



T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BURDUR İLİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN
RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ
(2013-2017 YILLARI ARASI)**

Ali SERT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK VE BİYOMEDİKAL BİLİMLER (DİSİPLİNLERARASI)
ANABİLİM DALI**

**Danışman
Dr. Öğretim Üyesi Mümin POLAT**

BURDUR-2019

T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BURDUR İLİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN
RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ
(2013-2017 YILLARI ARASI)**

Ali SERT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK VE BİYOMEDİKAL BİLİMLER (DİSİPLİNLERARASI)
ANABİLİM DALI**

**Danışman
Dr. Öğretim Üyesi Mümin POLAT**

BURDUR-2019

KABUL ve ONAY

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Ali SERT tarafından *Doktor Öğretim Üyesi Mümin POLAT* yönetiminde hazırlanan "*Burdur İli Acil Sağlık Hizmetlerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi (2013-2017 Yılları Arası)*" başlıklı tez çalışması jüri üyeleri olarak tarafımızdan okunmuş; kapsamı ve niteliği açısından Sağlık ve Biyomedikal Bilimler (Disiplinlerarası) Anabilim Dalında *Yüksek Lisans* olarak oy birliği / oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Sınavı Tarihi 24/10/2019

Başkan

Prof. Dr. Mehmet Zeki YILDIRIM
Burdur Mehmet Akif Ersoy
Üniversitesi

Jüri

Dr. Öğretim Üyesi
Giray KOLCU
Süleyman Demirel
Üniversitesi

Jüri

Dr. Öğretim Üyesi
Mümin POLAT
Burdur Mehmet Akif Ersoy
Üniversitesi

ONAY

Bu tez, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu 15.11.2019 Tarih ve 44... sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mustafa Doğa TEMİZSOY

Müdür

Sağlık Bilimleri Enstitüsü



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim hayatım boyunca bilgi ve tecrübelerini cömertçe paylaşan ve benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve bilhassa bugünlere gelmem de çok büyük emeği geçen tez hocam Dr. Öğr. Üyesi Mümin POLAT başta olmak üzere bu süreçte benden yardımlarını esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Mustafa KILINÇ, çok kıymetli yüksek lisans arkadaşlarım Gülcihan Aybike DİLEK, Ümmühan ÇİFTCİ ve Bahadır ALGÜL, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsünden Mustafa YÜKSEL, Hüseyin NARİN ve Hatice KARACA, varlıklarıyla bana her zaman destek olan, yol gösteren, fedakârlıklarıyla bana örnek olan, tüm başarılarımın asıl mimarları canım annem Kadriye SERT ve çok kıymetli babam Adem SERT ve biricik kardeşim Rümeyza SERT ve bu aşamada bana destek olan herkese çok teşekkür ederim.



ETİK BEYAN

“Burdur İli Acil Sağlık Hizmetlerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi (2013-2017 Yılları Arası)” başlıklı tez çalışmamdaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Dr. Öğretim Üyesi Mümin POLAT danışmanlığında Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığımı beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Ali SERT

Tarih: 26.10.2019

İmza:



İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK	<i>i</i>
KABUL VE ONAY	<i>ii</i>
TEŞEKKÜR	<i>iii</i>
BEYAN	<i>iv</i>
İÇİNDEKİLER	<i>v</i>
TABLolar	<i>vi</i>
GRAFİKLER	<i>viii</i>
SİMGELER VE KISALTMALAR	<i>x</i>
TÜRKÇE ÖZET	<i>xi</i>
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)	<i>xii</i>
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1. Sağlık Tanımı	3
2.2 İlk Yardım	3
2.3 Acil Yardım ve Acil Tıp	3
2.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık	4
2.5. Dünyada Acil Sağlık Hizmetleri	5
2.5.1.Anglo-Amerikan Modeli	6
2.5.2. Franko-German Modeli	6
2.6. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetlerinde Yer Alan Bazı Kavramlar	7
2.6.1. İl Ambulans Servisi Başhekimliği	7
2.6.2. Komuta Kontrol Merkezi	7
2.6.3. 112 Acil Sağlık Yardımı Çağrısı	9
2.6.4. Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü	9
2.6.5. Ambulanslar	9
2.6.6. 112 İstasyonları	12
2.6.7. Acil Servis	13
2.6.8. Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelleri	14
2.6.9. Acil Sağlık Personelinin Aldığı Hizmet İçi Eğitimler	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
4. BULGULAR	19
5.TARTIŞMA	80
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	92
KAYNAKLAR	94
EKLER	100
Ek-1: Etik Kurul Kararı	100
ÖZGEÇMİŞ	101

TABLULAR

Tablo 4.1.	2013 Yılı ambulans çıkışı çağrı nedenlerinin aylara göre dağılımı	20
Tablo 4.2.	2014 Yılı ambulans çıkışı çağrı nedenlerinin aylara göre dağılımı	22
Tablo 4.3.	2015 Yılı ambulans çıkışı çağrı nedenlerinin aylara göre dağılımı	24
Tablo 4.4.	2016 Yılı ambulans çıkışı çağrı nedenlerinin aylara göre dağılımı	26
Tablo 4.5.	2017 Yılı ambulans çıkışı çağrı nedenlerinin aylara göre dağılımı	28
Tablo 4.6.	2013 Yılı ambulans vaka çıkışı sonuçlarının aylara göre dağılımı	31
Tablo 4.7.	2014 Yılı ambulans vaka çıkışı sonuçlarının aylara göre dağılımı	33
Tablo 4.8.	2015 Yılı ambulans vaka çıkışı sonuçlarının aylara göre dağılımı	35
Tablo 4.9.	2016 Yılı ambulans vaka çıkışı sonuçlarının aylara göre dağılımı	37
Tablo 4.10.	2017 Yılı ambulans vaka çıkışı sonuçlarının aylara göre dağılımı	39
Tablo 4.11.	2013 Yılına ait ön tanıların aylara göre dağılımları	42
Tablo 4.12.	2014 Yılına ait ön tanıların aylara göre dağılımları	44
Tablo 4.13.	2015 Yılına ait ön tanıların aylara göre dağılımları	46
Tablo 4.14.	2016 Yılına ait ön tanıların aylara göre dağılımları	48
Tablo 4.15.	2017 Yılına ait ön tanıların aylara göre dağılımları	50
Tablo 4.16.	Yıllara göre ambulans kazalarının sayıları	53
Tablo 4.17.	Yıllara göre 112 İstasyon, ambulans sayısı ve vaka sayısı	54
Tablo 4.18.	Yıllara göre hava ambulansı kullanım durumu	55
Tablo 4.19.	2014 Yılı 112 komuta merkezine gelen çağrılarının detayları	56
Tablo 4.20.	2015 Yılı 112 komuta merkezine gelen çağrılarının detayları	57
Tablo 4.21.	2016 Yılı 112 komuta merkezine gelen çağrılarının detayları	58
Tablo 4.22.	2017 Yılı 112 komuta merkezine gelen çağrılarının detayları	59
Tablo 4.23.	Sisteme gelen toplam çağrı sayıları (2014-2015-2016-2017)	60
Tablo 4.24.	Acil sağlık personellerinin yıllara göre aldığı eğitimler	61
Tablo 4.25.	Yıllara göre yapılan toplam km. ve toplam yakıt kıyaslaması	62
Tablo 4.26.	2013 Yılı ulaşım oranları	63
Tablo 4.27.	2014 Yılı ulaşım oranları	64
Tablo 4.28.	2015 Yılı ulaşım oranları	65
Tablo 4.29.	2016 Yılı ulaşım oranları	66
Tablo 4.30.	2017 Yılı ulaşım oranları	67
Tablo 4.31.	Ulusal medikal kurtarma ekibinin yıllara göre çalışmaları	69
Tablo 4.32.	Vaka cinsiyetlerinin yıllara göre dağılımı	70
Tablo 4.33.	2013 Yılı nakil edilen hastane sayılarının aylara göre dağılımları	71
Tablo 4.34.	2014 Yılı nakil edilen hastane sayılarının aylara göre dağılımları	72
Tablo 4.35.	2015 Yılı nakil edilen hastane sayılarının aylara göre dağılımları	73
Tablo 4.36.	2016 Yılı nakil edilen hastane sayılarının aylara göre dağılımları	74
Tablo 4.37.	2017 Yılı nakil edilen hastane sayılarının aylara göre dağılımları	75
Tablo 4.38.	Yıllara göre vakaların sosyal güvencelerinin dağılımları	76
Tablo 4.39.	2013-2014 Yıllarındaki vakaların yıllara göre yaş gruplarının dağılımı	77
Tablo 4.40.	2015-2016-2017 Yıllarındaki vakaların yıllara göre yaş gruplarının dağılımı	77
Tablo 4.41.	İstasyon tipleri ve sayılarının yıllara göre dağılımı	79

ŞEKİLLER

Şekil 4.1.	2013 Yılı ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı	21
Şekil 4.2	2014 Yılı ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı	23
Şekil 4.3.	2015 Yılı ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı	25
Şekil 4.4.	2016 Yılı ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı	27
Şekil 4.5.	2017 Yılı ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı	29
Şekil 4.6.	Çağrı nedenlerine göre dağılımın 5 yıllık karşılaştırılması	30
Şekil 4.7.	2013 Yılı ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımı	32
Şekil 4.8.	2014 Yılı ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımı	34
Şekil 4.9.	2015 Yılı ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımı	36
Şekil 4.10.	2016 Yılı ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımı	38
Şekil 4.11.	2017 Yılı ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımı	40
Şekil 4.12.	Vaka sonuçlarına göre dağılımın 5 yıllık karşılaştırılması	41
Şekil 4.13.	2013 Yılı vakaların ön tanılarına göre dağılımları	43
Şekil 4.14.	2014 Yılı vakaların ön tanılarına göre dağılımları	45
Şekil 4.15.	2015 Yılı vakaların ön tanılarına göre dağılımları	47
Şekil 4.16.	2016 Yılı vakaların ön tanılarına göre dağılımları	49
Şekil 4.17.	2017 Yılı vakaların ön tanılarına göre dağılımları	51
Şekil 4.18	Ön tanılara göre dağılımlarının 5 yıllık karşılaştırılması	52
Şekil 4.19.	2013-2014-2015-2016-2017 Yıllarına göre ambulans kazası sayısı	53
Şekil 4.20.	5 Yıllık 112 istasyon ve ambulans sayısı	54
Şekil 4.21.	Yıllara göre hava ambulansı kullanım durumu	55
Şekil 4.22.	Sisteme gelen toplam çağrı sayıları (2014-2015-2016-2017)	60
Şekil 4.23.	Acil sağlık personellerinin yıllara göre aldığı eğitimler	61
Şekil 4.24.	Yıllara göre yapılan toplam km. ve toplam yakıt kıyaslaması	62
Şekil 4.25.	Kentsel vakaların yıllara göre karşılaştırılması	68
Şekil 4.26.	Kentsel vakaların yıllara göre karşılaştırılması	68
Şekil 4.27.	Vakaların cinsiyetlere göre dağılımı	70
Şekil 4.28.	2013 Yılı vakaların nakil edildiği hastanelere göre dağılımları	71
Şekil 4.29.	2014 Yılı vakaların nakil edildiği hastanelere göre dağılımları	72
Şekil 4.30.	2015 Yılı vakaların nakil edildiği hastanelere göre dağılımları	73
Şekil 4.31.	2016 Yılı vakaların nakil edildiği hastanelere göre dağılımları	74
Şekil 4.32.	2017 Yılı vakaların nakil edildiği hastanelere göre dağılımları	75
Şekil 4.33.	Vakaların sosyal güvencelerine göre dağılımı	76
Şekil 4.34.	2013-2014 Yıllarındaki vakaların yaş gruplarının karşılaştırılması	78
Şekil 4.35.	2015-2016-2017 Yıllarındaki vakaların yaş gruplarının karşılaştırılması	78
Şekil 4.36.	Yıllara göre istasyon tipleri ve sayıları	79

SİMGELER ve KISALTMALAR

AABT	Ambulans Acil Bakım Teknikeri
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ASH	Acil Sağlık Hizmetleri
ASHY	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
ASTE	Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitimi
ATH	Acil Tıp Hizmeti
ATT	Acil Tıp Teknisyeni
AYAY	Acil Yardım ve Afet Yönetimi
ÇİLYAD	Çocuklarda İleri Yaşam Desteği Eğitimi
GİS	Gastro-İntestinal Sistem
İLYAD	Erişkin İleri Yaşam Desteği Eğitimi
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KKM	Komuta Kontrol Merkezi
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
MEB	Milli Eğitimi Bakanlığı
TM	Temel Modül
TRK	Travma ve Resüsitasyon Kursu
TYD	Temel Yaşam Desteği

ÖZET

Burdur İli Acil Sağlık Hizmetlerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi (2013-2017 Yılları Arası)

