D</b>	13,0±4,1	12,9±5,2	0,778
<b>MTÖ KBD</b>	59,3±13,3	58,0±17,8	0,326

#### 4.1.2. Kamuda ve Özelde Yaşa Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Kamuda en küçük yaş 18, en büyük yaş 34, yaş ortalaması 26,8 ve standart sapması 2,0'dır. Özelde en küçük yaş 18, en büyük yaş 48, yaş ortalaması 24,2 ve standart sapması 4,1'tür. Yaşa göre dağılımlar incelendiğinde, kamuda en yüksek oran 27-28 yaş grubuna (%35,8), özelde en yüksek oran 24 yaş ve altındaki yaş grubuna aittir (%54,8) [Şekil 4-1].



**Şekil 4-1:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Yaşa Göre Dağılımları

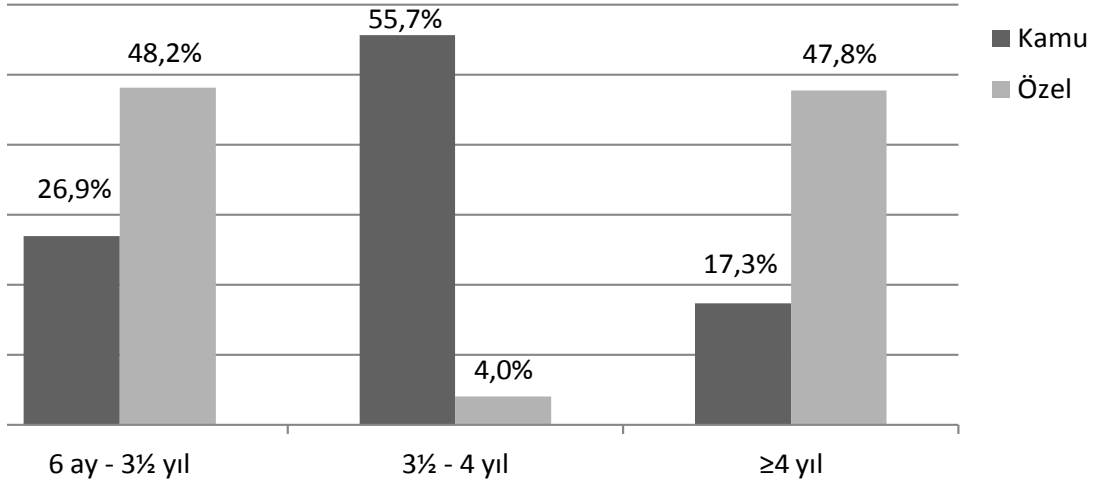
Kamuda yaşa göre hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ). Özelde dört yaş grubunun işe bağlı gerginlik puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ( $p: 0,042$ ). Özelde diğer ölçek karşılaştırmalarında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ) [Tablo 4-2]. Alt grup karşılaştırmalarında  $\leq 24$  yaş grubuna kıyasla 27-28 yaş grubunun işe bağlı gerginliği fazladır ( $p: 0,015$ ).

**Tablo 4-2:** Özelde Görev Yapan ATT'lerin Yaşa Göre Ölçek Karşılaştırmaları

	≥29 yaş	27-28 yaş	25-26 yaş	≤24 yaş	<i>p</i>
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	
<b>GSA-12</b>	19,5±5,2	18,6±3,6	19,7±5,1	19,3±5,1	0,842
<b>İBGÖ</b>	35,7±6,2	36,8±6,7	35,3±7,2	33,4±7,1	<b>0,042</b>
<b>MTÖ DT</b>	24,3±6,4	23,3±7,3	21,3±8,6	23,9±8,3	0,391
<b>MTÖ D</b>	12,6±3,6	12,6±4,6	11,0±4,7	12,4±4,6	0,351
<b>MTÖ KBD</b>	59,1±11,2	55,5±17,7	52,4±19,0	58,4±18,5	0,296

#### 4.1.3. Kamuda ve Özelde Çalışma Süresine Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Kamuda üç buçuk ile dört yıl arasında görev yapmış ATT'ler çoğunluktadır (%55,7). Özelde altı ay ile üç buçuk yıl arasında görev yapmış ATT'ler çoğunluktadır (%48,2) ve bunu yakın bir oranla dört yıl veya daha uzun süreyle görev yapmış ATT'ler izlemektedir (%47,8) [Şekil 4-2].

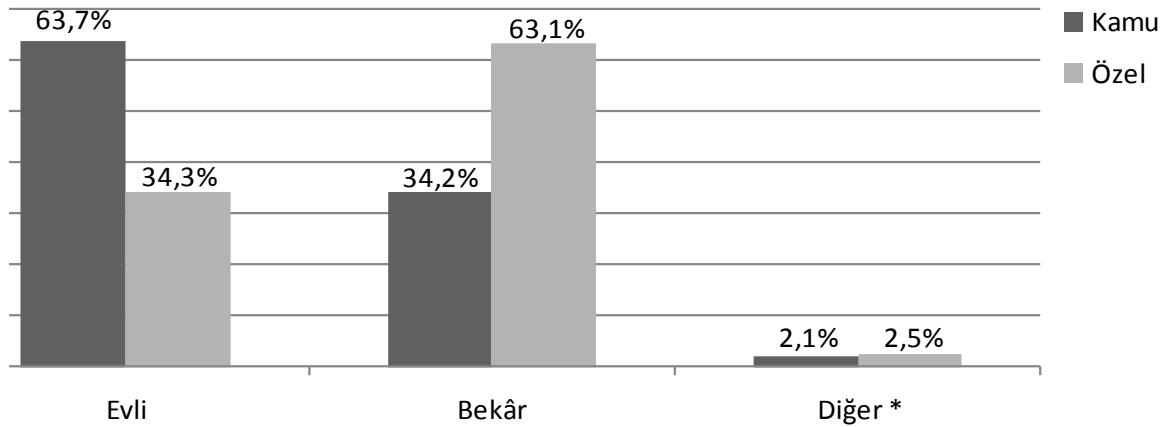


**Şekil 4-2:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Çalışma Sürelerine Göre Dağılımları

Kamuda ve özelde çalışma sürelerine göre hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

#### 4.1.4. Kamuda ve Özelde Medeni Duruma Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Kamuda evlilerin oranı (%63,7) ve özelde bekârların oranı (%63,1) daha fazladır [Şekil 4-3].



\* "Diğer" sütünü "evli değil ama birlikte yaşıyor" "evli ama ayrı yaşıyor" "boşanmış" "eşi vefât etmiş" ve "açıklama yapmak istemiyor" seçeneklerinin toplamından oluşmaktadır.

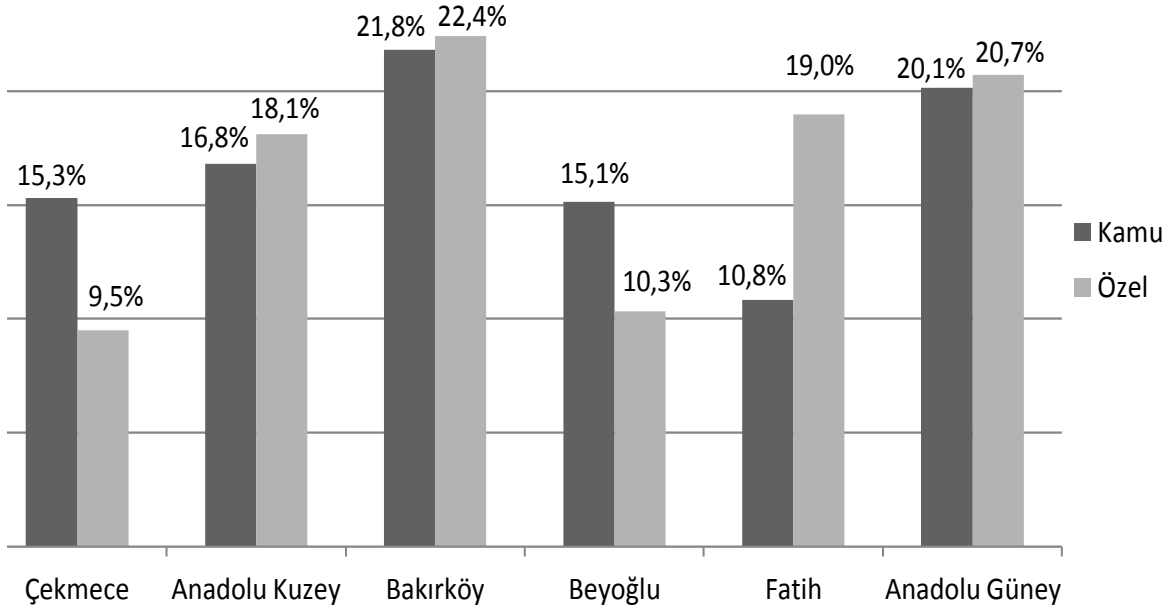
**Şekil 4-3:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

Medeni duruma göre yapılan ölçek karşılaştırmalarında, kamuda evlilere kıyasla bekârlarda duyarsızlaşma fazladır ( $p: 0,048$ ). Kamuda diğer ölçeklerde anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ). Özelde hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

## 4.2. Çalışma Koşulları

### 4.2.1. Kamuda ve Özelde Görev Yerlerine Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Kamuda ve özelde en yüksek oranlar Bakırköy Bölgesindedir (%21,8 ve %22,4). En düşük oranlar, kamuda Fatih Bölgesinde (%10,8) ve özelde Çekmece Bölgesindedir (%9,5) [Şekil 4-4].



**Şekil 4-4:** Kamuda ve Özelde Görev Yerlerine Göre Dağılımlar

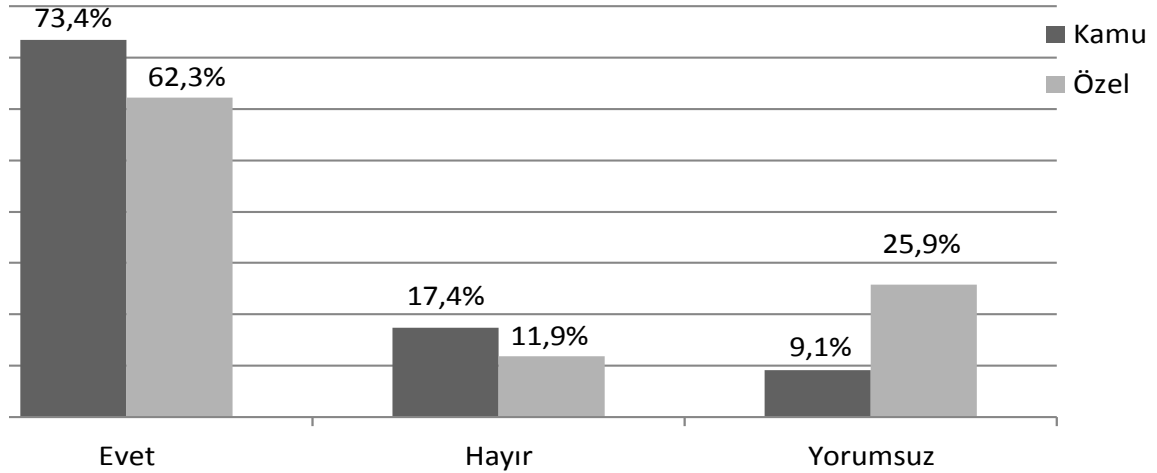
Görev yerlerine göre yapılan ölçek karşılaştırmalarının tamamında, kamuda altı bölgenin genel sağlık, işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları arasındaki farklar anlamlıdır (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p: 0,002$ ,  $p: 0,001$ ,  $p<0,001$  ve  $p<0,001$ ). En yüksek genel sağlık ve işe bağlı gerginlik puan ortalamaları Fatih Bölgesindedir. Genel sağlık ölçek karşılaştırmalarında, Fatih Bölgesi birinci (ort±ss: 23,9±6,1) ve Çekmece Bölgesi ikinci sıradadır (ort±ss: 23,7±5,4). İşe bağlı gerginlik ölçek karşılaştırmalarında, Fatih Bölgesi birinci (ort±ss: 41,3±6,5) ve Bakırköy Bölgesi ikinci sıradadır (38,1±9,8). Duygusal tükenmedeki artışı, duyarsızlaşmadaki artışı ve kişisel başarıda düşüşü gösteren tükenmişlik puan



ortalamaları, Çekmece ve Fatih Bölgelerinde yüksektir. Duygusal tükenme ölçek karşılaştırmalarında, Çekmece Bölgesi birinci (ort±ss: 26,7±5,0) ve Fatih Bölgesi ikinci sıradadır (ort±ss: 26,4±6,9). Duyarsızlaşma ölçek karşılaştırmalarında, Çekmece Bölgesi birinci (ort±ss: 14,2±4,0) ve Fatih Bölgesi ikinci sıradadır (ort±ss: 13,8±4,8). Kişisel başarıdaki düşüşü gösteren ölçek karşılaştırmalarında, Çekmece Bölgesi birinci (ort±ss: 62,5±12,0) ve Fatih Bölgesi ikinci sıradadır (ort±ss: 62,3±15,3). Özelde görev yerlerine göre hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

#### 4.2.2. Kamuda ve Özelde İsteddiği Yerde Görev Yapma Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Kamuda ve özelde ATT'ler çoğunlukla istedikleri yerlerde görev yapmaktadırlar (%73,4 ve %62,3). Özelde yorumsuzların oranı yüksektir (%25,9) [Şekil 4-5].



**Şekil 4-5:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin İsteddiği Yerde Görev Yapma Durumuna Göre Dağılımları

Kamuda istediği yerde görev yapan, yapmayan ve yorumsuz kalan ATT'lerin genel sağlık, işe bağlı gerginlik ve duyarsızlaşma arasındaki farklar anlamlıdır (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p: 0,003$  ve  $p: 0,015$ ). Kamuda duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları arasında fark yoktur ( $p>0,050$ ) [Tablo 4-3]. Kamu alt grup karşılaştırmalarında “hayır” ve “yorumsuz” yanıtlarını verenlerin genel sağlık puanları “evet” yanıtını verenlerden daha yüksektir (sırasıyla  $p: 0,003$  ve  $p<0,001$ ). Kamuda “yorumsuz” yanıtını verenlerin işe bağlı gerginlik ve duygusal tükenme puanları “evet” yanıtını verenlerden daha yüksektir (sırasıyla  $p: 0,014$  ve  $p: 0,018$ ).

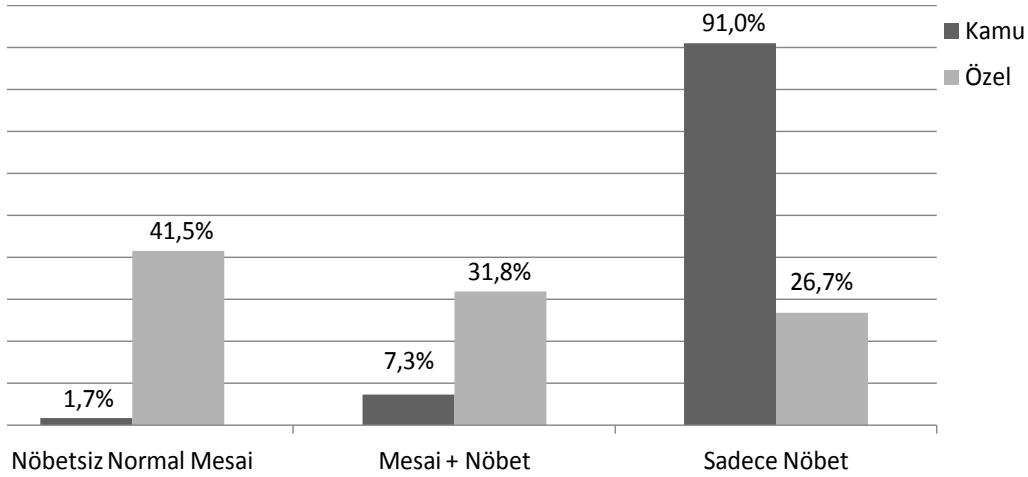
**Tablo 4-3:** Kamuda Görev Yapan ATT'lerin İsteddiği Yerde Görev Yapma Durumuna Göre Ölçek Karşılaştırmaları

	Isteddiği Yerde Görev Yapan	Isteddiği Yerde Görev Yapmayan	Yorumsuz	<i>p</i>
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	
<b>GSA-12</b>	21,1±5,6	23,3±6,9	24,4±6,7	<b>&lt;0,001</b>
<b>İBGÖ</b>	36,6±9,1	38,9±10,6	40,1±8,7	<b>0,003</b>
<b>MTÖ DT</b>	24,9±6,6	26,0±7,2	27,3±6,3	<b>0,015</b>
<b>MTÖ D</b>	12,8±4,4	13,6±4,9	13,4±4,5	0,191
<b>MTÖ KBD</b>	58,2±14,5	60,5±16,7	61,3±15,5	0,158

Özelde istediği yerde görev yapanların, yapmayanların ve yorumsuz kalanların genel sağlık puan ortalamaları arasındaki farklar anlamlıdır ( $p: 0,016$ ). Özelde diğer ölçek karşılaştırmalarında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ). Özelde istediği yerde çalışmayanların ve yorumsuz kalanların genel sağlık puan ortalamaları, istediği yerde çalışanların puan ortalamalarından daha yüksektir (sırasıyla ort±ss: 20,68±5,55, ort±ss: 20,52±4,48 ve ort±ss: 18,68±4,85). Özelde alt grup karşılaştırmalarında “yorumsuz” yanıtını verenlerin genel sağlık puan ortalamaları “evet” yanıtını verenlerden daha yüksektir ( $p: 0,035$ ).

#### 4.2.3. Kamuda ve Özelde Çalışma Sistemine Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Kamuda büyük çoğunluk “24 saat nöbet” usulüyle çalışmaktadır (%91,0). Özelde çoğunluk “nöbetsiz normal mesai” sistemiyle çalışmaktadır (%41,5) ve bunu sırasıyla “hem mesai hem nöbet” sistemiyle çalışanlar (%31,8) ile “24 saat nöbet” usulüyle çalışanlar izlemektedir (%26,7) [Şekil 4-6].



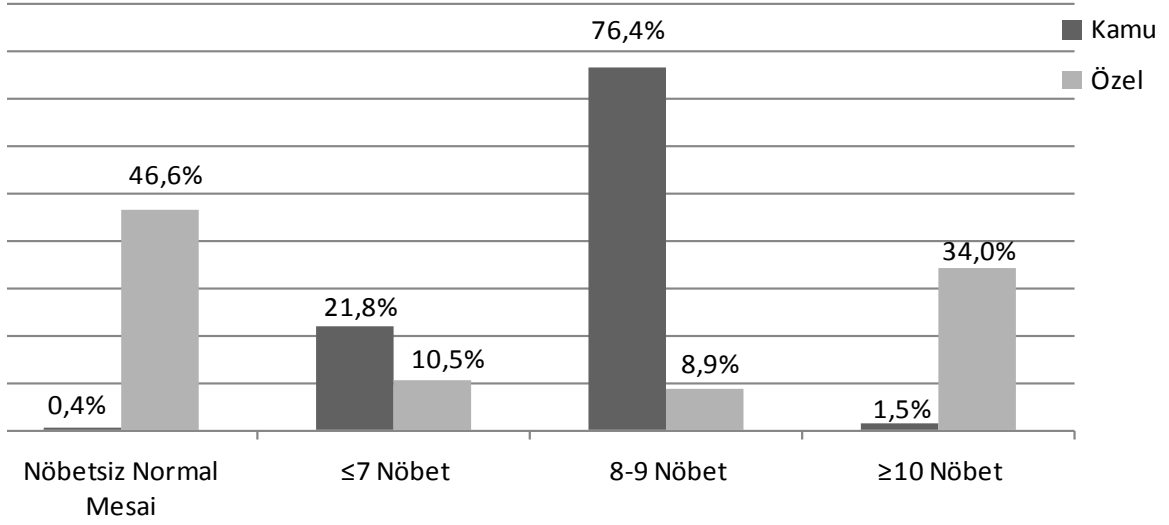
**Şekil 4-6:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Çalışma Sistemine Göre Dağılımları

Kamuda çalışma sisteme göre yapılan ölçek karşılaştırmalarında, üç grubun duygusal tükenme puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır (“nöbetsiz normal mesai”  $ort\pm ss: 28,7\pm 3,9$ , “mesai + nöbet”  $ort\pm ss: 27,3\pm 7,3$  ve “sadece nöbet” için  $ort\pm ss: 25,1\pm 6,7$ ) ( $p: 0,047$ ). Kamuda diğer ölçek karşılaştırmalarında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ). Özelde çalışma sisteme göre yapılan ölçek karşılaştırmalarında, üç grubun genel sağlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır (“nöbetsiz normal mesai”  $ort\pm ss: 18,7\pm 4,3$ , “mesai + nöbet”  $ort\pm ss: 20,7\pm 5,5$  ve “sadece nöbet”  $ort\pm ss: 18,6\pm 3,6$ ) ( $p: 0,029$ ). Özelde görev yapan ATT'lerin çalışma sistemine göre ölçek alt grup karşılaştırmalarında, “nöbetsiz normal mesai” yanıtını verenlere kıyasla “mesai + nöbet” yanıtını verenlerin genel sağlıkları olumsuz yönde etkilenmiştir ( $p: 0,031$ ). Özelde üç duyarsızlaşma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır (“nöbetsiz normal mesai”  $ort\pm ss: 11,8\pm 4,5$ , “mesai + nöbet”  $ort\pm ss: 13,2\pm 3,9$  ve “sadece nöbet”  $ort\pm ss: 13,1\pm 2,6$ ) ( $p: 0,005$ ). Özelde diğer ölçek karşılaştırmalarında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

#### 4.2.4. Kamuda ve Özelde Aylık Nöbet Sayısına Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Kamuda yüksek oranda ATT ayda sekiz veya dokuz nöbet tutmaktadır (%76,4) ve bunu ayda en fazla yedi nöbet tutanlar izlemektedir (%21,8). Özelde en yüksek oran

nöbet tutmayanlara aittir ve bunu ayda en az on nöbet tutanlar izlemektedir (%46,6 ve %34,0) [Şekil 4-7].

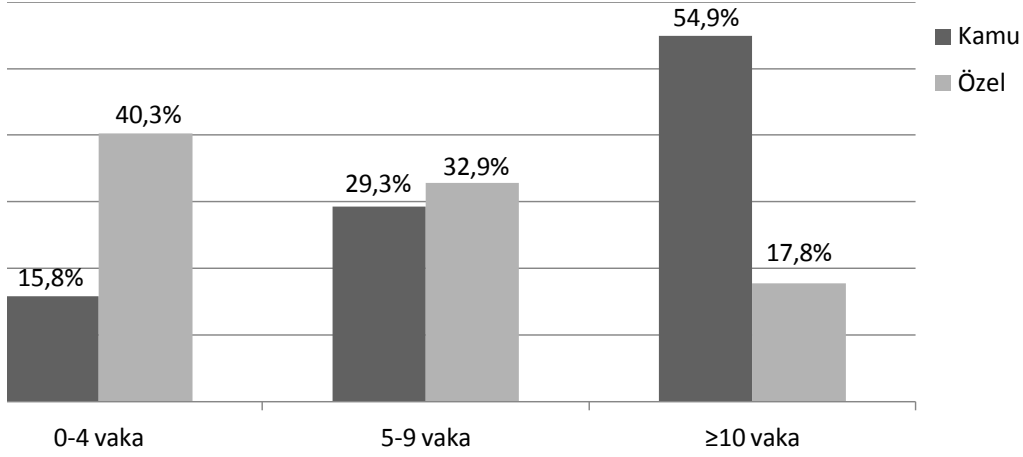


**Şekil 4-7:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Aylık Nöbet Sayılarına Göre Dağılımları

Kamuda aylık nöbet sayılarına göre yapılan ölçek karşılaştırmalarında, dört grubun duyarsızlaşma puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ( $p: 0,039$ ). Kamuda diğer ölçeklerde ve alt grup karşılaştırmalarında, anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ). Özelde dört grubun genel sağlık ve duyarsızlaşma puan ortalamaları arasındaki farklar anlamlıdır ( $p<0,001$  ve  $p: 0,048$ ). Özelde ayda sekiz veya dokuz nöbet tutanlara kıyasla ayda en fazla yedi nöbet tutanların genel sağlıkları daha fazla olumsuz yönde etkilenmiştir ( $p: 0,018$ ). Özelde nöbet tutmayanlara ( $p: 0,022$ ) ve ayda sekiz veya dokuz nöbet tutanlara kıyasla ( $p: 0,001$ ), ayda en az on nöbet tutanların genel sağlıkları daha fazla olumsuz yönde etkilenmiştir. Özelde nöbet tutmayanlara kıyasla, ayda en fazla yedi nöbet tutanların duyarsızlaşmaları daha fazladır ( $p: 0,040$ ). Özelde diğer ölçeklerde ve alt grup karşılaştırmalarında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

#### 4.2.5. Kamuda ve Özelde Nöbet Başına Ortalama Vaka Sayılarına Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Kamuda görev yapan ATT'lerin yarıdan fazlası nöbet başına en az on vaka görmektedir (%54,9). Özelde görev yapan ATT'lerde en yüksek oran nöbet başına en fazla dört vaka görenlere aittir (%40,3) [Şekil 4-8].



**Şekil 4-8:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Nöbet Başına Ortalama Vaka Sayısına Göre Dağılımları

Kamuda ve özelde nöbet başına ortalama vaka sayısına göre yapılan ölçek karşılaştırmalarında, üç grubun puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

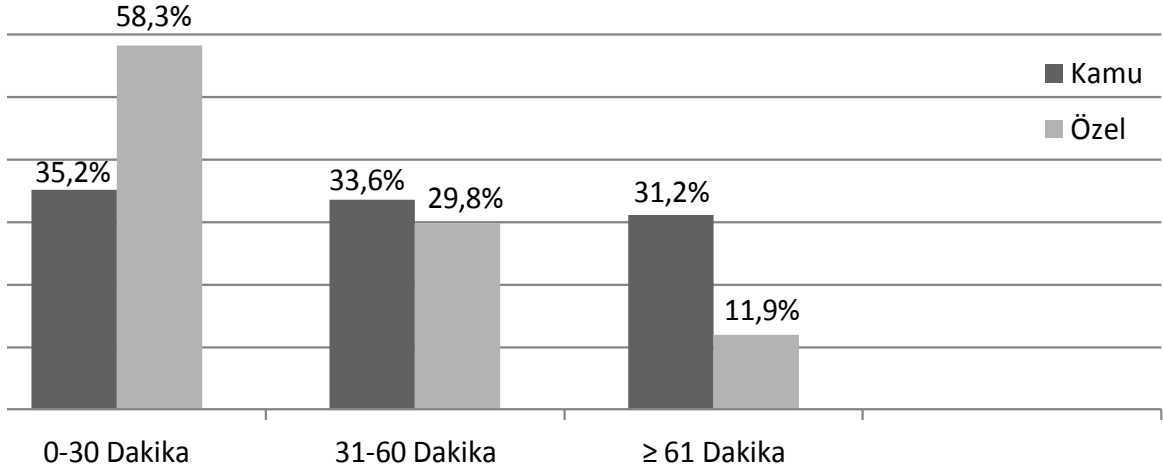
#### 4.2.6. Kamuda ve Özelde Çalışılmış Olan Farklı Noktalara Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Kamuda ve özelde görev yapan ATT'ler çoğunlukla toplam bir veya iki noktada çalışmışlardır (%45,6 ve %77,2). Kamuda ikinci sırada beş veya daha fazla noktada görev yapmış olanlar (%35,0) ile üçüncü sırada üç veya dört noktada görev yapmış olanlar (%19,4) gelmektedir. Özelde tersine, ikinci sırada üç veya dört noktada görev yapmış olanlar (%14,6) ile üçüncü sırada beş veya daha fazla noktada görev yapmış olanlar (%8,3) gelmektedir.

Kamuda ve özelde çalışılmış olan toplam nokta sayısına göre yapılan ölçek karşılaştırmalarında, üç grubun puan ortalamaları arasında fark yoktur ( $p>0,050$ ).

#### 4.2.7. Kamuda ve Özelde Yolda Geçen Zamana Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Kamuda işe toplam yarım saatten kısa sürede, yarım ile bir saat arasında ve bir saatten uzun sürede gidip gelenlerin oranları birbirine yakındır (sırasıyla %35,2, %33,6 ve %31,2). Özelde en yüksek oran işe yarım saatten kısa sürede ve ardından yarım ile bir saat arasında gidip gelenlere aittir (%58,3 ve %29,8) [Şekil 4-9].



**Şekil 4-9:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Yolda Geçen Zamana Göre Dağılımları

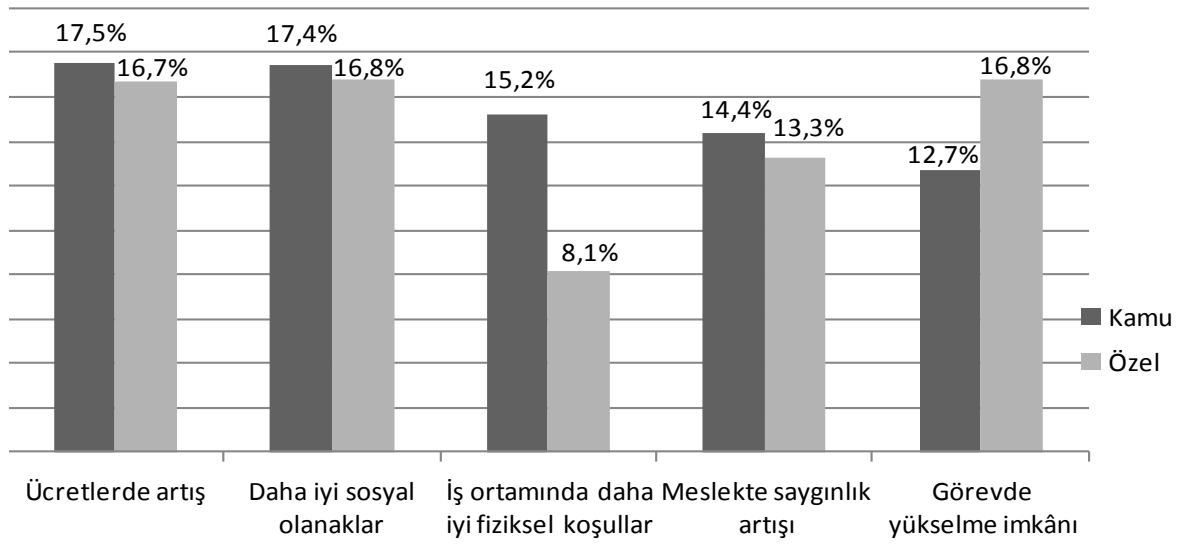
Kamuda yolda geçen zamana göre yapılan ölçek karşılaştırmalarında ve alt grup karşılaştırmalarında, üç grup arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ). Özelde duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıdaki düşüş olmak üzere tükenmişliğin tüm alt boyutlarındaki farklar anlamlıdır (sırasıyla  $p: 0,033$ ,  $p: 0,039$  ve  $p: 0,007$ ). Özelde diğer ölçek karşılaştırmalarında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ) [Tablo 4-4]. Özelde alt grup karşılaştırmalarında, yolda yarım ile bir saat arasında zaman geçirenlere kıyasla, yolda en fazla yarım saat geçirenlerin, duyarsızlaşmaları fazla ve kişisel başarıları düşüktür ( $p: 0,032$  ve  $p: 0,009$ ). Özelde diğer alt grup karşılaştırmalarında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

**Tablo 4-4:** Özelde Görev Yapan ATT'lerin Yolda Geçen Toplam Zamana Göre Ölçek Karşılaştırmaları

	0-30 dakika	31-60 dakika	≥60 dakika	<i>p</i>
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	
<b>GSA-12</b>	19,4±4,7	18,9±4,6	20,7±5,2	0,293
<b>İBGÖ</b>	34,2±6,6	35,3±8,0	33,9±5,5	0,505
<b>MTÖ DT</b>	24,7±6,8	22,0±9,3	25,9±7,7	<b>0,033</b>
<b>MTÖ D</b>	13,0±4,0	11,3±5,0	12,8±4,0	<b>0,039</b>
<b>MTÖ KBD</b>	60,5±13,3	53,0±21,8	61,8±16,8	<b>0,007</b>

#### 4.2.8. Kamuda ve Özelde Öncelikli Beklentilere Göre Dağılımlar

Kamuda görev yapan ATT'lerin öncelikli beklentileri arasında birinci sırada ücretlerin artırılması, ikinci sırada sosyal olanakların ve üçüncü sırada iş ortamındaki fiziksel koşullarının iyileştirilmesi gelmektedir (sırasıyla %17,5, %17,4 ve %15,2). Özelde görev yapan ATT'lerin öncelikli beklentileri arasında eşit oranlarda birinci sırada görevde yükselme imkânı ve sosyal olanakların iyileştirilmesi gelmektedir (%16,8 ve %16,8). Özelde bunların ardından ikinci sırada önemli oranı, ücretlerin artırılması oluşturmaktadır (%16,7) [Şekil 4-10].



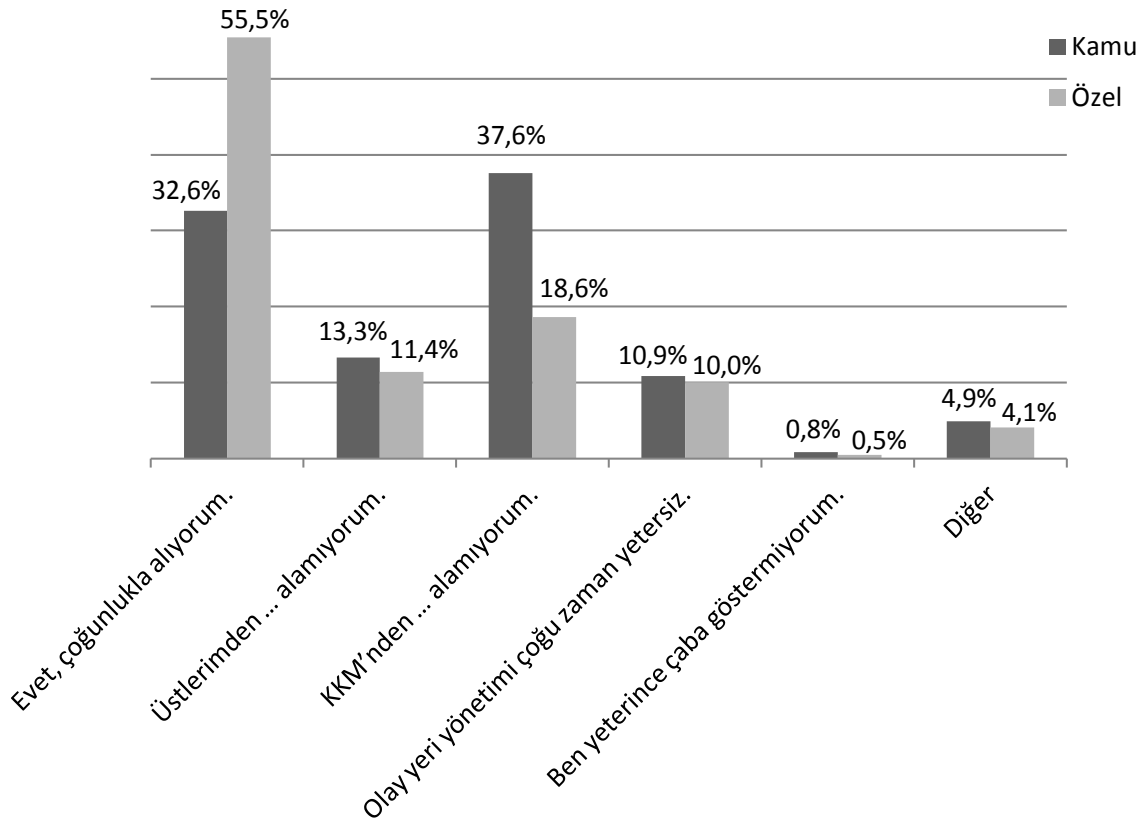
**Şekil 4-10:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Öncelikli Beklentilere Göre Dağılımları

Öncelikli beklentilere göre ölçek karşılaştırması yapılmamıştır.

#### 4.2.9. Kamuda ve Özelde Üst Kademedeki Sağlık Personelinden Yeterli Destek ve Danışmanlık Aldığını Düşünme Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Üst kademedeki sağlık personelinden yeterli destek ve danışmanlık aldığını düşünme durumuna göre “evet, çoğunlukla alıyorum”, “noktamdaki / istasyonumdaki / görev yerimdeki üstlerimden yeterli tıbbi destek ve danışmanlık alamıyorum” “KKM’nden yeterli tıbbi destek ve danışmanlık alamıyorum”, ”olay yeri yönetimi çoğu zaman yetersiz kalıyor” ve “ben yeterince çaba gösteremiyorum” seçeneklerinin yanıtlanma oranları kamuda ve özelde farklı dağılımlar göstermektedir. Kamuda ilk

sırada yeterli tıbbi destek danışmanlık alamadıklarını bildirenler gelmektedir; bunu yine yüksek bir oranla “çoğunlukla aldıklarını” bildirenler izlemektedir (%37,6 ve %32,6). Özelde en yüksek oran, üst kademedeki sağlık personelinin çoğunlukla yeterli tıbbi destek danışmanlık aldıklarını bildirenler aittir ve bunu “alamadıklarını” bildirenler izlemektedir (%55,5 ve %18,6) [Şekil 4-11].



**Şekil 4-11:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT’lerin Üst Kademedeki Sağlık Personelinden Yeterli Destek ve Danışmanlık Aldığını Düşünme Durumuna Göre Dağılımları

Kamuda üst kademedeki sağlık personelinin yeterli destek ve danışmanlık aldığını düşünme durumuna göre yapılan ölçek karşılaştırmalarında, üç grubun genel sağlık, işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları arasındaki farklar anlamlıdır (sırasıyla  $p: 0,004$ ,  $p<0,001$ ,  $p: 0,020$  ve  $p: 0,001$ ). Üç grubun kişisel başarı puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ) [Tablo 4-5]. Kamuda alt grup karşılaştırmalarında KKM’nden yeterli destek ve danışmanlık alamadığını düşünenlere kıyasla, çoğunlukla alabildiklerini düşünenlerin genel sağlık, işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksektir



puan ortalamaları yüksektir (sırasıyla  $p$ : 0,008,  $p < 0,001$ ,  $p$ : 0,018 ve  $p < 0,001$ ). Alt grup karşılaştırmalarında ayrıca kamuda çalışmakta olduğu noktadaki üstlerinden yeterli destek ve danışmanlık alamadığını düşünenlere kıyasla, çoğunlukla alabildiklerini düşünenlerin genel sağlık ve işe bağlı gerginlik puan ortalamaları yüksektir ( $p$ : 0,022 ve  $p < 0,001$ ).

**Tablo 4-5:** Kamuda Görev Yapan ATT'lerin Üst Kademedeki Sağlık Personelinden Yeterli Destek ve Danışmanlık Aldığını Düşünme Durumuna Göre Ölçek Karşılaştırmaları

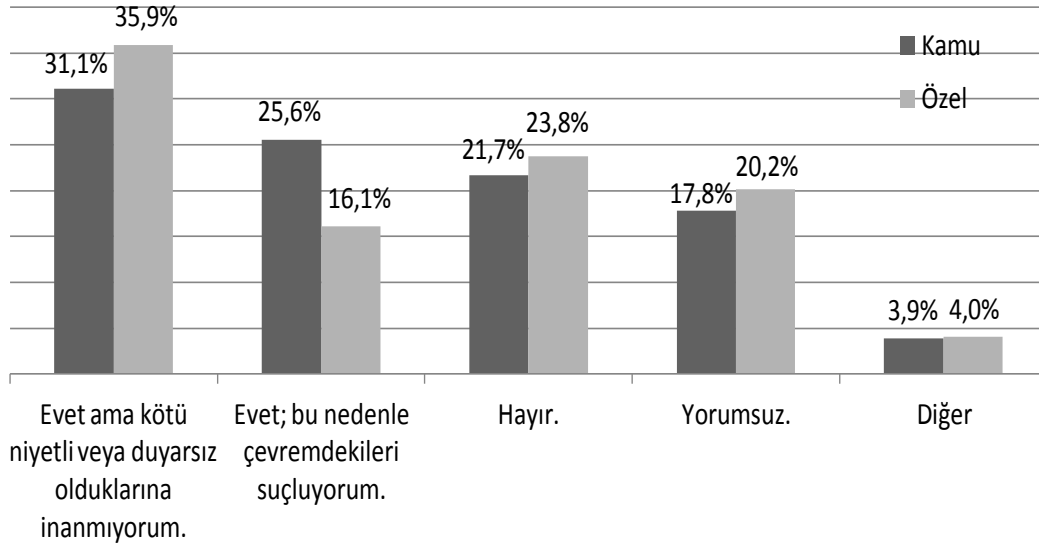
	Evet, çoğunlukla alıyorum. ort±ss	Üstlerimden alamıyorum. ort±ss	KKM'nden alamıyorum. ort±ss	$p$
<b>GSA-12</b>	20,5±5,4	22,8±5,2	22,3±5,9	<b>0,004</b>
<b>İBGÖ</b>	35,5±6,9	39,9±7,6	39,3±6,9	<b>&lt;0,001</b>
<b>MTÖ DT</b>	24,8±4,8	25,3±7,1	26,4±5,7	<b>0,020</b>
<b>MTÖ D</b>	12,4±3,3	12,8±4,5	14,0±4,3	<b>0,001</b>
<b>MTÖ KBD</b>	58,6±9,4	59,7±14,9	61,5±13,1	0,089

Özelde yapılan ölçek karşılaştırmalarında yeterli destek ve danışmanlık aldığını düşünme durumuna göre genel sağlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ( $p$ : 0,044). Özelde diğer ölçeklerde anlamlı fark yoktur ( $p > 0,050$ ). Özelde alt grup karşılaştırmalarında çalışmakta olduğu istasyondaki üstlerinden yeterli destek ve danışmanlık alamadığını düşünenlere kıyasla, çoğunlukla alabildiklerini düşünenlerin genel sağlık puan ortalamaları yüksektir ( $p$ : 0,035). Diğer alt grup karşılaştırmalarında anlamlı fark yoktur ( $p > 0,050$ ).

#### 4.2.10. Kamuda ve Özelde Haksız Yere Suçlandığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Kamuda ve özelde, başkaları yüzünden haksız yere suçlandıklarını düşündüğü halde bu kişilerin duyarsız veya kötü niyetli olduklarına inanmayanlar çoğunluktadır (%31,1 ve %35,9). Kamuda, ikinci sırada haksız yere suçlandıklarını düşünmelerinden dolayı çevrelerini suçlayanlar ve üçüncü sırada haksız yere suçlandıklarını düşünmeyenler gelmektedir (sırasıyla %25,6 ve %21,7). Özelde ikinci sırada haksız yere suçlandıklarını düşünmeyenler ve üçüncü sırada yorumsuzlar gelmektedir (%23,8

ve %20,2). Yorumsuzların kamudaki ve özeldeki oranları yüksektir (%17,8 ve %20,2) [Şekil 4-12].



**Şekil 4-12:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Haksız Yere Suçlandığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımları

Kamuda haksız yere suçlandığını düşünme durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda, ölçeklerin tamamında dört grup arasında arasındaki farklar anlamlıdır ( $p<0,001$ ). Özelde duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere tükenmişliğin alt gruplarının tamamında dört grup arasındaki farklar anlamlıdır (sırasıyla  $p<0,001$ ,  $p: 0,007$  ve  $p: 0,001$ ). Özelde genel sağlık ve işe bağlı göstergelerinde anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ) [Tablo 4-6].

**Tablo 4-6:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Bazın Başkalarının Eksiklerinden veya Yanlılarından Dolayı, Haksız Yere Suçlandığını Düşünme Durumuna Göre Ölçek Karşılaştırmaları

		<b>Evet; bu nedenle çevremdekileri suçluyorum.</b>	<b>Evet ama kötü niyetli / duyarsız olduklarına inanmıyorum.</b>	<b>Hayır.</b>	<b>Yorumsuz.</b>	
		<b>ort±ss</b>	<b>ort±ss</b>	<b>ort±ss</b>	<b>ort±ss</b>	<b>p</b>
<b>Kamu</b>	<b>GSA-12</b>	23,2±7,0	22,0±4,8	19,6±4,1	22,6±5,8	<b>&lt;0,001</b>
	<b>İBGÖ</b>	38,9±10,0	38,3±7,4	34,4±8,4	38,2±8,5	<b>&lt;0,001</b>
	<b>MTÖ DT</b>	26,5±7,7	26,3±4,7	23,4±5,2	25,1±5,8	<b>&lt;0,001</b>
	<b>MTÖ D</b>	13,9±5,7	13,3±3,9	11,9±3,8	12,8±4,2	<b>&lt;0,001</b>
	<b>MTÖ KBD</b>	61,6±17,3	61,4±10,8	55,0±11,1	57,6±12,7	<b>&lt;0,001</b>
<b>Özel</b>	<b>GSA-12</b>	20,5±7,0	20,4±4,3	18,5±4,9	19,5±4,2	0,100
	<b>İBGÖ</b>	38,0±8,3	34,0±7,3	33,9±7,0	34,5±6,4	0,119
	<b>MTÖ DT</b>	28,8±5,4	26,1±6,5	22,3±7,1	21,9±9,6	<b>&lt;0,001</b>
	<b>MTÖ D</b>	14,8±4,4	13,1±3,3	11,6±4,0	11,7±5,6	<b>0,007</b>
	<b>MTÖ KBD</b>	66,2±13,5	63,0±13,1	55,4±14,9	53,5±22,7	<b>0,001</b>

Kamuda ve özelde yapılan alt grup karşılaştırmalarında, bazın başkalarının eksiklerinden veya yanlılarından dolayı haksız yere suçlandığını düşünüyor ve bu nedenle çevresindekileri suçluyor olmak, ölçek puan ortalamaları arasında farklar oluşturmaktadır [Tablo 4-7].

**Tablo 4-7:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Haksız Suçlanmaya Göre Ölçek Alt Grup Karşılaştırmaları (Sadece anlamlı farklar gösterilmiştir.)

		Haksız Yere Suçlandığını Düşünme Durumu (I)	Haksız Yere Suçlandığını Düşünme Durumu (J)	Ortalama Farkı (I-J)	p
<b>Kamu</b>	<b>GSA-12</b>	Evet; bu nedenle çevremdekileri suçluyorum.	Evet ama kötü niyetli / duyarsız olduklarına inanmıyorum.	3,7	<b>&lt;0,001</b>
		Evet ama kötü niyetli / duyarsız olduklarına inanmıyorum.	Hayır.	2,4	<b>0,003</b>
		Yorumsuz.	Hayır.	3,1	<b>0,001</b>
	<b>İBGÖ</b>	Evet; bu nedenle çevremdekileri suçluyorum.	Hayır.	4,4	<b>&lt;0,001</b>
		Evet ama kötü niyetli / duyarsız olduklarına inanmıyorum.	Hayır.	3,9	<b>0,002</b>
		Yorumsuz.	Hayır.	3,8	<b>0,012</b>
	<b>MTÖ DT</b>	Evet; bu nedenle çevremdekileri suçluyorum.	Hayır.	3,1	<b>&lt;0,001</b>
		Evet ama kötü niyetli / duyarsız olduklarına inanmıyorum.	Hayır.	2,9	<b>0,001</b>
		Yorumsuz.	Hayır.	3,8	<b>0,012</b>
	<b>MTÖ D</b>	Evet; bu nedenle çevremdekileri suçluyorum.	Hayır.	2,0	<b>0,002</b>
		Evet ama kötü niyetli / duyarsız olduklarına inanmıyorum.	Hayır.	1,4	<b>0,035</b>
		Yorumsuz.	Hayır.	3,8	<b>0,012</b>
	<b>MTÖ KBD</b>	Evet; bu nedenle çevremdekileri suçluyorum.	Hayır.	6,6	<b>0,001</b>
		Evet ama kötü niyetli / duyarsız olduklarına inanmıyorum.	Hayır.	6,4	<b>0,001</b>
Yorumsuz.		Hayır.	3,8	<b>0,012</b>	
<b>Özel</b>	<b>MTÖ DT</b>	Evet; bu nedenle çevremdekileri suçluyorum.	Hayır.	6,5	<b>0,003</b>
		Evet; bu nedenle çevremdekileri suçluyorum.	Yorumsuz.	6,9	<b>0,002</b>
		Evet ama kötü niyetli / duyarsız olduklarına inanmıyorum.	Hayır.	3,8	<b>0,012</b>
	<b>MTÖ D</b>	Evet ama kötü niyetli / duyarsız olduklarına inanmıyorum.	Yorumsuz.	4,2	<b>0,011</b>
		Evet; bu nedenle çevremdekileri suçluyorum.	Hayır.	3,1	<b>0,016</b>
		Evet; bu nedenle çevremdekileri suçluyorum.	Yorumsuz.	3,0	<b>0,033</b>
		Yorumsuz.	Hayır.	3,8	<b>0,012</b>

<b>MTÖ KBD</b>	Evet; bu nedenle çevremdekileri suçluyorum.	Hayır.	10,8	<b>0,040</b>
	Evet; bu nedenle çevremdekileri suçluyorum.	Yorumsuz.	12,7	<b>0,016</b>
	Evet ama kötü niyetli / duyarsız olduklarına inanmıyorum.	Hayır.	7,7	<b>0,027</b>
	Evet ama kötü niyetli / duyarsız olduklarına inanmıyorum.	Yorumsuz.	9,6	<b>0,009</b>

#### 4.2.11. Kamuda ve Özelde Hasta Nakil Sorununa Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Hastanın nakledileceği sağlık kurumunun belirlenmesinde sorunların yaşanıp yaşanmadığı sorgulandığında, “evet” yanıtı verenlerin kamudaki ve özeldeki oranları (%43,4 ve %39,4) ile “kısmen” yanıtı verenlerin kamudaki ve özeldeki oranları (%39,4 ve %41,2) yakın ancak zıt yöndedir. Bunu kamuda ve özelde “hayır” yanıtını verenler (%13,4 ve %16,4), yorumsuzlar (%2,4 ve %2,2) ve diğerleri (%1,5 ve %0,9) izlemektedir.

Kamuda görev yapan ATT’lerde “kısmen” yanıtını verenlere kıyasla “evet” yanıtını verenlerin işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme ve kişisel başarı göstergeleri olumsuz yönde etkilenmiştir (sırasıyla  $p$ : 0,002,  $p$ <0,001 ve  $p$ : 0,006). Kamuda genel sağlık ve duyarsızlaşma göstergelerinde anlamlı fark yoktur ( $p$ >0,050). Özelde hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur ( $p$ >0,050).

### 4.3. Sosyoekonomik Düzey

#### 4.3.1. Kamuda ve Özelde Gelir Düzeylerine Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Kamuda aylık ortalama net geliri 650 ile 1.499 TL arasında olanlar yarıdan fazladır (%52,1) ve en az 1.500 TL aylık geliri olduğunu bildirenler yarıdan azdır (%47,9). Özelde aylık ortalama net geliri 650 ile 1.499 TL arasında olanlar yüksek orandadır (%72,2) ve en az 1.500 TL aylık geliri olduğunu bildirenler daha düşük orandadır (%27,8).

Kamuda ölçek karşılaştırmalarında, iki gelir grubu arasında anlamlı fark yoktur ( $p$ >0,050). Özelde daha düşük gelir grubuna kıyasla, ayda en az 1.500 TL kazananların

duygusal tükenmeleri daha fazladır ve kişisel başarıları daha düşüktür ( $p: 0,031$  ve  $p: 0,040$ ). Özelde diğer ölçek karşılaştırmalarında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

#### **4.3.2. Kamuda ve Özelde Dışarıdan Ek Maddi Destek Alma Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları**

Kamuda ve özelde dışarıdan ek maddi destek almadığını bildirenler birinci sırada (%77,3 ve %67,2) ve zaman zaman destek aldığını bildirenler ikinci sıradadırlar (% 15,4 ve %25,4). Kamuda ve özelde düzenli olarak dışarıdan ek maddi destek aldıklarını bildirenlerin (%4,6 ve %3,9) ve açıklama yapmak istemeyenlerin (%2,7 ve %3,5) oranları daha düşüktür.

Kamuda zaman zaman dışarıdan ek maddi destek alanlara kıyasla destek almayanlarda, duygusal tükenme ve kişisel başarı düzeyleri olumsuz yönde etkilenmiştir ( $p: 0,002$  ve  $p: 0,032$ ). Kamuda diğer ölçek karşılaştırmalarında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ). Özelde hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

#### **4.3.3. Kamuda ve Özelde Hane Halkına Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları**

ATT'lere kendileriyle birlikte evde yaşayan toplam kişi sayısı sorulmuştur. Kamuda ve özelde yarıya yakın oranlarla, evde toplam en az üç kişi yaşamaktadır (%54,5 ve %50,5). Kamuda ve özelde bunu izleyen oranlarda evde toplam bir veya iki kişi birlikte yaşamaktadır (%45,5 ve %49,5).

Kamuda ve özelde hane halkına göre yapılan karşılaştırmalarda, “bir veya iki kişilik” ve “en az üç kişilik” gruplar arasında hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur. ( $p>0,050$ ).

#### **4.3.4. Kamuda ve Özelde Evde Üretken Nüfusa Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları**

ATT'lere evlerinde kendileriyle birlikte gelir getiren işte çalışan toplam kişi sayısı sorulmuştur. Kamuda evde birden fazla kişinin gelir getiren işte çalışmasının oranı (%43,4), evde tek kişinin gelir getirmesinin oranından (%56,6) fazladır. Özeldeki sıralama tersinedir. Özelde evde tek kişinin gelir getirmesinin oranı (%55,9), evde birden fazla kişinin gelir getirmesinin oranından (%44,1) fazladır.

Kamuda evde “en az iki kişinin” gelir getirmesine kıyasla “tek kişinin” gelir getirdiği durumlarda, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düzeyleri olmak üzere tükenmişliğin tüm alt boyutları olumsuz yönde etkilenmiştir (sırasıyla  $p$ : 0,044,  $p$ : 0,015 ve  $p$ : 0,006). Kamuda iki grubun genel sağlık ve işe bağlı gerginlik puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ). Özelde hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

#### **4.4. Eğitim**

##### **4.4.1. Kamuda ve Özelde Eğitim Düzeyine Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları**

ATT'lerin eğitim düzeyleri mezuniyet durumlarına göre belirlenmiştir. Kamuda ve özelde yüksek oranlarda sağlık meslek lisesi mezunu (%89,2 ve %95,3) ve düşük oranlarda ön lisans mezunu bulunmaktadır (%8,5 ve %3,4). Kamuda ve özelde bunu düşük oranlarla lisans mezunları (%1,5 ve %0,9), lisans üstü mezunları (%0,7 ve %0,4) ve diğerleri (%0,2 ve %0,0) izlemektedir.

Kamuda ve özelde sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu olma durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda, iki grup arasında hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur. ( $p>0,050$ ).

##### **4.4.2. Kamuda ve Özelde Öğrenci Olma Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları**

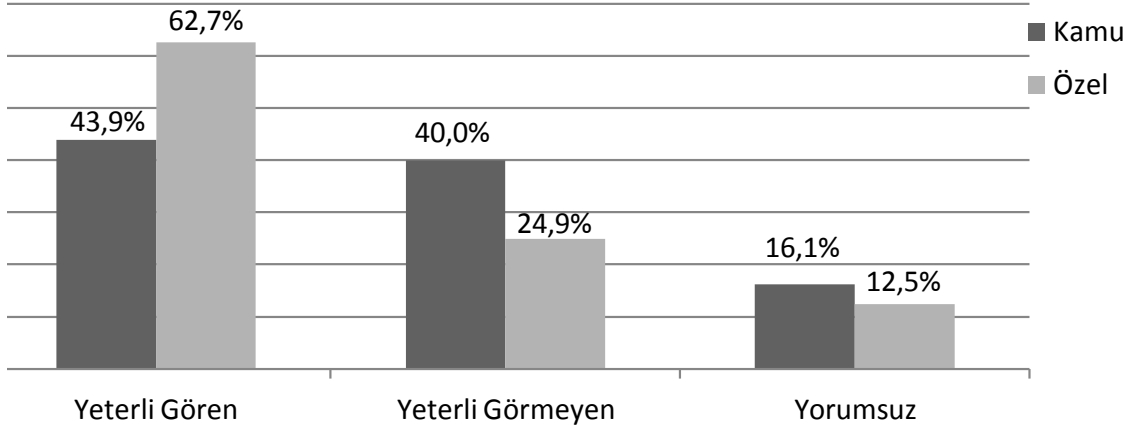
Kamuda ve özelde öğrenci olmayanlar çoğunluktadır (%68,1 ve %85,6). Kamuda önemli bir oran ve özelde daha düşük bir oran öğrencidir (%31,9 ve %14,4).

Kamuda öğrencilerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksektir ( $p$ : 0,027 ve  $p$ : 0,035). Kamuda diğer ölçeklerde ve özelde hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

##### **4.4.3. Kamuda ve Özelde Mezuniyet Öncesi Yeterli Eğitim Aldığını Düşünme Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları**

Kamuda yarısından az ve buna kıyasla özelde daha yüksek bir oran, mezuniyet öncesi yeterli eğitim aldığını düşünmektedir (%43,9 ve %62,7). Eğitiminin yetersiz olduğunu düşünenlerin kamudaki ve özeldeki oranları arasında belirgin fark vardır

(%40,0 ve %24,9). Kamuda ve özelde belli oranlarda ATT yorumsuz kalmıştır (%16,1 ve %12,5) [Şekil 4-13].



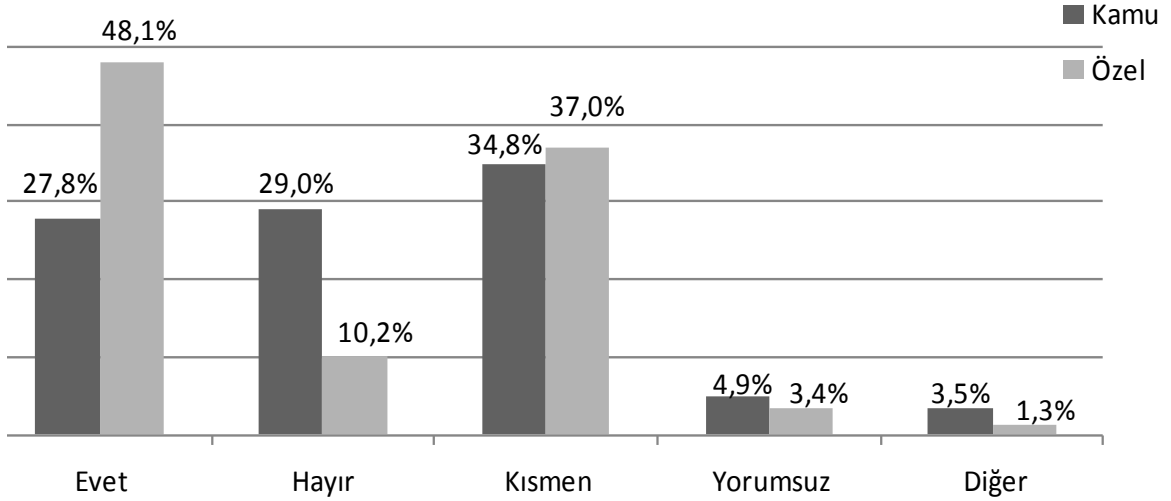
**Şekil 4-13:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT’lerin Mezuniyet Öncesi Yeterli Eğitim Aldığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımları

Kamuda mezuniyet öncesi yeterli eğitim “aldığını” düşünenlere kıyasla “almadığını” düşünenlerin genel sağlıkları ve işe bağlı gerginlikleri olumsuz yönde etkilenmiştir ( $p: 0,002$  ve  $p: 0,001$ ). Kamuda tükenmişliğin hiçbir alt boyutunda anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ). Özelde mezuniyet öncesi yeterli eğitim “aldığını” düşünenlere kıyasla “almadığını” düşünenlerin genel sağlıkları, işe bağlı gerginlikleri ve duygusal tükenmeleri olumsuz yönde etkilenmiştir (sırasıyla  $p: 0,001$ ,  $p: 0,038$  ve  $p: 0,042$ ). Özelde duyarsızlaşma ve kişisel başarı yönünden anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

#### 4.4.4. Kamuda ve Özelde Bilinçli Meslek Seçimi Yaptığını Düşünme Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Mesleğini seçerken yeterli bilgiye sahip olup olmadıkları sorulduğunda, kamuda çoğunluk “kısmen bilinçli” olduğunu bildirmiştir; bunu yakın oranlarda “bilinçsiz” ve “bilinçli” olduğuna inananlar izlemektedir (sırasıyla %34,8, %29,0 ve %27,8). Özelde en yüksek oran “bilinçli” olduğuna inananlara aittir; bunu yüksek bir oranla kısmen inananlar ve ardından inanmayanlar izlemektedir (sırasıyla %48,1, %37,0 ve %10,2) [Şekil 4-14].





**Şekil 4-14:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Bilinçli Meslek Seçimi Yaptığını Düşünme Durumlarına Göre Dağılımları

Kamuda mesleğini seçerken yeterli bilgiye sahip olarak, bilinçli meslek seçimi yapmış olduğuna inanma durumuna göre yapılan ölçek karşılaştırmalarında, “evet”, “hayır” ve “yorumsuz” yanıtını vermiş olan üç grup arasında genel sağlık, işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır (sırasıyla  $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$ ,  $p: 0,002$  ve  $p: 0,031$ ) ancak kişisel başarı yönünden anlamlı fark yoktur ( $p > 0,050$ ). Özelde mesleğini seçerken yeterli bilgiye sahip olarak, bilinçli meslek seçimi yapmış olduğuna inanma durumuna göre yapılan ölçek karşılaştırmalarında, “evet”, “hayır” ve “yorumsuz” yanıtını vermiş olan üç grup arasında genel sağlık, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır (sırasıyla  $p < 0,001$ ,  $p: 0,007$ ,  $p < 0,001$  ve  $p: 0,015$ ) ancak işe bağlı gerginlik yönünden anlamlı fark yoktur ( $p > 0,050$ ) [Tablo 4-8].

**Tablo 4-8:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerde Bilinçli Meslek Seçimi Yapmış Olduğuna İnanma Durumuna Göre Ölçek Karşılaştırmaları

		<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Kısmen</b>	
		<b>ort±ss</b>	<b>ort±ss</b>	<b>ort±ss</b>	<b>p</b>
<b>Kamu</b>	<b>GSA-12</b>	20,2±5,3	22,9±6,7	22,6±5,7	<b>&lt;0,001</b>
	<b>İBGÖ</b>	35,3±10,2	39,5±7,6	38,0±7,7	<b>&lt;0,001</b>
	<b>MTÖ DT</b>	24,3±6,5	26,8±6,4	25,3±6,6	<b>0,002</b>
	<b>MTÖ D</b>	12,5±4,2	13,7±4,5	12,9±4,6	<b>0,031</b>
	<b>MTÖ KBD</b>	57,4±13,9	61,2±14,3	58,9±15,6	0,054
<b>Özel</b>	<b>GSA-12</b>	18,0±4,9	23,5±5,6	20,5±4,0	<b>&lt;0,001</b>
	<b>İBGÖ</b>	34,3±7,3	35,5±8,5	34,4±6,3	0,729
	<b>MTÖ DT</b>	22,2±8,5	26,0±8,2	25,5±6,8	<b>0,007</b>
	<b>MTÖ D</b>	11,3±4,6	14,8±4,6	13,3±3,9	<b>&lt;0,001</b>
	<b>MTÖ KBD</b>	54,7±19,4	62,2±15,8	61,2±14,4	<b>0,015</b>

Kamuda ve özelde yeterli bilgiye sahip olarak, bilinçli meslek seçimi yapmış olduğuna inanma durumuna göre yapılan ölçek alt grup karşılaştırmalarında, ölçek puan ortalamaları arasında farklar oluşturmaktadır [Tablo 4-9].

**Tablo 4-9:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin Bilinçli Meslek Seçimi Yapmış Olduğuna İnanma Durumuna Göre Ölçek Alt Grup Karşılaştırmaları (Sadece anlamlı farklar gösterilmiştir.)