Bu çalışma da Burdur ilinde 2013-2017 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde verilmiş olan tüm acil sağlık hizmetleri retrospektif olarak incelenmiştir. İncelenen vakalar çağrı nedenlerine, ön tanılarına, sonuçlarına göre incelenmiş olup yaş, cinsiyet faktörleri ve değişkenler gibi vb. parametreler 5 yıllık süreçte ayrı ayrı aylara bölünerek analizleri yapılmıştır. Burdur ili 112 acil sağlık ekipleri 2013-2017 yılları arasında 44,724 erkek 37,552 kadın olmak üzere toplamda 82,276 kişiye hizmet vermiştir. Toplam vakaların özellikle yaz aylarında yükseldiği ortaya çıkmıştır. Ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı değerlendirildiğinde toplamda 96,957 vaka yapılmıştır. Vakaların 65,207'si (%67,25) medikal vaka, 14,165'ni (%14,60) trafik kazası vakaları oluşturmuştur. 2013 yılında ön tanı almış ve sistemlere göre ayrılmış vaka sayısı 15,695'tir. 2014 yılında 17,110 vaka tanı almış ve hastalıklara göre sistemlere ayrılmıştır. 2015 yılındaki toplam exitus sayısı 271'dir. 2016 yılında sonuçlanmış vaka sayısı 20,998 olup 2017 yılında sonuçlanmış vaka sayısı toplamda 22,130'dur. Sonuç olarak Ambulans kullanım oranlarında her yıl artış gözlenmiştir. Burdur ilinde vaka yerine ulaşım oranları zorlu kış şartlarında bile kentsel vakalarda ortalama %98,75, kırsal vakalarda ortalama %97,32 olduğu görülmüştür. Özel hastanelere nakil sayılarında 2013 (%1,73) yılından 2017 (%4,96) yılına kadar artma olduğu saptanmıştır. Önceki yıllarda %76'larda olan gereksiz arama oranı 2017 yılında %62'lere kadar indiği görülmüştür. Bu oranın daha da düşmesi hedeflenmeli, bilgilendirme çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ambulans, acil sağlık hizmetleri, vaka, retrospektif

ABSTRACT

Retrospective Evaluation Of Emergency Health Services In Burdur Province (2013-2017 Between)

In this study, retrospectively examined all emergency health services provided in Burdur province during the 5-year period between 2013-2017. The cases examined according to the reasons for the call, their preliminary diagnosis, their results, such as age, gender factors and variables, etc. the parameters were divided into separate months during the 5-year period. The 112 emergency medical teams of Burdur province served a total of 82,276 people, including 44,724 males and 37,552 females between 2013 and 2017. Total cases appeared to rise, especially during the summer months. A total of 96,957 cases were made when the distribution of ambulance exits according to call reasons was evaluated. Of the cases, 65,207 (67.25%) were medical cases and 14,165 (14.60%) were traffic accident cases. In 2013, the number of cases that received a preliminary diagnosis and were separated by systems was 15,695. In 2014, 17,110 cases received diagnoses and were divided into systems based on diseases. The total number of exitus in 2015 is 271. The number of cases concluded in 2016 was 20,998 and the number of cases concluded in 2017 was 22,130 in total. As a result, there has been an increase in ambulance usage rates every year. Transportation rates in Burdur province were 98.75% in urban cases and 97.32% in rural cases, even in harsh winter conditions. There was an increase in the number of transfers to private hospitals from 2013 (1.73%) to 2017 (4.96%). The rate of unnecessary calls, which had been 76% in previous years, was seen to be down to 62% in 2017. It should be aimed to reduce this rate further and information studies should be carried out.

Keywords: Ambulance, emergency health services, case, retrospective

1.GİRİŞ

Acil Sağlık Hizmetleri (ASH); alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri tarafından ani gelişen hastalıklar, kazalar, ateşli silah yaralanmaları, delici kesici alet yaralanmaları gibi vakaların acil bakım ihtiyacını gidererek hastaların daha fazla zarar görmesini ya da ölümünü engellemek için gerekli olan tıbbi ekipman desteği ile hızlı müdahale ve hızlı karar vermeyi içeren bir disiplindir (Atilla, 2016). Başka bir deyişle; insanlar için acil sağlık bakımı gerektiren durumlarda, nakil süresince bireyin yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmesine yardımcı olan ve mümkün olan en kısa sürede acil servislerine ulaşımını sağlayan önemli bir halk sağlığı hizmetidir (Şimşek ve ark., 2019). Sağlık Bakanlığının sağlık uygulama tebliğinde Acil Sağlık şu şekilde tanımlanmıştır. "Ani Gelişen Sağlık ve hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Bu nedenle sağlanan hizmetler acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir (ahder.org, 2018).

Bu tez çalışmasında Burdur ilinde son 5 yılda 112 Acil Komuta Kontrol Merkezine yapılan çağrılar ve yapılan tüm vakalar incelenerek acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışma retrospektif, kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışma planında ilk bölümde Acil Sağlık Hizmetleri detaylı bir şekilde tanımlanmış, ikinci bölümde Acil Sağlık Hizmetlerinin 2013-2014-2015-2016 ve 2017 yıllarında vatandaşlarımıza verilen tüm hizmetler detaylı bir şekilde irdelenmiştir. Son bölümde ise yapılan analizler sonucunda tartışma ve sonuç kısmında veriler ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmiştir. Tüm veriler Burdur ili İl Sağlık Müdürlüğü İl Ambulans Servisi Başhekimliğinden alınmış, retrospektif olarak incelenmiş olup tanımlayıcı bir çalışma yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Türkiye acil hastalıkların, kaza ve yaralanmaların sık karşılaşıldığı bunun yanında olağan dışı durumlar ve afetlerin yoğun olarak yaşandığı bir ülke konumundadır. Bu nedenlerden dolayı acil sağlık hizmetlerinin ülke düzeyindeki organizasyon yapısı ve uygulamaları önem taşımaktadır (İnan ve ark., 2006). Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, ilk kez 1986 yılında Ankara, İzmir, İstanbul’da 077 numaralı telefon ile “077 Hızır Acil Servisi” adıyla hizmete başlamıştır. Sağlık Bakanlığı’nın 1994 yılında başlattığı bir proje ile 112 numaralı telefonla ulaşılan “112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri” ismi ile geliştirilmiştir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde hizmetin sunum aşamalarından birinde yaşanabilecek sorunlar diğerlerini de olumsuz yönde etkileyerek acil tıp hizmetlerinin verimliliğini azaltmaktadır.

Acil sağlık hizmetleri, “112” numaralı ücretsiz aranabilen telefon numarası aracılığıyla, acil sağlık yardımı çağrısının yapılmasıyla başlar. Çağrının yapıldığı komuta kontrol merkezi topladığı bilgiler ışığında, talebin acil sağlık hizmeti gerektirip gerektirmediğini hızlı bir şekilde değerlendirir. Acil durum gerekmeyen durumlarda hizmeti reddetme yetkisine sahiptir. Acil sağlık hizmeti işleyişi şu şekilde başlar: Acil durum gerektiren durumlarda en kısa sürede talebin ihtiyacına uygun en yakın 112 acil ekibini görevlendirir. 112 acil ekipleri en kısa süre içerisinde vakaya ulaşarak acil sağlık yardımını gerçekleştirir ve vakanın 1.cil ve 2.cil genel değerlendirmesini yapar. Vakanın ileri tıbbi müdahaleye ihtiyacı var ise stabilizasyon sağlandıktan sonra en uygun 2.ci veya 3. Basamak sağlık kuruluşuna nakli sağlanır (Göcen ve Ateş, 2013). Asıl amacı acil durumlarda acil sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylere hizmet vermek olan bu birimlerin; sağlık durumu acil olmayan, birinci basamakta tedavi görebilecek veya ertelenebilecek hastalar tarafından kullanılması önemli bir sorundur. Acil sağlık hizmetlerinin bireyler tarafından acil olmayan sebeplerden dolayı gereksiz kullanımı küresel çapta bir problemdir (Aktaş, 2009; Özyaral, 2005).

2.1. Sağlığın Tanımı

Sağlığın konusunda yazar ve kurumlar çeşitli tanımlar yapmışlardır. Bu tanımlar içerisinde en bilineni Dünya Sağlık rgt tarafından 1948 yılında yapılmıştır. ‘‘Buna göre sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir (Bölükbaşı, 2007). Sağlık negatif yönden ‘‘hastalığın yokluğu’’ şeklinde, pozitif yönden sağlık ise; ‘‘bireylerin hayata katılabilme yetenekleri, stresli durumlara karşı koyabilmeleri, sahip olunan psikolojik iyilik ve fiziksel uyum düzeyi, toplumla iyi ilişkiler kurabilme becerisi’’ olarak tanımlanabilir (elikli, 2007). Fiziksel sağlık ise; bireylerin psikolojik durumu ve sosyal çevresinden bağımsız olmaması şeklinde tanımlanmaktadır (zden, 2016).

2.2. İlk Yardım

Herhangi bir kaza ya da yaşamı tehlikeye düşüren bir durumda, sağlık çalışanları tarafından gerekli tıbbi yardımı yapılıncaya kadar, hayatın kurtarılması ya da durumun daha kötüye gitmesini önleyebilmek amacıyla olay yerinde, tıbbi araç gereç aranmaksızın mevcut araç ve gereçlerle yapılan ilaçsız uygulamalardır. İlk yardımda bulunan kişiler ulusal veya uluslararası normlara bağlı kalarak belli prosedürlere ve tekniklere göre eğitim almış olmalı ve belli algoritmalara uygun müdahale etmeleri gerekir. İlk yardıma ihtiyaç duyan insanlara zarar vermemek konusunda eğitimleri başarılı bir şekilde bitiren kişilere ilk yardımcı sertifikası verilmektedir (resmigazete.gov.tr, 2018).

2.3. Acil Yardım ve Acil Tıp

Acil Yardım; afetten veya acil durumlardan etkilenenlerin aranması, kurtarılması, tıbbi ilkyardım ve tedavileri, tahliye, barınma, beslenme, korunma, güvenlik, temizlik, haberleşme, psikolojik destek gibi hayati ihtiyaçlarının karşılanması acil yardım olarak tanımlanmaktadır. Acil tıp, sağlık sorunlarında hastaların veya kazazedelerin daha fazla zarar görmemesi veya ölümü engellemek için gerekli olan hızlı karar vermeyi gerektiren bilim dalıdır (Paksoy, 2016).

2.4. Hastane Öncesi Acil Sağlık

Acil Tıp Hizmetleri (ATH); 1870' li yıllarda Fransızların, yaralı askerlerini savaş alanından güvenli bir bölgeye taşımalarıyla başlamıştır. Ambulans hizmetleri geliştikçe ilk amaç hastayı güvenli bir bölgeye taşımak iken gün geçtikçe hasta taşınması sırasında acil bakım hizmetleri de verilmeye başlanmıştır. Hastanelerin acil servisinde, hasta ve yaralılara verilen bakımın ve hastanın sonraki yaşamındaki hayat kalitesinin, olay yerinde başlatılan ve taşıma sırasında sürdürülen acil bakım ile arttığına farkına varılmasıyla hastane öncesi acil bakım çok daha önemli hale gelmiştir. (Gürlek, 2008). Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine ilk ihtiyaç, 1960'lı yıllarda karayollarının gelişmesi ve buna bağlı olarak artan trafik kazaları ile gündeme gelmiş ancak bu dönemde ülkenin içinde bulunduğu bazı durumlardan dolayı gerekli yatırımlar tam anlamıyla yapılamamıştır. 1980'li yıllarda köyden kente artan göç ile birlikte trafik kazaları sonucu ölüm oranlarındaki ciddi artışın da etkisiyle acil sağlık hizmetleri ile ilgili ilk önemli gelişme 1983 yılında çıkarılan 2918'nolu Trafik Kanunu olmuştur. Türkiye'de 1985 yılında "077 - Hızır Acil Servis" adıyla tanıtılan bu sistem dokuz yıl kadar işlev gördükten sonra yerini, 1994 yılında "112" ye devretmiştir. Avrupa Birliği, 29 Temmuz 1991 tarihli kararı ile birlik çatısı altındaki tüm ülkelerde 112 hattının "Tek Avrupa Acil Çağrı Numarası (Single European Emergency Call Number) olarak kullanımını öngörmüştür (Kısakol, 2015). Türkiye, 1994 yılında Avrupa Birliği'nin ortak tek acil numara tavsiyesini dikkate almış ve "112" numarasını kullanmaya başlamıştır.