		Bilinçli Meslek Seçimi (I)	Bilinçli Meslek Seçimi (J)	Ortalama Farkı (I-J)	<i>p</i>
<b>Kamu</b>	<b>GSA-12</b>	Hayır	Evet	2,68	<b>&lt;0,001</b>
		Kısmen	Evet	2,38	<b>&lt;0,001</b>
	<b>İBGÖ</b>	Hayır	Evet	4,21	<b>&lt;0,001</b>
		Kısmen	Evet	2,77	<b>0,005</b>
	<b>MTÖ DT</b>	Hayır	Evet	2,50	<b>0,001</b>
	<b>MTÖ D</b>	Hayır	Evet	1,24	<b>0,028</b>
<b>MTÖ KBD</b>	Hayır	Evet	3,80	<b>0,045</b>	
<b>Özel</b>	<b>GSA-12</b>	Hayır	Evet	5,50	<b>&lt;0,001</b>
		Hayır	Kısmen	2,96	<b>0,016</b>
		Kısmen	Evet	2,53	<b>&lt;0,001</b>
	<b>MTÖ DT</b>	Kısmen	Evet	3,23	<b>0,012</b>
	<b>MTÖ D</b>	Hayır	Evet	3,54	<b>0,001</b>
	<b>MTÖ KBD</b>	Kısmen	Evet	6,50	<b>0,023</b>

#### 4.4.5. Kamuda ve Özelde Hizmet İçi Eğitimlerle İlgili Düşüncelere Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

ATT'lere mevzuat gereği sağlanan hizmet içi eğitimlere katılıp katılmadıkları ve katılanların motivasyonlarının hangi yönde etkilendiği sorulmuştur. Kamuda ve özelde birinci sırada “katıldım; motivasyonum arttı” (%46,2 ve %48,3) ve ikinci sırada “eğitimlerin motivasyonum üzerindeki etkisini hissetmedim” (%18,5 ve %17,4)

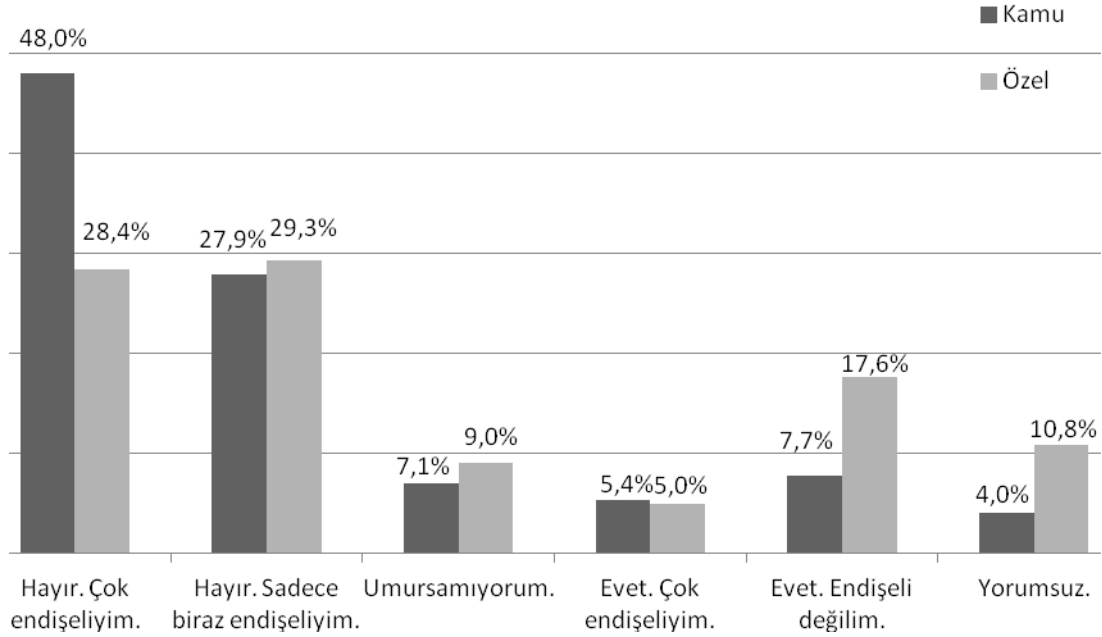
yanıtlarını verenler gelmektedir. Kamuda üçüncü sırada “katılmadım” (%17,3) ve dördüncü sırada “yorum yapmak istemiyorum” (%11,6) yanıtları işaretlenmiştir. Özelde üçüncü sırada “yorum yapmak istemiyorum” (%14,0) ve dördüncü sırada “katılmadım” (%12,7). Kamuda ve özelde “katıldım; motivasyonum azaldı” yanıtının işaretlenme oranları görece düşüktür (%3,6 ve %2,5).

Kamuda hizmet içi eğitimlere göre yapılan karşılaştırmalarda, hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ). Kamuda alt grup karşılaştırmalarında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ). Özelde hizmet içi eğitimlere “katılmadım”, “katıldım ve motivasyonum arttı”, “katıldım ama etkisini hissetmedim” ve “yorum yapmak istemiyorum” yanıtını vermiş olan dört grubun genel sağlık puan ortalamaları arasında anlamlı fark vardır ( $p: 0,006$ ). Özelde “katıldım ve motivasyonum arttı” yanıtını verenlere kıyasla “yorum yapmak istemiyorum” yanıtını verenlerin, genel sağlıkları olumsuz yönde etkilenmiştir ( $p: 0,005$ ). Özelde diğer ölçeklerde ve alt grup karşılaştırmalarında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

#### 4.5. İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği

##### 4.5.1. Kamuda ve Özelde İşte Can Güvenliğiyle İlgili Düşüncelere Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

İş yerinde bireysel can güvenliğinin korunduğuna inanmadığı için çok endişelenenler, kamuda birinci ve özelde ikinci sıradadır (%48,0 ve %28,4). İş yerinde can güvenliğinin korunduğuna inanmıyor olmalarına rağmen, sık ve yoğun kaygıları olmayıp sadece biraz endişe duyanlar, kamuda ikinci ve özelde birinci sırada gelmektedir (%27,9 ve %29,3). İş yerinde can güvenliğinin korunmadığına inananların kamudaki ve özeldeki toplam oranları yüksektir (%75,9 ve %57,7). Can güvenliğinin korunduğunu düşünenlerin kamudaki ve özeldeki oranları oldukça düşüktür (%13,1 ve %22,6) ancak bu gruplarda bile bir kısım ATT endişelidir (%5,4 ve %5,0). Özelde belli oranda ATT yorumsuz kalmıştır (%10,8) [Şekil 4-15].



**Şekil 4-15:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin İşte Can Güvenlikleriyle İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımları

Kamuda iş yerinde bireysel can güvenliğinin korunduğuna inanmadıkları halde, sık ve yoğun kaygıları olmaksızın sadece biraz endişeli olanlara kıyasla, aynı düşünceden dolayı çok endişelenen grubun genel sağlığı ve işe bağlı gerginliği olumsuz yönde etkilenmiştir ( $p<0,001$  ve  $p<0,001$ ). Kamuda tükenmişliğin hiçbir alt boyutunda ve özelde hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

#### 4.5.2. Kamuda ve Özelde İş Kazası veya Meslek Hastalığı Geçirmiş Olma Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

İş kazası geçirmemiş ve meslek hastalığı olmayan ATT'ler kamuda ve özelde ilk sıralardadırlar (%72,9 ve %78,2) ve ardından iş kazası geçirmiş veya meslek hastalığı olanlar gelmektedir (%18,7 ve %11,8). Kamuda ve özelde bunları izleyen ve görece düşük oranlarda “şikâyetlerim var ama tetkike gitmedim” (%4,4 ve %5,2), “diğer” (%2,0 ve %1,8), “fikrim yok” (1,3% ve %1,8) ve “açıklama yapmak istemiyorum” (%0,7 ve %1,3) yanıtları işaretlenmiştir.

Kamuda iş kazası veya meslek hastalığı geçirmiş olmak, genel sağlığı, işe bağlı gerginliği ve tükenmişliği olumsuz yönde etkilemiştir. Ölçeklerin tamamında farklar

anlamlıdır ( $p<0,050$ ) [Tablo 4-10]. Özelde iş kazası veya meslek hastalığı geçirmiş olma durumuna göre hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

**Tablo 4-10:** Kamuda Görev Yapan ATT'lerin İş Kazası veya Meslek Hastalığı Geçirmiş Olma Durumlarına Göre Ölçek Karşılaştırmaları

	Geçirmiş	Geçirmemiş	<i>p</i>
	ort±ss	ort±ss	
<b>GSA-12</b>	23,8±0,3	21,5±5,6	<b>&lt;0,001</b>
<b>İBGÖ</b>	41,1±6,6	36,8±8,4	<b>&lt;0,001</b>
<b>MTÖ DT</b>	27,2±5,8	25,2±6,4	<b>0,003</b>
<b>MTÖ D</b>	14,2±3,9	12,9±4,3	<b>0,003</b>
<b>MTÖ KBD</b>	63,3±11,1	58,6±14,4	<b>0,001</b>

#### 4.5.3. Kamuda ve Özelde İşe Bağlı Kalıcı Engeli Olma Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Kamuda ve özelde çoğunluk, çalıştığı işe bağlı kalıcı engelinin olmadığını bildirmiştir (%87,0 ve %89,0). Bunu kamuda ve özelde, yeterli tetkikten geçemedikleri için bilmeyenler (%9,5 ve %5,3), işe bağlı kalıcı engeli olanlar (%2,5 ve %4,0) ve açıklama yapmak istemeyenler (%0,8 ve %1,8) izlemektedir.

Kamuda işe bağlı kalıcı engeli olmak, genel sağlığı, işe bağlı gerginliği ve tükenmişliği olumsuz yönde etkilemiştir. Ölçeklerin tamamında farklar anlamlıdır ( $p<0,050$ ). Özelde işe bağlı kalıcı engeli olanların, olmayanların ve yeterli tetkiklerden geçemedikleri için bilmeyenlerin, genel sağlık, duygusal tükenme ve kişisel başarı puan ortalamaları arasındaki farklar anlamlıdır ( $p<0,050$ ) [Tablo 4-11].

**Tablo 4-11:** Kamuda ve Özelde Görev Yapan ATT'lerin İşe Bağlı Kalıcı Engeli Olma Durumuna Göre Ölçek Karşılaştırmaları

		<b>Evet.</b>	<b>Hayır.</b>	<b>Bilmiyorum.</b>	
		<b>ort±ss</b>	<b>ort±ss</b>	<b>ort±ss</b>	<b>p</b>
<b>Kamu</b>	<b>GSA-12</b>	27,8±8,4	21,6±5,5	23,3±5,9	<b>&lt;0,001</b>
	<b>İBGÖ</b>	44,3±8,7	37,4±8,7	39,5±5,5	<b>0,001</b>
	<b>MTÖ DT</b>	30,4±4,9	25,5±6,2	24,9±6,5	<b>0,002</b>
	<b>MTÖ D</b>	16,1±4,1	13,0±4,3	13,5±4,8	<b>0,007</b>
	<b>MTÖ KBD</b>	69,5±9,8	59,1±13,7	59,5±16,4	<b>0,006</b>
<b>Özel</b>	<b>GSA-12</b>	23,6±5,0	19,2±4,6	24,2±6,7	<b>0,001</b>
	<b>İBGÖ</b>	32,6±8,9	34,3±7,0	38,2±7,5	0,222
	<b>MTÖ DT</b>	16,8±10,1	23,9±7,7	29,6±6,8	<b>0,011</b>
	<b>MTÖ D</b>	10,2±6,3	12,4±4,4	15,2±3,3	0,083
	<b>MTÖ KBD</b>	44,6±25,1	58,1±16,8	69,4±11,8	<b>0,028</b>

#### 4.5.4. Kamuda ve Özelde İş Kazası veya Meslek Hastalığıyla İlgili İdari Destek Aldığını Düşünme Durumuna Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

ATT'lere iş kazası geçirmişse veya meslek hastalığı varsa, idare tarafından yeterli tıbbi ve hukuki destek sağlanıp sağlanmadığı sorulmuştur. Kamuda ve özelde çoğunluk, iş kazası geçirmemiş olduğunu veya meslek hastalığının olmadığını bildirmiştir (%67,6 ve %68,8). Kamuda ve özelde kaza ve hastalık durumunda yeterli destek almamış olduklarını bildirenler ikinci sırada (%15,7 ve %13,1) ve “diğer” seçeneğini işaretleyenler üçüncü sıradadır (%7,0 ve %6,5). Kamuda dördüncü sırada “açıklama yapmak istemiyorum” (%6,3) ve beşinci sırada “evet” (%3,4) yanıtları gelmektedir. Özelde dördüncü sırada “açıklama yapmak istemiyorum” (%5,5) ve beşinci sırada “evet” (%6,0) yanıtları gelmektedir.

Kamuda iş kazası veya meslek hastalığı “geçirmemiş” olanlara kıyasla “geçirmiş ancak yeterli idari destek almamış” olanların genel sağlık, işe bağlı gerginlik, tükenmişliğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düşüklüğü olmak üzere tüm alt boyutları arasındaki olumsuz yöndeki farklar anlamlıdır (sırasıyla  $p: 0,004$ ,  $p<0,001$ ,  $p: 0,001$ ,  $p<0,001$  ve  $p<0,001$ ). Özelde iş kazası veya meslek hastalığıyla ilgili idari destek aldığını düşünme durumuna göre hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

#### 4.5.5. Kamuda ve Özelde Davranışsal Dışa Vuruma Göre Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Kamudaki ve özeldeki ATT'lerin büyük çoğunluğu, hiç disiplin cezası almamış olduklarını ifade etmişlerdir (%83,6 ve %86,5). Bunu kamuda ve özelde, sözlü veya yazılı savunması istenmiş olanlar (%9,2 ve %5,2) ve şikayet olmadığı için hakkında sadece tutanak tutulmuş olanlar (%3,5 ve %4,4) izlemektedir. Disiplin cezası almış ATT'lerin kamudaki ve özeldeki oranları görece düşüktür (%2,4 ve %2,2). Kamuda ve özelde yanıtlamak istemeyenler (%0,7 ve %1,8) ve diğerleri (%0,7 ve %0,0) yine düşük oranlardadır.

Kamuda yapılan ölçek karşılaştırmalarında, “disiplin cezası almış”, “almamış”, “hakkında sadece tutanak tutulmuş” ve “savunması istenmiş” olan dört grubun genel sağlık, işe bağlı gerginlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları arasındaki farklar anlamlıdır (sırasıyla  $p < 0,001$ ,  $p: 0,013$ ,  $p: 0,001$  ve  $p: 0,015$ ). Kamuda dört grup arasında duygusal tükenme açısından anlamlı fark yoktur ( $p > 0,050$ ) [Tablo 4-12]. Kamuda alt grup karşılaştırmalarında, hakkında sadece tutanak tutulmuş olanların genel sağlıkları, disiplin cezası almış olanlardan ve hiç disiplin cezası almamış olanlardan daha fazla olumsuz yönde etkilenmiştir ( $p: 0,046$  ve  $p: 0,001$ ). Savunması istenmiş olanların genel sağlıkları ve işe bağlı gerginlikleri, hiç disiplin cezası almamış olanlardan daha fazla olumsuz yönde etkilenmiştir ( $p \leq 0,050$ ). Hakkında sadece tutanak tutulmuş olanlar, hiç disiplin cezası almamış olanlardan daha fazla duyarsızlaşmışlardır ( $p: 0,009$ ). Özelde disiplin cezası almış olma durumuna göre hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur ( $p > 0,050$ ).

**Tablo 4-12:** Kamuda Görev Yapan ATT'lerin Davranışsal Dışa Vurumlarına Göre Ölçek Karşılaştırmaları

	Disiplin Cezası	Disiplin Cezası	Hakkında	Savunması	<i>p</i>
	Almış	Almamış	Tutanak Tutulmuş	İstenmiş	
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	
<b>GSA-12</b>	20,6±6,6	21,6±5,6	26,0±8,0	23,1±4,6	<b>&lt;0,001</b>
<b>İBGÖ</b>	40,6±7,8	37,3±8,8	40,7±6,7	40,5±6,5	<b>0,013</b>
<b>MTÖ DT</b>	29,2±7,2	25,4±6,3	25,8±4,5	27,0±6,0	0,071
<b>MTÖ D</b>	15,5±3,3	12,8±4,4	15,6±4,0	13,9±4,0	<b>0,001</b>
<b>MTÖ KBD</b>	68,0±14,1	58,7±14,2	63,7±9,3	62,5±13,0	<b>0,015</b>



#### 4.6. Genel Dağılımlar ve Ölçek Karşılaştırmaları

Ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırmalarında, kamu ve özel arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ) [Tablo 4-13].

**Tablo 4-13:** Kamuda ve Özelde Ölçek Toplam Puan Karşılaştırmaları

	Kamu		Özel		<i>p</i>
	<i>n</i>	ort±ss	<i>n</i>	ort±ss	
<b>GSA-12</b>	601	21,9±6,1	231	19,4±4,9	0,220
<b>İBGÖ</b>	591	37,4±9,4	228	34,4±7,0	0,188
<b>MTÖ DT</b>	591	25,4±6,7	225	23,8±7,9	0,843
<b>MTÖ D</b>	585	13,0±4,5	222	12,4±4,4	0,623
<b>MTÖ KBD</b>	583	58,9±15,0	221	57,9±17,3	0,608

Kamuda ve özelde görev yapan ATT'lerin, Genel Sağlık Anketi - 12 (GSA-12), İşe Bağlı Gerginlik Ölçeği (İBGÖ) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) olmak üzere üç ölçekte yer alan toplam elli iki soruya vermiş oldukları yanıtlar karşılaştırılmıştır. İBGÖ'nin altıncı "*işimde hak ettiğim takdiri görmediğimi düşünüyorum*" ve on sekizinci "*işe sıklıkla geç giderim*" sorularına verilen yanıtlarda, özele kıyasla kamuda işe bağlı gerginlik puan ortalamaları daha yüksektir ( $p: 0,004$  ve  $p: 0,018$ ). MTÖ'nin onuncu "*bu mesleğe başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum*", on birinci "*bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum*" ve on beşinci "*bazı insanların başına gelenler gerçekten umurumda değil*" sorularına verilen yanıtlarda, özele kıyasla kamuda duyarsızlaşma puan ortalamaları daha yüksektir (sırasıyla  $p: 0,043$ ,  $p: 0,048$  ve  $p: 0,016$ ). Diğer sorulara verilen yanıtlarda, kamu ile özel arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,050$ ).

Ölçek arası birlikte değişim, korelasyon katsayısı ( $r$ ) ve olasılık geçerliliği ( $p$ ) temelinde değerlendirilmiştir. Kamuda işe bağlı gerginlik ile duygusal tükenme ve ayrıca kişisel başarı düşüklüğü arasında orta güçte pozitif ilişkiler vardır ( $r: 0,564$  ve  $p<0,001$ ) ( $r: 0,561$  ve  $p<0,001$ ). Kamuda ve özelde, kişisel başarı düşüklüğü ile duygusal tükenme arasında çok güçlü geçerli pozitif ilişkiler vardır ( $r: 0,886$  ve  $p<0,001$ ) ( $r: 0,937$  ve  $p<0,001$ ). Kişisel başarı düşüklüğü ve duyarsızlaşma arasında kamuda güçlü, özelde çok güçlü geçerli pozitif ilişkiler vardır ( $r: 0,838$  ve  $p<0,001$ ) ( $r: 0,860$  ve  $p<0,001$ ). Ayrıca duygusal tükenme ile duyarsızlaşma arasında kamuda orta

düzye güçlü ve özele güçlü pozitif ilişkiler vardır ( $r$ : 0,663 ve  $p<0,001$ ) ( $r$ : 0,760 ve  $p<0,001$ ).

## 5. TARTIŞMA

İstanbul'da görev yapan acil tıp teknisyenlerinin (ATT) demografik yapılarına, çalışma koşullarına, sosyoekonomik düzeylerine, eğitim durumlarına, iş sağlığı ve çalışan güvenliği standartlarına ile ilgili düşüncelerinin, kamudaki ve özel sektördeki dağılımları değerlendirilmiştir. Söz konusu etkenlerin kamuda ve özelde görevli ATT'lerin genel sağlık, işe bağlı gerginlik ve duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı bileşenlerinden oluşan tükenmişlik düzeyleri üzerindeki etkileri karşılaştırılmıştır.

### 5.1. Demografik Özellikler

İnsan sağlığı ile ilgili mesleklerde çalışanların duygulanımları, cinsiyet, yaş, çalışma süresi ve medeni durum gibi nitelikleriyle ilişkilidir [125]. Kamuda ve özelde çalışan ATT'lerin demografik özelliklerinin genel sağlık, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyleri üzerindeki etkileri araştırılmıştır.

### 5.1.1. Cinsiyet

Kamuda kadınların genel sağlık ve işe bağlı gerginlik yönünden erkeklere kıyasla daha fazla olumsuz yönde etkilenmiş olmaları [Tablo 4-1], kadınların erkeklere kıyasla psişik etkilere açık veya hislerini ifade etmeye yatkın olmalarıyla açıklanabilir. Kamuda ağırlıklı olarak kadın ATT'lerin görev yapıyor olmaları, durumun önemini arttırmaktadır. Yurt dışı çalışmalarında benzer saptamalar bulunmaktadır. Güney Afrika'da acil hizmetlerde görevli çeşitli meslek gruplarına uygulanan bir ankette, ambulans hizmetlerinde görev yapan kadınlar arasında genel psikopatoloji oranı ve psikolojik şiddete maruz kalma durumu anlamlı derecelerde yüksek bulunmuştur [126].

### 5.1.2. Yaş

Kamuda önemli oranda ATT yirmi yedi ile yirmi sekiz yaş arasındaki yaş bandındadır. Özeldeki ATT'lerin yaş ortalaması daha düşüktür ve büyük çoğunluk yirmi dört yaş veya altındadır [Şekil 4-1]. Bu belirlemeden yola çıkarak, özel şirketlerin genç ATT'lerle çalışmayı tercih ettikleri düşünülebilir. Özel sektörde işverenin öncelikli beklentisi, iş deneyimden ziyade, fiziksel güç ve aktif dinamik çalışma kapasitesi olabilir. Bir başka unsur, kamu atamaları için gereken süre ile ilgili olabilir. Atama esnasında geçen sürenin, yaş ortalamasında artışa neden olduğu düşünülebilir.

Özelde yaş grupları arasında işe bağlı gerginlik düzeyleri arasındaki farklar [Tablo 4-2], yaş unsurunun kamuda değil, özel sektörde gerginlik yaratan bir etken olduğu yönünde yorumlanabilir. Yirmi dört yaş ve altındaki yaş grubuna kıyasla yirmi yedi ile yirmi sekiz yaş grubunda işe bağlı gerginliğin fazla olması, özel sektörde gençlerin üzerindeki baskının veya etkilenme düzeylerinin daha az olduğunu düşündürmektedir. Japonya'da yürütülen geniş kapsamlı bir çalışmada, ileri yaşlardaki nitelikli personelin ruhsal gerilim düzeyinin anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir [51]. İşle ilgili olumsuz deneyimler yaşla birlikte eklenerek çoğalır. Ayrıca, deneyimli ekip üyelerine kıyasla, genç ATT'lerin sorumlulukları görece azdır. Üstelik yaşla birlikte, özel hayatın sorumlulukları ve sosyal çevrenin beklentileri de artmaktadır. İleri yaşlara özgü olumsuzluklar, doğal sonuçlar olarak değerlendirilebilir. Buna karşılık, Güney Afrika'daki bir çalışmaya göre, genç ambulans personeli daha fazla saldırıya maruz kalmaktadır [126]. Kurum yetkilileri, yaşla birlikte olumlu veya olumsuz yönde etkilenmelerin olabileceğini dikkate almalıdırlar.

### 5.1.3. Çalışma Süresi

Kamuda ve özelde farklı dağılımlar söz konusudur. Kamuda üç buçuk ile dört yıl arasında görev yapmış ATT'ler çoğunluktadır. Özelde, ilginç bir tablo göze çarpmaktadır; altı ay ile üç buçuk yıl arasında görev yapmış ATT'ler çoğunluktadır ve hemen ardından dört yıl veya daha uzun süreyle görev yapmışlar gelmektedir [Şekil 4-2]. Kaynaklar, çalışma süresinin önemine işaret etmektedir. İsveç'te işe yeni başlayan ambulans görevlilerinde incinebilirliğin fazla olduğu ortaya konulmuş olup, yaş, meslekte çalışma süresi, fiziksel ve psikolojik iş yükü, travmatik olaylara verilen tepkinin boyutunu belirleyen etkenler arasında sayılmıştır [127]. Ülkemizde, hekimlerde, meslekte çalışma süresindeki artışın tükenmişlik bulgularından biri olan duyarsızlaşmayı anlamlı derecede arttırdığı ancak yaşa göre düzeltme yapıldığında ilişkinin kaybolduğu görülmüştür [128]. Tez çalışmasında, çalışma süreleri temelinde etkilenme görülmemiştir.

### 5.1.4. Medeni Durum

Kamuda evliler ve özelde bekârlar çoğunluktadır; bu değerlendirmede, kamudaki ve özeldeki yaş ortalamaları göz önünde bulundurulmalıdır [Şekiller 4-1, 4-3]. Evlilere kıyasla kamuda bekârlarda duyarsızlaşma fazladır. Medeni duruma göre karşılaştırmaların yapıldığı pek çok araştırmadan biri olan Brezilya'daki sosyo-demografik anket çalışmasında, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) teşhisi konulmuş ambulans görevlisi erkeklerin çoğunluğunun bekâr olduğu ortaya konulmuştur [53]. Sağlıklı aile ilişkilerinin, huzur ortamı sağlayarak, kişinin iş kaynaklı gerilimlerle baş edebilmesinde, manevi direncini yükselteceği düşünülebilir. Aile içinde üstlenilen sorumluluklar, ATT'nin kendini başkalarının yerine koyabilmesini, hastalarla duygudaşlık ve empati ilişkisi kurabilmesini kolaylaştırabilir. İdeal aile yaşantısı, başkalarının problemlerine daha sağlıklı yaklaşılmasını sağlayacaktır.

## 5.2. Çalışma Koşulları

Kurumsal ortamın temel taşı, idari yapıdır. Kamudaki idari yapı olan İstanbul 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği tarafından, zorluklarla mücadelede acil sağlık personeli için en önemli unsurun, içinde bulunulan ortam olduğu bildirilmiştir [129]. İş doyumunun ve buna etki eden faktörlerin incelenmesinde, görev yerleri, nöbetler, mesai saatleri, çalışma sistemleri, ücretler, sosyal olanaklar, iş ortamları, fiziksel koşullar,

görevde yükselme imkânları, ekip arkadaşlarıyla iletişimler, üst kademedeki sağlık personeliyle etkileşimler, hasta nakil sorunları, haksız suçlanmalar gibi pek çok unsur dikkate alınmalıdır. Kamuda ve özelde çalışan ATT'lerin çalışma koşullarının genel sağlık, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyleri üzerindeki etkileri araştırılmıştır.

### 5.2.1. Görev Yeri

İstanbul sağlık planlamasındaki Beyoğlu, Bakırköy, Fatih, Çekmece, Anadolu Kuzey ve Anadolu Güney olmak üzere toplam altı bölge söz konusu olduğunda [32], kamuda ve özelde en yüksek anket katılım oranı Bakırköy bölgesindedir. En düşük anket katılım oranı kamuda Fatih bölgesinden ve özelde Çekmece bölgesindedir [Şekil 4-4]. İl genelinde görev yapan ATT'lerin dağılımları, bölge nüfuslarıyla kabaca uyumludur [Tablo 2-1]. Kamuda, Çekmece ve Fatih bölgelerindeki olumsuz etkiler özellikle dikkat çekicidir. Bölgesel idari yapı, iş yoğunluğu, personel kapasitesi, çalışma sistemi, yol durumu gibi koşulların rol oynadığı düşünülebilir. Genel sağlık ve işe bağlı gerginlik üzerindeki olumsuz etkiler açısından, Fatih bölgesinin birinci sırada olması, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıdaki düşüş olmak üzere tükenmişliğin alt boyutlarının tamamında Çekmece bölgesinin birinci ve Fatih bölgesinin ikinci sırada olması, planlama açısından önemli olabilir. Özelde görev yerlerine göre hiçbir ölçekte anlamlı fark olmaması, bölgesel yükün daha fazla kamu tarafından karşılanmakta ve bu nedenle olumsuz sonuçların büyük oranda kamu personelini etkilemekte olduğunu düşündürmektedir.

### 5.2.2. İsteddiği Yerde Görev Yapma

Kamuda ve özelde ATT'ler çoğunlukla istedikleri yerlerde görev yapmaktadırlar. Kamuda ve özelde düşük sayılabilecek oranlarda personel istediği yerde çalışmamaktadır. Özelde “yorumsuz” seçeneğinin yüksek oranda işaretlenmiş olması dikkat çekicidir [Şekil 4-5]. Bu durum “kararsız kalma” şeklinde açıklanabileceği gibi, anketlerin çalışılan kurumların idari yetkilileri tarafından dağıtılmış olması dikkate alınır, özeldeki ATT'lerin gerçek düşüncelerini ifade etmekten “çekiniyor” olmaları biçiminde de yorumlanabilir.

Kamuda ve özelde istedikleri yerlerde çalışmayanların ölçek bulgularının olumsuz yönde etkilenmiş olması, istenilen noktada görev yapmanın genel sağlık, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik üzerinde önemli etken olduğunu göstermektedir. “Yorumsuz” seçeneğini işaretlemiş olan ATT'lerin kamuda genel sağlık, işe bağlı

gerginlik, duyarsızlaşma ve özelde genel sağlık üzerindeki etkiler anlamlı bulunmuştur [Tablo 4-3]. Kamuda ve özelde yorumsuz kalanların ölçek puanları üzerindeki etkiler, ifade edilemeyen durumların olumsuzluklar içerdiğini göstermektedir.

### 5.2.3. Çalışma Sistemi

Kamuda görevli ATT'lerin tamamı yakını "24 saat nöbet" usulüyle çalışmaktadır. Özelde "nöbetsiz normal mesai" sistemiyle çalışanlar çoğunluktadır ve bunu sırasıyla "hem mesai hem nöbet" ile "24 saat nöbet" usulüyle çalışanlar izlemektedir. Kamuda geçerli, yaygın tek tip çalışma düzeninden söz edilebilir. Özelde ise çeşitlilik gösteren, birbirinden farklı çalışma sistemleri görülmektedir [Şekil 4-6].

Çalışma sistemine göre yapılan karşılaştırmalarda, kamuda duygusal tükenme, özelde genel sağlık ve duyarsızlaşma ölçek puan ortalamaları arasındaki farklar anlamlıdır. ATT'ler, çalışma saatlerinin düzenli olup olmamasından etkilenmektedirler. Nöbet tutuyor olmak, genel sağlığı ve tükenmişliği olumsuz yönde etkilemektedir.

### 5.2.4. Aylık Nöbet Sayısı

Kamuda büyük çoğunluk ayda sekiz veya dokuz nöbet tutmaktadır ve bunu ayda en fazla yedi nöbet tutanlar izlemektedir. Özelde en yüksek oran nöbet tutmayanlara aittir ve bunu ayda en az on nöbet tutanlar izlemektedir [Şekil 4-7]. Kamudaki çalışma sistemi ve aylık nöbet sayıları özeldekilerle karşılaştırıldığında, görünen tablo, kamu lehine daha düzenlidir. Bununla kastedilen, İl genelinde yaygın olan ve aynı tipte düzenlenmiş nöbetli çalışma sisteminin uygulanmakta olduğudur. Özeldeki uygulamalar değişkendir.

Aylık nöbet sayılarına göre gruplar arasında yapılan ölçek karşılaştırmalarında, kamuda duyarsızlaşma, özelde genel sağlık ve duyarsızlaşma puan ortalamaları arasındaki farklar anlamlıdır. Dikkat çeken bir bulgu, görece az sayıda nöbet tutanlardaki olumsuz etkilenmedir. Özelde ayda yedi nöbetten az veya on nöbetten fazla sayıda tutuyor olmak, genel sağlığı ve duyarsızlaşmayı olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum yoruma açıktır. Nöbet sayısı fazla olduğunda, kişiler tüm yaşantılarını buna göre düzenliyor olabilirler. Daha az sayıda nöbet tutanlar, hayatın diğer alanlarında da görevler üstleniyor, sosyal çevrelerinin beklentilerini karşılamaya çalışıyor, dolayısıyla daha fazla zorlanıyor olabilirler. Ayrıca, en fazla yedi nöbet tutanların aylık programları

gelişigüzel düzenleniyor olabilir. Bütüne bakıldığında, düzenli iş saatlerinin olumlu, nöbet tutmanın olumsuz etkilerinden söz edilebilir.

#### **5.2.5. Nöbet Başına Vaka Sayısı**

Kamuda görev yapan ATT'lerin yarısından fazla bölümü, nöbet başına en az on vaka görmektedir. Özelde görev yapan ATT'ler sıklıkla, nöbet başına en fazla dört vaka görmektedirler [Şekil 4-8]. Bu anlamda, kamuda nöbet başına vaka sayısı, özeldekinden fazladır. Hasta sayısındaki artışın, fiziksel zorlayıcılığı bilinen gerçektir. Dünyanın başlıca metropollerinde, yetkililer hasta yoğunluğuna çözüm arayışı içindedirler. Gereksiz aramalar, yoğunluğun önemli bölümünü oluşturur. New York ambulanslarının işlevselliği 1972 yılında değerlendirilmiş, iyileştirilme önerileri sunulmuştur. İş yüküne çözüm olarak, gelen çağrılara merkezi kontrol ve denetim uygulanması önerilmiştir. Eğitimler sayesinde çağrılar standardize yöntemlerle değerlendirilerek gereksiz talepler elenebilmiş, vaka sayıları düşürülmüş ancak detayların ilden ile farklılıklar gösterebileceği belirtilmiştir [130]. Ülkemizde ve dünyada benzer gelişmiş uygulamalar yürürlükte. İstanbul'da 112 KKM'ne günde yaklaşık 70.000 çağrı gelmektedir. Yetkililer gelen çağrılarının yüzde altmışının gereksiz aramalar olduğunu belirtmektedirler [131, 132]. Uyarılara rağmen 112 acil ihbar hattına yapılan boş çağrılarının sürmesi durumunda, yaptırım uygulanacağı Valilik tarafından bildirilmiştir [68].

Tez çalışmasında, kamuda ve özelde nöbet başına ortalama vaka sayısı, ölçek değerlerinde fark yaratmamış olup, genel sağlık, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik üzerinde etkili değildir.

#### **5.2.6. Çalışılmış Olan Farklı Noktalar**

Kamuda, ATT'lerin önemli bölümü "toplum bir veya iki noktada" ve üçte birden fazlası "en az beş noktada" görev yapmıştır. Özelde çoğunluk "toplum bir veya iki istasyonda" görev yapmıştır.

Kamuda ve özelde çalışılmış olan toplam nokta sayısı, ölçek değerlerinde fark yaratmamış olup, genel sağlık, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik üzerinde etkili olmamıştır.



### 5.2.7. Yolda Geçen Zaman

Büyükşehirde yaşam, zorlayıcı olabilir. Hangi işte çalışıyor olursa olsun İstanbul halkı, yolda kaybettiği zamandan şikâyet eder. Bu koşulların ATT'leri önemli derecede etkileyip etkilemediği sorgulanmıştır. Kamuda sırasıyla işe yarım saatten kısa sürede, yarım ile bir saat arasında ve bir saatten uzun sürede gidip gelenlerin oranları birbirine yakındır. Özelde en yüksek oran işe yarım saatten kısa sürede gidip gelenlere aittir [Şekil 4-9]. Kabaca değerlendirildiğinde, bu meslekte yolda geçirilen sürelerin fazla olmadığı düşünülebilir. Kamuya kıyasla özelde ATT'ler düşük farklarla daha avantajlı görünmektedir.

Kamuda yolda geçirilen toplam süre, ölçek değerlerinde fark yaratmamış olup, genel sağlık, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik üzerinde etkili olmamıştır. Buna karşılık özelde, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıdaki düşüş olmak üzere tükenmişliğin tüm alt boyutlarındaki farklar anlamlıdır. Özelde yolda geçirilen süre, tükenmişliği arttıran bir etkidir [Tablo 4-4].

### 5.2.8. Öncelikli Beklentiler

Özellikle zorlayıcı mesleklerde, personelin öncelikli beklentileri yakından izlenmelidir. Ülkemizde ve dünyada, acil müdahale ekipleri, tehlikelerle ve toplumun büyük kesiminin üstlenemeyeceği sorumluluklarla başa çıkmaya çalışırlar. Hollanda'da yürütülen geniş kapsamlı bir anket çalışmasında, kurumsal faktörlerin, bireysel etkenlerden daha önemli olduğu bildirilmiştir. İş ortamında algılanan koşullar, iş stresini ve doyumunu belirleyen önemli faktörlerdir. İş ile ev yaşantılarının birbirine karışması ve profesyonel standartlara ulaşamaması olumsuz yönde algılanır. Kötü yönetilmek ve kaynak yetersizliği, iş doyumunu düşürmektedir [57]. İş doyumunu ve ortamdaki koşullarla ilgili memnuniyet düzeyleri, tükenmişlikle ilintilidir [133]. Yurt içi ve yurt dışı çalışmalarda, ruhsal ve fiziksel gerilime neden olan çalışma koşulları incelenmiştir. Öncelikli beklentiler; iş ortamının iyileştirilmesi, iş sağlığı ve çalışan güvenliğinin korunması, periyodik eğitimlerin düzenlenmesi, iş stresine neden olan faktörlerin tanınması, iş arkadaşlarıyla sağlıklı iletişimlerin güçlendirilmesi, etkin iletişim becerilerinin kazandırılması, ruhsal gerilimle başa çıkma tekniklerinin geliştirilmesi, sistematik stres yönetimi programlarının, güven düzeylerinin artırılması için danışmanlık programlarının oluşturulması, dinlenme aralarının iyi düzenlenmesi, karşılaşılan güçlüklerin belirlenmesi, giderilmesi, önlemlerin alınması, uygun personel,

araç gereç, tıbbi malzeme temini için etkin planlamaların yapılması, yoğun çalışma temposunun olabildiğince düşürülmesi ve eksikliklerin kısa sürede giderilmesi olarak sıralanmıştır. İş ortamındaki fiziksel koşulların iyileştirilmesi çalışmaları; acil sağlık istasyonlarında, güvenlikle ilgili bina içi talimatları, tehlikeli maddelerle ilgili eğitim ve tatbikatları kapsamalıdır. Karşılaşılan tehlikelere karşılık, çalışma ortamlarının iyileştirilmesi, personel güvenliğini olumlu yönde etkileyecektir [51, 90, 134].

Tez çalışmasının literatürdeki belirlemeler temelinde düzenlenmiş olan bu bölümünde, işle ilgili memnuniyet düzeylerinin artması için iş ortamının fiziksel koşullarının iyileştirilmesi, mesleki saygınlık artışının sağlanması, iş arkadaşlarıyla sağlıklı iletişimlerin güçlendirilmesi, iş doyumunun sağlanması, ücretlerde iyileştirme, görevde yükselme, akademik kariyer imkanı ve sosyal olanaklar dahil öncelikli beklentiler sorgulanmıştır. Bazı ortak görüşlere rağmen, kamuda ve özelde öncelik sıralamaları farklıdır. Kamuda birinci sırada ücretlerin arttırılması, ikinci sırada sosyal olanakların ve üçüncü sırada iş ortamının fiziksel koşullarının iyileştirilmesi gelmektedir. Özelde eşit oranlarda birinci sırada görevde yükselme imkanı ve sosyal olanakların iyileştirilmesi gelmektedir. Özelde bunların ardından ikinci sırada önemli oranı, ücretlerin arttırılması oluşturmaktadır [Şekil 4-10]. Bu esaslar doğrultusunda planlamalar ve yeniden düzenlemeler önerilmektedir.

### **5.2.9. Üst Kademedeki Destek Danışmanlık**

Kamuda ilk sırada Komuta Kontrol Merkezinden (KKM) yeterli tıbbi destek ve danışmanlık alamadıklarını bildirenler gelmektedir; bunu yine yüksek bir oranla “çoğunlukla aldıklarını” bildirenler izlemektedir. Özelde en yüksek oran, üst kademedeki sağlık personelinin çoğunlukla yeterli tıbbi destek danışmanlık “aldıklarını” bildirenlere aittir ve bunu “alamadıklarını” bildirenler izlemektedir [Şekil 4-11]. İstanbul’un bir megakent olması dolayısıyla, KKM ile ilgili talep ve ihtiyaçlar çok fazladır. Halen biri Avrupa ve diğeri Anadolu yakasında olmak üzere iki KKM hizmet vermektedir. Mevcut kapasitenin geliştirilmesi amacıyla ayrıca 2012 yılının Eylül ayında Avrupa yakasında yenilenmiş bir KKM hizmete açılmıştır. Tez çalışmasının bulguları yorumlanırken, kamu ile özeldeki nakil zincirinin farklı olduğu mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Kamuda profesyonel yetersizlik olduğu şeklindeki hızlı bir yorumlama, gerçeklerle bağdaşmayacaktır ve hata içerecektir. Geçerli mevzuat ve tıp etiği gereği, çok etkenli karar süreçleri devrededir. Hastanın

durumu, örneğin “en yakın uygun sağlık merkezine nakil” veya “açık yoğun bakım yatağı” gibi koşullar değerlendirilir. Özelde ise genellikle tek seçenek vardır; hasta ambulansın çıktığı özel sağlık kurumuna nakledilecektir. Özelde ambulans personeline verilen destek, hastanın sağlık durumunun stabilize edilmesinden ve sağlık merkezinde karşılayacak acil ekibinin hazırlanmasından ibarettir. Merkezden alınacak desteğin iki sektördeki kapsam ve içeriği, kıyaslanamaz niteliktedir.

Kamuda genel sağlıkları ve işe bağlı gerginlikleri olumsuz yönde en fazla etkilenenler, yeterli tıbbi destek danışmanlık alamayanlardır. Duygusal tükenmenin ve duyarsızlaşmanın en yüksek olduğu grup, KKM’inden yeterli destek danışmanlık alamayanlardır [Tablo 4-5]. Özelde yeterli destek ve danışmanlık aldığını düşünme durumuna göre genel sağlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır. Üst kademedeki yeterli tıbbi destek ve danışmanlık alamamanın, ATT’lerin üzerinde olumsuz etkileri olduğu görülmektedir. Bulgular ışığında, üstlerinden alınan profesyonel desteğin, ustalaşmış gözetimin, uzmanlaşmış denetimin, duygusal riskleri azaltmada etkili olduğu söylenebilir. Gözlemler doğrultusunda, araştırmanın sonuçları, bu alanda gelişimi zorunlu kılmaktadır.

#### **5.2.10. Haksız Suçlanma**

Acil kritik müdahaleler çoğu zaman olay yerinde, farklı ekiplerle uyum içinde çalışmayı zorunlu kılar. Bazen, idareciler, mesai arkadaşları, emniyet görevlileri, itfaiye personeli gibi kişilerin eksiklerinden veya yanlışlarından dolayı, kişi haksız yere suçlandığını düşünebilir. Bazen iş arkadaşları ruhsal gerilimin kaynağı olabilirler; hatta, kişinin ruhsal sorunlarıyla baş etmesini veya stresle başa çıkmasına yardımcı olabilecek kaynaklara ulaşmasını engelleyebilirler. Buna karşılık, çalışma arkadaşları, zorlukların aşılmasında önemli pozitif güç kaynaklarına dönüşebilirler. Bazen iyi bir ekip çalışmasıyla, imkansız görünen hayat kurtarıcı müdahaleler başarılabilir. Basın kaynaklı bir haberde, Antalya’da beş kez kardiyak arreste giren bir genç, her defasında hayata döndürülerek kısa sürede bir sağlık kuruluşuna ulaştırılmıştır [135]. Bu tür durumların yarattığı coşkuyla birlikte, mesleki tatmin duygusu en üst noktalara ulaşır.

Tez çalışmasında kamuda ve özelde, başkaları yüzünden haksız yere suçlandıklarını düşünenler çoğunluktadır. Yaklaşık olarak her beş ATT’den birinin, yorumsuz kalmış olması dikkat çekicidir [Şekil 4-12]. Kamuda ve özelde, bazen başkalarının eksiklerinden veya yanlışlarından dolayı haksız yere suçlandığını

düşünüyor olmanın, çok önemli bir etken olduğu belirlenmiştir. Kamuda genel sağlık, işe bağlı gerginlik ve tükenmişliğin tüm ölçekleri anlamlı derecede etkilenmiştir. Özelde ise duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere tükenmişliğin tüm alt gruplarında farklar anlamlıdır [Tablo 4-6]. ATT'lerin çevrelerinin “iyi veya kötü niyetlerine” ve “duyarlı veya duyarsız olmalarına” dair düşünceleri anlamlı bir etken olarak ortaya çıkmaktadır [Tablo 4-7]. Haksız suçlanma, ATT'ler arasında yaygın bir sorundur ve ruhsal gerilime yol açan etkileri belirgindir.

### **5.2.11. Hasta Nakil Sorunu**

ATT'lere, hastayı nakledecekleri sağlık kurumunun belirlenmesinde, sorunların yaşanıp yaşanmadığı sorulmuştur. “Evet” ve “kısmen” yanıtlarının toplamı, hasta nakil düzenlemelerini önemli bir sorun olarak karşımıza çıkarmaktadır. “Evet” ve “kısmen” şıklarından oluşan iki yanıtın kamudaki ve özeldeki oranları yakındır. Oranlar, gözlemleri ve genel kanıyı doğrular niteliktedir.

Kamuda “kısmen” yanıtını verenlere kıyasla, “evet” yanıtını verenlerin işe bağlı gerginlikleri, duygusal tükenmeleri, ve kişisel başarıları olumsuz yönde etkilenmiştir. Kamuda hasta nakil sorunları, gerginliği ve tükenmişliği arttırmaktadır. Özelde hiçbir ölçekte anlamlı fark bulunmamaktadır. Hasta naklinde kamu ve özel arasında farklar vardır. Bu tablo karşısında, özelde sadece acil dışı nakil yapıldığı düşünülebilir. Hasta nakil düzenlemelerinin etkinleştirilmesine olan gereksinim, belirgin şekilde ortaya konulmuştur.

## **5.3. Sosyoekonomik Düzey**

Kişinin gelir düzeyinin yeterli olması, çalışanın kazancından memnuniyet durumu, gerginlik ve tükenmişlik ile ilişkili etkenler arasında yer almaktadır [136]. Aylık ortalama net gelir, dışarıdan maddi desteğe duyulan ihtiyaç, bakmakla yükümlü olunan aile fertleri, evde gelir getiren kişi sayısı, kira harcamaları gibi pek çok unsur, ATT'lerin yaşam kalitesini ve maddi refah düzeylerini belirleyen öğelerdir. Kamuda ve özelde çalışan ATT'lerin sosyoekonomik düzeylerinden genel sağlık, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyleri üzerindeki etkileri araştırılmıştır.

### **5.3.1. Gelir Düzeyi**

Güney Afrika'da yapılan bir çalışmada, gelişmiş ülkelere kıyasla gelişmekte olan ülkelerde acil hizmetlerinde görevli ambulans, itfaiye, deniz kurtarma, trafik ve

emniyet personelinin kritik olaylarla karşılaşma oranlarının daha yüksek ve genel psikopatolojilerin daha yaygın olduğu bildirilmiştir [126]. İngiltere'deki bir çalışmanın sonuçlarına göre gelir düzeyi iş stresi ile ilintilidir ve olumsuz etkiler özellikle temel gereksinimlerini karşılayamayanlarda daha belirgindir [72]. Tez çalışmasında, kamuda aylık ortalama net geliri 650 ile 1.499 TL arasında olanlar çoğunluktadır ve bunu ayda en az 1.500 TL geliri olanlar izlemektedir. Özelde geliri 650 ile 1.499 TL arasında olanlar ilk sıradadır ve bunu en az 1.500 TL aylık geliri olanlar izlemektedir. Sayısal değerlendirmede, ilk bakışta kamudaki gelir düzeyinin özeldekinden daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Kamuda gelir düzeyi farkları ölçeklerde fark yaratmamaktadır; ancak, özelde aylık net geliri fazla olanların duygusal tükenmeleri daha fazla ve kişisel başarıları daha düşüktür. Özel sektörde gelir artışıyla birlikte ATT, kendini büyük oranda duygusal olarak uzaklaşmış, gergin, bitkin, çaresiz, gücü tükenmiş, hayal kırıklıkları artmış, hastaların hislerini anlayamayan, sorunlarına etkili çözümler bulamayan, değerli işler başaramayan ve soğukkanlı davranamayan bir personel olduğunu düşünmektedir.

### 5.3.2. Ek Maddi Destek

Kamuda ve özelde dışarıdan ek maddi destek almadığını bildirenlerin oranı birinci, zaman zaman destek aldığını bildirenlerin oranı ikinci, düzenli olarak dışarıdan ek maddi destek aldıklarını bildirenlerin oranı üçüncü ve açıklama yapmak istemeyenlerin oranı dördüncü sırada gelmektedir. Sayılar ilk bakışta, az farkla kamuya kıyasla özelde daha fazla dışarıdan destek alındığını düşündürmektedir. Kabaca değerlendirildiğinde, özelde dışarıdan daha fazla maddi destek alınmaktadır. Yapılan değerlendirmede, kamuya kıyasla özeldeki yaş ortalamasının aynı olmamasının yanısıra, eğitim ve deneyim düzeylerinin de farklı olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Kamuda ödemelerin daha düzenli yapılmakta olduğu düşünülebilir. Ayrıca, tez çalışmasında elde edilen sonuçlara göre, özeldeki çalışma sistemi standart tek tip değildir. Özeldeki ödemeler düzensiz olabilir; hatta belki zaman zaman performansa dayalı, bir deyişle “patronun takdirinde” standardize olmayan maaş ödemeleri söz konusu olabilir. Eğer varsa, bu tür uygulamaların ek maddi destek ihtiyacını arttırabileceği ortadadır. Suçlayıcı olmamak, öncelikle araştırmalar yapmak gerekir.

Kamuda zaman zaman dışarıdan ek maddi destek alanlara kıyasla destek almayanlarda, duygusal tükenme ve kişisel başarı düzeyleri olumsuz yönde etkilenmiştir. Alınan desteğin kaynağına ve koşullara göre, dışarıdan ek maddi destek almak ruhsal açıdan zorlayıcı olabilir; ancak kritik zorlukların aşılmasında önemli rahatlama sağlayacağı da unutulmamalıdır. Kamuda devlet memuru olmak, düzenli ödemelerin yapılabileceği yönünde, kişinin kalıcı iş güvencesidir. Bu durumda, geri ödemelerin mümkün olabileceği düşünülebilir. Bulgular, dışarıdan zaman zaman alınan ek maddi desteğin, olumlu etkilerini ortaya koymuştur. Kamuda destek almayanlar daha fazla zorlanmaktadır.

### 5.3.3. Hane Halkı

ATT'lere kendileriyle birlikte evde yaşayan toplam kişi sayısı sorulmuştur. Kamuda ve özelde yarıya yakın oranlarla evde toplam en az üç kişi ve bunu izleyen yakın oranlarda evde toplam bir veya iki kişi yaşamaktadır.

Hane halkı ile ilgili belirlemeler, ATT'lerin ölçek değerlerinde herhangi bir etki yaratmamıştır. Kamuda ve özelde hiçbir ölçekte anlamlı fark yoktur.

### 5.3.4. Üretken Nüfus

Kamuda evde birden fazla kişinin gelir getiren işte çalışmasının oranı, evde tek kişinin gelir getirmesinin oranından fazladır. Özeldeki sıralama tersinedir. Özelde evde tek kişinin gelir getirmesinin oranı evde birden fazla kişinin gelir getirmesinin oranından fazladır.

Kamuda evde “en az iki kişinin” gelir getirmesine kıyasla evde “tek kişinin” gelir getirdiği durumlarda, tükenmişliğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere tüm alt boyutları olumsuz yönde etkilenmiştir. Tek başına ev geçindirmenin özellikle kamuda kişiyi yıpratması ve kişide tükenmişlik hissi yaratması anlaşılabilir durumlardır.

## 5.4. Eğitim

Sağlık çalışanlarının eğitim düzeyleri, gerginlikleri ve tükenmişlikleri üzerinde etkilidir [137-139]. Mezun olunan eğitim kurumunun niteliği, niceliği, öğrenciliğin sürüyor olması, meslek seçiminin bilgili, bilinçli olarak yapılmış olması, hizmet içi eğitimlerin içeriği ve düzenli olarak veriliyor olması bu kapsamda değerlendirilmiştir. Kamuda ve özelde çalışan ATT’lerin eğitim durumlarının genel sağlık, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyleri üzerindeki etkileri araştırılmıştır.

### 5.4.1. Eğitim Düzeyi

Kamuda ve özelde, yüksek oranlarda sağlık meslek lisesi mezunu ve düşük oranlarda ön lisans mezunu bulunmaktadır. İlk bakışta, kamuda eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu izlenimi oluşmaktadır.

Kamuda ve özelde eğitim düzeylerine göre ölçeklerde fark bulunmamaktadır. ATT’lerin mezuniyet durumları, genel sağlık, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeylerini etkilememektedir.

### 5.4.2. Öğrenci

Kamuda ve özelde öğrenci olmayanlar çoğunluktadır. Kamuda önemli bir oran ve özelde daha düşük bir oran öğrencidir. Kamuda nöbetli istikrarlı çalışma düzeni, öğrenciliğe olanak sağlamaktadır. Ayrıca kamuda eğitim konularına verilen önemin giderek arttığı gözlemlenmektedir. Mesleki hiyerarşi, rol model, kıdem anlayışı ve işteki sosyal ortam gibi kavramların, eğitim lehine özendirici olabileceği düşünülebilir.

Öğrencilerin eğitim alanlarının bilinmesiyle netleştirilebilecek son bir olasılık, kamuda ATT'lerin farklı pozisyon veya farklı meslek arayışı içinde olabilecekleridir.

Kamuda öğrencilerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalamaları yüksektir. İşteki ödünsüz sorumluluklar, öğrenciliğin getirdiği zorunluluklarla birleşince, kişi baskı altındadır. Kamuda öğrenci olan ATT'ler kendilerini büyük oranda yorgun, bitkin, tükenmiş, çaresiz, sıkıntılı, bazen umursamaz, katılmış, hastalarından duygusal olarak uzaklaşmış, kimi zaman insanlara kişilikten yoksun nesnelermiş gibi davrandıklarını hissetmektedirler ve güçlerini aşan koşullarda çalıştıklarını düşünmektedirler.

### 5.4.3. Mezuniyet Öncesi Eğitim

Meslek hayatına hazırlık niteliğindeki örgün eğitim süreçlerinde, mesleki riskler hakkındaki bilgilendirmelerin ve bilinçlendirme çabalarının önemi büyüktür. Çalışan haklarının gözetildiği emniyetli koşullarda görev yapmak, iş güvenliğinin sağlanmasının yanısıra verimliliği de arttıracaktır. İzmir'de yapılan bir anket çalışmasında, ambulans ve acil bakım teknikerleri (AABT) ve ATT son sınıf öğrencilerinin fiziksel, biyolojik, çevresel, psikolojik olmak üzere mesleki riskler hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Kurumların eğitim araç ve donanımları sorgulanmıştır. Çalışmada mezuniyet aşamasındaki ATT adaylarının, eğitimlerdeki donanım eksikliği ve uygulama yetersizliğinden kaynaklanan nedenlerden ötürü, mesleki risk etmenlerine karşı yeterince hazırlıklı olmadıkları belirlenmiştir. Bu konularda yeterli ders veya konu başlığı bulunmamaktadır. Türkçe kaynak kitaplar yetersiz bulunmuştur [140]. Ayrıca eğitimcilerin, 112 ambulanslarında çalışmamalarından, ortamdaki sorunları birebir yaşamamalarından ve mesleki risklere maruz kalmamalarından ötürü, konunun önemini yeterince fark etmemiş oldukları değerlendirilebilir.

Tez çalışmasında, ATT'lere sadece mesleki riskler konusu değil, genel olarak mezuniyet öncesi eğitimlerinin yeterli olup olmadığıyla ilgili düşünceleri sorulmuştur. Soru ATT eğitimlerinin tümüne yöneliktir. Kamuda yarıdan az ve buna kıyasla özelde daha yüksek bir oran, mezuniyet öncesi yeterli eğitim aldıklarını düşünmektedir. Önemli oranlarda ATT'nin mezuniyet öncesi yeterli eğitim almadığını bildirmiş olması dikkat çekicidir. Eğitimlerinin yetersiz olduğunu düşünenlerin kamudaki ve özeldeki oranları arasında belirgin fark vardır. Yorumsuz kalanların kamudaki ve özeldeki oranları da göz ardı edilemeyecek düzeydedir [Şekil 4-13]. Akla ilk gelen yorum,



özeldeki ATT'lerin böyle açık bir ifadeden dolayı, işlerini kaybedebilecekleri endişesidir. Kamudaki itiraflar samimi düşünceleri yansıtıyor olabilir. Buna karşın, belki de özelde büyük çoğunluğun gerçek içgörüsü mezuniyet öncesi yeterli eğitim aldığı yönündedir. Özeldeki yaş ortalamasının daha düşük olduğu unutulmamalıdır; olası çıkarım, kamudaki ATT'lerden daha yakın tarihte mezun olduklarıdır. Bir de kamuda öğrenci olma oranlarının daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulursa, öğrenci olmanın önceki eğitimdeki eksiklerin farkında olmakla ilintili olduğu düşünülebilir. Özel sektörde çalışan kişiler, hem işe alımda hem de işin sürdürülmesinde, sürekli elemeye tabidir. Öz güven sahibi olmak, kendini yeterli, donanımlı hissetmek önemlidir ve ATT'lerin kendi yeterlikleri ile ilgili görece yüksek oranlarda olumlu görüş sahibi olmaları doğal karşılanabilir. Ayrıca kamuda karşılaşılan zorlukların özeldekilerden fazla olması, kamudakilerin eğitimlerini daha fazla yargılamalarına yol açabilir. Sorgulanabilecek son bir olasılık, özel sektör yöneticilerinin yeterli eğitim almış kişileri işe alıyor olmalarıdır. Sonuçlar konunun önemini vurgulamaktadır. Olasılıklar ileri araştırmalarla desteklenmeli, mutlak gerçekler ortaya konulmalıdır.

Kamuda mezuniyet öncesi yeterli eğitim aldıklarını düşünenlere kıyasla, almadıklarını düşünenlerin genel sağlıkları ve işe bağlı gerginlikleri olumsuz yönde etkilenmiştir. Özelde aynı karşılaştırma, genel sağlık, işe bağlı geginlik ve duygusal tükenme göstergelerinde aynı yönde anlamlı sonuçlar ortaya koymuştur. Mezuniyet öncesi yeterli eğitim alıp almamanın ATT'deki iş doyumu, mesleki işlevsellik ve ruhsal gerilim etkileri önemle vurgulanmalıdır. İleri araştırmalara ve eğitimde iyileştirme çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

#### **5.4.4. Bilinçli Meslek Seçimi**

Mesleğini seçerken yeterli bilgiye sahip olup olmadıkları sorulduğunda, kamuda çoğunluk “kısmen bilinçli” olduğunu bildirmiştir; bunu yakın oranlarda “bilinçsiz” ve “bilinçli” olduğuna inananlar izlemektedir. Özelde en yüksek oran “bilinçli” olduğuna inananlara aittir; bunu yüksek bir oranla “kısmen bilinçli” ve ardından “bilinçsiz” olduğuna inananlar izlemektedir [Şekil 4-14]. Mesleklerini seçerken yeterli bilgiye sahip olmaları açısından, kamuya kıyasla özelde çalışan ATT'ler, daha bilinçli olduklarına inanmaktadırlar. Özeldeki yaş ortalamasının daha düşük olmasından dolayı, son yıllarda, mesleğe hazırlıkta ilerlemelerin kaydedilmiş olabileceği yönünde olumlu

bir bakış açısı geliştirilebilir. Ayrıca özelde görev yapan ATT'lerin içgörülerinin, öz güven ve yeterlik temelinde gelişmiş olabileceği, göz ardı edilemeyecek bir olasılıktır.

Kamuda bilinçli meslek seçimine göre yapılan karşılaştırmalarda, genel sağlık, işe bağlı gerginlik, duygusal tükenme, duyarsızlaşma göstergelerinde, farklar anlamlıdır. Özelde aynı karşılaştırmada, genel sağlık, duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı göstergelerinde, farklar anlamlıdır [Tablo 4-8]. Bilinçli ve istekli meslek seçiminin, psişik göstergelerin tamamı üzerindeki güçlü etkileri [Tablo 4-9], önemle kavranması gereken bir gerçek ve hayati bir konu başlığıdır. Mesleğin gerçekçi olarak tanıtılmasında, eğitimcilere büyük sorumluluk düşmektedir.

#### **5.4.5. Hizmet İçi Eğitim**

Araştırmalarla ve geliştirilen programlarla, ülkemizde ve dünyada hizmet içi eğitimlerin önemi vurgulanmaktadır. Ruhsal gerilime ve fiziksel yıpranmaya yol açan kritik olaylar nedeniyle, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri (ASH) görevlilerine, periyodik hizmet içi eğitimler verilmelidir. Kişisel profesyonel yeterliliğin geliştirilmesiyle birlikte, mesleki gerilim azalır, motivasyon ve iş doyumunu artırır. Kişisel bilgi ve becerilerin artmasına yönelik hizmet içi eğitim etkinlikleri, gerilim ve tükenme düzeylerini düşürür [51, 141, 142]. İstanbul 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliğince yapılan açıklamada, sürekli olarak ağır vakalarla uğraşmanın, kötü ortamlarda bulunmanın ve sahada ölüme yakın kişilere müdahale ediyor olmanın, birey üzerindeki etkilerine değinilmiştir. Güçlüklerle karşı karşıya olan acil sağlık çalışanlarının, stresle başa çıkılabilmeleri, ruh sağlıklarını koruyabilmeleri ve özellikle de sistemde tükenmişliğin gelişmemesi için, idare tarafından iyileştirilme çabalarının benimsenmesinin zorunlu olduğu ifade edilmiştir. Diğer önlemlerle birlikte, personele bu unsurları da kapsayan hizmet içi eğitimlerin verilmekte olduğu bildirilmiştir [129]. Denizli 112 İl Ambulans Servisinin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili yürütmüş olduğu çalışmada, güvenlikle ilgili hizmet içi eğitim ve tatbikat eksikliklerinden söz edilmiştir. Çalışanların mesleki riskler ve koruyucu önlemlere dair bilgilerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Eğitim programına İş Sağlığı dersinin konulması, kursların düzenlenmesi, hizmet içi eğitimlere yer verilmesi, okullarda meslek kitaplarının ve kaynakların arttırılması, mesleki beceri laboratuvarlarındaki donanımların ve müfredattaki sınıf içi uygulama saatlerinin arttırılması önerilerinde bulunulmuştur. Belirlemelerden yola çıkarak, Başhekimlikçe iyileştirmeye çalışmaları başlatılmış olup,

tüm personeli kapsayan Temel Güvenlik Eğitim Programı uygulamasına geçilmiştir [90].

Tez çalışmasında ATT'lere mevzuat gereği sağlanan hizmet içi eğitimlere katılıp katılmadıkları ve katılanların motivasyonlarının hangi yönde etkilendiği sorulmuştur. Katıldıkları eğitimlerle motivasyonları artanların kamudaki ve özeldeki benzer dağılımları ilk bakışta, hizmet içi eğitimlerin genel olarak motivasyon üzerinde olumlu etkiler yarattığını düşündürmektedir. Ancak hizmet içi eğitimlere dair belirlemeler, kamuda genel sağlık, işe bağı gerginlik ve tükenmişlik üzerinde anlamlı etki yaratmamış olup, özeldeki tek belirleme eğitimler sayesinde motivasyonu artanlara kıyasla bu konuda yorum yapmak istemeyenlerin genel sağlıklarının olumsuz yönde etkilenmiş olduğudur. Yurt içi ve yurt dışı hizmet içi eğitimler karşılaştırılmalı, gerekli düzenlemeler yapılmalı ve olumlu psikik etkiler yaratabilecek öğeler uyarlanarak eğitim programlarına entegre edilmelidir.