Tek bir numara olan 112 acil çağrı numarasına geçilmesi ile ülkedeki tüm ambulansların Sağlık Bakanlığına bağlanması, alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri yetiştirmek için ilk ve acil yardım teknikerliği ve acil tıp teknisyenliği eğitiminin başlaması, bu programlardan mezun personellerin istihdamı gibi gelişmeler yaşanmıştır. Tüm bu gelişmeler sonrasında günümüzde Türkiye gelişmiş ülkelerin birçoğunun üzerinde bir acil sağlık sistemine sahiptir. Acil sağlık hizmetleri ambulansla veya olay yerinde vakalara tıbbi ve teknik donanımları bakanlıkça belirlenmiş alanında tıp ve acil sağlık eğitimi almış ve sertifikalandırılmış personeller tarafından verilmektedir.

Ülkeler kendi şartlarına göre bir acil yardım numarası belirlemektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılan "911" numarasının kullanılma sebebi 18 Dış hat araması için "9" tuşunu çevirmenin zorunlu kalan iki rakamın çevirmeli telefon sisteminden hızlı şekilde çevrilebilecek rakamlar olan "11" olmasıdır (Erbay, 2017; Bulut, 2016; Ekşi ve Yıldırım, 2014). 112 Acil hattın tek Acil Çağrı Numarası" uygulamasına geçiş konusunda birçok ilde pilot çalışmalar yapılmış olup, bu amaçla yürütülen 112 Acil Çağrı Merkezi Projesinin tamamlanmasıyla birlikte 2018 yılı sonunda tüm ülkede 112 Tek Acil Çağrı Numarası uygulamasına geçilmiştir (Rehn ve ark., 2017). Dünyanın hemen her noktasından aranabilen en yaygın iki acil servis numarası, 911 ve 112'dir. Acil yardım numaralarını aramanın ücretsiz olması da tüm dünyada genel kabul gören bir uygulamadır. Türkiye'de kamu eliyle yapılmakta olan acil sağlık hizmetleri 112 acil servis olarak bilinmekte ve hastane öncesi acil sağlık hizmetleri 11.10.2011 tarih ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Sağlık Bakanlığına bağlı olarak Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yönetilmektedir.

2.5. Dünyada Acil Sağlık Hizmetleri

Ülkelerin yerel koşulları incelendiğinde Acil Sağlık Hizmetleri hiç şüphesiz bazı farklılıklar göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü acil tıp sistemlerini sağlık sistemlerinde fonksiyonel ve etkili bir bileşen olarak kabul etmektedir. Acil tıp hizmeti; yaşamı tehdit eden yaralanmaya maruz kalan insanların çoğunluğu için hem ilk temas noktası hem de ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerine erişimde kapı tutucu bir aşamadır. Acil yardım ve kurtarma ile başlayıp taşıma ve rehabilitasyon ile devam eden acil sağlık hizmetleri öncelikli hedefi acil hastalık ve yaralanma hallerinde hızlı ve etkin müdahale ile ölümlerin önlenmesi ve sakatlıkların azaltılmasıdır (Kubar, 2018). 1970 yılından bu yana hastane öncesi acil bakımda farklı özelliklere sahip iki model bilinmektedir. Bunlar Anglo-Amerikan ve Franko-German modelleridir (Düzova, 2015). Genel olarak tüm dünya ülkelerinde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri Franko-German ya da Anglo-Amerikan modellerine göre yapılandırılmış ve geliştirilmiştir. Hizmet sunumu Fransız-Alman Modelde "kal ve tedavi et", İngiliz-Amerikan Modelde ise "kap ve götür" prensibine göre gerçekleştirilmektedir (Al-Shaqsi, 2010).

Avustralya, Kanada, İngiltere, Kosta Rika, Hong Kong, Singapur, Güney Kore İzlanda, İrlanda, İsrail, Malezya, Hollanda, Nikaragua, Yeni Zelanda, Filipinler, Polonya, Tayvan, Türkiye, ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Anglo-Amerikan modeline adapte olan veya olmaya çalışan ülkeler arasında yer almaktadır. Franko-German modeli ise Fransa Avusturya, Litvanya, Finlandiya, Almanya, Norveç, Portekiz, Rusya, Slovenya, İsveç ve İsviçre ülkelerinde yaygındır.

2.5.1. Anglo-Amerikan Modeli

Dünyadaki birçok acil tıp sistemi Anglo-Amerikan modelini benimsemiştir. Bu sistemdeki vakalar gerekli olan acil bakımlarının daha yüksek kalitede alabilmeleri için hastanelere nakledilirler. Acil servislerde acil hekimleri ileri acil bakım hizmetini vermekle yükümlüdür. Bu modelde acil serviste acil tıp uzmanları çalışır ya da diğer hekimler acil tıp uzmanlarının üst denetçiliğinde çalışırlar. Türkiye ise gerek hastane öncesi gerekse hastanelerdeki acil servis hizmetlerinde Anglo-Amerikan modelini yerleştirmeye çalışmaktadır. Avustralya, Kanada, Kosta Rika, Çin, İzlanda, İrlanda, İsrail, Malezya, Hollanda, Yeni Zelanda, Nikaragua, Filipinler, Polonya, Singapur, Güney Kore, Tayvan, Türkiye, İngiltere ve ABD Anglo-Amerikan modeline adapte olan veya olmaya çalışan ülkeler arasında yer almaktadır (Demirhan, 2003).

2.5.2. Franko-German Modeli

Bu sistemde ise hastane ekibi ve ekipmanları hastanın ayağına getirilir ve yüksek bakım sağlamak için acil doktorları ve teknoloji sahaya taşınır. Bu modelde, acil doktorları hastane öncesinde acil bakım hizmetini üstlenirler. Hastalar doğrudan sahadan yataklı servislere yatırılır. Acil tıp ayrı bir dal değildir ve acil servis hizmeti anestezi uzmanlarının kontrolü altındadır. Franko-German modeli Avusturya, Finlandiya, Fransa, Almanya, Litvanya, Norveç, Portekiz, Rusya, Slovenya, İsveç ve İsviçre ülkeleri benimsemiştir (Demirhan, 2003).

2.6. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetlerinde Yer Alan Bazı Kavramlar

2.6.1. İl Ambulans Servisi Başhekimliği

İl Ambulans Servisi Başhekimliği, ambulans hizmetlerinin il düzeyinde organizasyonunu, yönlendirilmesini, uygulanmasını ve değerlendirilmesini yapan, hizmete katılan paydaş kurum ve kuruluşlar arasında işbirliğini sağlayan, bünyesinde görev yapan personelin hizmet içi eğitimlerini düzenleyen, bağlı birimlerde kullanılan tüm araç ve gereçlerin temin, kayıt, bakım ve onarımlarını sağlayan, hizmetle ilgili tüm kayıt ve istatistikleri tutan, sunulan hizmet kalitesinin artırılması amacıyla projeler geliştiren yapıdır. İl Ambulans Servisi Başhekimliği, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (ASHY) 9. Maddesine göre il bazında ambulans organizasyon ve yönlendirmelerini sağlayarak hizmetin sürekliliğini muhafaza eder. Başhekimlik, görev alanı itibariyle ihtiyaçları tespit ederek gerekli miktarda ambulans ve ekipman bulundurur (kocaelism.saglik.gov.tr, 2018).

2.6.2. Komuta Kontrol Merkezi

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinin 9. Maddesine göre komuta kontrol merkezi (KKM) 7 gün 24 saat hizmet veren bir birimdir. 112 Acil Çağrı Merkezleri bünyesinde hizmet veren Komuta Kontrol Merkezleri il potansiyellerine göre uygun sayıda personel, ekipman, bina, alt yapı vs. ile hizmet vermekte olup, acil durum ve afetlerde acil sağlık hizmetlerinin koordinasyon ve yürütülmesini sağlamakla sorumludur. Yardım çağrısının alınıp ilgili birimlere aktarılmasına gerektiği takdirde diğer kurum ve kuruluşlarla irtibat noktasında koordinasyon sağlamaktadırlar. Ambulans hizmetlerinin yürütülmesinde en önemli noktalardan biri komuta kontrol merkezleridir (Soysal ve ark., 2003). Komuta kontrol merkezi, sadece acil çağrılarının ulaştığı bir merkez olup bu çağrıyı dikkatle inceleyerek en uygun araç ve ekiplere yönlendirecek teknolojik alt yapıya sahiptir. Komuta Kontrol Merkezi Otomasyon sistemi farklı görevleri olan farklı sistemlerin bir arada (polis, itfaiye vb.) çalışmak üzere entegre edilmesi ile oluşturulmuştur (Akbal 2008).

Komuta Kontrol Merkezi (KKM), il ambulans servisi başhekimliğine bağlı olarak çalışır (ttb.org.tr, 2018). Komuta Kontrol Merkezi'nin birçok ülkedeki genel adı "Çağrı Merkezi"dir. Bu merkezler çağrı sayıları, istasyon sayıları, ilin nüfusu ve özelliklerine göre yeterli sayıdaki personel, teknik donanım ve yazılım alt yapısı ile birlikte uygun fiziki yapılarda kurulur (Soysal ve ark., 2003). Türkiye'de çağrı merkezinin telefon numarası 112'dir. Bu numara ile 7 gün 24 saat sabit ve ankesörlü telefonlar, cep telefonları ile ücretsiz olarak görüşme sağlanabilmektedir (ankara112.gov.tr, 2019).

Komuta Kontrol Merkezi ve istasyonlarda yapılan işlemler sırasıyla şu şekildedir. Acil çağrının değerlendirilmesi, olay yerine ambulans gönderilmesi, olay yerinde ilk acil tıbbi müdahalenin yapılması, ambulanda gerekli acil tıbbi bakımın sürdürülmesi, hastanın hastaneye teslim edilmesi, istasyona dönüş (Ateş ve ark., 2011). Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin sunumunda en yaygın kullanılan iletişim araçları telsizlerdir. Bununla birlikte bilişim teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak mobil telefonların ve bilgisayar sistemlerinin kullanımı da giderek artmaktadır. Son yıllardaki çalışmalarla Komuta Kontrol Merkezlerinin dijital sistem altyapısı tamamlanmıştır. Komuta Kontrol Merkezlerindeki dijital haritalar üzerinden acil çağrılar için yer tespiti yapılabilmektedir. Ambulans ve helikopterlerin hızları, hareket saatleri, duraklama yaptıkları yer ve sürelerin takibi sağlanabilmektedir. Ayrıca bilgisayar sistemleri hastanelerdeki kritik yatak durumlarının izlenmesine olanak sunmaktadır. Ülkede son yıllarda geliştirilen mobil bilgisayarlar üzerinden sağlanan veri iletişim sistemleri ile vaka adreslerinin tespiti, olay bölgesinden çekilen fotoğrafların anında Komuta Kontrol Merkezlerine gönderilmesi, gerekli formların doldurularak merkeze iletilmesi sağlanabilmektedir. Ayrıca hastaneler ile kurulan internet bağlantısı sayesinde vaka bilgileri hastaneye otomatik olarak aktarılabilmektedir (surusakademisi.com.tr, 2019)

2.6.3. 112 Acil Sağlık Yardımı Çağrısı

Acil yardım talepleri için bilindiği üzere 3 numaralı telefon hatları kullanılmaktadır. İsveç, İzlanda, Malta, Almanya, Türkiye ve Hollanda'da (112), İngiltere'de (999), ABD ve Kanada'da (911), Çekya'da (155), İtalya (118), Belçika (100), Japonya'da (119), Avusturya'da (144), İsrail (101) olmak üzere acil yardım çağrı numaraları görüldüğü üzere ülkelere göre farklılık gösterebilmektedir. Sağlık Bakanlığı ve Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı Temel İlk Yardım Uygulamaları kitabında 2007 yılında 112 acil yardım hattının nasıl kullanılmasına ilişkin kurallara değinmiştir. Hemen hemen her ülkede olduğu gibi 112 Acil Sağlık hattının ücretsiz ve kolay ulaşılabilir olması hizmet talebinde bulunan hasta ve yakınları tarafından bilinçsiz kullanımı sonucu hattın iletişim yönünden tıkanmasına sebebiyet vermektedir (Al-Shawsi, 2010).

2.6.4. Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü

İl Sağlık Müdürlüğü adına acil sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmalarını planlayan, koordine eden o ildeki bütün ambulansların denetimlerini yapan, hastane acil servislerinin çalışma düzenlerini koordine eden ve denetleyen, il düzeyindeki temel ilkyardım eğitimlerinin verilmesini organize eden ve bununla ilgili ilkyardım eğitim merkezlerinin ruhsatlandırılması ve denetimini yapan, il sağlık müdürlüğü ve 1.2.ve 3.basamak sağlık kuruluşları afet planlarının hazırlanması ve uygulanmasının koordinasyonunu sağlayan, acil sağlık hizmetleri ile ilgili tüm verileri toplayan ve değerlendiren birimdir (Uğurlu, 2014).

2.6.5. Ambulanslar

Ambulans kelimesinin kökeni, "yürümek" anlamındaki "ambulare" fiilinden gelmektedir. Ambulanslar; hasta nakli ve/veya acil bakım amacıyla kullanılan, yeterli derecede tıbbi ve teknik malzemelerle özel olarak donatılmış kara, hava ve deniz araçları ile vatandaşlara hizmet veren ulaşım araçlarıdır (AHY Resmi Gazete:26369).

Ambulanslar doğru ve zamanında yapılan tıbbi müdahale ile hayat kurtarmakta, en küçük gecikme, telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğurabilmektedir (mehmetresitkorkmaz.wordpress.com,2019). Ambulans hizmetlerinin başlıca hedefleri ve amaçları; hayatı korumak, beklenmedik tehlikelere karşı koruyucu önlemler almak, tedaviyi hızlandırmak, zamanı doğru ve planlı kullanmak gibi amaçları vardır (Aslan ve Güzel, 2018). Acil yardım ambulansları, yaralı ve hastaların olay yerindeki ilk müdahaleleri ve nakil boyunca tıbbi bakımları için gerekli tıbbi ekipman ile donatılmıştır. Kullanılan yola göre ambulanslar kara ambulansları, hava ambulansları ve deniz ambulansları olarak ayrılır.

Kara ambulansları özellikle kentlerde travma veya tıbbi hastaların birçoğu için uygundur (Soysal ve ark., 2003). Acil yardım ambulansında en az bir doktor ve/veya paramedik ile birlikte bir sağlık çalışanı görev yapar. Görevli çalışanları arasında doktor olmayan ambulanslarda nakil esnasında hastaya gerekli müdahaleyi yapacak personelden en az biri paramedik olmak zorundadır. Kara Ambulansı; her türlü acil durumlarda, olay yerinde ve ambulans içerisinde hasta ve yaralılara gerekli acil tıbbi müdahaleyi yapabilecek ve yönetmelikte yer alan teknik ve tıbbi donanıma sahip kara aracıdır. Kara ambulanslarında en az bir doktor ve/veya ambulans ve acil bakım teknikeri, bir acil tıp teknisyeni ve sürücü olmak üzere en az üç personel görev yapar. Doktor bulundurulmayan ambulanslarda yani A2 tip ambulanslarda arka kabinde nakil esnasında vakaya müdahalede bulunmak üzere görev yapan personelden biri ambulans ve acil bakım teknikeri ya da hizmet içi eğitimlerini tamamlamış bir acil tıp teknisyeni olmak zorundadır.

Hasta nakil ambulansı; acil tıbbi müdahale gerektirmeyen durumu stabil vakaların nakli amacıyla kullanılan teknik ve tıbbi donanıma sahip kara aracıdır. Özel donanımlı ambulanslar; hasta veya yaralıların yaş, fiziksel ve tıbbi durumları ile ambulansların görev yaptığı bölgenin coğrafi durumlarına göre, özel olarak tasarlanmış ve buna göre ekip ve ekipmanlar ile donatılmış araçlardır. Özel donanımlı ambulanslar kendi aralarında yoğun bakım ambulansı, yenidoğan ambulansı, obez ambulans ve arazi tipi ambulans olarak sınıflandırılır.

Özel donanımlı ambulanslar grubuna girecek arazi tipi ve özel donanımlı bir başka araç başvurusu halinde; bu Yönetmeliğin genel esasları çerçevesinde asgari nakil ambulansının tıbbi ve teknik donanımlarını sağlamak kaydı ile Genel Müdürlüğün uygun görüşü alınarak, müdürlükçe uygunluk belgesi düzenlenir (AHY Resmi Gazete:26369).

Deniz Ambulansı; hasta nakli veya acil müdahale amaçlı kullanılmak üzere Denizcilik Müsteşarlığından çalışma izni alınmış ve “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde” belirtilen tıbbi donanıma sahip deniz araçlarıdır. Deniz ambulanslarında en az bir hekim ve bir veya iki sağlık personeli ile deniz ambulansını kullanma ehliyetine sahip personel görev yapar. Deniz ambulansları çalışma prensipleri açısından teknik ve taktik farklılıklar içerir. Bu nedenle özel eğitilmiş personel temini gerekir (Eryılmaz, 2007). Deniz ambulanslarında asgari kuruluşa ait isim, marka, işaret, logo ve iletişim bilgileri yer alır (ASHY Resmi Gazete:24046). Görevleri: Deniz ambulans hizmetleri ile ilgili gerekli planlamaları ve çalışmalarını gerçekleştirmek, Türk Arama Kurtarma Bölgesi içerisinde seyreden tüm deniz araçları ile adalarımızdan gelebilecek acil sağlık yardım taleplerinde, vakaların en yakın sağlık kuruluşuna denizden tahliyelerinde Sahil Güvenlik Komutanlığı, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü arasında imzalan protokol gereği koordineli bir şekilde çalışma yürütülmesini sağlamak mevcut dört deniz ambulans botunun (Çanakkale-Gökçeada, Balıkesir-Marmara adası, İstanbul-Büyükdere ve İstanbul-Büyükdere) sevk ve idaresini yapmak gibi görevleri vardır (acilafet.gov.tr, 2018).

Hava ambulansı; kara ambulanslarının ulaşmasının zor olduğu ve müdahale süresinin kritik olduğu durumlarda olay yerlerine ulaşarak hasta/kazazedeye yapılması gereken tıbbi müdahale gereksinimlerini hava ulaşımı yoluyla karşılayan ambulanslardır (Güldeş ve Çetik, 2016). Hava ambulansı hizmetleri, yaşamsal tehdit ve organ harabiyeti riski bulunan durumlarda uzak mesafelerdeki hastalara ulaşılmasında ve hastaların bir sağlık kurumundan bir diğerine hızlı bir şekilde nakledilmesinde kullanılmaktadır (mfa.gov.tr, 2019).

Acil tıbbi müdahale gereken durumlarda, hasta veya yaralının tıbbi müdahalenin yapılabileceği sağlık kuruluşuna hızlı şekilde ulaştırılması ve gereken müdahalenin yapılması hayati önem taşır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı hasta naklinde zamandan kazanç sağlamak amacıyla 2008 yılında hava ambulans sistemine geçilmiştir.

Hava ambulanslarında, en az bir hekim ve bir sağlık personeli veya iki sağlık personeli(ATT/AABT/hemşire, anestezi teknisyeni) ile sivil havacılık mevzuatına göre belirlenmiş asgarî nitelik ve sayıda uçuş mürettebatı (pilot, ikinci pilot ve/veya ilgili teknik personel) görev yapar. Hava ambulansında görev yapan bu personel, aynı zamanda çekirdek personel olarak adlandırılır. Hava ambulanslarında görev yapan tıbbi personel; Sağlık Bakanlığının belirlemiş olduğu hizmet içi eğitimler ve uçuş fizyolojisi konularında eğitimlerini tamamladıktan sonra hava ambulanslarında görev yapabilir. Türkiye’de uçak ambulanslar 2010 yılında hizmete girmiştir ve 2017 yılına kadar 10499 hasta/yaralı ile 601 organ nakli vakası taşımıştır. Türkiye’de yoğun bakım şartlarında hizmet verebilecek cihaz ve donanıma sahip biri tek, biri dört diğerleri iki hasta taşıma kapasitesine sahip dört ambulans uçak bulunmaktadır (içişleri.gov.tr, 2019).

2.6.6. 112 İstasyonları

İstasyonlar; acil sağlık hizmeti sunmak ve tıbbi müdahalede bulunmak amacıyla resmi gazetede belirtilen kriterler dikkate alınarak yapılan incelemeler sonucunda il sağlık müdürlüğünün teklifi ve valiliğin onayı ile kurulan birimlerdir (Çakal ve Özdemir, 2014). 112 acil sağlık hizmetleri istasyonları neredeyse bütün ülkelerde sağlık merkezleri, itfaiye birimleri veya bu işe uygun yapılmış binalarda hizmet vermekte ve görev yaptığı bölgenin merkezi bir yerinde konuşlanmaktadır (İnan ve ark., 2006). İstasyonda ambulans ve ambulanda görev yapan ekibe lojistik destek sağlamak amacıyla en az üç oda, eğitim salonu, tuvalet, banyo, mutfak, malzeme deposu, ambulans garajı ile telefon, sabit telsiz ve gereken diğer malzemeler bulunmalıdır.

İstasyonlar, Bakanlık tarafından bu hizmete özel kurulan ve yukarıda sayılan özellikleri taşıyan tesislerde faaliyet göstermektedir. Bakanlığa ait mevcut sağlık tesislerinden, bu tesislerin de yeterli olmadığı durumlarda, diğer özel ve resmi kurum ve kuruluşlarına ait tesislerden de önceden izin almak kaydıyla yararlanılabilmektedir(ASHY Resmi Gazete:26463, Ayten, 2015). Sağlık Bakanlığı organizasyon yapısı içerisinde yer alan 112 acil sağlık hizmetleri istasyonları, taşra teşkilatı içerisinde İl Sağlık Müdürlüklerine bağlıyken, merkezde ise Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün sorumluluk ve yetki alanı içerisinde bulunmaktadır (Dick, 2003). A Tipi İstasyon; 7 gün 24 saat sadece acil sağlık hizmeti veren, ihtiyaca göre birden fazla ekip ve ambulans bulunduran, idari ve özlük hakları bakımından başhekimliğe bağlı ve kadrolu personeli olan istasyonlardır. (A) tipi istasyonların açılış ve kapanış işlemleri Bakanlığın onayı ile gerçekleştirilir. İçerisinde hekim bulunan istasyonlar A1 tipi, hekim bulunmayan istasyonlar ise A2 tipi istasyon olarak bilinmektedir. B Tipi İstasyon; birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile entegre olarak kesintisiz ambulans ve acil servis hizmeti verilen, kadrosu ve özlük hakları bakımından ise bünyesinde bulunduğu kuruma, ambulans hizmeti bakımından merkeze bağlı olan, ekip içerisinde doktor bulunan istasyonlardır.

Bu istasyonlar; hastane acil servisi ile entegre olanlar B1 tipi istasyon, birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olanlar ise B2 tipi istasyon olarak adlandırılırlar. C Tipi İstasyon; ihtiyaca göre günün belirlenen saatlerinde sadece ambulans hizmeti verilen, idari ve özlük hakları bakımından başhekimliğe bağlı acil sağlık istasyonlarıdır" (ASHY Resmi Gazete:26463).

2.6.7. Acil Servis

Acil servislerde ani gelişen hastalıklar, yaralanmalar ve akut hastalıkların tedavisi yapılmaktadır. Bu tür durumlarda hastalığın ve yaralanmanın değerlendirilmesi yapılarak daha ileri tetkik ve tedavi için hastanenin diğer birimlerine sevki yapılır.

Acil servisler Türkiye’de, kentlerin coğrafik koşulları, yaşam standartları ve bölge halkının ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde 24 saat kesintisiz tedavi, bakım, müdahale gibi sağlık hizmetleri verirler. (Tanrıverdi ve Köksal, 2012).

2.6.8. Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelleri

Türkiye’de 2004 yılına kadar bu hizmetin sunumu ağırlıklı olarak hekim, hemşire ve toplum sağlığı teknisyenleri tarafından yürütölmüştür. 2004 yılında paramediklerin ilk defa 112 ambulanslarında çalışmaya başlamaları ve ardından sisteme dâhil olan acil tıp teknisyenleri ile hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde yeni bir döneme girilmiştir (resmigazete.gov.tr, 2019). Acil tıp teknisyeni sağlık meslek liselerinde acil tıp teknisyenliği bölümünde 4 yıllık acil sağlık eğitimi sonrası mezun olan personeli, paramedik ise 2 yıl boyunca ilk ve acil yardım, ambulans ve acil bakım teknikerliği vb. programlarda ön lisans düzeyinde acil sağlık hizmeti eğitimi almış personeli tanımlamaktadır. Bu meslek gruplarına ek olarak 4 yıllık lisans eğitimi boyunca acil sağlık hizmetleri, arama kurtarma, yangına müdahale ve afet yönetimi gibi konularda eğitim alan ancak henüz Sağlık Bakanlığınca istihdam edilmeyen Acil Yardım ve Afet Yönetimi (AYAY) bölümü de mevcuttur.

Günümüzde acil yardım ambulansında ekipte en az bir doktor, bir paramedik veya hizmet içi eğitimlerini Temel Modöl (TM), Travma ve Resüsitasyon (TRK) Çocuklarda İleri Yaşam Desteği (ÇİLYAD) ve Erişkin İleri Yaşam Desteği (İLYAD) tamamlamış bir ATT’nin bulunması zorunludur. Bu personele ek olarak ekipte diğer bir sağlık personeli ve bir şoför yer alır. İstasyon sorumlu sağlık personeli; istasyon sorumlu hekiminin ya da İl Ambulans Servisi Başhekiminin teklifi ile istasyonda görev yapan sağlık personeli arasından seçilen kişidir. İstasyon nöbetçi sürücüsü; 112 acil yardım istasyonunun usulüne uygun planlama ve onay ile yayımlanmış nöbet cetveline göre görevlendirilmif sürücüdür. İstasyon nöbetçi hekimi;112 acil yardım istasyonunun usulüne uygun planlama ve onay ile yayımlanmış nöbet cetveline göre görevlendirilmif hekimdir ve aynı zamanda nöbet ekibinin amiridir (112 Acil Görev ve Çalışma Y. Resmi Gazete:29002).

Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri (AABT); Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği 4. Maddede Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri (Paramedik/AABT) Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu programlarından 2 yıl süreli öğrenim hizmeti veren Acil Bakım Teknikerliği bölümünden mezun olmuş kişiler olarak tanımlanmıştır (resmigazete.gov.tr, 2019).

Acil bir hastalık veya yaralanma durumunda olay yerinden hastaneye ulaşınca kadar hastanın yaşamsal bulgularını stabil hale getiren veya getirmeye çalışan ve bu durumu devam ettiren, yetkisi kapsamındaki ilaç ve tıbbi ekipmanları kullanan, hasta ile ilgili bütün kayıtları tutup bilgileri teslim ettiği doktora veya sağlık personeline aktaran hastane öncesi sağlık profesyonelleridir (Demirhan, 2003). Acil sağlık hizmetlerinde paramedik meslek grubu Anglo-Amerikan Modeller içerisinde şekillenip gelişimini sürdürse de, bugün küreselleşmenin de etkisi ile tüm dünya da hızla yayılan ve hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin ana unsuru olmaya başlamıştır (Ekşi ve ark., 2010).

Türkiye’de Dokuz Eylül Üniversitesi’nde 1993-1994 Eğitim-Öğretim yılında Kanada-Cambrian College işbirliği ile açılan Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği eğitim programı acil sağlık hizmetleri alanında açılan üniversite düzeyinde ilk programdır (Çelikli, 2007).

Acil Tıp Teknisyeni (ATT); hasta veya yaralılara danışman hekim desteği ile acil yardım uygulayan sağlık meslek liselerinin acil tıp dalından mezun olan kişileri tanımlamaktadır. Acil sağlık hizmetlerinde acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak kaydıyla, Sağlık Bakanlığınca belirlenen sertifikalı eğitim programlarını tamamladıktan sonra hasta veya yaralılara gerekli müdahaleleri yapabilirler. İstasyonlarda acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim görmüş sağlık ekibi ile tıbbi donanımlı ambulanslar görev yapmaktadır. İstasyonlarda görev yapan personelin standart donanımları başhekimlik giderleri ve güvenlikleri içinde buldukları kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır.

2.6.9. Acil Sağlık Personelinin Aldığı Hizmet İçi Eğitimler

Sağlık hizmetlerinde istihdam edilen personelin ülke çapında kaliteli hizmet verebilmesi amacıyla 10 Nisan 2012 tarih ve 28260 sayılı “Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” de Temel Modül (TM) , Travma Resüsitasyon (TRK) , Çocuklarda İleri Yaşam Desteği (ÇİLYAD) ve Erişkin İleri Yaşam Desteği (İLYAD) kursları tanımlanmıştır (Murat, 2019). Temel Modül (TM), eğitimi 40 saat süren bir kurstur. Kursta acil sağlık hizmetleri mevzuatları, acil ilaçlar, akut abdominal ağrılı hastalarda genel yaklaşım, alerjik reaksiyonlu hastaya yaklaşım kuralları, ambulans ekipmanları, asepsi, antisepsi, dezenfeksiyon ve sterilizasyon, astımlı hastaya yaklaşım, yaralı uzvun değerlendirilmesi ve atel uygulama prensipleri, çevresel aciller, çoklu yaralanma olaylarında triaj, damar yolu uygulamaları, diyabetik acillerde genel yaklaşım kuralları, ritim değerlendirmesi, enfeksiyonlar, korunma ve bildirim zorunlu hastalıklar, göğüs ağrılı hastaya yaklaşım kuralları, hasta yaralı taşıma teknikleri, hava yolu açma yöntemleri ve ventilasyon, hipertansif acillerde genel yaklaşım kuralları, kırım kongo kanamalı ateşi, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), obstetrik ve yenidoğan acillerinde genel yaklaşım, olay yeri yönetimi, komuta yönetimi, pediatrik acillerde genel yaklaşım kuralları, psikiyatrik acillerde genel yaklaşım kuralları, stroke (inme), sahada şoklu hastaya yaklaşım konuları işlenmektedir (Taviloğlu, 2006).

Travma ve Resüsitasyon Kursu (TRK), 32 saat bir kurstur. Kursta TRK genel bilgileri, olay yeri değerlendirilmesi ve hasta nakli, politravmalı hastanın genel değerlendirilmesi, havayolu sağlanması, şokta genel yaklaşım, kafa travmaları, toraks travmaları, karın travmaları, pelvis travmaları, omurga ve omurilik travmaları, ekstremitte travmaları yanık ve donuk, pediatrik travma, yaşlılarda travma, gebelikte travma, afetlerde tıbbi yaklaşım, travmada adli sorumluluk konuları işlenmektedir. Ayrıca ekler bölümünde travmadan korunma, travma kinematiği, bulaşıcı hastalıklardan görevlilerin korunması, travmada radyolojik değerlendirme, tetanos profilaksisi, göz travmaları, travma skorları, triyaj senaryoları, ev içi şiddet ve çocuk istismarı konuları da yer almaktadır (Çalışkan ve ark., 2012).

Çocuk İleri Yaşam Desteği (ÇİLYAD) kursu, 32 saat süren bir kurstur. Kursta çocuklarda temel yaşam desteği, solunum yetmezliği ve şokun tanımlanması, hava yolunun açılması ve solunumun sağlanması, şok ve kardiyak arrest tedavisi, damar yolu açma, ritim bozuklukları, travma durumunda yeniden canlandırma uygulamaları ve omurga tespiti, yenidoğan canlandırma sonrası çocuğun stabilizasyonu ve taşınması ve yenidoğanın yeniden canlandırılması konuları işlenmektedir (ARK Kılavuzu, 2007).

Erişkin İleri Yaşam Desteği (İLYAD) kursu, 32 saat süren bir kurstur. Kursta erişkin temel yaşam desteği ve otomatik eksternal defibrilatör kullanımı, elektriksel tedaviler: otomatik eksternal defibrilatörler, defibrilasyon, kardiyoversiyon ve pace uygulaması, erişkin ileri yaşam desteği, akut koroner sendromların başlangıç tedavisi, pediyatrik yaşam desteği, özel durumlarda kardiyak arresti, resüsitasyon ve yaşama son verme kararının etik kuralları ve resüsitasyon eğitiminin prensipleri konuları işlenmektedir (Güleç, 2012).

Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitimi: Geçiş üstünlüğüne sahip olan ambulansların maruz kalabilecekleri riskleri ve bu riskleri nasıl absorbe edileceğini uygulamalı olarak iş güvenliği kapsamında katılımcılara aktarılan mesleki sürüş eğitimidir (Atıcı ve ark., 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışması; Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi etik kurul (EK-1) onayı (Tarih: 05.03.2019, Toplantı No: 2019/3 Karar No: GO 2019/49) alındıktan sonra yapılmıştır. Çalışmadaki veriler Burdur İl Sağlık Müdürlüğü Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı ekiplerin 2013-2014-2015-2016-2017 yıllarındaki yaptıkları vaka çalışmalarını kapsamaktadır. Burdur Valiliği 112 Acil Çağrı Merkezine bağlı Komuta Kontrol Merkezinin aldığı çağrılarının sonucunda; Ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine (Medikal, Trafik Kazası, İş Kazası, Diğer Kazalar, Yaralanma, İntihar, Yangın, Sağlık Tedbiri, Protokol, Diğer) göre dağılımları, Ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına (Yerinde Müdahale, Hastaneye Nakil, Hastaneler Arası Nakil, Tıbbi Tetkik İçin Nakil, Eve Nakil, Ex yerinde bırakıldı, Ex Morga Nakil, Nakil Reddi, Diğer Ulaşılan, Görev İptali, Başka Araçla Nakil, Asılsız İhbar, Olay Yeri Bekleme, Diğer) göre dağılımları, vakaların ön tanılarına (Kardiyovasküler S. Hast., Solunum S. Hast., Nörolojik Hast., GİS Hast., Psikiyatrik Hast., Üriner S. Hast., Jinekolojik ve Obs. Hast. Metabolik ve Endokrin Hast., İnfeksiyon Hast., Yenidoğan Hast., Zehirlenmeler, Travma, Diğer) göre dağılımları, vakaların cinsiyetlere dağılımları, vakaların nakil edildiği hastanelere göre, sosyal güvencelerine göre, yaş gruplarına göre dağılımları, vaka ulaşım yüzdeleri, Ambulans kazaları ve Hava Ambulansı kullanım durumu, toplam Ambulans sayısı, 112 Acil Çağrı merkezi Komuta Kontrol merkezine gelen tüm çağrılarının detayları, acil sağlık personellerinin aldığı hizmet içi eğitimler, Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) çalışmaları acil yardım istasyonu tipleri ve sayıları incelenmiştir.

4. BULGULAR

Çalışma 01 Ocak 2013 ile 31 Aralık 2017 yıllarını kapsayan Burdur ili ve ilçelerindeki yüz bine yakın ambulans kayıt formlarından elde edilerek yapılmıştır. Araştırma kapsamında ilk olarak 2013-2014-2015-2016 ve 2017 yıllarına ait değişkenler tek tek incelenmiş daha sonra 5 yıllık periyotta kıyaslanmıştır. Veriler toplamda 95.956 ambulans kayıt formundan elde edilmiştir.



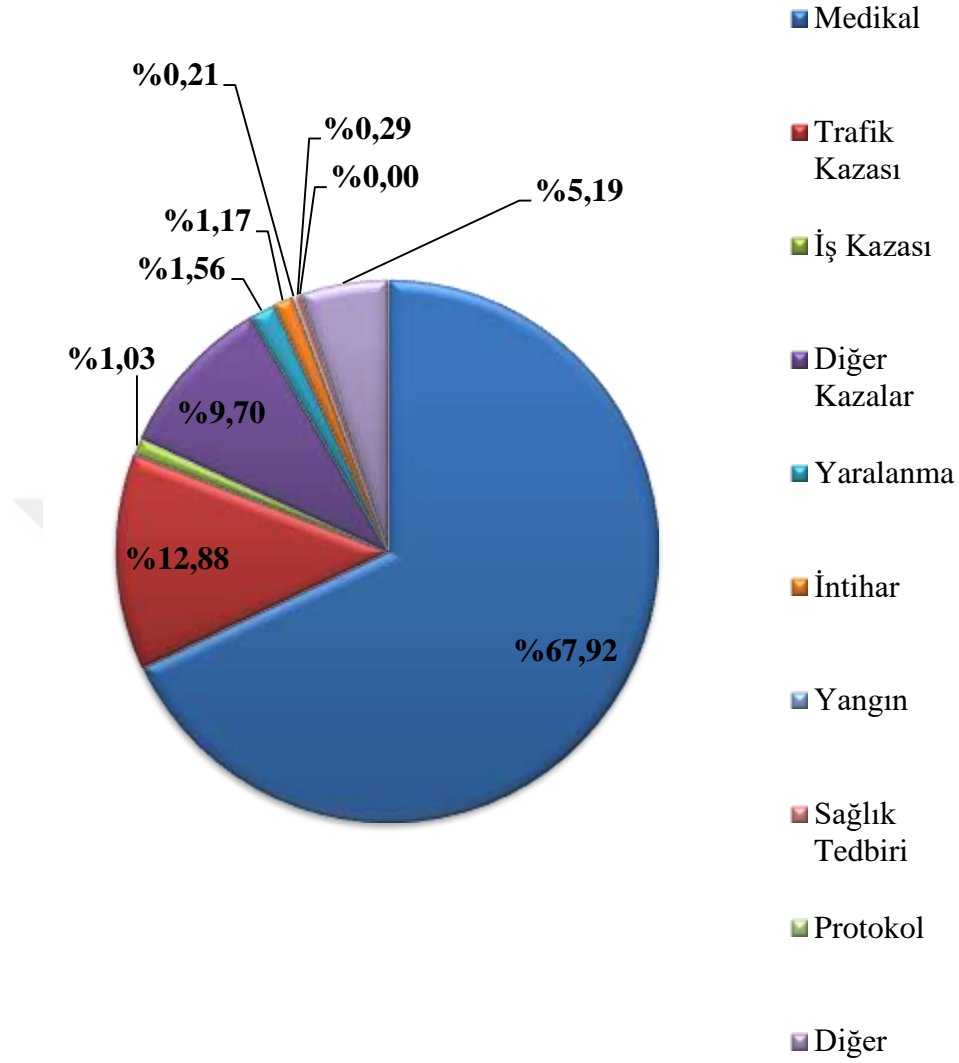
Tablo 4.1. 2013 Yılı ambulans çıkışı çağrı nedenlerinin aylara göre dağılımı

Aylar	Medikal	Trafik Kazası	İş Kazası	Diğer Kazalar	Yaralanma	İntihar	Yangın	Sağlık Tedbiri	Protokol	Diğer *	Toplam
Ocak	834	111	5	86	22	22	1	1	0	44	1.126
Şubat	729	93	9	80	16	11	0	0	0	30	968
Mart	900	106	17	95	9	16	4	1	0	44	1.192
Nisan	888	164	7	117	16	11	1	0	0	63	1.267
Mayıs	1.020	223	15	151	33	17	1	4	0	60	1.524
Haziran	1.045	206	19	184	36	20	3	6	0	115	1.634
Temmuz	1.017	191	16	161	11	25	2	1	0	119	1.543
Ağustos	1.047	307	15	190	22	17	5	4	0	148	1.755
Eylül	868	255	13	165	29	14	11	0	0	92	1.447
Ekim	988	173	20	137	19	19	1	6	0	58	1.421
Kasım	882	164	24	129	33	8	2	20	0	44	1.306
Aralık	934	122	10	98	11	13	5	6	0	35	1.234
Toplam	11.152	2.115	170	1.593	257	193	36	49	0	852	16.417

2013 yılındaki ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre sayısı ele alındığında toplam 16.417 vaka olduğu görülmüştür. En fazla payı medikal vakalar içermektedir. Medikal vakalar ve trafik kazaları en fazla yaz aylarında görülmüştür.