### **5.5. İş Sağlığı ve Çalışan Güvenliği**

Ambulans personelinin sağlık durumu ile ilgili araştırmalar, mesleki risklerle oldukça fazla karşılaşıldığını göstermektedir. İngiltere'de çeşitli meslek gruplarının karşılaştırıldığı çalışmada, ambulans çalışanlarının normal popülasyona göre daha fazla sağlık problemi yaşadığı gösterilmiştir [143]. Norveç'te hazırlanan derlemede, diğer meslek gruplarına ve diğer sağlık çalışanlarına kıyasla ambulans personelinde, mortalite, ölümcül kaza, yaralanmalı kaza ve sakatlık nedeniyle erken emeklilik oranları yüksek bulunmuştur. Genel popülasyona kıyasla, sırt problemleri, kas iskelet sistemi hastalıkları, TSSB, anksiyete ve psikopatolojik bozukluklar daha fazladır [92]. A.B.D.'de AABT ve ATT'lerde yüksek oranlarda gerginlik, sırt hasarı, uzuv yaralanması, fiziksel saldırı, ambulans kazası, işitme kaybı ve göz yaralanması tespit edilmiştir (sırasıyla %11,2, %10,5, %9,8, %8,4, %4,1, %2,5 ve %1,4) [75], Ülkemizde yapılan bir çalışmada ambulans çalışanlarında egzersiz yapmamak, beslenme bozuklukları, zararlı madde alışkanlığı gibi sağlıkla ilgili ruhsal ve bedensel sorunlar olduğu ve belli oranlarda fiziksel, biyolojik ve çevresel risklerin olduğu belirlenmiştir (sırasıyla %41, %24 ve %22) [90]. Fiziksel riskler arasında en sık karşılaşılan, ağır hastaların taşınmasına ve hatalı şekilde sedye taşınmasına bağlı gelişen bel ve sırt problemleridir. Japonya'daki bir çalışmada AABT ve ATT'lerde bel, sırt ve omuz ağrılarının fazla olduğu, A.B.D.'deki bir çalışmada en yaygın yaralanmaların burkulma

ve incinme olduğu (%23 ve %20) ve sıklıkla sırt bölgesinin ve solunum sisteminin hasar gördüğü belirlenmiştir (%20 ve %10). Kan ve vücut sıvılarıyla karşılaşma yüksek orandadır (%15) [51, 144]. Biyolojik riskler kapsamında, hasta kanı ile temas etme olasılığı, sağlığı tehdit eden ciddi bir tehlikedir. A.B.D.'de ambulans personeli üzerinde yapılan diğer bir araştırmada, 49.000'den fazla olay arasında 10.000'den fazlası iğne batması sonucunda gelişmiş olduğu ve son yıl içinde kanla temas edenlerin insidans oranının %21,60 olduğu belirlenmiştir [145]. Uygun kişisel koruyucu donanım kullanımının anlamlı düzeyde koruyucu olduğu bildirilmiştir [146]. Ancak ülkemizde ATT son sınıf öğrencilerinin eldiven, maske, koruyucu gözlük önlük kullanımını gibi standart korunma önlemleri hakkında bilgi düzeyleri yetersiz bulunmuştur [140]. Çevresel risklerden en önemlileri, araç içi ve araç dışı kazalardır. Ambulans personelinin ölümüyle sonuçlanabilen trafik kazaları arasında, şehirler arası nakilde tır çarpması, uçuruma yuvarlanma gibi ciddi boyutlu kazalar yer almaktadır. Başkalarının hayatını kurtarmak üzere yola çıkmış ambulans personelinin, çıktığı bu yolda kendi yaşamını yitirmesi hazin bir tablodur [147, 148]. Psikolojik riskler, ambulans personelinin ruhsal gerilim düzeylerini arttırmaktadır. Japonya'daki araştırmada ruhsal gerilim göstergeleri özellikle deneyimli personelde daha fazla görüldüğü bildirilmiştir [51]. Tehlikelere ancak bilgi ve bilinç düzeylerinin yükseltilmesiyle karşı konulabilir.

### 5.5.1. İşte Can Güvenliği

Kamuda iş yerinde can güvenliğinin korunduğuna inanmadığı için çok endişelenenler birinci ve aynı düşüncede olmalarına rağmen sık ve yoğun kaygıları olmayıp sadece biraz endişe duyanlar ikinci sıradadırlar. Özelde bu iki grubun oranları tersinedir. Özelde iş yerinde can güvenliğinin korunduğuna inanmamalarına rağmen sık ve yoğun kaygıları olmayıp sadece biraz endişe duyanlar birinci ve aynı nedenden ötürü çok endişeli olanlar ikinci sıradadırlar. Temelde, kamuda ve özelde görev yapan ATT'ler çok yüksek oranlarda işte can güvenliklerinin korunmadığına inanmaktadırlar. Bu çok önemli bir belirlemedir. Can güvenliğinin korunduğunu düşünenlerin kamudaki ve özeldeki oranları oldukça düşüktür; üstelik bu gruplarda bile, bir kısım ATT çok endişelidir. Buraya kadar kaydedilen oranlar ilk bakışta özelde olumsuz düşünenlerin ve endişelenenlerin oranlarının kamudakinden düşük olduğu izlenimini verebilir. Ancak kamuya kıyasla özelde önemli bir oran “yorumsuz” seçeneğini işaretlemiştir [Şekil 4-15]. Özeldeki ATT'ler açıkça fikir beyan etmekten çekiniyor olabilirler veya konu

hakkında yorum yapabilecek düzeyde ilgi ve bilgi sahibi olmayabilirler. Yorumsuzlar göz ardı edilmemelidir. Oranlar, ATT'ler arasında, iş yerinde bireysel can güvenliği üzerindeki tehditlerin, ivedilikle ele alınması gereken ciddi bir sorun olduğunu açıkça ortaya koymaktadır. Tablo oldukça vahimdir. Mutlaka çözüm aranması gereken ciddi bir sorundur. Nitekim 112 ASH'nin riskli bir çalışma alanı olma özelliği kabul görmüş olup, ayrıca T.C. Sağlık Bakanlığı düzeyinde başlatılan faaliyetlerle önümüzdeki dönemde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının araştırılmasına ve hasta iletişimlerinin iyileştirilmesine karar verilmiştir [82, 88].

Kamuda iş yerinde bireysel can güvenliğinin korunduğuna inanmadıkları halde sık ve yoğun kaygıları olmaksızın sadece biraz endişeli olan gruba kıyasla, aynı düşünceden dolayı çok endişelenen grupta, genel sağlık ve işe bağlı gerginlik olumsuz yönde etkilenmiştir. Konunun psikik etkileri bununla sınırlıdır; kamuda tükenmişliğin hiçbir alt boyutunda ve özelde hiçbir ölçekte anlamlı fark bulunmamaktadır.

### **5.5.2. İş Kazası, Meslek Hastalığı**

ATT'lerin iş kazası veya enfeksiyonlar dahil meslek hastalığı geçirip geçirmediği sorgulanmıştır. Kamuda ve özelde iş kazası veya meslek hastalığı geçirmemiş olanlar ilk sıralardadırlar; ancak bununla birlikte, geçirmiş olanların oranları az değildir. Dağılımlar, kamudaki durumun daha riskli olduğunu düşündürmektedir. Kamuda görev süresinin ve yaş ortalamasının daha fazla olduğu unutulmamalıdır. Kritik öneminden ötürü, üstelik ATT'lerin genç bir meslek grubu oldukları da göz önünde bulundurulursa, kamuda ve özelde görece düşük oranlardaki “şikayetlerim var ama tetkike gitmedim”, “diğer”, “fikrim yok” ve “açıklama yapmak istemiyorum” yanıtları dikkate alınmalıdır.

Kamuda iş kazası veya meslek hastalığı geçirmiş olmanın, genel sağlık, işe bağlı gerginlik, ve tükenmişliğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere tüm alt boyutları üzerindeki olumsuz etkileri anlamlıdır [Tablo 4-10]. Özelde ölçeklerde anlamlı fark bulunmamaktadır. Kamuda etkili iken, özelde ruhsal gerilime neden olmaması, kaza veya hastalığın ciddiyetinin, olayın niteliğinin ve izleyen dönemde oluşan koşulların, farklı olabileceğini düşündürmektedir. Sonuç olarak, kamuda, ATT'lerde iş kazası veya meslek hastalığının oluşturduğu etkiler önemli sorunlardır.

### 5.5.3. İşe Bağlı Kalıcı Engel

ATT'ler kamuda ve özelde büyük oranlarda, çalıştıkları işe bağlı kalıcı engellerinin olmadığını bildirmişlerdir. Konunun özel hassasiyetinden ötürü, ikinci sırada ve her ne kadar sayısal olarak kamuda ve özelde görece düşük oranlarda yer alsalar da yeterli tetkikten geçmedikleri için işe bağlı kalıcı engelleri olup olmadığını bilmeyenler dikkate alınmalıdır. Aynı şekilde kamuda ve özelde üçüncü sırada yer almalarına rağmen, işe bağlı kalıcı engellerinin olduğunu bildirmiş olan ATT'lerdeki her bir engel, kayda değer bir durum olarak algılanmalıdır. Yaşam kalitesindeki etkiler, engelin boyutlarına ve yarattığı güçlüklerle bağlıdır. Açıklama yapmak istemeyenlerin kamudaki ve özeldeki oranları sayısal değerlerin ötesinde, bireysel olarak ele alınmalıdır. İşe bağlı kalıcı engel söz konusu olduğunda, oranlar niceliklerinin ötesinde niteliksel olarak değerlendirilmelidir.

Kamuda işe bağlı kalıcı engelin, genel sağlık, işe bağlı gerginlik, ve tükenmişliğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere tüm alt boyutları üzerindeki olumsuz etkileri anlamlıdır. Özelde bu etkilerin genel sağlık, duygusal tükenme ve kişisel başarı üzerindeki olumsuz etkiler anlamlıdır. Kamuda “evet” yanıtını verenlerin puan ortalamaları yüksek iken, özelde “bilmiyorum” yanıtını verenlerin puan ortalamalarının yüksek olması dikkat çekicidir [Tablo 4-11]. Bu bulgu, özelde gizlilik veya belirsizlik yönünde yorumlanabilir. Kalıcı engellerin ruhsal gerilim yarattığı ve olumsuz eğilimleri arttırdığı söylenebilir. Konu, kritik önem taşımaktadır.

### 5.5.4. İdari Destek

ASH sağlıklı kişiler tarafından sağlıklı ortamlarda sunulmalıdır. Riskli mesleklerde sağlık sorunları sıktır. Hastane öncesi bakım personelinin sağlık sorunları, hem kendileri hem de başkaları için tehlikeler sunar. İş kazalarında ve meslek hastalıklarında, idare tarafından sağlanacak tıbbi, hukuki ve gerekli her tür destek kritik önem taşır. Hollanda'da yapılan bir araştırmada, stres yönetiminde ve mesleki tatmine ulaşmada, kurumsal faktörlerin bireysel etkenlerden daha önemli olduğu bildirilmiştir [57]. İrlanda'da yapılan bir araştırmada, kritik olay deneyimi olan personelin destekleyici hizmetlere yönelik tavırları, tutumları ve hizmet kullanımındaki engeller araştırılmıştır. Personelin, idari yapının ilgisiz olduğu ve destek sağlamadığı yönündeki algılamasından dolayı ve ayrıca gizliliğin korunmasına dair korkularından ve maçoluk kaygılarından dolayı yardıma başvurmadığı belirlenmiştir. Profesyonel uzman desteğine

ve stres farkındalığı eğitimlerine ihtiyaç duyulmaktadır [141]. İstanbul 112 Başhekimliği tarafından, personele stresle başa çıkabilme yöntemlerini de içeren eğitimlerin düzenlenmekte, eğitim ve araştırma hastanelerindeki psikologlardan ve psikiyatristlerden destek alınmakta, çok ileri seviyede sıkıntıları olan çalışanlara psikolojik destek sağlanmakta olduğu bildirmiştir [129]. Denizli’de fiziksel, biyolojik ve çevresel risklere yönelik iyileştirme çalışmaları başlatılmıştır [90].

Tez çalışmasında, iş kazası veya meslek hastalığı geçirilmiş ise, idare tarafından yeterli destek sağlanıp sağlanmadığı sorulmuştur. Kamuda ve özelde önemli çoğunluk, iş kazası geçirmediğini ve meslek hastalığının olmadığını belirtmiştir. İş kazası veya meslek hastalığı geçirmekle ilgili bir önceki soruda, aynı anlamı taşıyan yanıt seçeneğinin işaretlenme oranları daha yüksektir. Kamuda ve özelde, önceki soruya kıyasla, bu soruda iş kazası geçirmediğini ve meslek hastalığının olmadığını belirtenlerin oranları düşüktür ve ayrıca bu soruyu yanıtlayanların sayıları daha azdır. Önceki soruyu yanıtlamış olanlar, bu sorunun gereksiz olduğunu düşünmüş olabilirler. Belli sayıda ATT, bu soruyu hassas veya yanıtlanması güç bir soru olarak algılamış olabilir. Önemle vurgulanması gereken durum, kamuda ve özelde geçirilmiş iş kazası veya meslek hastalığına rağmen yeterli destek “almadıklarını” ifade edenlerin oranlarının, yeterli destek “aldıklarını” ifade edenlerin oranlarından fazla olmasıdır. Çoğunluk iş kazası veya meslek hastalığı geçirmemiş bile olsa, konunun hassasiyetinden ötürü, görece düşük oranlarda işaretlenmiş olan seçeneklere verilen yanıtların üzerinde ciddiyle durulmalıdır. Kamuda ve özelde meslek hastalığına rağmen, yeterli destek almama durumu söz konusudur. İhtiyaç duyulan tıbbi ve hukuki desteğin kapsamı, idare tarafından tam olarak anlaşılmıyor veya önemsenmiyor olabilir. Kamuda ve özelde açıklama yapmak istemeyenlerin ve diğerlerinin oranları ek olumsuzluklar içeriyor olabilir. Yetkililerin, doğrudan bireyleri hedefe oturtmadan gözlemler yapmaları, sistemde kişiyi gizliliğe iten eksikler ve kusurlar hakkında hipotezler geliştirmeleri önerilir. Tablo düşündürücüdür.

Kamuda iş kazası veya meslek hastalığı “geçirmemiş” olanlara kıyasla “geçirmiş ancak yeterli idari destek almamış” olanların genel sağlık, işe bağlı gerginlik, tükenmişliğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düşüklüğü olmak üzere tüm alt boyutları arasındaki olumsuz yöndeki farklar anlamlıdır. ATT’nin profesyonel-psişik benliği üzerindeki etkiler belirgindir. Özellikle kamuda idari destek

konusuna önem verilmelidir. Kamuda ruh sağlığı göstergeleri üzerinde bu denli etkili iken özeldeki etkiler anlamlı bulunmamıştır. Bu ilgi çekici saptama, çeşitli açılardan sorgulanabilir. Kazanın, hastalığın, hafif veya ağır atlatılması fark yaratmış olabilir. Bununla birlikte, özelde işveren tıbbi veya hukuki destek değil ama maddi yardım sağlamış olabilir. Özelde iş yeri denetlemeleri ve işveren aleyhine maddi yaptırımlar söz konusu olabilir. Bu nedenle, özeldeki ATT’lerde desteklendikleri yönünde duygulanımlar söz konusu olabilir. Bütün bunlar ATT üzerinde psikik açıdan koruyucu etkiler sağlayabilir.

### **5.5.5. Davranışsal Dışa Vurum**

Kamuda ve özelde büyük çoğunluk hiç disiplin cezası almamış olduklarını ifade edenlere kıyasla, disiplin cezası almış olanlar görece düşük oranlardadır. Bulgular, disiplin cezası alma durumunun kamuda veya özelde ATT’ler arasında yaygın bir sorun olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Kamuda “disiplin cezası almış”, “almamış”, “hakkında sadece tutanak tutulmuş” ve “savunması istenmiş” olan dört grubun genel sağlık, işe bağlı gerginlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puan ortalamaları arasındaki farklar anlamlıdır. Kamuda dört grup arasında duygusal tükenme açısından anlamlı fark yoktur [Tablo 4-12]. İlginç şekilde, kamuda hakkında sadece tutanak tutulmuş olanların genel sağlıkları, daha ciddi bir uyarı olan disiplin cezası almış olanlardan daha fazla olumsuz yönde etkilenmiştir. Bu durum, disiplin cezası alan kişinin, cezayı kabullenmesindeki adalet duygusu ile ilgili olabilir. Ayrıca, özenli ve titiz davranmanın, itina göstermenin, zor koşullara rağmen kurallara uygun davranma gayretinin, genel sağlık üzerinde yıpratıcı bir etken olduğu düşünülebilir. Kamuda hiç disiplin cezası almamış olanlara kıyasla hakkında sadece tutanak tutulmuş olanların genel sağlıkları beklendiği gibi daha fazla olumsuz yönde etkilenmiştir. Savunması istenmiş kişilerin genel sağlıkları ve işe bağlı gerginlikleri, hiç disiplin cezası almamış olanlardan daha fazla olumsuz yönde etkilenmiştir. Hakkında sadece tutanak tutulmuş olanlar, hiç disiplin cezası almamış olanlardan daha fazla duyarsızlaşmışlardır. Bu tutum, aldırış etmezlik ve umursamazlık tavrı olarak değerlendirilebilir; ancak büyük olasılıkla, yıpranma, bıkkınlık, usanma ve kanıksama kaynaklı yansımalarıdır. Özelde ölçek bulguları anlamlı değildir. Kamuda, memuriyetteki “sicil” kavramının ve diğer disiplinle ilgili yaptırımların, ruhsal etkiler yarattığı düşünülebilir. Kamuda bunun dışındaki bağımlılar beklendiği gibidir.



## 5.6. Genel Dağılımlar ve Toplam Ölçek Karşılaştırmaları

Özele kıyasla kamuda ölçek puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte, aradaki farklar hiçbir ölçekte anlamlı bulunmamıştır [Tablo 4-13]. Genel sağlık, işe bağlı gerginlik ve tükenmişliğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olmak üzere tüm alt boyutları, kamuda ve özelde genel olarak benzer dağılımlar göstermektedir.

Kamuda ve özelde ölçek sorularına verilen yanıtlar karşılaştırıldığında, toplam elli iki sorudan sadece beş soruya verilen yanıtlar kamu aleyhine farklılık göstermektedir. Beş sorunun ikisi işe bağlı gerginlik ile ve üçü tükenmişliğin duyarsızlaşma alt boyutu ile ilgilidir. Özele kıyasla kamuda görev yapan ATT'ler daha yüksek oranda, işlerinde hak ettikleri takdiri görmediklerini düşünmektedirler. Çalışmalarının hak ettiği değeri görmediğini ve layık olduğu oranda beğenilmediğini düşünüyor olmak, elbette ki kişiyi olumsuz yönde etkileyecektir. Eğer söz konusu olan, hastaların ve yakınlarının takdirleri ise, acil sağlık hizmeti verilen kitlenin kamuda ve özelde farklı nitelikler taşıdığı düşünülebilir. Hastaların sosyokültürel özelliklerinin yanı sıra hastalıklarının şiddeti ve dereceleri farklı olabilir. Eğer söz konusu olan, idari yetkililerin ve işverenlerin takdirleri ise, kamuda ve özelde ödüllendirme mekanizmalarının farklı olduğu düşünülebilir. Özele kıyasla kamuda görev yapan ATT'ler daha yüksek oranda, işe sıklıkla geç gittiklerini bildirmişlerdir. Bu durum, olumsuz duyguları ve gerginliği yansıtmak açısından, önemli bir bulgu olarak değerlendirilmelidir. Böyle tepki veren bir ATT'nin çalışma düzeninde türlü aksaklıklara neden olacağı ve zorluklar yaratacağı kuşkusuzdur. Buna rağmen, özele kıyasla kamuda ATT'nin işinin sonlandırılması olasılığı daha düşüktür. Özelde işe birkaç kez geç kalan bir ATT'nin işinin şirket tarafından kısa sürede sona erdirileceği düşünülebilir. Dolayısıyla, özelde görev yapan ATT'lerin anket sorularını yanıtlarken, işe sıklıkla geç kaldıklarını bildirme olasılıklarının yüksek olması beklenilmez. Özele kıyasla kamuda görev yapan ATT'ler mesleğe başladıklarından beri insanlara karşı katılaştıklarını, işlerinden dolayı duygusal olarak katılaştıkları için sıkıntı duyduklarını ve bazı insanların başlarına gelenleri gerçekten umursamadıklarını ifade etmişlerdir. Ağır yaralılarla, intihar vakalarıyla, yaralı çocuklarla ve ölümlerle yakın temas halinde çalışmakta olan ambulans personeli ile hastalar ve yakınları arasındaki zayıf iletişim ve empatiden yoksun davranışlar, çoğu zaman doğal reaksiyonlar olarak karşılanır.

Oysa bunlar, büyük olasılıkla tedavi edilmeden art arda birikmiş olan travmalardan kaynaklanmaktadır [63]. Bu tür belirlemeler doğal durumlar olarak karşılanmamalı ve kesinlikle hafife alınmamalıdır. Özellikle kamudaki belirlemeler dikkate alınmalıdır.

Kamuda işe bağlı gerginliğin arttığı durumlarda duygusal tükenme artmış ve kişisel başarı düşmüştür; ayrıca kamuda duygusal tükenmenin arttığı durumlarda duyarsızlaşma artmıştır ve birlikte değişim ilişkileri orta güçtedir. Kamuda duyarsızlaşmanın artmış olduğu durumlarda kişisel başarı düşmüştür, özelde duygusal tükenmenin arttığı durumlarda duyarsızlaşma artmıştır ve birlikte değişim ilişkileri güçlüdür. Kamuda duygusal tükenmenin arttığı durumlarda kişisel başarı düşmüştür, özelde duygusal tükenmenin ve duyarsızlaşmanın arttığı durumlarda kişisel başarı düşmüştür ve birlikte değişim ilişkileri çok güçlüdür. Bulgular genel anlamda literatür saptamalarıyla uyumludur. Ülkemizde öğretim üyesi, uzman, pratisyen, asistan doktorlar, hemşireler, eczacılar, diş hekimleri, ebeler, sağlık teknisyenleri ve sağlık memurları olmak üzere sağlıkçılar üzerinde yapılan geniş kapsamlı çalışmada, işe bağlı gerginliğin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı düşüklüğü olmak üzere tükenmişliğin tüm alt boyutlarıyla güçlü pozitif ilişkiler gösterdiği belirlenmiştir. İşe bağlı gerginlik ile tükenmişlik duyguları sıklıkla bir arada yaşanmaktadır [116].

## 5.7. Sonuç

### 5.7.1. Kamuda ve Özelde Acil Tıp Teknisyenlerinin Genel Profil Karşılaştırmaları

Kamuda ve özelde görev yapan ATT'lerin demografik özellikleri, çalışma koşulları, sosyoekonomik düzeyleri, eğitimleri ve iş sağlığı standartlarıyla ilgili düşüncelerinin genel sağlık, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeyleri üzerindeki etkileri karşılaştırılmıştır. Dikkat çeken özellikler, göreceli belirlemeler ve genel eğilimler karşılaştırmalı olarak sunulmuştur. Kamuda, kadınların oranı fazladır. Özelde, kadınlarla erkeklerin oranları birbirine yakındır. Kamuda yaş ortalaması daha yüksektir. Kamuda evliler ve özelde bekârlar fazladır. Kamuda ve özelde en fazla sayıda ATT Bakırköy Bölgesinde görev yapmaktadır. Kamuda en az sayıda ATT Fatih Bölgesinde ve özelde en az sayıda ATT Çekmece Bölgesinde görev yapmaktadır. Özelde görevli ATT'ler, bazı konularda, daha yüksek oranda yorumsuz kalmaktadırlar. Bu belirlemeye, işte can güvenliği, istediği yerde görev yapma ve az farkla işe bağlı kalıcı engeli olma gibi konular örnek gösterilebilir. Altta yatan neden, çekingenlik veya kararsızlık

olabilir. Kamuda neredeyse tüm ATT'ler, nöbet tutmaktadırlar. Özelde, çalışma sistemi çeşitlilik göstermektedir. Özelde yarıya yakın oranda ATT, nöbet tutmaksızın, sadece gündüz mesai saatlerinde çalışılmaktadır. Özeldeki ATT'lerin yaklaşık dörtte biri, nöbet tutmaktadır. Kamuda çoğunluk, ayda sekiz veya dokuz nöbet tutmaktadır. Özelde çoğunluk, nöbet tutmamaktadır ve bunu ayda en az on nöbet tutanlar izlemektedir. Özele kıyasla kamuda, nöbet başına daha fazla sayıda vaka görülmektedir. İşe gidip gelirken yolda geçirilen zaman, az farkla kamuda, özelden fazla. Kamuda öncelikli beklentiler sırasıyla, ücret artışı, meslekte sosyal koşulların ve fiziksel ortamın iyileştirilmesi ile ilgilidir. Özelde öncelikli beklentiler sırasıyla, meslekte sosyal koşulların iyileştirilmesi, görevde yükselme imkânı ve ücret artışı ile ilgilidir. Kamuda, KKM'inden tıbbi destek ve danışmanlık alamadıklarını; buna karşılık özelde, üstlerinden tıbbi destek ve danışmanlık aldıklarını düşünenler, ilk sıralarda yer almaktadırlar. Kamuda haksız yere suçlandıklarını düşünenler fazladır. Aynı düşünce, özelde de önemli bir konudur. Özele kıyasla kamuda daha yüksek oranda ATT, haksız yere suçlandığını düşünmektedir. Buna rağmen kamuda ve özelde büyük çoğunluk, başkalarının duyarsız veya kötü niyetli olmadıklarına inanmaktadır. Her iki sektörde de yorumsuzlar bulunmaktadır. Arada fazla fark bulunmamakla birlikte, hastaların nakli, özele kıyasla kamuda daha büyük bir sorundur. Bu durumdan kaynaklanan yıpranmanın kamudaki etkileri, özelden fazla. Kamuda daha fazla kritik acil vaka müdahalesi yapılıyor veya lojistik belirsizlikler yaşanıyor olabilir. Kamudaki gelir düzeyi, belli oranda, özelden yüksektir. Kamudaki ve özeldeki ATT'lerin yarıya yakınında, hane halkı en az üç kişiden oluşmaktadır. Kamuda yaygın oranda, evde birden fazla kişi gelir getiren işte çalışmaktadır. Buna karşılık özelde görev yapan ATT, genellikle evine gelir getiren tek kişidir. Kamuya kıyasla özelde, az farkla, ATT'ler dışarıdan daha fazla ek maddi destek almaktadırlar. Arada az fark olmasına rağmen, özele kıyasla kamuda, eğitim düzeyleri daha yüksektir ve öğrencilik daha yaygındır. Özele kıyasla kamuda görevli ATT'ler daha yaygın olarak, mezuniyet öncesi eğitimlerinin yetersiz olduğunu düşünmektedirler ve az farkla yorumsuzların oranı daha yüksektir. Kamuya kıyasla özelde, meslek seçimlerini bilinçli olarak yaptıklarına inananlar daha fazladır. Kamuda işte can güvenliğinin korunduğuna inananlar ve bu nedenle endişeli olanlar daha fazladır; ancak, özelde yorumsuzların oranı daha yüksektir. Kamuda iş kazası ve meslek hastalığı geçirme riski daha yüksektir; psikik etkiler anlamlıdır. Kamuda iş kaynaklı sağlık sorunları daha zor atlatılıyor olabilir.

Arada fazla fark bulunmamakla birlikte, kamuda iş kazası veya meslek hastalığı geçirenler, yeterli idari destek alamadıklarını düşünmektedirler ve bundan kaynaklanan psişik etkiler daha belirgindir. Kamuda az farkla, işe bağı kalıcı engel riski daha yüksektir ve az farkla yorumsuzlar daha fazladır. Kamuda disiplin cezaları ve sorgulamalar yaygın sorunlar değildir. Çok az farkla, kamudaki durum özeldekenden daha kötü görünmektedir.

### 5.7.2. Öneriler

Ülkemizde 2 Kasım 2011 tarihli 28103 mükerrer sayılı Kanun Hükmünde Kararnameyle, Sağlık Bakanlığı ve bağı kuruluşlar yeniden yapılandırılmıştır. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini kapsayan yaygın düzenlemelere rağmen, hastane öncesi ASH henüz belirgin değişime uğramamıştır. Ambulans hizmetlerinde, var olan durum korunmaktadır. Halk Sağlığı uzmanları, şu anki durumunu doğru değerlendirmeli ve ileride bu alanda söz konusu olabilecek değişimlere hazırlıklı olmalıdırlar. Kamu ile özel karşılaştırmalarına ağırlık verilmeli, sağlık politikalarına yön verebilecek araştırmalar yürütülmeli, kanıta dayalı sonuçlar sunulmalıdır.

ATT'lere yönelik tez çalışmasından elde edilen anlamlı sonuçlar ve ilgililerden gelen yorumlar, ambulans ve AABT'lere ve tüm ambulans personeline yönelik çalışmaların planlanmasını teşvik edici niteliktedir.

Mesleki riskler ve iş kaynaklı psişik etkiler açısından; cinsiyetler arasındaki farklar algılanmalı, özellikle kamuda kadınlarda gerginlik yaratan durumlara duyarlı planlanmalar yapılmalı, yaşla birlikte artan sorumlulukların ve yaşanmış olumsuzlukların ruhsal gerilimi arttırabileceğı anlaşılmalı, medeni durum değişkeninin özellikle tükenmişlik düzeylerini etkilediğı bilinmeli, evli veya bekâr olmanın hastaya yaklaşımları, gerilim ve duygudaşlık düzeylerini etkileyebileceğı unutulmamalı, uygun düzenlemeler yapılmalı, sağlıklı çalışma koşullarının oluşturulabilmesi için, özenle hazırlanacak yararlı programlar geliştirilmelidir. Söz konusu unsurlar, yöneticiler tarafından gereğince kavranmalı ve bilinçli dengeler oluşturulmalıdır.

Çekmece ve Fatih bölgelerdeki idari yapı, nüfus yoğunluğu, iş yükü, personel kapasitesi, çalışma sistemi, yol durumu gibi etkenler göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle kamudaki olumsuz etkilerin giderilmesi için, bölgesel koşullar dikkate alınmalı ve nüfus dağılımları ile uyumlu personel görevlendirmeleri yapılmalıdır. ATT

için istediği yerde görev yapmanın önemi, idareci tarafından yeterince anlaşılmalı ve mümkün olan her durumda, atamalar uygun şekilde düzenlenmelidir.

Özel sektörde ATT'lerin birden fazla konuda yorumsuz kalmış olmalarından ötürü, bunu izleyen araştırmalarda, ileri derecede gizlilik içeren anket toplama sistemleri kurgulanmalıdır. Bu belirleme, araştırmanın tasarımı özellikle dikkate alınmalıdır.

İdari amirler ve yöneticiler, ATT'lerin nöbet tutmaktan olumsuz yönde etkilendiklerini, düzensiz iş saati uygulamalarının ruhsal gerilime ve duygusal yıpranmaya yol açabileceğini bilmelidirler. Planlama yetkilileri, zorunlu durumlar dışında, personel ve hizmet noktaları düzenlemelerinde bu konuda duyarlı olmalıdırlar.

İş memnuniyetinin artmasına yönelik ATT'lerin öncelikli beklentileri önemsenmelidir. İlk sıralardaki ücretlerin, mesleki saygınlığın, görevde yükselmenin, iş ortamındaki fiziksel koşulların ve sosyal olanakların iyileştirilmesiyle ilgili dilek ve isteklere yapıcı yaklaşılmalı, yaratıcı çözümler üretilmelidir. Üst kademedeki sağlık personelinin alınan uzman desteği, ATT'lerde ruhsal gerilimin önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bazen haksız yere suçlandığını düşünüyor olmak, özellikle kamuda ve belli oranda özelden önemli bir sorundur. Bu alanlarda geliştirme çalışmalarına ağırlık verilmeli, yeni hedefler konulmalı, hasta nakil düzenlemeleri etkinleştirilmeli ve ilerlemeler kaydedilmelidir.

Genel değerlendirmede, kamuda eğitim düzeyi özelden daha yüksektir ve öğrencilik daha yaygındır. Eğitim, sağlık sistemine katkı olarak algılanmalı, idari yetkililer olumlu bakış açıları geliştirmeli, öğrenci olmanın yarattığı gerginliklerin aşılmasında ATT'ler olabildiğince desteklenmelidir. Bilinçli ve istekli meslek seçimi, psişik göstergelerin tamamını güçlü derecelerde etkilemektedir. Mesleğe hazırlık niteliğindeki mezuniyet öncesi eğitimlerde, iyileştirme çalışmalarına gereksinim vardır. Hizmet içi eğitimlerin motivasyon üzerindeki olumlu etkilerini arttırabilmek için, yurt içindeki ve dışındaki en iyi uygulamalar örnek alınmalıdır.

ASH riskli birimlerdir. İşte can güvenliği ile ilgili endişeleri olanlar, geçirilmiş iş kazasına veya meslek hastalığına rağmen idarenin yeterli desteği sağlamadığını düşünenler, yorumsuz kalanlar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olan psişik etkiler, bilgi eksiklikleri; iş sağlığı ve çalışan güvenliği konularının ivedilikle ele alınması gerektiğine işaret eden belirlemelerdir. Dağılımlar, kamudaki durumun daha riskli

olduđunu dűşündürműştür; ancak bununla birlikte, özelde yorumsuzların fazla olması önemli bir saptamadır. Kapsamlı çalışmalar yürütülmelidir.

## KAYNAKLAR

- 1- Önal GF. Hekim-Hasta İlişkileri ve Tıbbi Etik. Acil Hekimliği Sertifika Programı Temel Eğitim Modülü. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü (İSM). Sunum. 15 Mayıs 2009.
- 2- Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ. T.C. Resmî Gazete. Tarih ve Sayı: 26 Mart 2009; 27181.
- 3- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı. Aralık 2003. Resmî Site. Erişim Tarihi: 5 Şubat 2013. <http://saglik.gov.tr/TR/belge/1-2906/saglikta-donusum-programi.html>
- 4- Ataay F. Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme. Türk Tabipleri Birliği (TTB) Yayınları. Birinci Baskı. Ankara. Haziran 2007. Erişim Tarihi: 29 Aralık 2012. [http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kamu\\_hastane.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kamu_hastane.pdf)
- 5- T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. Dokuzuncu Kalkınma Planı 2007-2013. Resmî Site. Erişim Tarihi: 9 Şubat 2013. <http://plan9.dpt.gov.tr/plan9.htm>
- 6- Munir K ve ark. Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası. Republic of Turkey National Mental Health Policy. T.C. Sağlık Bakanlığı. Resmî Yayın: Kitap (Türkçe 204, İngilizce 206 sayfa). Ankara. 2006.
- 7- National Highway Traffic Safety Administration Office of Emergency Medical Services. Official Site. Erişim Tarihi: 6 Mayıs 2013. <http://www.nhtsa.gov/>
- 8- Temel İlk Yardım Uygulamaları Eğitim Kitabı. İSM Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü. İstanbul. 2011.
- 9- Acil Sağlık Hizmetleri (ASH) Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete; Tarih ve Sayı: 11 Mayıs 2000; 24046. Değişiklik Tarih ve Sayı: 24 Mart 2004; Sayı: 25412. Değişiklik Tarih ve Sayı: 15 Mart 2007; 26463.
- 10- T.C. Sağlık Bakanlığı, Bakanlık Teşkilatı, Teşkilat Şeması. Resmî Site. Erişim Tarihi: 6 Şubat 2013. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-semasi.html>

- 11- T.C. Sağlık Bakanlığı, Bakanlık Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar, ASH Genel Müdürlüğü. Resmî Site. Erişim Tarihi: 6 Şubat 2013. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-75545/h/acilsaglikhizmetlerigm.pdf>
- 12- T.C. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Tarih ve Sayı: 2 Kasım 2011; Mükerrer 28103.
- 13- İSM ASH Şube Müdürlüğü. Resmî Site. Erişim Tarihi: 7 Şubat 2013. [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/ash/ash\\_index.asp](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/ash/ash_index.asp)
- 14- T.C. Sağlık Bakanlığı Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği. Tarih ve Sayı: 7 Aralık 2006; 26369. Değişiklik Tarih ve Sayı: 10 Nisan 2012; 28260.
- 15- Waterhouse P. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Sağlık Sektörü Master Planı. Ankara, 1989.
- 16- Türkiye Büyük Millet Meclisi Kararı. Resmî Gazete. Tarih ve Sayı: 1 Temmuz 2006 Mükerrer; 26215.
- 17- Sağlıkta Dönüşüm Projesi. Türkiye. Dünya Bankası Türkiye. Resmî Site. Erişim Tarihi: 9 Şubat 2013. <http://web.worldbank.org/>
- 18- Health Transition Project. Turkey. The World Bank Group. Official Site. Erişim Tarihi: 9 Şubat 2013 Cumartesi. <http://www.worldbank.org.tr/>
- 19- Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Projesi. Dünya Bankası Türkiye. Resmî Site. Erişim Tarihi: 11 Şubat 2013. <http://web.worldbank.org/>
- 20- Project in Support of Restructuring of Health Sector. Turkey. The World Bank Group Official Site. Erişim Tarihi: 11 Şubat 2013. <http://www.worldbank.org.tr/>
- 21- Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı. Türkiye. Resmî Site. Erişim Tarihi: 11 Şubat 2013. <http://www.undp.org.tr/Gozlem2.aspx?WebSayfaNo=794>
- 22- Kaan T, Atalay S. SSK Gerçeği. Ankara Tabip Odası Hekim Postası Eki. Kasım 2004.
- 23- Gürkan BE. Sağlıkta Özelleştirme: Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sayı: 180. Erişim Tarihi: 8 Şubat 2013. <http://ozgurlukdunyasi.org/arsiv/>



- 24- Yeldan E. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Gerçekler. Bilkent Üniversitesi. Resmî Site. Ankara. 12 Ocak 2005. Erişim Tarihi: 11 Şubat 2013. [http://www.bilkent.edu.tr/~yeldane/Yeldan07\\_12Ocak05.pdf](http://www.bilkent.edu.tr/~yeldane/Yeldan07_12Ocak05.pdf)
- 25- Lister J. Health Policy Reform: Driving the Wrong Way? Middlesex University Press, United Kingdom. July 5, 2005. ISBN1904750451.
- 26- Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy. 2005 Jan; 71 (1): 83-96.
- 27- Soyer A. Sağlıkta Dönüşüm Öyküsünün Son Üç Yılı. Dosya Sosyal Güvenlik Dergisi. Ankara. Kasım 2006. 76-79.
- 28- Yaşar GY. 'Health transformation programme' in Turkey: an assessment. Int J Health Plann Manage. 2011 Apr-Jun; 26 (2): 110-33. doi: 10.1002/hpm.1065. Epub 2010 Oct.
- 29- TTB 663 Sayılı Anayasaya Aykırılık Raporu. Resmî Site. 28 Aralık 2011. Erişim Tarihi: 11 Şubat 2013. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/hukuk-2947.html>
- 30- T.C. Adalet Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu. Tarih ve Sayı: 10 Aralık 2003; 5018.
- 31- T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2010-2014. Yayın No: 788. ISBN: 978-975-590-315-6. Ankara.
- 32- T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Bölge Planlamasına İlişkin Uygulamalar Hakkında Genelge. Tarih ve Sayı: 2 Temmuz 2010; 2010/50.
- 33- T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ. Tarih ve Sayı: 16 Ekim 2009; 27378.
- 34- T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 112 Hizmet Kalite Standartları. Ankara. 2011. ISBN: 978-975-590-378-1.
- 35- T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı 112 Hizmet Kalite Standartları Rehberi. Ankara. 2008.

- 36- Dolphin J. When does the private ambulance business become the public ambulance service? *Emerg Med Serv.* 1978 May-June; 7 (3): 114, 116.
- 37- Narad RA, Gillespie W. The public vs private debate: separating facts from values. 1998 Jul-Sep; 2 (3): 196-202.
- 38- Yiğit V, Tengilimoğlu D, Kısa A, Younis MZ. Outsourcing and its implications for hospital organizations in Turkey. *J Health Care Finance.* 2007 Summer; 33 (4): 86-92.
- 39- Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehospital Disaster Medicine.* 2003 January-March; 18 (1): 29-35; discussion 35-7.
- 40- Domres B, Schauwecker HH, Rohrmann K, Roller G, Maier GW, Manger A. The German approach to emergency/disaster management. *Med Arh.* 2000; 54 (4): 201-3.
- 41- Narad RA. Emerging organizational structures in the ambulance industry in the United States. *Prehosp Disaster Med.* 2000 Jan-Mar; 15 (1): 49-56.
- 42- Black A, Hamilton L. Public health. Capital gains. *Health Serv J.* 1997 Nov 6; 107 (5578): 26-7.
- 43- Narad NA. Economic regulation of ambulance services in California. *Prehosp Emerg Care.* 1997 Oct-Dec; 1 (4): 253-8.
- 44- Reissman SG. Privatization and emergency medical services. *Prehosp Disaster Med.* 1997 Jan-Mar; 12 (1): 22-9.
- 45- Narad RA. An inventory of ambulance service regulatory programs in California. *Prehosp Disaster Med.* 1998 Jan-Mar; 13 (1): 49-54.
- 46- Ali M, Miyoshi C, Ushijima H. Emergency medical services in Islamabad, Pakistan: a public-private partnership. *Public Health.* 2006 Jan; 120 (1): 50-7. Epub 2005 Sep 29.
- 47- İSM ASH Şube Müdürlüğü 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği Eğitim ve Kalite Birimi. Resmî Yazı. Tarih ve Sayı: 15 Eylül 2011; 254162.

- 48- Wang J, Korczykowski M, Rao H, Fan Y, Pluta J, Gur RC, McEwen BS, Detre JA. Gender difference in neural response to psychological stress. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2007 Sep; 2 (3): 227-39.
- 49- Cydulka RK, Emerman CL, Shade B, Kubincanek J. Stress levels in EMS personnel: a national survey. *Prehosp Disaster Med*. 1997 Apr-Jun; 12 (2): 136-40. PMID: 10186997.
- 50- Cydulka RK, Lyons J, Moy A, Shay K, Hammer J, Mathews J. A follow-up report of occupational stress in urban EMT-paramedics. *Ann Emerg Med*. 1989 Nov; 18 (11): 1151-6.
- 51- Okada N, Ishii N, Nakata M, Nakayama S. Occupational stress among Japanese emergency medical technicians: Hyogo Prefecture. *Prehospital Disaster Med*, 2005; 20: 115-21.
- 52- Bennett P, Williams Y, Page N, Hood K, Woollard M. Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. *Emerg Med J*. 2004 Mar; 21 (2): 235-6.
- 53- Berger W, Figueira I, Maurat AM, Bucassio EP, Vieira I, Jardim SR, Coutinho ES, Mari JJ, Mendlowicz MV. Partial and full PTSD in Brazilian ambulance workers: prevalence and impact on health and on quality of life. *J Trauma Stress*. 2007 Aug; 20 (4): 637-42.
- 54- Cardoso PM, Fernandes CFV. Marital status, management level and social support differential in organizational role stress among doctors. *European Journal of Social Science*. March 2011. 2011 Mar; 20 (3).
- 55- Weibel L, Gabrion I, Aussedat M, Kreutz G. Work-related stress in an emergency medical dispatch center. *Ann Emerg Med*. 2003 Apr; 41 (4): 500-6.
- 56- Aasa U, Brulin C, Angquist KA, Barnekow-Bergkvist M. Work-related psychosocial factors, worry about work conditions and health complaints among female and male ambulance personnel. *Scand J Caring Sci*. 2005 Sep; 19 (3): 251-8.
- 57- Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ, de Haes HCJM. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ*. Feb 4, 2003; 168 (3): 271-5.

- 58- Sterud T, Hem E, Ekeberg Ø, Lau B. Occupational stressors and its organizational and individual correlates: a nationwide study of Norwegian ambulance personnel. *BMC Emerg Med.* 2008 Dec 2; 8:16. doi: 10.1186/1471-227X-8-16.
- 59- van der Ploeg E, Kleber RJ. Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms. *Occup Environ Med.* 2003 Jun; 60 Suppl 1:i40-6.
- 60- Backé EM, Kaul G, Klußmann A, Liebers F, Thim C, Maßbeck P, Steinberg U. Assessment of salivary cortisol as stress marker in ambulance service personnel: comparison between shifts working on mobile intensive care unit and patient transport ambulance. *Int Arch Occup Environ Health.* 2009 Oct; 82 (9): 1057-64. doi: 10.1007/s00420-009-0428-3. Epub 2009 Jun 17.
- 61- Bennett P, Williams Y, Page N, Hood K, Woollard M, Vetter N. Associations between organizational and incident factors and emotional distress in emergency ambulance personnel. *Br J Clin Psychol.* 2005 Jun; 44 (Pt 2): 215-26.
- 62- Mahony KL. Management and the creation of occupational stressors in an Australian and a UK ambulance service. *Aust Health Rev.* 2001; 24 (4): 135-45.
- 63- Jonsson A, Segesten K. Guilt, shame and need for a container: a study of post-traumatic stress among ambulance personnel. *Accid Emerg Nurs.* 2004 Oct; 12 (4): 215-23.
- 64- Stout J, Pepe PE, Mosesso VN Jr. All-advanced life support vs tiered-response ambulance systems. *Prehosp Emerg Care.* 2000 Jan-Mar; 4 (1): 1-6.
- 65- Knott A. Emergency medical services in rural areas: the supporting role of state EMS agencies. *J Rural Health.* 2003 Fall; 19 (4): 492-6.
- 66- Wiitavaara B, Lundman B, Barnekow-Bergkvist M, Brulin C. Striking a balance--health experiences of male ambulance personnel with musculoskeletal symptoms: a grounded theory. *Int J Nurs Stud.* 2007 Jul;44(5):770-9. Epub 2006 Apr 4.
- 67- Aasa U, Kalezic N, Lyskov E, Angquist KA, Barnekow-Bergkvist M. Stress monitoring of ambulance personnel during work and leisure time. *Int Arch Occup Environ Health.* 2006. *Int Arch Occup Environ Health.* 2006 Oct; 80 (1): 51-9. Epub 2006 May 6.

- 68- Sarıyar M. İstanbul Valisi uyardı! Haber. Yayın Tarihi: 19 Eylül 2012. Erişim Tarihi: 29 Ekim 2012. <http://www.haberturk.com/yasam/haber/777911-istanbul-valisi-uyardi>
- 69- Hjalte L, Suserud BO, Herlitz J, Karlberg I. Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care. *Eur J Emerg Med.* 2007 Jun; 14 (3): 151-6.
- 70- Kleinman JC, Tanner MM, Soodalter DL, Cutler JA, Weiss RJ. Planning for emergency medical services in Boston. *Public Health Rep.* 1975 Sep-Oct; 90 (5): 460-6.
- 71- Neale AV. Work stress in emergency medical technicians. *J Occup Med.* 1991 Sep; 33 (9): 991-7.
- 72- Young KM, Cooper CL. Occupational stress in the ambulance service: a diagnostic study. *Health Manpow Manage.* 1997; 23 (4-5): 140-7.
- 73- İSM 2010-1-TR1-LEO02-14443. T.C. Avrupa Birliği (AB) Bakanlığı Türk Ulusal Ajansı. Resmî Site. Erişim Tarihi: 7 Mayıs 2013. <http://www.ua.gov.tr/docs/leonardo-da-vinci/ek-1-ldv-kabul-2010.pdf?sfvrsn=0>
- 74- Ceylan M. Sunum. 19 Ocak 2013. T.C. Avrupa Birliği (AB) Bakanlığı. Resmî Site. Erişim Tarihi: 7 Mayıs 2013. [http://www.abgs.gov.tr/files/ulusal\\_ajans\\_sunusu\\_\\_19\\_ocak\\_2013\\_\\_.pdf](http://www.abgs.gov.tr/files/ulusal_ajans_sunusu__19_ocak_2013__.pdf)
- 75- Schwartz RJ, Benson L, Jacobs LM. The prevalence of occupational injuries in EMTs in New England. *Prehospital Disaster Medicine.* 1993. 8 (1): 45-50.
- 76- Rodgers LM. A five-year study comparing early retirements on medical grounds in ambulance personnel with those in other groups of health service staff. Part I: Incidences of retirements. *Occup Med (Lond).* 1998 Jan; 48 (1): 7-16.
- 77- Rodgers LM. A five year study comparing early retirements on medical grounds in ambulance personnel with those in other groups of health service staff. Part II: Causes of retirements. *Occup Med (Lond).* 1998 Feb; 48 (2): 119-32.
- 78- Gamble RP, Stevens AB, McBrien H, Black A, Cran GW, Boreham CA. Physical fitness and occupational demands of the Belfast ambulance service. *Br J Ind Med.* 1991 Sep; 48 (9): 592-6.

- 79- Leyk D, Rohde U, Erley O, Gorges W, Essfeld D, Erren TC, Piekarski C. Maximal manual stretcher carriage: performance and recovery of male and female ambulance workers. *Ergonomics* 2007; 50 (5): 752-62.
- 80- Cook RT, Meador SA, Buckingham BD, Groff LV. Opportunity for seatbelt usage by ALS providers. *Prehosp Disaster Med*, 1991; 6 (4): 469-71.
- 81- Levick NR, Swanson J. An optimal solution for enhancing ambulance safety: Implementing a driver performance feedback and monitoring device in ground emergency medical service vehicles. *Annu Proc Assoc Adv Automot Med*. 2005; 49: 35-50.
- 82- 112 Riskli Birim ve Sürücülük Farkı. Kamu Görevlileri Hakem Kurulu Kararı. *Resmî Gazete*. Tarih ve Sayı: 29 Mayıs 2012; 2012/1.
- 83- Kartal'da Ambulans Doktorunun Darp Edilmesi. Haber. Anadolu Ajansı. Yayın Tarihi: 22 Mayıs 2012. Erişim Tarihi: 4 Kasım 2012. <http://www.sondakika.com/haber/haber-kartal-da-ambulans-doktorunun-darp-edilmesi-3642699/>
- 84- Vezirköprü'de 112 Saldırı. Haber. Erişim Tarihi: 4 Kasım 2012. <http://www.vezirkopruozlem.net/haber/vezirkoprude-112-saldiri-1451.html>
- 85- Polat E. Ambulans görevlilerine hasta yakınlarından darp. Haber. Doğan Haber Ajansı. Yayın Tarihi: 28 Ocak 2012. Erişim Tarihi: 4 Kasım 2012. [http://www.posta.com.tr/turkiye/HaberDetay/Ambulans\\_gorevlilerine\\_hasta\\_yakinlarindan\\_darp.htm?ArticleID=106869](http://www.posta.com.tr/turkiye/HaberDetay/Ambulans_gorevlilerine_hasta_yakinlarindan_darp.htm?ArticleID=106869)
- 86- Yol isteyen ambulans sürücüsünü darp edildi. Haber. Cihan Haber Ajansı. Yayın Tarihi: 25 Haziran 2011. Erişim Tarihi: 4 Kasım 2012. <http://www.personelsaglik.com.tr/guncel/yol-isteyen-ambulans-surucusunu-darp-edildi-h3674.html#ixzz2BGcFwTl5>
- 87- Ambulans Görevlilerine Saldıranlara Soruşturma. İhlas Haber Ajansı. Erişim Tarihi: 4 Kasım 2012. <http://www.malatyagercek.com/asayis/ambulans-gorevlilerine-saldiranlara-sorusturma-h42416.html>
- 88- Sağlık Çalışanlarına Şiddeti Değerlendirdi. Haber. Türkiye Radyo Televizyon Kurumu. Resmî Site. Yayın Tarihi: 5 Ekim 2012. Erişim Tarihi: 4 Kasım 2012.

<http://www.trthaber.com/haber/saglik/saglik-calisanlarina-siddeti-degerlendirdi-58444.html>

- 89- Ölmezoğlu ZB, Vatansever K, Ergör A: İzmir metropol alanı 112 çalışanlarında şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim* 1999; 14: 420-425.
- 90- Denizli İl Ambulans Servisi. Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının İş Sağlığı ve İş Güvenliği Projesi Ön Sonuçları. Erişim Tarihi: 29 Ekim 2012. <http://www.112denizli.org/tr/hastane-oncesi-acil-saglik-hizmetlerinde-is-sagligi-ve-is-guvenligi-projesi>
- 91- Barnekow-Bergkvist M, Aasa U, Angquist KA, Johansson H. Prediction of development of fatigue during a simulated ambulance work task from physical performance tests. *Ergonomics*. 2004 Sep 15; 47 (11): 1238-50.
- 92- Sterud T, Ekeberg Ø, Hem E. Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2006 Jul 3; 6: 82.
- 93- Neely KW, Spitzer WJ. A model for a statewide critical incident stress (CIS) debriefing program for emergency services personnel. *Prehosp Disaster Med*. 1997 Apr-Jun; 12 (2): 114-9.
- 94- Alexander DA, Klein S. Ambulance personnel and critical incidents: impact of accident and emergency work on mental health and emotional well-being. *Br J Psychiatry*. 2001 Jan; 178 (1): 76-81.
- 95- Sterud T, Hem E, Lau B, Ekeberg Ø. Suicidal ideation and suicide attempts in a nationwide sample of operational Norwegian ambulance personnel. *J Occup Health*. 2008; 50 (5): 406-14. Epub 2008 Jul 25.
- 96- Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol*. 1993; 44: 1-21.
- 97- James AE, Wright PL. Occupational stress in the ambulance service. *Health Manpow Manage*. 1991; 17 (4): 4-11.
- 98- Dutton LM, Smolensky MH, Leach CS, Lorimor R, Hsi BP. Stress levels of ambulance paramedics and fire fighters. *J Occup Med*. 1978 Feb; 20 (2): 111-5.

- 99- Boudreaux E, Mandry C, Brantley PJ. Stress, job satisfaction, coping, and psychological distress among emergency medical technicians. *Prehosp Disaster Med.* 1997 Oct-Dec; 12 (4): 242-9.
- 100- Bowron JS, Todd KH. Job stressors and job satisfaction in a major metropolitan public EMS service. *Prehosp Prehosp Disaster Med.* 1999 Oct-Dec; 14 (4): 236-9.
- 101- Türk Dil Kurumu. Resmî Site. Erişim Tarihi: 14 Aralık 2012. <http://www.tdk.gov.tr/>
- 102- Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30 (1): 159-165.
- 103- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52: 397-422.
- 104- Maslach C. Job burnout: New directions in research and intervention. *Curr Dir Psychol Sci,* 2003; 12, 189-192.
- 105- Farber BA. Treatment strategies for different types of teacher burnout. *J Clin Psychol.* 2000 May; 56 (5): 675-89.
- 106- Özgüven HD, Haran S. Tükenme. *Kriz ve Krize Müdahale (Ed. Sayıl I).* Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları. Ankara. 2000; 199-214.
- 107- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Beh.* 1981; 2: 99-113.
- 108- Fong CM. A longitudinal study of the relationships between overload, social support, and burnout among nursing educators. *J Nurs Educ.* 1993 Jan; 32 (1): 24-9.
- 109- İSM Strateji Geliştirme Birimi. Resmî Yazı (Dağıtım). Tarih ve Sayı: 13 Ocak 2011; 619/44.
- 110- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9: 139-145.
- 111- Golderberg D, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NEER-Nelson. The National Foundation for Educational Research in England and Wales. United Kingdom. 1988.



- 112- Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Psikoloji ve Psikiyatri Dizisi. Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın. Ankara. 2009; 226 (36): 41-42.
- 113- Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1996; 7 (1): 3-9.
- 114- Revicki DA, May HJ, Whitley TW. Reliability and validity of the Work-Related Strain Inventory among health professionals. Behav. Med. 1991 Fall; 17 (3): 111-20.
- 115- Heyworth J, Whitley TW, Allison EJ Jr, Revicki DA. Predictors of work satisfaction among SHOs during accident and emergency medicine training. Arch Emerg Med 1993; 10: 279-88.
- 116- Aslan SH, Alparslan ZN, Aslan RO, Kesepara C, Unal M. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinin sağlık alanında çalışanlarda geçerlik ve güvenilirliği. Düşünen Adam. 1998; 11 (2): 4-8.
- 117- Aslan SH ve ark. İşe bağlı gerginlik ölçeğinin bir hemşire örnekleminde geçerlik ve güvenilirliği. 3P Derg. 1996; 4 (4): 276-284.
- 118- Maslach C. Burnout: The Cost of Caring. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey. 1982. ISBN 013091231X.
- 119- Daughtery JM. How sonographers and vascular technologists react to chronic stress. J Diag Med Sonog. September 2002. 18 (5): 305-312. doi: 10.1177/875647902236840.
- 120- Maslach C, Jackson, SE. The Maslach Burnout Inventory. Research Edition. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, California. 1981.
- 121- Çam MO. Tükenmişlik. Saray Medikal Yayıncılık San. ve Tic. Ltd. Şti. İzmir. 1995.
- 122- Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Türk Psikologlar Derneği Yayını. (Ed. Bayraktar R, Dağ İ). Ankara. 1992; 143-54.
- 123- Ergin D, Şen CN, Akış Ş, Altan Ö, Bakıroğlu Ö, Bozkurt S. Dâhili kliniklerde görev yapan hemşirelerin tükenme ve empatik beceri düzeyleri ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009; 4 (1): 51-63.

- 124- Schaufeli WB, Bakker AB, Hoogduin K, Schaap C, Kladler A. On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the burnout measure. *Psychol Health*. 2001; 16: 565-82.
- 125- Yavuzyılmaz A, Topbaş M, Çan E, Çan G, Özgün Ş. Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu İle İş Doyumu Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007: 6 (1).
- 126- Ward CL, Lombard CJ, Gwebushe N. Critical incident exposure in South African emergency services personnel: prevalence and associated mental health issues. *Emerg Med J*. 2006 Mar; 23 (3): 226-31.
- 127- Jonsson A, Segesten K, Mattsson B. Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emerg Med J*. 2003 Jan; 20 (1): 79-84.
- 128- Aslan D, Kiper N, Karaağaoğlu E, Topal F, Güdük M, Cengiz ÖS. Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. *TTB Yayınları*. Ankara. Eylül 2005.
- 129- Şahin Ö. 112 Acil Sağlık Hizmetlerine Güven Arttı. On Dakikanın Altında Ulaşıyoruz. *Röportaj*. 112 Acil Dergisi. 2010 Şubat: 15.
- 130- Holloway RM. New York City's experience in improving ambulance service. *Health Serv Rep*. 1972 May; 87 (5): 445-50.
- 131- İşler Ç. 112 acil servisi her gün 306 bin kişi arıyor. İstanbul 112 Acil Servis Başhekimisi İle Röportaj. *Yayın Tarihi: 26 Kasım 2010. Erişim Tarihi: 29 Ekim 2012.* <http://www.hurriyet.com.tr/yasasinhayat/16345912.asp>
- 132- 112 Avrupa Komuta Merkezi'nin Yeni Binası Açıldı. *Haber. Literatür Aktüel*. *Yayın Tarihi: 20 Eylül 2012. Erişim Tarihi: 17 Mart 2013 Pazar.* <http://www.literaturaktuel.com/112-avrupa-komuta-merkezinin-yeni-binasi-acildi/>
- 133- Çam O. The burnout in nursing academicians in Turkey. *Int J Nurs Stud*. 2001 Apr; 38 (2): 201-7.
- 134- Tokuc B, Turunc Y, Ekuklu G. Edirne ambulans çalışanlarının anksiyete, depresyon ve işe bağlı gerginlik düzeyleri. (Bildiri Sunumu. XII. Dünya Halk Sağlığı Kongresi 2009.) *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*. 2011 Ekim-Kasım-Aralık; 39-44.

- 135- Akkır E. Haber. Radikal Gazetesi. Doğan Haber Ajansı. Yayın Tarihi: 14 Temmuz 2008. Erişim Tarihi: 4 Kasım 2012. [http://www.sabah.com.tr/fotohaber/dunya/olup\\_dirilenlerin\\_hikayesi/21960](http://www.sabah.com.tr/fotohaber/dunya/olup_dirilenlerin_hikayesi/21960)
- 136- Çalgan Z, Yeğenoğlu S, Aslan D. Eczacılar da mesleki bir sağlık sorunu: Tükenmişlik. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi. 2009 Ocak; 29 (1): 61-74.
- 137- Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyum u düzeyleri. Genel Tıp Dergisi. 2006; 16 (1): 9-14.
- 138- Günüşen NP, Üstün B. Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: literatür incelemesi. Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2010; 3 (1): 40-51.
- 139- Sönmez Ö, Altundağ S, Gürbüz Ö, Orhan D, Özgür E, Öksüz E, Polat Y. Ankara’da Çalışan Radyoloji Teknikerlerinin Mesleki Doyum ve Tükenmişlik Durumları. Makale. MYO\_OS\_8019. Düzce Üniversitesi Ulusal Meslek Yüksekokulları Öğrenci Sempozyumu. 21-22 Ekim 2010.
- 140- Yenel S. Hastane öncesi acil bakım eğitimi sürecinde mesleksi risk etmenleri ile ilgili bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi. Tez Kodu: DEU.HSI-MSc-2007970037. İzmir. 2009; 50-56.
- 141- Gallagher S, McGillo w ay S. Living in critical times: The impact of critical incidents on frontline ambulance personnel--a qualitative perspective. Int J Emerg Ment Health. 2007. Summer; 9 (3): 215-23.
- 142- Kushnir T, Cohen AH, Kitai E. Continuing medical education and primary physicians' job stress, burnout and dissatisfaction. Med Educ. 2000 Jun; 34 (6): 430-6.
- 143- Johnson S, Cooper C, Cartwright S, Donald I, Taylor P, Millet C. The experience of work-related stress across occupations. J Manage Psych 2005; 20: 178-187.

- 144- Gershon RR, Vlahov D, Kelen G, Conrad B, Murphy L. Review of accidents/injuries among emergency medical services workers in Baltimore, Maryland. *Prehosp Disaster Med.* 1995 Jan-Mar; 10 (1): 14-8.
- 145- Leiss JK, Ratcliffe JM, Lyden JY, Sousa S, Orelie JG, Boal WL, Jagger J. Blood exposure among paramedics: incidence rates from the national study to prevent blood exposure in paramedics. *Ann. Epidemiol.* 2006 Sep; 16 (9): 720-5. Epub 2006 Apr 3.
- 146- Leiss JK. Management practices and risk of occupational blood exposure in U.S. paramedics: non-intact skin exposure. *Ann Epidemiol.* 2009; 19: 884-90.
- 147- Haber. Yayın Tarihi: 31 Ekim 2011. Doğan Haber Ajansı. Erişim Tarihi: 4 Kasım 2012. <http://www.haberler.com/ambulans-soforu-gozyaslari-arasinda-topraga-3097801-haberi/>
- 148- Ambulans Şoförü Gözyaşları Arasında Toprağa Verildi. Haber. Yayın Tarihi: 31 Ekim 2011. Erişim Tarihi: 4 Kasım 2012. <http://www.haberturk.com/yasam/haber/708979-ambulans-ucuruma-yuvarlandi>
- 149- Freudenberg HJ. The issues of staff burnout in therapeutic communities. *J Psychoactive Drugs.* 1986 Jul-Sep; 18 (3): 247-51.

## FORMLAR



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı :SG.B104İSM.4344743.605.99/ 4 6 6 7  
Konu :Araştırma İzni

06/12/2010

-Dağıtım-

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisi Verda TUNALIGİL'in "Kamu ve Özel Ambulanslarda Görev Yapan Acil Tıp Teknisyenlerinde İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Göstergelerinin Karşılaştırılması" konulu çalışmasını 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği'nde uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, protokol örneği ektedir. Çalışmanın uygulanması sırasında protokol dışına çıkılmaması için gerekli özenin gösterilmesi hususunda;  
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz.Dr.İbrahim TOPÇU  
Müdür a.  
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK :Protokol örneği ( 1 adet - 1 sayfa)  
:Anket örneği (4 adet - 12 sayfa)

Dağıtım:  
Gereği:  
112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği

Bilgi:  
İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

06/12/2010 Yaz. :Z.KAHRAMANTÜRK

(112)

**PROTOKOL**

**Taraflar:****Madde 1-**

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı *İstanbul Sağlık Müdürlüğü* ile *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*..... arasında düzenlenmiştir.

**Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:** *112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği*

**Çalışmanın adı:** *"Kamu ve Özel Ambulanslarda Görev Yapan Acil Tıp Teknisyenlerinde İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Göstergelerinin Karşılaştırılması"*

**Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler:** *.Verda TUNALIGİL.....*

**Konusu:****Madde 2-**

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

**Sözleşme şartlarında aykırılık:**

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

**Protokolün süresi:**

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda .....3 ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç.....09.12.2010...../Bitiş.....03.03.2011.....

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

**İhtilafların çözümü:**

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

**Yürürlük:**

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayımlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez ....vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

h)Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların(Hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

**Ek Bilgi:****Taraflar:**

01 .....12/2010

Adı-Soyadı

Verda TUNALIGİL

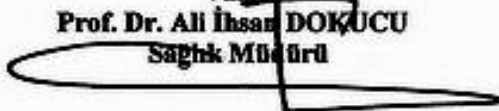

**OLUR**

...../2010

Valisi

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU

Sağlık Müdürü



...../2010  
Uz. Dr. İbrahim TOPÇU  
Sağlık Müdür Yardımcısı







T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : B.10.4.ISM.4.34.47.63/619/44  
Konu : Dr.Verda TUNALIGİL' in anket çalışması hk.