*Düşme, yanık vb. vakalardır.

2013



Şekil 4.1. 2013 Yılı ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı

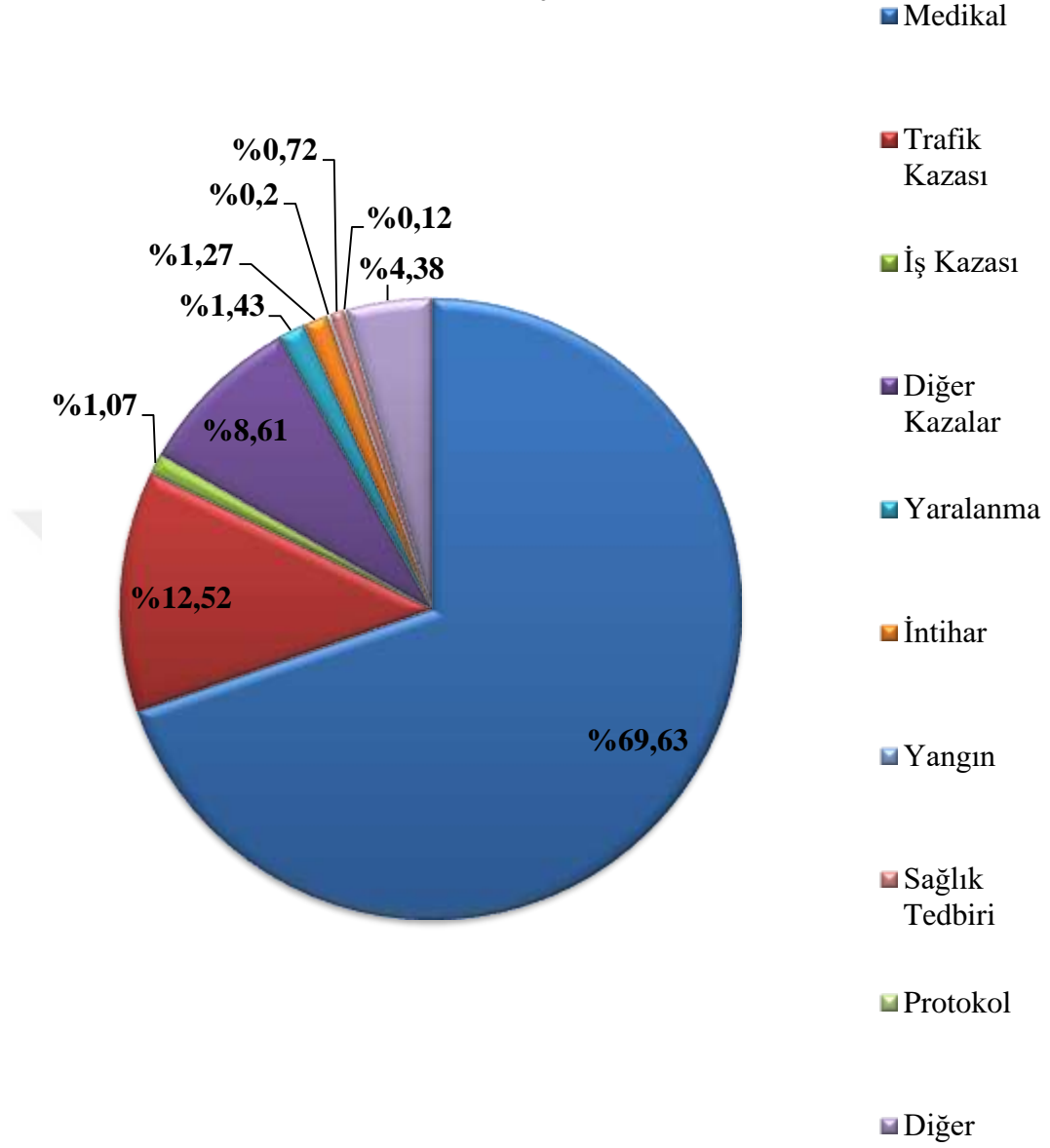
Tablo 4.2. 2014 Yılı ambulans çıkışı çağrı nedenlerinin aylara göre dağılımı

Aylar	Medikal	Trafik Kazası	İş Kazası	Diğer Kazalar	Yaralanma	İntihar	Yangın	Sağlık Tedbirleri	Protokol	Diğer**	Toplam
Ocak	1.019	98	11	87	14	27	1	7	0	44	1.308
Şubat	864	112	6	76	15	17	1	9	5	35	1.140
Mart	1.012	143	19	116	18	19	0	17	2	39	1.385
Nisan	985	176	11	120	19	25	3	21	0	42	1.402
Mayıs	1.105	156	22	140	21	26	0	12	0	62	1.544
Haziran	1.114	250	12	133	27	13	5	3	0	78	1.635
Temmuz	1.120	265	25	164	29	16	1	3	2	92	1.717
Ağustos	1.275	267	15	139	33	14	9	18	1	126	1.897
Eylül	1.069	269	8	155	18	20	9	10	2	70	1.630
Ekim	991	183	21	147	32	17	1	13	5	84	1.494
Kasım	948	199	25	138	6	22	3	13	4	51	1.409
Aralık	1.024	135	19	135	26	14	3	5	1	65	1.427
Toplam	12.526	2.253	194	1.550	258	230	36	131	22	788	17.988

2014 yılındaki ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre sayısı ele alındığında toplam 17.988 vaka olduğu görülmüştür. En fazla vaka Ağustos ayında yapılmıştır. 2013 yılında protokol 0 iken 2014 yılında 22 olduğu görülmüştür. En az trafik kazası Ocak ayında meydana gelmiştir.

*Düşme, yanık vb. vakalar

2014



Şekil 4.2. 2014 Yılı ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı

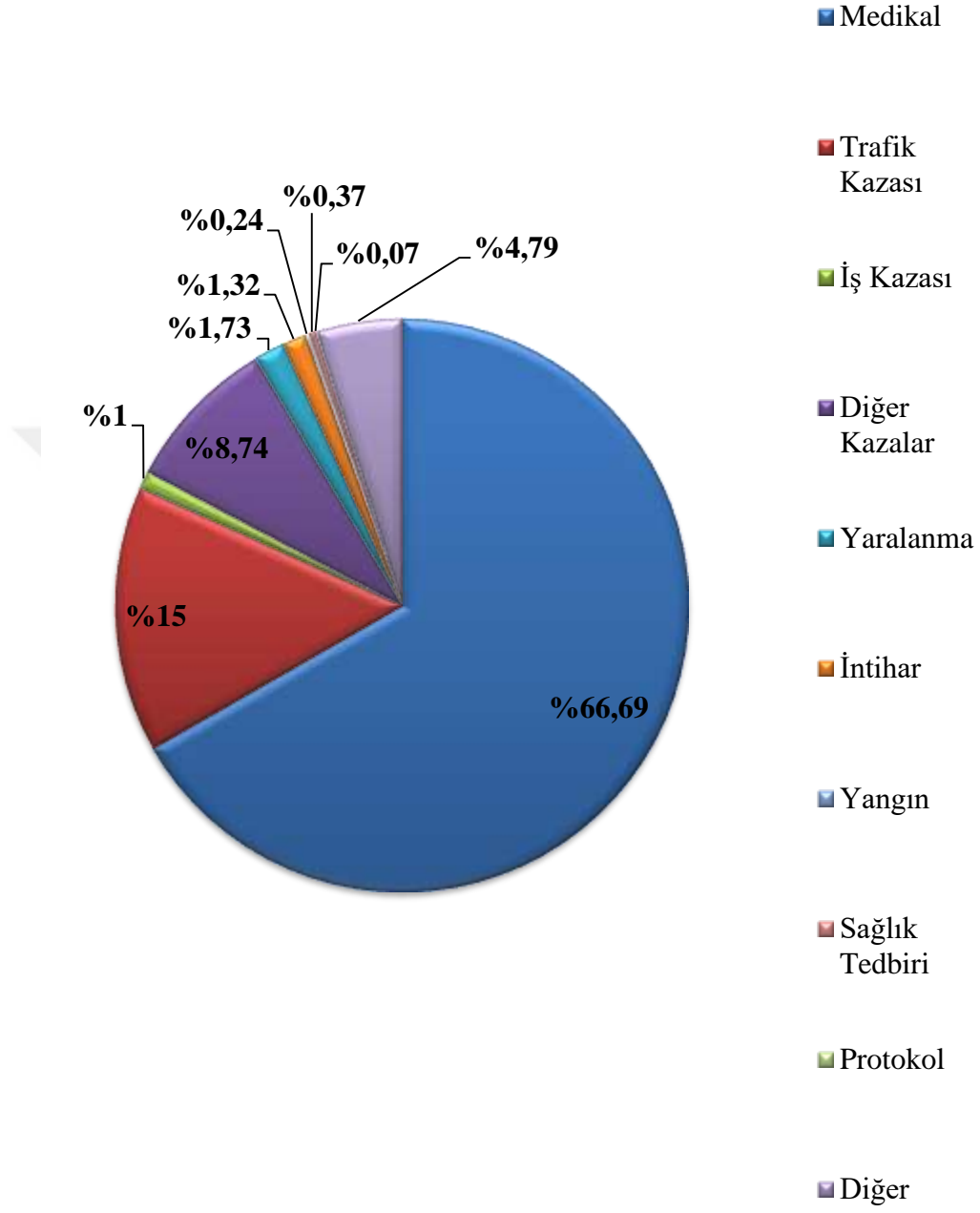
Tablo 4.3. 2015 Yılı ambulans çıkışı çağrı nedenlerinin aylara göre dağılımı

Aylar	Medikal	Trafik Kazası	İş Kazası	Diğer Kazalar	Yaralanma	İntihar	Yangın	Sağlık Tedbirleri	Protokol	Diğer*	Toplam
Ocak	952	200	12	110	22	24	2	5	1	55	1.383
Şubat	952	159	9	104	16	12	2	1	0	66	1.321
Mart	1.281	177	20	107	30	26	4	2	3	76	1.726
Nisan	1.040	187	11	149	21	24	6	3	0	74	1.515
Mayıs	1.152	308	27	168	34	26	1	20	1	67	1.804
Haziran	998	241	21	143	26	22	1	3	0	63	1.518
Temmuz	1.171	321	14	171	45	16	4	4	0	108	1.854
Ağustos	1.162	414	16	152	40	26	4	13	0	119	1.946
Eylül	971	321	13	154	26	18	4	0	3	93	1.603
Ekim	1.071	265	24	172	36	26	2	8	6	75	1.685
Kasım	1.105	182	16	126	28	19	10	14	1	64	1.565
Aralık	1.072	133	12	139	12	17	8	0	0	69	1.462
Toplam	12.927	2.908	195	1.695	336	256	48	73	15	929	19.382

2015 yılı ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre sayısı ele alındığında 19.382 vaka yapıldığı görülmüştür. İntihar vakaları önceki yıllara göre artış göstermiştir. En fazla medikal vaka mart ayında olduğu görülmüştür.

*Düşme, yanık vb. vakalar

2015



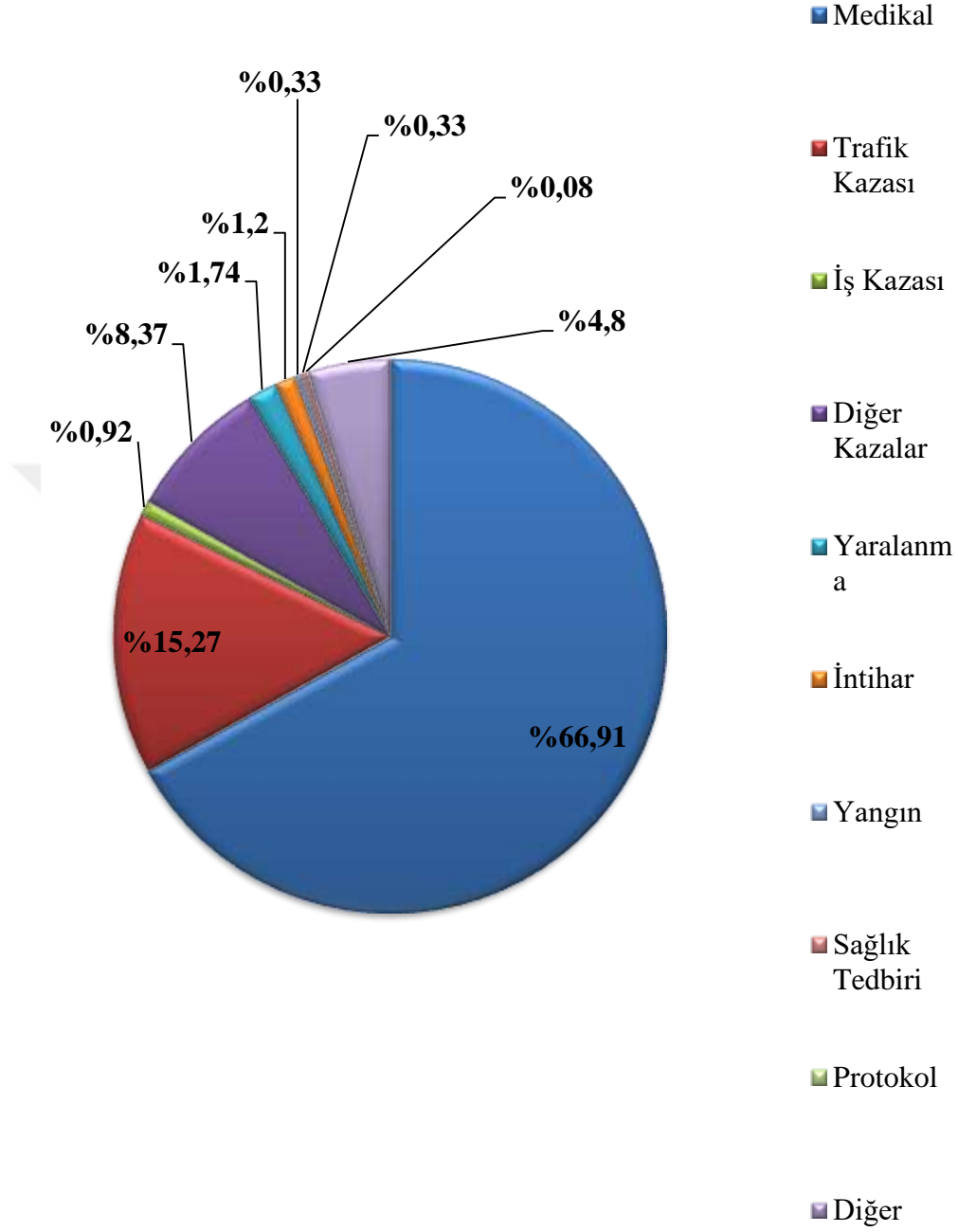
Şekil 4.3. 2015 Yılı ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı

Tablo 4.4. 2016 Yılı ambulans çıkışı çağrı nedenlerinin aylara göre dağılımı

Aylar	Medikal	Trafik Kazası	İş Kazası	Diğer Kazalar	Yaralanma	İntihar	Yangın	Sağlık Tedbirleri	Protokol	Diğer*	Toplam
Ocak	1.297	130	11	98	16	25	3	2	0	61	1.643
Şubat	1.124	122	24	93	20	24	3	1	0	52	1.463
Mart	1.155	249	11	114	27	18	2	1	0	68	1.645
Nisan	1.119	200	16	171	32	17	3	13	1	75	1.647
Mayıs	1.166	296	11	159	33	26	15	6	3	92	1.807
Haziran	1.086	296	11	159	29	21	1	4	0	91	1.698
Temmuz	1.291	370	16	180	42	22	8	8	0	130	2.067
Ağustos	1.228	374	22	162	41	25	5	9	1	136	2.003
Eylül	1.148	419	16	173	40	21	4	3	2	78	1.904
Ekim	1.179	287	21	155	36	23	12	8	9	84	1.814
Kasım	1.061	203	23	144	25	16	4	9	1	45	1.531
Aralık	1.198	261	13	151	26	14	11	6	0	97	1.777
Toplam	14.052	3.207	195	1.759	367	252	71	70	17	1.009	20.999

2016 yılı ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre sayısına bakıldığında 20.999 vaka olduğu görülmüştür. En fazla vaka temmuz ayında olduğu görülmüştür. Trafik kazaları incelendiğinde önceki yıllara göre artış olduğu görülmüştür. İntihar vakalarında önceki yıla göre az miktarda azalış olduğu görülmüştür. *Düşme, yanık vb. vakalar.

2016



Şekil 4.4. 2016 Yılı ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı

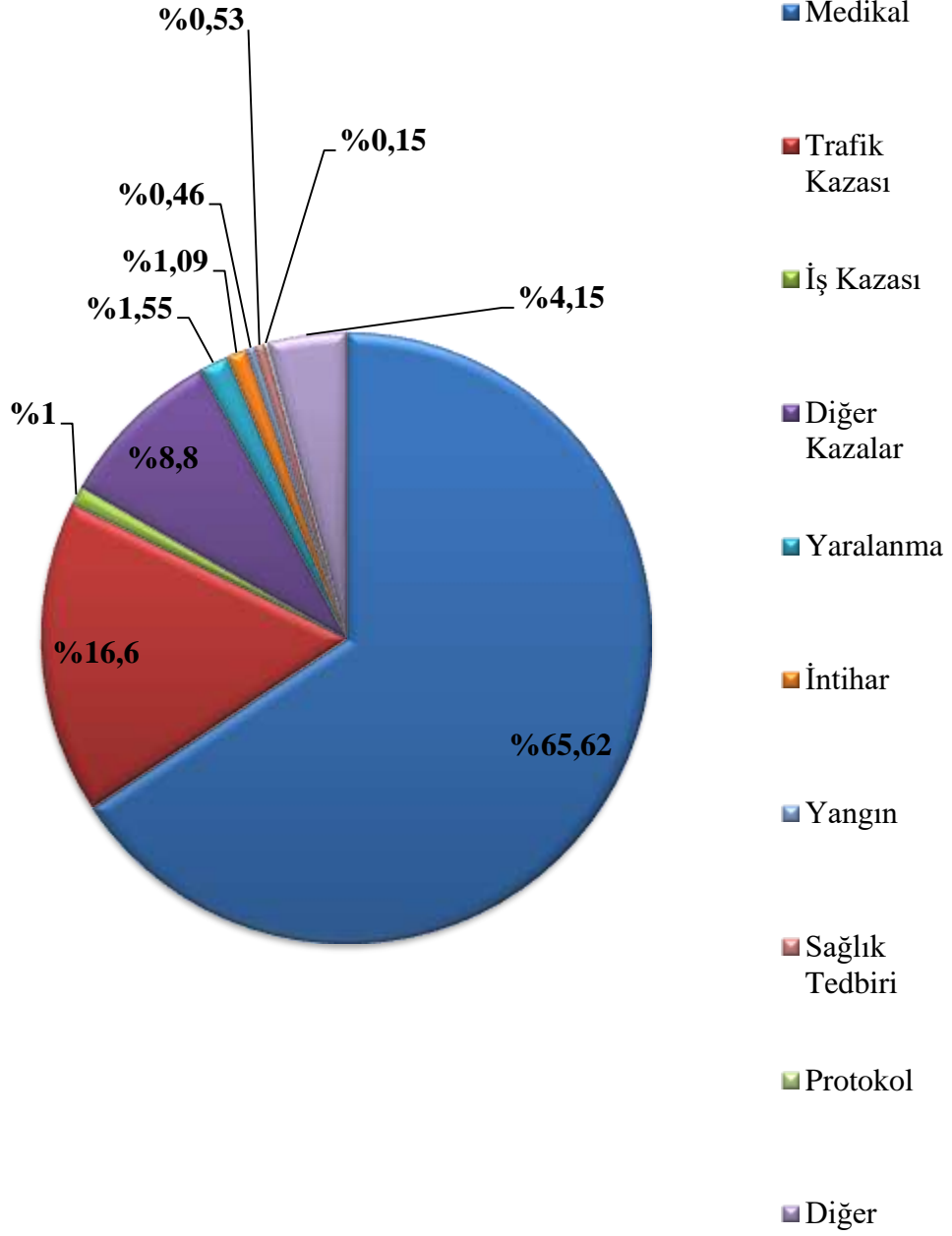
Tablo 4.5. 2017 Yılı ambulans çıkışı çağrı nedenlerinin aylara göre dağılımı

Aylar	Medikal	Trafik Kazası	İş Kazası	Diğer Kazalar	Yaralanma	İntihar	Yangın	Sağlık Tedbirleri Protokol	Diğer*	Toplam	
Ocak	1.270	181	17	152	22	15	0	6	0	43	1.706
Şubat	1.052	151	7	121	17	12	24	7	1	51	1.443
Mart	1.205	131	16	151	14	24	9	6	3	52	1.611
Nisan	1.081	260	19	134	19	23	5	7	2	50	1.600
Mayıs	1.205	353	23	184	24	20	2	16	4	85	1.916
Haziran	1.117	373	16	142	37	23	3	8	0	92	1.811
Temmuz	1.329	559	17	217	46	24	38	9	4	143	2.386
Ağustos	1.294	529	18	175	53	17	3	1	8	126	2.224
Eylül	1.209	497	19	172	38	17	8	12	5	98	2.075
Ekim	1.281	273	21	203	26	29	0	38	0	56	1.927
Kasım	1.190	195	27	154	19	18	1	8	7	51	1.670
Aralık	1.317	180	23	146	29	20	10	1	0	75	1.801
Toplam	14.550	3.682	223	1.951	344	242	103	119	34	922	22.170

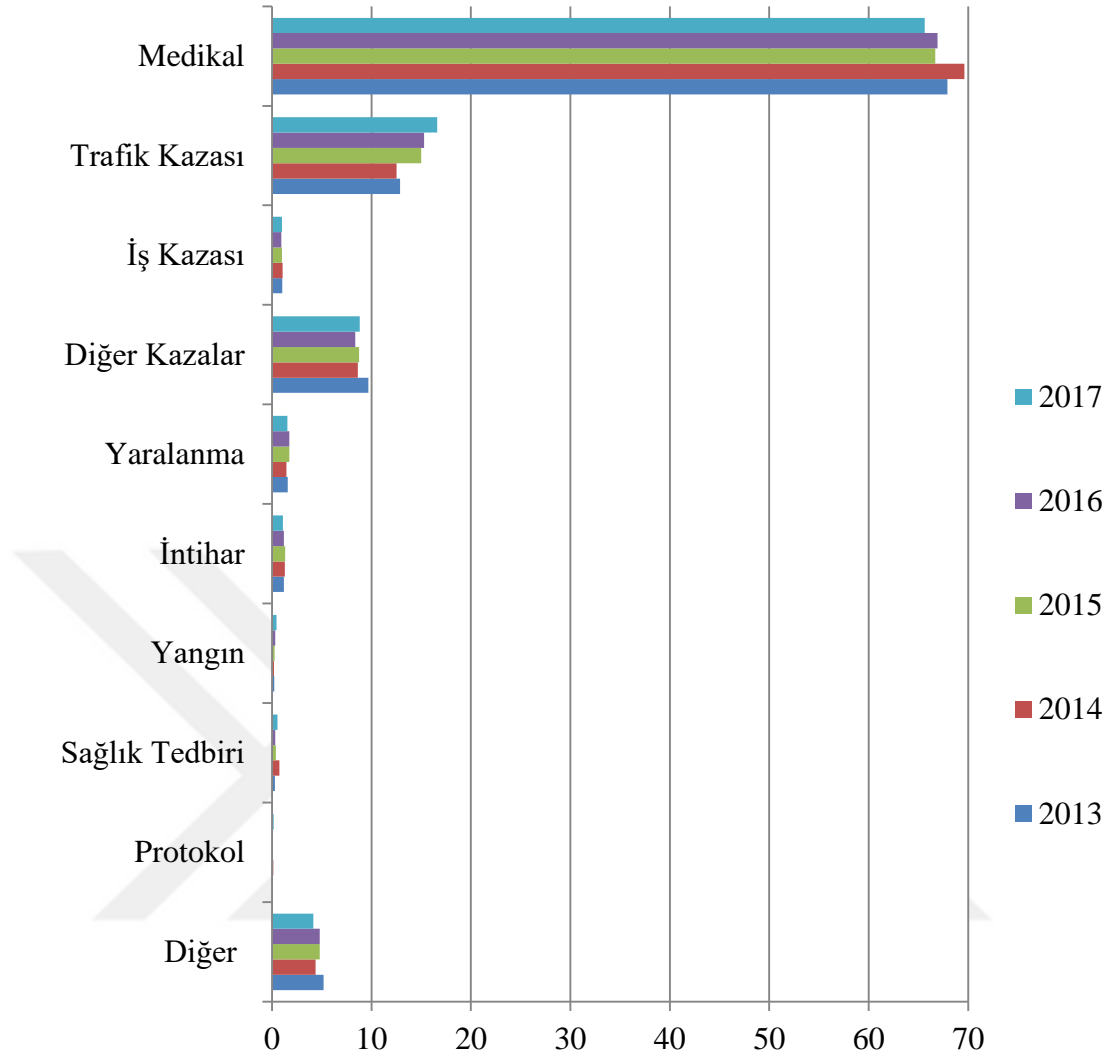
2017 yılı ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre ele alındığında toplam 22.170 vaka olduğu görülmüştür. Bu vakalar içerisinde en fazla payı diğer yıllarda olduğu gibi medikal vakalar almıştır. Trafik kazalarının temmuz-ağustos dönemlerinde yüksek olduğu görülmüştür.