13.01.2011

**MÜDÜRLÜK MAKAMINA**  
( Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü )

Müdürlüğümüz Ar-Ge Sorumlusu Dr.Verda TUNALIGİL' in " Kamu ve Özel Ambulanslarda Görev Yapan Acil Tıp Teknisyenlerinde İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Göstergelerinin Karşılaştırılması" konulu İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora tezinin "Evreni" olarak İstanbul geneli Acil Sağlık Hizmetlerinde görevli tüm Acil Tıp Teknikerlerini kapsamayı açısından, ayrıca ileride Şube Müdürlüğümüzün ve Ar-Ge Biriminin çalışmalarına yönelik personel kapasitesini geliştirme , hizmet içi eğitim vb. Konulara zemin oluşturacağı düşünüldüğünden çalışmanın titizlikle yürütülebilmesi için konu ile ilgili anketin söz konusu çalışanlara ulaştırılabilmesi konusunda gerekli kolaylığın sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Ali İhsan  
DOKUCU  
İl Sağlık Müdürü

Dağıtım Gereğine  
Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü

**ASLİ MİBİHİR**  
Dr. Ramazan ÖZYURT  
Aynuşa Ateş Sağ. Hiz. Şb. Md.

## ANKET

1. Cinsiyetiniz:
  - (a) K
  - (b) E
2. Doğum yılınız: .....
3. Medeni haliniz:
  - (a) Evli
  - (b) Bekâr
  - (c) Eşim vefât etti.
  - (d) Boşandım.
  - (e) Evliyim ama ayrı yaşıyorum.
  - (f) Birlikte yaşıyoruz.
  - (g) Açıklamak istemiyorum.
4. Mezuniyetiniz:
  - (a) Sağlık Meslek Lisesi
  - (b) Ön lisans
  - (c) Lisans
  - (d) Lisans üstü (yüksek lisans, doktora, vs.)
  - (e) Diğer: .....
5. Kadronuz:
  - (a) 657 4-B Sözleşmeli Personel
  - (b) 4924 Sözleşmeli Personel
  - (c) Özel Sektörde Sözleşmeli
  - (d) Diğer: .....
6. Hangi noktada görev yapıyorsunuz?
  - (a) Çekmece Bölgesi (Küçükçekmece / Büyükçekmece / Çatalca / Silivri / Beylikdüzü / Esenyurt / Avcılar / Başakşehir)
  - (b) Anadolu Kuzey Bölgesi (Şile / Ümraniye / Üsküdar / Beykoz / Çekmeköy / Sancaktepe)
  - (c) Bakırköy Bölgesi (Bakırköy / Bağcılar / Güngören / Esenler / Bahçelievler)
  - (d) Beyoğlu Bölgesi (Beyoğlu / Şişli / Beşiktaş / Sarıyer / Eyüp / Kağıthane)
  - (e) Fatih Bölgesi (Fatih / Zeytinburnu / Bayrampaşa / Gaziosmanpaşa / Sultangazi / Amavutköy)
  - (f) Anadolu Güney Bölgesi (Kadıköy / Ataşehir / Maltepe / Kartal / Adalar / Sultanbeyli / Pendik / Tuzla)
  - (f) Diğer: .....
7. İstedığınız noktada / istasyonda / görev yerinde mi çalışıyorsunuz?
  - (a) Evet
  - (b) Hayır
  - (c) Yorumsuz
8. ATT olarak çalışma süreniz: ..... yıl ..... ay
9. Çalışma sisteminiz: ayda ortalama kaç nöbet tutuyorsunuz?
  - (a) Normal Mesai: Nöbet tutmuyorum.
  - (b) Mesai + Nöbet: Aylık Nöbet Sayısı: ..... (Açıklayınız: ..... Gündüz ..... Gece)
  - (c) 24 Saat Nöbet Usulü: Aylık Nöbet Sayısı: .....
10. Nöbet başına ortalama vak'a sayınız: .....
11. Bugüne kadar ATT olarak toplam kaç farklı noktada çalıştınız?
  - (a) Kamuya bağlı istasyon/nokta sayısı: .....
  - (b) Özel sektörde farklı nokta sayısı (şirkette ve/veya aynı şirketin farklı noktalarında): .....
12. İşe gelip giderken yolda toplam kaç dakika geçiyorsunuz? .....
13. Aylık ortalama net geliriniz: .....



14. Dışarıdan ek maddi destek alıyor musunuz?

- (a) Evet, düzenli olarak.
- (b) Evet, zaman zaman
- (c) Hayır
- (d) Açıklama yapmak istemiyorum.

15. Evinizde sizinle birlikte toplam kaç kişi yaşıyor? ..... Kaç gelir getiren işte çalışıyor? .....

16. Oturduğunuz ev:

- (a) Ev sahibiyim.
- (b) Kiracıyım.
- (c) Ev sahibi değilim ama kira ödemiyorum.
- (d) Diğer: .....

17. Halen öğrenci misiniz?

- (a) Evet
- (b) Hayır

18. ATT olarak mezuniyet öncesi yeterli eğitim aldığınızı düşünüyor musunuz?

- (a) Evet
- (b) Hayır
- (c) Yorumsuz

19. Mesleğinizi seçerken yeterli bilgiye sahip miydiniz?

- (a) Evet, bilinçli meslek seçimi yaptığıma inanıyorum.
- (b) Hayır, bilinçli meslek seçimi yaptığıma inanmıyorum.
- (c) Kısmen
- (d) Yorumsuz
- (e) Diğer. Açıklayınız: .....

20. Meslekle ilgili öncelikli beklentileriniz nelerdir?

Hangisi / hangileri gerçekleşse, işle ilgili memnuniyet düzeyinizin artacağını düşünüyorsunuz?  
(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- (a) İş doyumu, mesleki tatmin
- (b) Görevde yükselme imkanı
- (c) Akademik kariyer yapabilme
- (d) Ücretlerin artırılması
- (e) İş arkadaşlarıyla sağlıklı iletişimin güçlenmesi
- (f) Meslekteki saygınlık artışı
- (g) İş ortamının fiziksel koşullarının iyileştirilmesi
- (h) Daha iyi sosyal şartlar  
(örneğin; kreş, lojman, beslenme hizmeti, dinlenme / konaklama / tatil tesisleri, özel gün etkinlikleri, hobi faaliyetleri, piknikler, eğlenceler, vs. gibi sosyal organizasyonlar, varolan sağlık güvencenize ek olarak gerçek anlamda psikolojik danışmanlık hizmeti ve mesleki dayanışma grupları)
- (i) Diğer. Açıklayınız: .....

21. Mevzuat gereği sağlanan hizmet içi eğitimlere katıldınız mı? Motivasyonunuzu nasıl etkiledi?

- (a) Katılmadım.  
Neden? Açıklayınız: .....
- (b) Katıldım; motivasyonum arttı.
- (c) Katıldım; motivasyonum azaldı.
- (d) Eğitimlerin motivasyonum üzerindeki etkisini hissetmedim.
- (e) Yorum yapmak istemiyorum.

22. Üst kademedeki sağlık personelinden yeterli destek ve danışmanlık aldığınızı düşünüyor musunuz?

- (a) Evet, çoğunlukla alıyorum.
- (b) Noktamdaki / istasyonumdaki / görev yerimdeki üstlerimden yeterli tıbbi destek ve danışmanlık alamıyorum.
- (c) Komuta Kontrol Merkezinden yeterli tıbbi destek ve danışmanlık alamıyorum.
- (d) Olay yeri yönetimi çoğu zaman yetersiz kalıyor.
- (e) Ben yeterince çaba gösteremiyorum.
- (f) Diğer. Açıklayınız: .....

23. Bazen başkalarının (örneğin: idarecilerinizin, mesai arkadaşlarınızın, emniyet görevlilerinin, itfaiye personelinin, vs.) eksiklerinden veya yanlışlarından dolayı, haksız yere suçlandığınızı düşünüyor musunuz?
- (a) Evet, bu nedenle çevremdekileri suçluyorum.  
 (b) Evet ama yine de kötü niyetli veya duyarsız olduklarına inanmıyorum.  
 (c) Hayır  
 (d) Yorumsuz  
 (e) Diğer. Açıklayınız: .....
- 
24. Hastanın hangi sağlık kurumuna nakledileceği konusunda sorunlar yaşıyor mu?
- (a) Evet  
 (b) Kısmen  
 (c) Hayır  
 (d) Yorumsuz  
 (e) Diğer. Açıklayınız: .....
- 
25. İş yerinde bireysel can güvenliğinizin korunduğuna inanıyor musunuz? Kendi can güvenliğinizden endişe ediyor musunuz?
- (a) Hayır inanmıyorum. Çok endişeleniyorum.  
 (b) Hayır inanmıyorum ama sadece biraz endişeliyim. Sık ve yoğun kaygılarım yok.  
 (c) Aslında endişe etmeliyim ama umursamıyorum.  
 (d) Evet inanıyorum ama buna rağmen can güvenliğimden çok endişeleniyorum.  
 (e) Evet inanıyorum ve can güvenliğimden endişe etmiyorum.  
 (f) Yorumsuz
26. İş kazası veya mesleki hastalık (örneğin; enfeksiyon hastalığı) geçirdiniz mi?
- (a) Evet, geçirdim.  
 (b) Hayır, bildiğim kadarıyla geçirmedim.  
 (c) Şikayetlerim var ama tetkike gitmedim.  
 (d) Fikrim yok.  
 (e) Açıklama yapmak istemiyorum.  
 (f) Diğer. Açıklayınız: .....
- 
27. Çalıştığınız işe bağlı kalıcı engeliniz var mı?
- (a) Evet  
 (b) Hayır, bildiğim kadarıyla yok.  
 (c) Yeterli tetkiklerden geçmediğim için, bu sorunun yanıtını bilemiyorum.  
 (d) Açıklama yapmak istemiyorum.
28. İş kazası geçirdiyseniz veya meslek hastalığınız varsa, idarenin size (sağlık açısından ve hukuki açıdan) yeterli destek sağladığını düşünüyor musunuz?
- (a) Evet, meslek hastalığımla ilgili yeterli destek alıyorum.  
 (b) Hayır, meslek hastalığımla ilgili yeterli destek almıyorum.  
 (c) İş kazası geçirmedim. Meslek hastalığım yok.  
 (d) Açıklama yapmak istemiyorum.  
 (e) Diğer. Açıklayınız: .....
- 
29. Hiç disiplin cezası aldınız mı?
- (a) Evet  
 Kaç kez?.....  
 Açıklayınız:.....
- 
- (b) Hayır  
 (c) Hakkımda tutanak tutuldu ama şikâyet olmadığı için sözlü veya yazılı savunmam istenmedi.  
 (d) Savunmam (sözlü veya yazılı açıklamam) istenmişti.  
 (e) Yanıtlamak istemiyorum.  
 (f) Diğer. Açıklayınız: .....

## GENEL SAĞLIK ANKETİ – 12

Yanıtınızı ilgili kutunun üzerine "X" işareti koyarak belirtiniz.

Son birkaç hafta içinde;

1. Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?

- Her zamankinden iyi       Her zamanki kadar       Her zamankinden az       Her zamankinden çok daha az

2. Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?

- Hayır, hiç çekmiyorum.       Her zamanki kadar       Her zamankinden çok       Her zamankinden çok daha fazla

3. Çevrenizde yararlı bir rol oynadığınızı düşünüyor musunuz?

- Her zamankinden çok       Her zamanki kadar       Her zamankinden daha az       Her zamankinden çok daha az

4. Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?

- Her zamankinden çok daha az       Her zamankinden daha az       Her zamanki kadar       Her zamankinden çok

5. Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?

- Hayır, hissetmiyorum.       Her zamanki kadar       Her zamankinden çok       Her zamankinden çok daha fazla

6. Sorunlarınızla başa çıkamadığınızı hissediyor musunuz?

- Hayır, hissetmiyorum.       Her zamanki kadar       Her zamankinden çok       Her zamankinden çok daha fazla

7. Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?

- Her zamankinden çok       Her zamanki kadar       Her zamankinden daha az       Her zamankinden çok daha az

8. Karşılaştığınız güçlüklerin üstesinden gelemediğinizi hissediyor musunuz?

- Her zamankinden çok daha az       Her zamankinden daha az       Her zamanki kadar       Her zamankinden çok

9. Kendinizi mutsuz ve çökkün hissediyor musunuz?

- Hayır, hissetmiyorum.       Her zamanki kadar       Her zamankinden çok       Her zamankinden çok daha fazla

10. Kendinize güveninizde azalma var mı?

- Hayır, yok.       Her zamanki kadar       Her zamankinden çok       Her zamankinden çok daha fazla

11. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?

- Hayır, görmüyorum.       Her zamanki kadar       Her zamankinden çok       Her zamankinden çok daha fazla

12. Değişik yönlerden baktığınızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?

- Her zamankinden çok       Her zamanki kadar       Her zamankinden az       Her zamankinden çok daha az

### İŞE BAĞLI GERGINLIK ÖLÇEĞİ

Lütfen her maddeyi okuyarak, o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki sayılardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

	Bana hiç uygun değil	Bana kısmen uygun	Bana büyük ölçüde uygun	Bana tamamiyle uygun
1) İşim aile yaşamımı olumsuz yönde etkiler.	1	2	3	4
2) İşe ilk girdiğimdeki beklentilerim gerçekleşiyor.	1	2	3	4
3) İşimde eskisine göre daha gerginim.	1	2	3	4
4) İşime hala eskisi gibi katkıda bulunmaktayım.	1	2	3	4
5) İş yerimde fırsat buldukça başkalarından uzaklaşmak için odama kapanırım.	1	2	3	4
6) İşimde hak ettiğim takdiri görmediğimi düşünüyorum.	1	2	3	4
7) İşim gereği karşılaştığım kişilere tam olarak yardımcı olmadığım zamanlar kendimi suçlu hissediyorum.	1	2	3	4
8) İş arkadaşlarım kendilerine düşen görevleri yerine getirir.	1	2	3	4
9) İşimde üretkenliğim artmakta.	1	2	3	4
10) İşimdeki sorumluluklarım başlangıçta beklediğimden çok daha farklı.	1	2	3	4
11) Mesleki alanda bilgi ve becerilerim gelişmekte.	1	2	3	4
12) İşimle ilgili olaylar eve gittiğimde bile aklımdan çıkmıyor.	1	2	3	4
13) İş yerimde sıklıkla kullanıldığımı hissedirim.	1	2	3	4
14) Son zamanlarda evdekilerle tartışmalarım arttı.	1	2	3	4
15) İşte nadiren hayal kurarım.	1	2	3	4
16) Daha çok çalışmama karşın daha az iş yapabiliyorum.	1	2	3	4
17) İşe katkıda bulunabilmem için iş arkadaşlarım ve/veya amirlerimin gerekli desteği giderek azalmakta.	1	2	3	4
18) İşe sıklıkla geç giderim.	1	2	3	4



**MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ**

Aşağıdaki ifadelerle ilgili bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir cümleyi dikkatle okuyarak, bunu hangi sıklıkla hissettiğinizi, uyan seçeneğe "X" işareti koyarak belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Yılda birkaç kez	Ayda birkaç kez	Haftada birkaç kez	Her gün
1.Kendimi işimden duygusal olarak uzaklaşmış hissediyorum.					
2.İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum.					
3.Sabahları kalkıp, yeni bir iş günü ile karşılaşmak zorunda kaldığımda kendimi yorgun hissediyorum.					
4.Hastalarımın pek çok şey hakkında neler hissettiklerini anlayabiliyorum.					
5.Bazı hastalarım onlar sanki kişilikten yoksun objeymiş gibi davrandığını hissedebiliyorum.					
6.Bütün bu insanlarla çalışmak benim için gerçekten bir gerginliktir.					
7.Hastalarımın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim.					
8.İşimin beni tükettiğini hissediyorum.					
9.İşimle diğer insanların yaşamlarını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum.					
10.Bu mesleğe başladığımdan beri, insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum.					
11.Bu iş beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum.					
12.Kendimi çok enerjik hissediyorum.					
13.İşimin beni hayal kırıklığına uğrattığını düşünüyorum.					
14.İşimde gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum.					
15.Bazı insanların başına gelenler gerçekten umurumda değil.					
16.Doğrudan insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17.Hastalarımın rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim.					
18.Hastalarımınla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum.					
19.Bu meslekte pek çok değerli işler başardım.					
20.Kendimi çok çaresiz hissediyorum.					
21.İşimdeki duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim.					
22.Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını hissediyorum.					

Ankete katıldığınız için teşekkür ederiz.

## ÖZ GEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

<b>Adı</b>	Verda	<b>Soyadı</b>	Tunalıgil
<b>Doğum Yeri</b>	İstanbul	<b>Doğum Tarihi</b>	14 Temmuz 1967
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>T.C. Kimlik No</b>	18230261542
<b>E-Posta</b>	verda@post.harvard.edu	<b>Telefon</b>	0212 264 35 40

### EĞİTİM

	<b>Mezun Olunan Kurumun Adı</b>	<b>Mezun. Yılı</b>
<b>Doktora</b>	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	
<b>Yüksek Lisans</b>	Harvard School of Public Health Department of Health Policy and Management <b>Internship.</b> Medical technology, intellectual property rights, commercialization process. Harvard Medical School (HMS) Teaching Hospital Massachusetts General Hospital, Center for Innovative Minimally Invasive Therapies, Office of Technology Development. Massachusetts Institute of Technology (MIT) Sloan School of Management. Other partner organizations are MIT Draper Laboratories, HMS Teaching Affiliate Brigham and Women's Hospital	2001 [A.B.D.]
<b>Lisans</b>	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Doktoru <b>İntörn Stajları.</b> T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1990
<b>Lise</b>	Robert Kolej	1984
<b>Ortaokul</b>	Robert Kolej	1981

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>	<b>KPDS Puanı</b>
İngilizce	Çok İyi	Çok İyi	Çok İyi	96
Fransızca	Orta	Orta	Orta	

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

## İŞ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre
Kurucu İl Ar-Ge Sorumlusu AABT/ATT Eğit. Sor. Doktor	İstanbul Sağlık Müdürlüğü Ar-Ge Birimi Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlükleri	2009-2012 (2013)
Doktor Klinik, Acil, İdari Görevler	Sait Çiftçi Kamu Sağlığı Merkezi Kağıthane Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Sağlık Ocağı ve AÇSAP	2007-2009
Program Koordinatörü	Children's Hospital Boston, Harvard Medical School Teaching Hospital National Institute of Health Research and Training Programs World Bank & Turkish MoH National Mental Health Policy (MEER)	2002-2004 [A.B.D.]
Klinik Araştırmacı, Yazar	Natural Standatd, The Authority on Integrative Medicine	2001-2002 [A.B.D.]
Danışman	Boston Public Health Commission, Tobacco Control Program	2001 [A.B.D.]
Tıbbi Yardım ve Kaynak Geliştirme Ekip Lideri	Turkish Earthquake Fund of the American Red Cross of Massachusetts Bay and the Turkish-American Cultural Society of New England	1999 [A.B.D.]
Acil Hattı Danışmanı Gönüllü Başvuru Değerlendirme Görevlisi	Samaritans, Suicide Prevention Center	1997-1999 [A.B.D.]
Doktor Klinik ve İdari Görevler	Sarıyer Merkez ve Bölge Sağlık Ocakları	1995-1996 (1999)
Doktor Acil Klinik, İdari Görevler	İstinye Devlet Hastanesi, Acil Servis	1990-1995
Acil Sağlık Danışmanı	Mor Çatı	1994
Yönetmen Oyuncu (Seslendirme)	The Firedog Theatre	1999 [A.B.D.]
Kurucu Ortak Profesyonel Oyuncu Eğitmen	Tiyatro MİE	1992-1996 (2000)
Oyuncu	Tevfik Gelenbe Tiyatrosu	1991-1992

## Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office Programları Word, Excel, Outlook, Access, Powerpoint	Çok İyi
İstatistiksel, Epidemiyolojik Analiz Programları STATA® – SPSS® – SAS® – Epi Info™	İyi – Orta – Zayıf – Zayıf

## YAYINLAR, SUNUMLAR

Bu bölümde, akademik yayın, bülten, bildiri, sözlü sunum, poster sunumu ve çalışma raporlarına katkılar olmak üzere, eğitim ve araştırma faaliyetleri listelenmiştir.

- Münir K, Ergene T, Tunalıgil V, Erol N. A Window of Opportunity for the Transformation of National Mental Health Policy in Turkey Following Two Major Earthquakes. Harvard Review of Psychiatry. July-August 2004; 12 (4): 238-51. PMID: 15371066. PubMed; Indexed for MedLine. PMCID: PMC3166637. [Makale]
- Münir K, Ergene T, Tunalıgil V. Toward Mutual Understanding of Public Health and Human Rights Aspects of Developmental Disabilities in the Aftermath of Emergencies. Individual in Society. Journal of Intellectual Disability Research. 2004; 48 (4-5): 463–485. [Bildiri]
- Munir K, Ergene T, Tunalıgil V. Toward Mutual Understanding of Public Health and Human Rights Aspects of Developmental Disabilities in the Aftermath of Emergencies. 12th World Congress of the Int’l Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities. Montpellier, France. June 18, 2004. [Sözlü Sunum]
- Munir K, Ergene T, Tunalıgil V, Erol N, Harper G, Belfer ML. Research Capacity Development Efforts in Mental Health and Developmental Disabilities in Turkey. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Newsletter. 2003; 262-263. [Bülten]
- Tunalıgil V, Konukoğlu R, Tosun F, Dokucu Aİ. Health Directorate of Istanbul Research and Development Unit Sets Out For A Universal Approach in Health Promotion. 19th Int’l Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services (HPH). Turku, Finland. June 3, 2011. [Poster Sunumu]
- Konukoğlu R, Baysal SU, Tunalıgil V. Preliminary Study for Health Development Project of Republic of Ministry of Health, A Training and Research Hospital, Within the Context of Health Promoting Hospitals. 19th Int’l Conference on HPH. Turku, Finland. June 3, 2011. [Poster Sunumu]
- Tunalıgil V. (Dokucu Aİ Adına). Irak Sağlık Bakanının katılımıyla gerçekleşen panelde, İSM hizmetleri tanıtılmıştır. Iraq and Regional Health Summit. Panel One: Primary and Public Healthcare. İstanbul. 21 Mayıs 2010. [Sözlü Sunum]



- Münir K, Tunalıgil V, Dağ İ. Uluslararası Araştırma Eğitimi İçin Kaynak Geliştirilmesi. 39. Ulusal Psikiatri Kongresi, Ulusal ve Yerel Ruh Sağlığı Politikaları. Antalya. 18 Ekim 2003. [Sözlü Sunum]
- Tunalıgil V. Sağlıkta Ar-Ge Dönemi: İstanbul'da Ar-Ge Faaliyetleri Hız Kazanıyor Sağlıkta Nabız Aktüel ve Sosyal Tıp Dergisi. 2010; 7 (25): 40-45. ISSN 1308-6006. [Bildiri]
- Tunalıgil V. Ar-Ge alıştayı: Sağlık Hizmetlerinde Araştırma Kapasitesinin Geliştirilmesi. İstanbul'da Sağlık Dergisi. Kasım-Aralık 2009; 36-37. [Bülten]
- Tunalıgil V. İSM ve Harvard Üniversitesi Arasında Bir İlk: Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri Uluslararası Yaz Kursu. İstanbul'da Sağlık Dergisi. 60.-64. sayfalar; Eylül-Ekim 2010; [Bülten]
- Tunalıgil V. Acil Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Platformu. Kapsam ve Sonuçlar. İSTKA/2011/DFD/35. İstanbul. 13 Nisan 2012. [Düzenleyici] [Sözlü Sunumlar]
- Tunalıgil V. Acil Sağlık Hizmetlerinde Etkililik Finansman Ar-Ge Fizibilite alışması. İSTKA/2011/DFD/35. Proje Geliştirme-Uygulama Toplantısı; Aktivasyon alıştayı; Proje Sonuçlandırma Toplantısı; Komisyon Toplantısı. 17, 26 Ocak, 3, 4 Nisan 2012. [Düzenleyici] [Sözlü Sunumlar]
- Tunalıgil V. Ar-Ge 1. alıştayı: Sağlık Hizmetlerinde Araştırma Kapasitesinin Geliştirilmesi. İSM Ar-Ge Birimi. 16-18 Kasım 2009. [Düzenleyici] [Seminer ve Atölye alışmaları, Sözlü Sunumları]
- Tunalıgil V. Ar-Ge 2. alıştayı: Sağlık Araştırmalarında Kaynak Geliştirme. İSM Araştırma ve Geliştirme (Ar-Ge) Birimi. 21-23 Haziran 2011. [Düzenleyici] [Seminer ve Atölye alışmaları Sözlü Sunumları]
- T.C. İstanbul Valiliği Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Koordinasyon Merkezinin 2010 - 2012 yılları faaliyet raporlarına ve kitapçık hazırlıklarına katkılar sunulmuştur. İl genelinde sağlık kurumları tarafından yürütülen AB destekli çalışmalar bildirilmiştir. [T.C. Avrupa Birliği Bakanlığı T.C. İstanbul Valiliği Avrupa Birliği Uyum Danışma ve Yönlendirme Kurulu, İSM Ar-Ge yesi] [Rapora Katkı]

- İstanbul'da Sağlık 2010. Sağlık Hizmetlerinde İstanbul'da Gelinek Nokta. İSM Faaliyet Raporu. Kitapçık. 60. Sayfa. Yayına Hazırlık, tasarım ve baskı: Ajansfa. İstanbul. 2011. [Rapora Katkı]
- İl Kanser Kontrol Danışma Kurulu Toplantısı. Kayıt, erken teşhis, tarama, kontrol, epidemiyolojik araştırma, vs. hakkında rapor. T.C. İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü (İSM) Kanser Kontrol Birimi koordinasyonunda yürütölmüş olan raporlama, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığına sunulmuştur. İstanbul. 22 Aralık 2011. [Rapora Katkı]
- Sağlığı Geliştiren Hastaneler ve Sağlık Hizmetleri Genel Asamblesine davet ile katılım sağlanmıştır. Türkiye'de güncel sağlık sistemleri hakkında tanıtım yapılmıştır. 17th Meeting Report of the HPH General Assembly (upon invitation only). WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals and Health Services, Bispebjerg University Hospital. Int'l Network of HPH. Turku, Finland. June 1, 2011. [Rapora Katkı]
- AB Uyum, Danışma ve Yönlendirme Kurulu Üyeleri 4. Toplantısı. T.C. İstanbul Valiliği. 24 Aralık 2010. [Rapora Katkı]
- Tunalıgil V. İSM Ar-Ge Kuruluş Vizyonu ve Faaliyetlerin Tanıtımı. Başhekimlerin katılımıyla üç toplantı: 28 Ağustos 2009; 27 Ekim 2009; 12 Nisan 2010. Başhemşirelerin katılımıyla bir toplantı: 30 Mart 2010. İstanbul. [Sözlü Sunum]
- İstanbul Tabip Odası Olağan Dışı Durumlar ve Sağlık Hizmetleri Komisyonu 2008 Çalışma Raporuna katılım sağlanmıştır. 56. Sayfa. [Rapora Katkı]
- Tunalıgil V. Ulusal Sağlık Hesapları, Küresel Hastalık Yüku ve Maliyet-Etkililik konulu üç seminer. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. Doktora Programı Ders Kodu: HSA 200. 30 Nisan, 7 ve 21 Mayıs 2008. [Eğitim İçi Seminerler]
- Tunalıgil V. Gelişimsel Bozukluklar, Sağlık Hakları ve Olağan Dışı Durumlardan Sonra Sağlık Politikalarında Gelişim Fırsatları. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı; Doktora Programı Ders Kodu: HSA 200. 9 Nisan 2008. [Eğitim İçi Seminer]
- Münir K ve ark. Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikaları. T.C. Sağlık

Bakanlığı (Boston Program Koordinatörü; Bilimsel ve Teknik Danışman). Ankara. Eylül 2006. [Resmî Yayın / Kitap]

- Munir K et al. Republic of Turkey National Mental Health Policy. The MoH of Türkiye. Ankara. 2006. [Resmî Yayın/ Kitap]
- Araştırma kuruluğu, Natural Standard tarafından yayınlanmış olan kanıta-dayalı kitap, bülten, özel rapor, akademik dergi ve ürünlerde, “Arabinoxylan” “Bacopa” “Arnica” “Licorice” konulu incelemelerin yazarlığı ve editörlüğü yapılmıştır. Tıbbi konulu süreli yayınlarda yer alan toplam sekiz klinik-düzeş derlemeye katkı sağlanmıştır. [Monografiler]
- T.C. Sağlık Bakanlığı İSM 2010 Sağlıkta Haklar Sempozyumu ve Çalıştayı kapsamında, Psikiyatri Hastalarının Hakları çalışma grubunun sözlü sunumu ve yazılı raporu düzenleme komitesine teslim edilmiştir. İstanbul. 12 Mart 2010. [Rapora Katkı]
- ExpoMed Uluslararası Tıp Fuarları. İstanbul. 18-21 Mart 2010, 31 Mart-3 Nisan 2011, 12-15 Nisan 2012. [İSM Ar-Ge Tanıtım Sunumları]
- Tunalıgil V. The Int’l Student’s Adjustment to the US. The Olin Center for Int’l Study. Boston, Massachusetts. USA. November 1999. [Sözlü Sunum]
- Tunalıgil V. Two presentations. “Turkey, Country Presentation” “Impressions from a First Visit to the US”. Rotary Int’l and the Rotary Foundation. Illinois, USA. August-September 1985. [Sözlü Sunumlar]

## **SERTİFİKALAR**

Bu bölümde, mesleki eğitim programlarının başarıyla tamamlanması sonucunda hak kazanılmış sertifikalar listelenmiştir.

- Temel Eğitim Modülü Eğitim Kursu. Acil Hekimliği Sertifika Programı. Sertifika No: 2009/TM008. İSM. İstanbul. 11-15 Mayıs 2009.
- Travma ve Resüsitasyon Kursu. Acil Hekimliği Sertifika Programı. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği; İSM. İstanbul. 18-21 Eylül 2012.
- İstanbul Protokolü Eğitimi. İşkence ve kötü muamele hakkında, Adli Tıp Uzmanı olmayan hekimlerin, hakimlerin ve savcılarının bilgi düzeylerini yükseltme programı. T.C. Sağlık Bakanlığı; T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu; Türk

Tabipleri Birliği (TTB); International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT). İstanbul Tabip Odası İnsan Hakları Komisyonu. İstanbul. 1-3 Ekim 2010.

- Temel Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE) Eğitimi ve Bölgesel UMKE Kampı. İSM. 18-24 Ekim 2010.
- Yıldırım-2012 Seferberlik Tatbikatı. 15. Füze Üst Komutanlığı. İstanbul. 3-9 Eylül 2012.
- Yeni Küresel Tehdit: Terörizm. Bahçeşehir Üniversitesi Ulusal Güvenlik ve Stratejik Araştırmalar Merkezi. İstanbul. 1-22 Ekim.2005 (1. Bölüm). 8 Nisan-6 Mayıs 2006 (2. Bölüm). 1 Ekim.2005-6 Ocak 2007 (Final).
- Olağan Dışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Yönetimi ve Organizasyonu Kursu. Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi. İstanbul. 2-5. Haziran 2005. TTB Sürekli Tıp Eğitimi Kredilendirme Kurulu Belgesi. 8 Haziran 2005.
- Early Interventions in the Aftermath of Traumatic Events: The Traumatic Memory Reconstructing Model. NATAL, Israel Trauma Center for Victims of Terror and War; Massachusetts Psychological Association. Boston, Massachusetts. USA. June 7-8, 2003.
- Collaborative Institutional Review Board (IRB) Training Initiative (CITI). Children's Hospital Boston. USA. August 13, 2003. Certificate Date: November 18, 2003.
- CITI Behavioral. Children's Hospital Boston. USA. August 4, 2003. Certificate Date: November 18, 2003.
- Human Subject Protection Education, Clinical Research Training. Collaborative Institutional Review Board Training Initiative, Children's Hospital Boston. USA. August 13, 2003. Certificate: Date: September 2, 2003.
- Epidemiology and Disability Training Seminar. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, Association of University Centers on Disability. Atlanta, USA. July 10-11, 2003.
- Introduction to Clinical Research Course. Children's Hospital Boston. USA. January 15-17, 2003.

- Coordinating Clinical Research Course. Children's Hospital Boston. USA. March 18, 24, 25, 2003.
- Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi Sertifikası. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sayı: 34.10.1822. İstanbul. 6-12 Mayıs 2010.
- İllerimiz AB'ye Hazırlanıyor Programı, AB Farkındalığı İstanbul'da Şekilleniyor Projesi, AB Proje Döngüsü Yönetimi Eğitimleri. T.C. AB Bakanlığı; T.C. İstanbul Valiliği Dış İlişkiler ve AB Koordinasyon Merkezi. İstanbul. 26, 27 Kasım, 3 Aralık 2011.
- Guest Reseacher. From the Past into the Future: European Museums in Public Health and Medical Sciences (Geçmişten Geleceğe: Avrupa'da Halk Sağlığı ve Tıp Bilimleri Müzeleri). A Leonardo da Vinci Training Programme Mobility 2010 Project. 2010-1-TR1-LEO03-15248. Wellcome Collection and Library, Research and scholarship; Health Directorate of Istanbul's Istanbul Health Museum. April 4-17, 2011. Certificate Date: May 26, 2011.
- Avrupa Birliği (AB) Kurumları, Fonları ve Proje Döngüsü Eğitimi Programı. T.C. İstanbul İl Özel İdaresi; Maya Danışmanlık. İstanbul. 4, 5, 6, 9 Kasım ve 17 Aralık 2009.
- AB Mali Yardımları ve AB Proje Döngüsü Yönetimi Eğitimi Programı. İSM Ar-Ge; Maya Danışmanlık. İstanbul. 20, 21, 22, 25 Ocak 2010.
- Summer School 2011. Recognition Process. World Health Organization - Health Promoting Hospitals and Health Services (WHO-HPH). Int'l Network of HPH. WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals and Health Services, Bispebjerg University Hospital. Turku, Finland. May 30-31, 2011.
- Newcomers' Workshop. Int'l Network of HPH. WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals and Health Services, Bispebjerg University Hospital. Turku, Finland. June 4, 2011.
- Perspectives on Adoption. Int'l Adoption Clinic, New England Medical Center. Boston, Massachusetts. USA. October 18, 2002.

- Güvenli Annelik Programı. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Dünya Sağlık Örgütü, T.C. Sağlık Bakanlığı. Güvenli Annelik Programı. İSM. İstanbul. 28-29 Haziran 1995. Belge No: 38.
- GRE Preparation Program. The Olin Center for International Study. January 4-February 1, 1999. Boston, USA.

### **Diğer Toplantı Katılımları**

- T.C. İstanbul Üniversitesi Araştırma Günü Etkinliği. İstanbul. 7 Haziran 2013.
- T.C. İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü (İSM) Acil Sağlık Hizmetleri 1.Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) Sempozyumu: Van Depremi. İstanbul. 13 Temmuz 2012.
- Yıldırım-2012 Seferberlik Tatbikatı Hazırlık Toplantıları. T.C. İstanbul Valiliği İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü. 9 ve 14 Ağustos 2012.
- Haberleşme Hizmet Grubu Depreme Hazırlık Semineri. T.C. İstanbul Valiliği Afet ve Acil Durum (AFAD) Müdürlüğü. Temmuz 2012.
- Hastane Afet Planı (HAP), Sorumlular Toplantısı. İSM Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü. 16 Temmuz 2012.
- Depremden Korkmak Yerine Hazır Olmak. Avrupa Birliği (AB) destekli Uluslar Arası Mavi Hilal İnsani Yardım ve Kalkınma Vakfı Projesi. Black Sea Earthquake Safety Net (ESNET). Black Sea Cross Border Cooperation. İstanbul. 12 Temmuz 2012.
- 9 Mayıs AB Günü. Panel. T.C. İstanbul Valiliği Dış İlişkiler ve AB Koordinasyon Merkezi; T.C. İstanbul Üniversitesi AB Uygulama ve Araştırma Merkezi ile Hukuk Fakültesi Avrupa Hukuku Araştırma ve Uygulama Merkezi. 9 Mayıs 2012.
- Sağlıkta Birlikte Çalışılabilirlik Sağlık Bilişim Zirvesi. Sağlık Bilişim Yöneticileri ve Akademisyenleri Platformu Derneği. İstanbul. 16 Kasım 2011.
- İNOVİTA Yaşam Bilimleri ve Teknolojileri İstanbul İş Birliği Platformu, Proje Başlangıç Paydaş Toplantısı. T.C. Kalkınma Bakanlığı İstanbul Kalkınma Ajansı tarafından desteklenmiştir. Boğaziçi Üniversitesi; İstanbul Üniversitesi; Sabancı Üniversitesi. İstanbul. 4 Ekim 2011.
- Avrupa Günü Etkinlikleri. T.C. İstanbul Valiliği Dış İlişkiler ve

AB Koordinasyon Merkezi. 9-10 Mayıs 2011.

- T.C. AB Bakanlığı, T.C. İstanbul Valiliği Dış İlişkiler ve AB Koordinasyon Merkezi, AB Uyum, Danışma ve Yönlendirme Kurulu Toplantıları. İstanbul. 4 Mart, 4 Haziran, 30 Eylül, 24 Aralık 2010, 21 Nisan, 1 Temmuz, 28 Ekim 2011.
- Afet Sempozyumu. Yeditepe Üniversitesi Acil Tıp Toplantıları. İstanbul. 8-9 Aralık 2010.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Projeler Koordinasyon Başkanlığı Bilgilendirme Toplantısı. İstanbul. 6 Ekim 2009.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Türkiye Sağlık Sisteminin Krize Hazırlık Durumunun Tespiti Projesi Faaliyeti Programı. T.C. İstanbul Valiliği Afet ve Acil Durum (AFAD) Müdürlüğü. DSÖ, Bakanlık, Valilik, İSM yetkililerinin katılımıyla. İstanbul. 30 Eylül 2010.
- İstanbul Valisi, İSM Brifing Sunumu. İstanbul. 19 Haziran 2010.
- Sağlıkta İnovasyon Çalıştayı. Türk Sanayicileri ve İş Adamları Derneği. İstanbul. 10 Haziran 2010.
- İstanbul'da Aile Hekimliğine Geçiş Kutlama Toplantısı. İSM Aile Hekimliği Şube Müdürlüğü. 6 Ağustos 2010.
- Kanserde Erken Tanı Konferansı. İSM Kanser Birimi. İstanbul. 14 Haziran 2010.
- Tam Dumansız İstanbul Etkinliği. Dumansız Hava Sahası Yürüyüşü. İSM İl Tütün Kontrol Kurulu. 30 Mayıs 2010.
- Yeni Teknik ve Teknolojiler Kongresi. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bakırköy Tıp Günleri. İstanbul. 23-24 Nisan 2010.
- İSM Basın Toplantısı. 25 Ocak 2010. International Conference on Population and Development (ICPD) Forum 15. UNFPA Regional Office EECARO; UNECE; EPF; European Network IPPF; SPO of Turkey. İstanbul. November 12-13, 2009.
- Bir Salgın Olarak Sağlık Reformları: Yanlış Yolda mı Gidiyoruz? John Lister. London Health Emergency. İstanbul Tabip Odası. 10 Ocak 2009. [Interpreter]

- Terörizmle Mücadele Mükemmeliyet Merkezi (TMMM) tanıtım toplantıları. Bahçeşehir Üniversitesi Uluslararası Güvenlik ve Stratejik Araştırmalar Merkezi (BUSAM) faaliyeti. Ankara. Ağustos 2007.
- 2<sup>nd</sup> Annual Symposium on Racial/Ethnic Health Disparities Research in the US From Research to Practice. Harvard School of Public Health. Boston, USA. May 7, 2004.
- Disability Rights-An American Invention, a Global Challenge: The Drafting of an International Treaty on the Rights of Persons with Disabilities. Cambridge Commission for Persons with Disabilities, Northeastern Law School. Boston, USA. April 1, 2004.
- Addressing Post-traumatic Stress among Refugees and Racial and Ethnic Minorities in the Emergency Department. Boston Medical Center. Boston, USA. March 9, 2004.
- Healing Across the Divide: The Health Impact of the Israeli-Palestinian Conflict”. Harvard School of Public Health, Harvard Medical School, Brigham and Women’s Hospital, Cambridge Health Alliance, Physicians for Human Rights. Boston, USA. March 8, 2004.
- Racial Disparities in Health Care. Institute of Politics, Harvard John F. Kennedy School of Government. Cambridge, USA. February 26, 2004.
- Beyond Borders: Medicine and the Global Community. Harvard International Relations Council. Cambridge, USA. November 6-8, 2003.
- Annual Meeting of the Fogarty International Center. International Clinical, Operational and Health Services Research Training Award, National Institutes of Health. Bethesda, USA. October 28-31, 2003.
- International Conference-Health Disparities among Individuals with Developmental Disabilities: An Agenda for Change. International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities, Wetchester Institute for Human Development, Association of University Centers on Disability. Valhalla, USA. August 27-27, 2003.



- From Fact to Act: Translating Evidence into Health Policies. Harvard Medical School. Boston, USA. May 21, 2003.
- Ulusal Ruh Sağlığı Politikası 2. Konferansı ve İlgili Çalışma Ziyaretleri. Boston Çocuk Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Gelişimsel Bozukluklar Araştırma Eğitim Programı; T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Kocaeli, Elazığ, Ankara. 10-14 Mart 2003.
- Women in Informal Employment: Globalizing and Organizing (WIEGO) General Assembly. Cambridge, Massachusetts, USA. May 22-24, 2000. [Interpreter]

## **EĞİTMENLİK**

### **Acil Tıp Eğitmenliği**

Doktorlara Yönelik: Acil Hekimlik Programı Temel Eğitim Modülü Eğitmen Kursunun başarıyla tamamlanması sonucunda, 2009/TM008 no'lu eğitmen sertifikasına hak kazanılmıştır.

Yardımcı Sağlık Personeline Yönelik: İSM Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğünde Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin (AABT/ATT) eğitimlerinden sorumlu hekim olarak, 26 Mart 2009/27181 tarih ve sayılı mevzuat gereği mezuniyet sonrası zorunlu eğitim programlarının 40 saatlik Temel Eğitim ve 20 saatlik Erişkin İleri Yaşam Desteği modülleri başlatmıştır. Eğitimlerin organizasyonu ve sertifikaların düzenlenmesi, görev kapsamındadır.

Verilen Eğitimler:

- Acil Tıpta Girişimsel Sedasyon ve Analjezi İlkeleri. Acil Hekimliği Sertifika Programı. Temel Eğitim Modülü. ŞSM Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü. İstanbul. 3 Eylül 2012. [Doktorlara Yönelik]
- Açılış; Acil Sağlık Hizmetleri Acil Durumlarda Sağlık İletişimi, Olay Yönetimi ve Etik. Yardımcı Sağlık Personeli Programı Eğitici Eğitimi. Erişkin İleri Yaşam Desteği. İstanbul. 28 Eylül ve 14 Aralık 2009. [AABT/ATT ve Acil Hemşirelerine Yönelik]
- Acil Vaka Senaryoları. Workshop Değerlendirmeleri. Yardımcı Sağlık Personeli Programı Eğitici Eğitimi. Temel Eğitim Modülü. İstanbul. 11 Eylül 2009. [AABT/ATT ve Acil Hemşirelerine Yönelik]

### **Araştırma ve Geliştirme (Ar-Ge) Eğitimliği**

Doğrudan bağlı olduğu Müdürlük Makamı denetiminde, İSM Kurucu İl Ar-Ge Sorumlusu olarak yetki ve sorumluluklar, eğitim faaliyetlerinin başlatılması, düzenlenmesi ve yürütülmesini kapsamaktadır. Vizyon belirlenmesi, amaç, hedef, program içeriğinin oluşturulması görev kapsamındadır.

- Program Committee & Faculty Member. Summer Course on Research Methodology in Public Health and Medical Sciences. MoH Health Directorate of Istanbul Research and Development Unit, Harvard Medical School Koç University, School of Medicine. İstanbul. July 19-23, 2010; July 18-22, 2011; July 9-13, 2012.
- Düzenleyici. (Yönetici. Atölye Çalışmalarında Sorumlu Eğitimci.) İSM Ar-Ge 1. Çalıştay: Sağlık Hizmetlerinde Araştırma Kapasitesinin Geliştirilmesi. Yenilikçi bakış açısı ile il genelinde planlanan faaliyetleri başlatılmıştır. İstanbul içinden ve il dışından çeşitli kurum ve kuruluşlardan yaklaşık 200 katılımcıya yönelik, toplu seminerler verilmiş ve workshop niteliğinde atölye çalışmaları gerçekleştirilmiştir. İstanbul. 16-18 Kasım 2009.
- Düzenleyici. (Yönetici. Atölye Çalışmalarında Sorumlu Eğitimci.) İSM Ar-Ge 2. Çalıştay: Sağlık Araştırmalarında Kaynak Geliştirme. Kuruluşundan itibaren il genelinde başarıyla tamamlanmış olan çok-ortaklı sektörler arası çalışmalar sunulmuş ve geleceğe bakış açısı sergilenmiştir. İstanbul içinden ve il dışından çeşitli kurum ve kuruluşlardan yaklaşık 400 katılımcıya yönelik, toplu seminerler verilmiş ve workshop niteliğinde atölye çalışmaları gerçekleştirilmiştir. İstanbul. 21-23 Haziran 2011.
- İSM Ar-Ge ile Maya Danışmanlık, Organizasyon ve Eğitim kuruluşu iş birliğiyle, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (EAH) yetkililerinin katılımıyla, “AB Mali Yardımları ve AB Proje Döngüsü Yönetimi Eğitimi Programı” düzenlenmiştir. İstanbul Avrupa Yakası EAH: 13, 14, 15, 20 Ocak 2010 ve Anadolu Yakası EAH: 20, 21, 22, 25 Ocak 2010.

### **Üniversitelerde Verilen Eğitim Seminerleri**

- Acil Durumlar Sonrasında Değişim Fırsatları ve Toplumsal Ruh Sağlığı Politikalarının Yapılandırılması (Emergency Interventions and Post-Disaster Policy

Transformations in Community Mental Health). Koruyucu Tıp ve Toplum Sağlığı Eğitim Semineri. Yeditepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü. İstanbul. 28 Nisan 2010.

- İSM Ar-Ge Vizyonu: Akademik İş Birlikleri Çerçevesinde Geleceğe Bakış. Güz Dönemi Eğitim Semineri. Namık Kemal Üniversitesi Çorlu Mühendislik Fakültesi, Biyomedikal Teknolojileri Araştırma ve Geliştirme Topluluğu. Tekirdağ. 12 Aralık 2011.

### **Uluslararası Araştırma Yöntemleri Eğitimliği**

A.B.D. Harvard Tıp Fakültesi Boston Çocuk Hastanesi Öğretim Üyesi Kerim Munir, MD, MPH, DSc başkanlığındaki Fogarty NIH Ruh Sağlığı ve Gelişimsel Bozukluklar Araştırma Eğitim Programı D43 TW0005807 çatısı altında uluslararası araştırma görevlilerinin, bilim insanlarının, öğretim üyelerinin katılımıyla eğitim seminer serileri düzenlenmiştir.

- Direktör (Topluluk Kurucusu. Oturum Yöneticisi.) New England Research Forum topluluk üyeleri, Harvard Tıp Fakültesinin eğitim hastanelerinde görev yapan öğretim üyeleri ve International Clinical, Operational and Health Services Research and Training Award (ICOHRTA) bursiyerleridir. Benzer disiplinlerden katılımın sağlanmış ve bilimsel araştırmalar temelinde tartışmalar yürütülmüştür. 15 Ekim 2002 – 15 Nisan 2003.
- Düzenleyici (Araştırma Eğitimi Danışmanlığı). Project HOPE tarafından 1999 depremini izleyen dönemde, okul çağı çocuklarına yönelik koruyucu ruh sağlığı programı geliştirilmesi desteklenmiştir. Boston Çocuk Hastanesinde, Psikolojik Rehabilitasyon ve Eğitim Projesinin (PREP) yürütücülerinin hedeflerine uygun, araştırma yöntemleri eğitim programı oluşturulmuş. Kantitatif ve kalitatif analizler, öğretim üyelerinin danışmanlığında yürütülmüştür. 5 Ocak - 5 Şubat 2004.
- Program Koordinatörü (Akran Danışmanlığı). Klinik araştırmalarda, araştırma yöntemleri, yabancı dilde akademik yazım kuralları, A.B.D.'de etik kurul onay süreçleri ve uzaktan eğitim stratejileri gibi pek çok konuda destek ve danışmanlık verilmiştir. Katkıları; PMID15250228, PMID15862191 gibi çok sayıda makalede ikrar edilmiştir.
- Program Koordinatörü (Toplantı Düzenleyicisi). Public Health and Changing Trends in Medical Education in Turkey. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. İskender Sayek tarafından sunulmuştur. Harvard School of Public Health

Office of Alumni Programs ile koordine olarak yürütülmüştür. Harvard Club of Boston. 20 Haziran 2003.

- Program Koordinatörü (Bilimsel ve Teknik Danışman). Dünya Bankası ve T.C. Sağlık Bakanlığının Marmara Depremi Acil Yeniden Yapılandırma Projesi (Marmara Earthquake Emergency and Reconstruction; MEER) projesi kapsamında Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikalarına (Republic of Turkey National Mental Health Policy) oluşturulmasında görevler üstlenilmiştir. 2002-2004. Resmî Yayın Tarihi: Eylül 2006.

### **Toplum Sağlığı Eğitimliği**

- Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi “Halk Sağlığı” ve “Sağlıkta Temel Kavramlar” dallarında, üç grup eczane çalışanına toplam kırk yedi saatlik İkinci Düzey Eğitimler verilmiştir. İstanbul. 8 Mart - 5 Mayıs 2009.
- Sağlıklı Beslenme ve Kişisel Hijyen Eğitimleri. İlkokul 3. ve 4. Sınıflar. T.C. İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü Eğitim Program. Ekim - Aralık 2008.

### **Sahne Sanatları Eğitimliği**

- Kurucu Ortak (Başrol Oyuncusu. Eğitimci. Toplumsal Savunucu.). Profesyonel aktris ve aktör adayları için düzenlenmiş olan yıllık kapsamlı eğitim programı çerçevesinde, diksiyon, rahatlama teknikleri ve topluluk önünde konuşma yöntemleri dersleri verilmiştir. Tiyatro MİE. İstanbul. 1993-1996.

### **DANIŞMANLIK**

Kurumlar arası ve uluslararası iş birlikleri çerçevesinde, hibe destekli programların oluşturulmasına yönelik, başvuru ve yürütme süreçlerine kapsamlı bireysel danışmanlık verilmiştir. Faaliyetler yenilikçi bakış açısı gerektirdiğinden, İSM İl Ar-Ge Sorumlusu olarak il genelinde eğitimler ve birebir danışmanlık desteği sağlanmıştır. Hibe desteğine hak kazanmış başvurular, aşağıdaki listede verilmiş olup, listedeki çalışmalarla sınırlı değildir.

- Istanbul City Ambulance Services Staff Training for Achievement of EU Standards (İstanbul İl Ambulans Servisi Sağlık Personellerinin AB Standartlarına

Adaptasyon Eğitimi) 2010-1-TR1-LEO02-14443. İSM. Hibe Desteği: AB LLP LdV Hareketlilik, People in the Labour Market (PLM) Mesleki Eğitim.

- From the Past into the Future: European Museums in Public Health and Medical Sciences (Geçmişten Geleceğe: Avrupa'da Halk Sağlığı ve Tıp Bilimleri Müzeleri) 2010-1-TR1-LEO03-15248. T.C. İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü (İSM). Hibe Desteği: Avrupa Birliği (AB) Lifelong Learning Programme (LLP) Leonardo da Vinci (LdV) Mobility (Hareketlilik) Vocational Education and Training Professionals (VETPRO) (Mesleki Eğitim).
- Self-Sufficient Life Adaptation Home and the Use of Innovative Methods for People with Spinal Cord Injury (Omurilik Yaralanmaları Bireyler İçin Bağımsız Yaşam Adaptasyon Evi ve Kullanılan Yenilikçi Metodların İncelenmesi) (AdaEv). 2010-1-TR1-LEO03-15261. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma hastanesi (EAH). Hibe Desteği: AB LLP LdV Hareketlilik VETPRO Mesleki Eğitim.
- Adaptation of Larynx Cancer Patients to Life with Health Workers (Larenks Kanserli Hastaların Hayata Yeniden Uyumunda Sağlık Çalışanları) (Hayata Yeniden Dönüş) 2011-1-TR-LEO0326620. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul EAH. Hibe Desteği: AB LLP LdV Hareketlilik VETPRO Mesleki Eğitim.
- Multidisciplinary Palliative Care and Patient School at European Standards (Europalliative Care). (Avrupa Standartlarında Multidisipliner Palyatif Bakım ve Hasta Okulu) (Avropalyatif Bakım) 2012-1-TR1-LEO03-38824. T.C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı EAH. Hibe Desteği: AB LLP LdV Mesleki Eğitim Hareketlilik VETPRO.
- Emotional Intelligence and Social Sensivity in Health Care (CARES) (Sağlık Çalışanları İçin Duygusal Zeka ve Sosyal Duyarlılık) 2012-01-TR1-LEO05-35179. T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik EAH. Hibe Desteği: AB LLP LdV Transfer of Innovation (Yenilik Transferi) Mesleki Eğitim.
- Health and Education: Quality Health Services. Transversal Program Study Visits (Çalışma Ziyaretleri). 2012-01-TRSVG124. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul EAH. Hibe Desteği: AB LLP Ev Sahipliği Türkiye. 22-26 Eylül 2012.

- New Opportunities Initiative: Making Technical Teaching a Genuine Option 2010-SV-01-TR-LLP-01815. Uz. Dr. Ayça Özenç Seven, İSM Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürü . Hibe Desteği: AB LLP Çalışma Ziyareti. 18 - 22 Ekim 2010. Portekiz.
- Classroom Observation as a Toll for Continuing Professional Development 2010-SV-02-TR-LLP-05126. Doç. Dr. Adem Akçakaya, T.C. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı EAH Başhekimi. Hibe Desteği: AB LLP Çalışma Ziyareti. 4-8 Nisan 2011. Estonya.
- Forming Ethics Protocols for Fetal and Neonatal Interventions (Yenidoğan Müdahalelerinde Etik Protokollerinin Oluşturulması) 2010-1-TR1- LEO06-18547. Health Education. Doç. Dr. Tutku Özdoğan, T.C. Sağlık Bakanlığı Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları EAH. Hibe Desteği: AB LLP LdV Preparatory Visit (Hazırlık Ziyareti). 6-10 Eylül 2010. İngiltere.
- Health Education and Promotion in Society, Institutional and Civic Initiatives. 2010-SV-02-TR-AB LLP-05492. Doç. Dr. Özgür Yiğit, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul EAH Başhekimi. Hibe Desteği: AB LLP Çalışma Ziyareti. 7-10 Haziran 2011. Polonya.
- Health Education and Promotion in Society, Institutional and Civic Initiatives. 2010-SV-02-TR-AB LLP-05235. Doç. Dr. Doğaç Niyazi Özüçelik, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH Acil Tıp Klinik Şefi. Hibe Desteği: AB LLP Çalışma Ziyareti. 7-10 Haziran 2011. Polonya.
- Health Education and Promotion in Society. 2011-SV-02-TR-LLP-03657. Doç. Dr. Ramazan Dansuk, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul EAH Başhekim Yardımcısı. Hibe Desteği: AB LLP Çalışma Ziyareti. 22-25 Mayıs 2012. Polonya.
- Quality Professionals in VET, Professionalization of Teachers in Relation to Quality Assurance. (Mesleki Eğitimde Kalite) 2011-1-TR1-LEO06-30826. Serpil Tural. Hibe Desteği: AB LdV Hazırlık Ziyareti. Contact Seminar (İrtibat Semineri). 2-5 Kasım 2011. Hollanda.
- [Ortaklık] Joining Innovative Approaches for the Integration and Development of Transnational Knowledge Clusters Policies Related to Independent Living of Elderly (JADE) (Yaşlı Bağımsız Yaşam Politikalarında Uluslara Ötesi Yenilikçi Yaklaşımların Uygulanması ve Geliştirilmesi). İtalya SVIM Sviluppo Marche SpA Bölgesel Kalkınma Ajansı. [İSM ortaklık hakkından feragat etmiştir.]

- [Ortaklık] Avrupa' da Laparoskopik Cerrahide Eşleştirme Projesi. 2010-1-TR1-LEO03-15025. Üsküdar Zeynep Kamil Sağlık Meslek Lisesi. Ortak: T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EAH. Hibe Desteği: AB LLP LdV Hareketlilik VETPRO Mesleki Eğitim.
- [Yedek Liste] Gestational Diabetes Advances Diagnosis and Treatment (Gebelikte Diyabetin Tanı ve Tedavisindeki Gelişmelerin Öğrenilmesi) 2011-1-TR1-LEO03-26691. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EAH AB LLP LdV Hareketlilik VETPRO Mesleki Eğitim.
- [Yedek Liste] Leading Innovation and Change 2010-SV-02-TR-AB LLP-05104. Dr. Kurtuluş Açıkşarı,. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH Acil Tıp Asistanı. Hibe Desteği: AB LLP Çalışma Ziyareti. 21-25 Mart 2011. İngiltere.

## **ÖDÜLLER**

- [Çalışma Desteği] Program Koordinatörü/Takım Lideri. Acil Sağlık Hizmetlerinde Etkin Finansman Ar-Ge Fizibilite Çalışması İSTKA/2011/DFD/35. Hibe Desteği Veren Kurum: İstanbul Kalkınma Ajansı Doğrudan Faaliyet Desteği Programı. İstanbul. 15 Ocak - 13 Nisan 2012.
- [Mesleki Eğitim Desteği] Guest Researcher (Konuk Araştırmacı). From the Past into the Future: European Museums in Public Health and Medical Sciences (Geçmişten Geleceğe: Avrupa'da Halk Sağlığı ve Tıp Bilimleri Müzeleri) 2010-1-TR1-LEO03-15248. Hibe Desteği Veren Kurum: T.C. Başbakanlık Türk Ulusal Ajansı AB Eğitim ve Gençlik Programları Merkezi Başkanlığı Hayatboyu Öğrenme (LLP) Programı Leonardo da Vinci (LdV) Vocational Training Mobility Project (Mesleki Eğitim Hareketlilik Projesi). Londra, İngiltere. 3-17 Nisan 2011.
- [Çalışma Ziyareti Desteği] New Opportunities Initiative: Making Technical Teaching A Genuine Option 2010-SV-01-TR-LLP-01818. T.C. Başbakanlık Türk Ulusal Ajansı Avrupa Birliği (AB) Eğitim ve Gençlik Programları Merkezi Başkanlığı Hayatboyu Öğrenme Programı (LLP) Çalışma Ziyareti. Marvão, Portekiz. 18-22 Ekim 2010. Kazanılmış haktan feragat edilmiştir.
- [Takdirname] Görevde gösterilen üstün gayret ve sağlık hizmetlerine değerli katkılardan dolayı, 657 Devlet Memurları Kanununun 122. Maddesi gereğince taltif

edilmiş ve İl Sağlık Müdürü Prof. Dr. Ali İhsan Dokucu eliyle 29 Haziran 2010'da verilmiştir. Veren Kurum: T.C. İstanbul Valiliği. İstanbul. Belge Tarih ve Sayısı: 23 Mart 2010 / 25.

- [Teşekkür Belgesi] Görevde gösterilen üstün gayret ve sağlık hizmetlerine değerli katkılardan dolayı, 657 Devlet Memurları Kanununun 122. Maddesi gereğince taltif edilmiştir. Veren Kurum: İSM. İstanbul. Belge Tarih ve Sayısı: 8 Şubat 2011 / 3005.
- [Teşekkür Belgesi] Ar-Ge 1. Çalıştayı: Sağlık Hizmetlerinde Araştırma kapasitesinin Geliştirilmesi toplantısının düzenlenmesindeki sorumluluğun ve eğitmenlik görevlerinin başarıyla tamamlanmış olmasından dolayı verilmiştir. Veren Kurum: İSM. İstanbul. 16-18 Kasım 2009.
- [Plaket] İl genelinde Ar-Ge faaliyetleri kapsamında gösterilmiş olan başarılı çalışmadan dolayı, İl Sağlık Müdürü Prof. Dr. Ali İhsan Dokucu eliyle verilmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü (İSM) Kurucu İl Ar-Ge Sorumlusu olarak, İSM Ar-Ge Birimi adına alınmıştır. İstanbul. 21 Haziran 2011.
- [Tebrik Belgesi] İSM Ar-Ge çalışmalarını ve buna yönelik eğitim faaliyetlerini yürütmek ve T.C. Sağlık Bakanlığı ilgili birimleriyle İSM kurumları arasında etkili iletişimi ve koordinasyonu sağlamak üzere Ar-Ge Birimi kurma görevlendirilmeden itibaren Ar-Ge Biriminin faaliyetlerinin ve hibe başvurularının yürütülmesi kapsamında gösterilmiş olan başarı dolayısıyla, Vali Yardımcısı Kazım Tekin eliyle verilmiştir. Veren Kurum: İSM. İstanbul. 21 Haziran 2011.
- [Tebrik Belgesi] 2010-SV-01-TR-LLP-01818 referans numaralı AB Çalışma Ziyareti desteğine hak kazanılmış olması dolayısıyla verilmiştir. Veren Kurum: İSM. İstanbul. 21 Haziran 2011.
- [Öğrenci Temsilciliği] İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2008-2009 Yılı Öğrenci Konseyi Temsilciliği. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Başkanlığı. Resmi Yazı Tarih ve Sayısı: 11 Kasım 2008 / 368.
- [Öğrenci Temsilciliği] İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2009-2010 Yılı Öğrenci Konseyi Temsilciliği. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD Başkanlığı. Resmi Yazı Tarih ve Sayısı: 2 Kasım 2009 / 233.



- [Eğitim Bursu] Halk Sağlığı Sağlık Yönetimi ve Politikaları Yüksek Lisans eğitimi kapsamında, Harvard Üniversitesi Halk Sağlığı Fakültesi tarafından kısmi burs ile ödüllendirilmiştir. Boston, A.B.D. 2000-2001.
- [Ambassador's (Elçilik) Program Bursu] Experiment in International Living. A.B.D. yerel kuruluşlarından ek desteklerle, New York ve Washington D.C. şehirlerine ve Michigan Eyaleti ziyaretleri gerçekleştirilmiştir. Yaz 1988 (2 ay).
- [Kültürel Değişim Bursu] Experiment in International Living. Londra ve Kettering, İngiltere. Yaz 1982 (üç hafta).
- [Kültürel Değişim Bursu] Experiment in Int'l Living. A.B.D. devlet bursu ve uluslararası kuruluşlardan ek desteklerle, kırk dört ülkeden katılımcılarla birlikte ziyaretler gerçekleştirilmiştir. New York City, Washington D.C. ve Illinois Eyaleti. A.B.D. Yaz 1985 (iki ay).
- [Kültürel Değişim Programı] Experiment in Int'l Living. İngiltere'den konuklara ev sahipliği (host family) yapılmıştır. İstanbul. Yaz 1976-1984 (beş kez; birer ay).
- [Adaylık] Harvard Üniversitesi Halk Sağlığı Yüksek Lisans 2001 Halk Sağlığı Mezunları (HSPH'01 Alumni) Sınıf Başkanlığı için üç kez aday gösterilmiştir. Boston. 2001.
- [Teşekkür Yazısı; Kurumsal Sembol] Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School Teaching Hospital. 1999.
- [Onur Belgesi] CTF'90 Grubu, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 1990 mezunlarına yirminci yıl kutlaması dolayısıyla verilmiştir. İstanbul. 9 Ekim 2010.
- [Adaylık] Amerikan Biyografi Enstitüsünün "21. Yüzyılın Büyük Kadınları (Great Women of the 21st Century)" yayınında yer almak üzere aday gösterilmiş olup, söz konusu enstitüye öz geçmiş sunulmamıştır. Aday Gösteren: Prof. Dr. Dilek Aslan, Fogarty Bursiyeri ve Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Öğretim Üyesi. Boston, A.B.D. 2004.
- [Acknowledgements] [Teşekkür Bildirimleri] 1. Makale: Aslan D, Altintas H, Emri S, Cesuroğlu T, Kotan O, Koyuncu S, Malkoç O, Meral A, Ozcan S, Sarinc S. Respir Med. 2004 Jul;98(7):626-31. Self-evaluations of tuberculosis patients about their illnesses at Ankara Atatürk Sanatorium Training and Research Hospital, Turkey. 2.

Makale: Oner O, Oner P, Aysev A, Kucuk O, Ibis E. Regional cerebral blood flow in children with ADHD: changes with age. Bran D. 2005 Jun; 27 (4): 279-85. Grant Support: D43 TW 05807/TW/FIC NIH HHS/United States.

## ÜYELİKLER

Bu bölümde, geçmişte faaliyet gösterilen veya halen üye olunan kurullar ve sivil toplum kuruluşları listelenmiştir.

- T.C. Avrupa Birliği Bakanlığı, T.C. İstanbul Valiliği Uyum, Danışma ve Yönlendirme Kurulu (İstanbul 2010-2012)
- İl Kanser Kontrol Danışma Kurulu (İstanbul. 2011)
- İstanbul Tabip Odası (İstanbul. Kesintili olarak, 1990-2013)
- Harvard Center for Population and Development Studies, Working Group on Mass Violence (Boston. 2002-2004)
- Harvard Children's Initiative (Boston. 2002-2004)
- Adaptive Environments (Boston 2002-2004)
- Autism Advisory Committee, Massachusetts Department of Public Health (Boston. 2002-2004)
- New England Research Forum (Boston. 2002-2004)
- Mental Health and Developmental Disabilities International Research Seminar Series (Boston. 2002-2004)
- Medical Anthropology and Cultural Psychiatry Research Seminars, Department of Social Medicine, Harvard Medical School (Boston. 2002-2004)
- Academic Teaching Conference Series, Judge Baker Children's Center (Boston 2002-2004)
- International Mental Health Interest Group (Boston. 2002-2004)
- Tiyatro Oyuncuları Derneği TODER (İstanbul. 1995-2007)
- Mavi Dans (Boston)
- Robert Kolej Mezunlar Derneği (İstanbul. Kesintili olarak, 1984-2013)
- İ.Ü. Sağlık Bilimleri Lisans Üstü Öğrenci Konseyi (İstanbul. 2008-2010)