*Düşme, yanık vb. vakalar

2017



Şekil 4.5. 2017 Yılı ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı



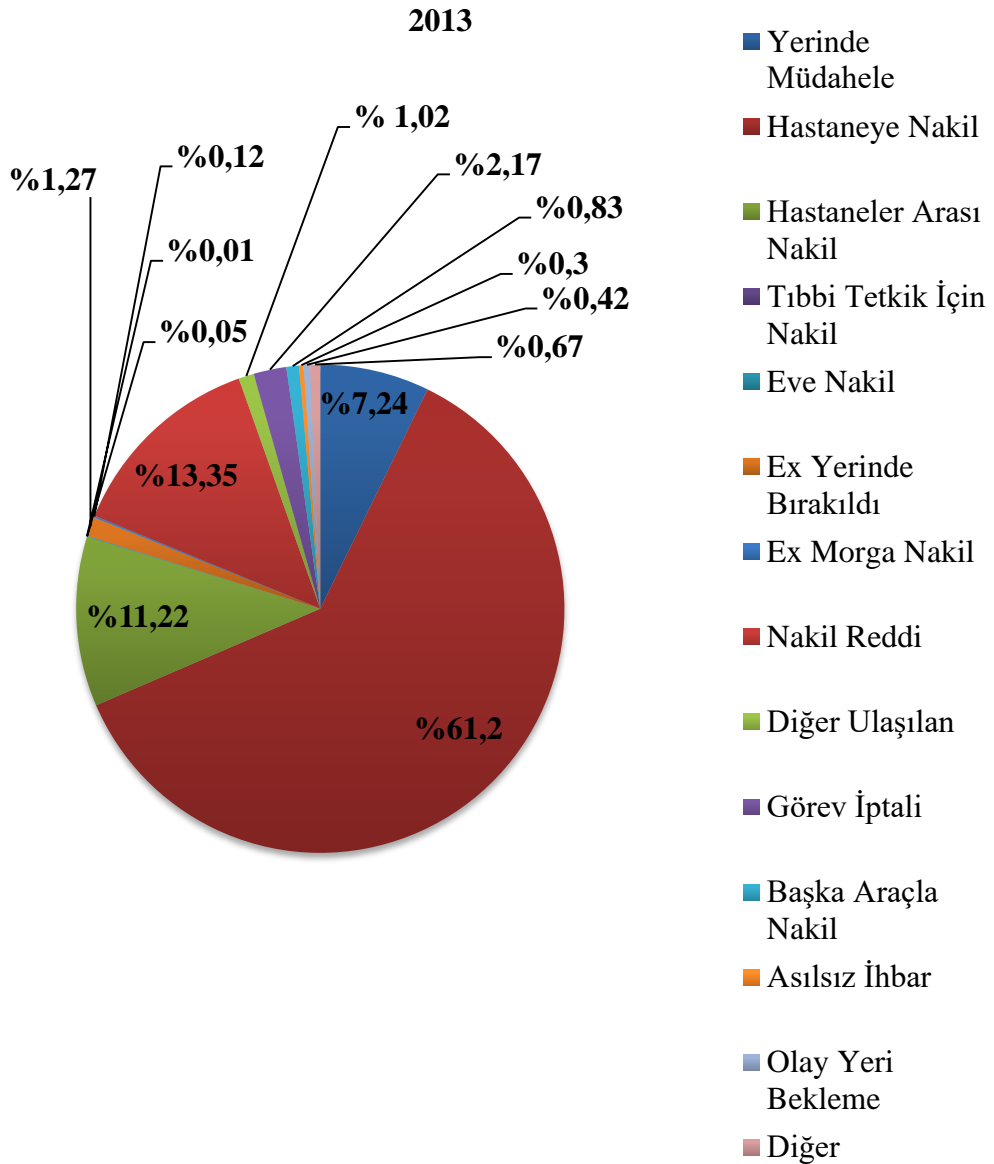
Şekil 4.6. Çağrı nedenlerine göre dağılımın 5 yıllık karşılaştırılması

Ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı 2013-2017 yılları genel olarak incelendiğinde; yıl bazında değerlendirilecek olursa medikal vakalar en fazla yüzdelerik dilim 2014 yılına en az dilim ise 2017 yılına aittir. Trafik kazaları 2014 yılında 2013 yılına göre azalma gösterse de 2017 yılına kadar yüzdelerik dilim artmıştır.

Tablo 4.6. 2013 Yılı ambulans vaka çıkışı sonuçlarının aylara göre dağılımı

Aylar	Yerinde Müdahale	Hastaneye Nakil	Hastaneler Arası Nakil	Tıbbi Tetkik için Nakil	Eve Nakil	Ex Yerinde Bırakıldı	Ex Morga Nakil	Nakil Reddi	Diğer Ulaşılan	Görev İptali	Başka Araçla Nakil	Asılsız İhbar	Olay Yeri Bekleme	Diğer	Toplam
Ocak	188	664	148	0	1	23	1	39	7	26	9	2	2	16	1.126
Şubat	175	559	135	0	0	6	0	49	6	21	6	5	0	6	968
Mart	151	757	129	0	0	13	0	78	9	27	15	1	4	8	1.192
Nisan	132	794	145	0	0	19	3	126	13	21	5	2	1	6	1.267
Mayıs	97	908	185	0	0	26	0	219	21	32	12	6	7	11	1.524
Haziran	96	947	176	0	1	15	0	311	10	35	17	11	9	6	1.634
Temmuz	62	918	182	0	2	22	3	277	18	38	7	5	3	6	1.543
Ağustos	58	1.088	149	0	2	16	3	342	22	32	19	5	9	10	1.755
Eylül	44	929	138	0	1	12	3	227	22	37	11	6	5	11	1.446
Ekim	74	871	161	0	1	20	2	210	12	34	13	2	5	16	1.421
Kasım	65	818	152	0	1	18	4	163	19	30	9	3	19	5	1.306
Aralık	47	805	143	1	0	20	2	152	9	24	14	2	6	10	1.235
Toplam	1.189	10.058	1.843	1	9	210	21	2.193	168	357	137	50	70	111	16.417

2013 yılı Ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımına bakılırsa; 16.417 sonuçlanmış vaka olduğu görülmüştür. Vakaların büyük bir çoğunluğu hastaneye nakil ile sonuçlanmıştır. Toplam ex (ölüm) sayısı 231'dir. Bu vakalardan 2.193 tanesi acil ambulans hizmeti kullanmayı (nakil reddi) reddetmiştir. Toplam yerinde müdahale vaka sayısı 1.189'dur. Ekipler istasyonlarından çıkış yaptıktan sonra oluşan görev iptali sayısı 357'dir.

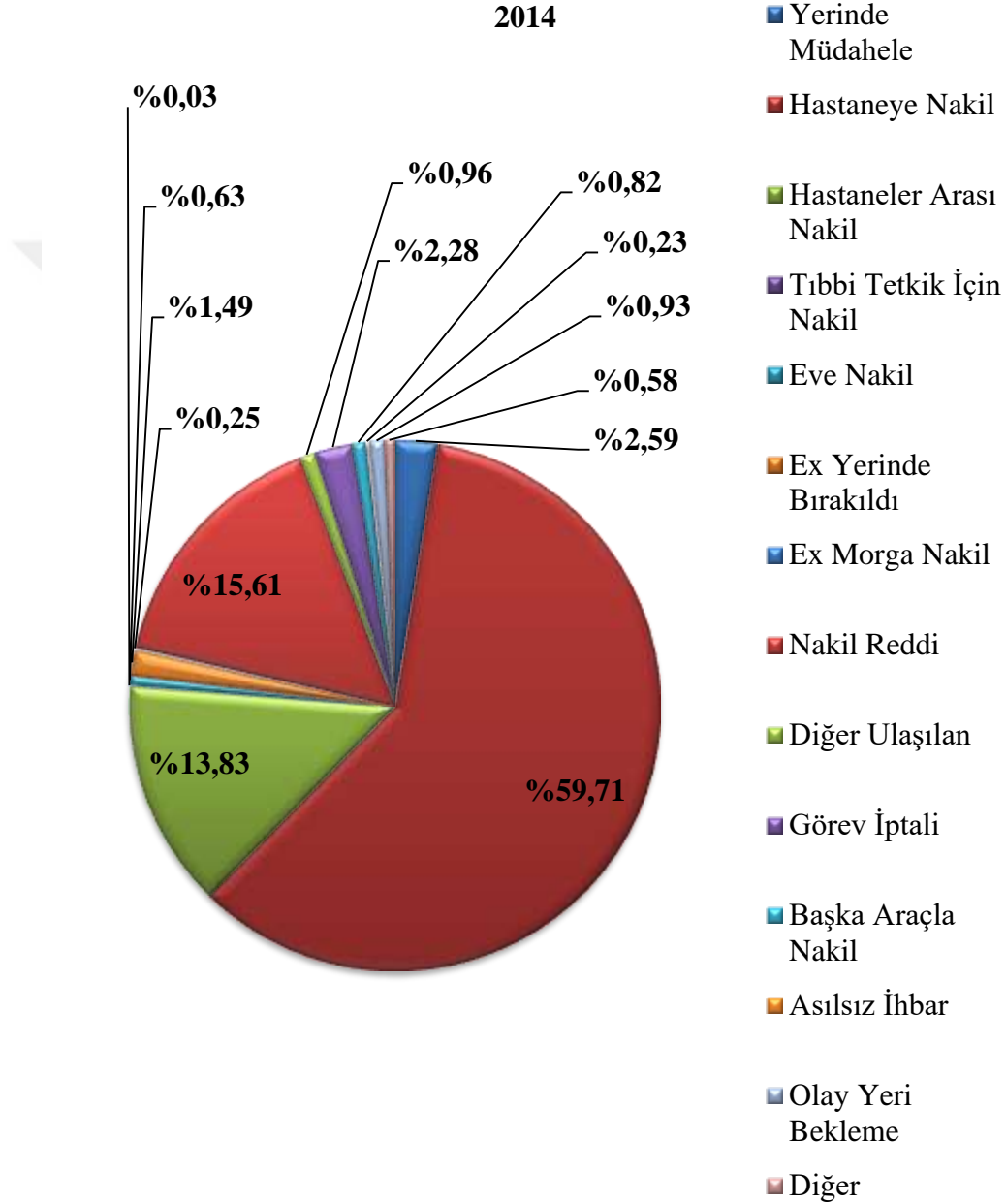


Şekil 4.7. 2013 Yılı ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımı

Tablo 4.7. 2014 Yılı ambulans vaka çıkışı sonuçlarının aylara göre dağılımı

Aylar	Yerinde Müdahale	Hastaneye Nakil	Hastaneler Arası Nakil	Tıbbi Tetkik için Nakil	Eve Nakil	Ex Yerinde Bırakıldı	Ex Morga Nakil	Nakil Reddi	Diğer Ulaşılan	Görev İptali	Başka Araçla Nakil	Asılsız İhbar	Olay Yeri Bekleme	Diğer	Toplam
Ocak	60	772	192	0	0	18	0	186	13	44	13	1	7	2	1.308
Şubat	49	658	149	0	1	18	1	198	7	25	12	2	11	9	1.140
Mart	47	860	181	0	1	19	1	206	10	22	7	5	19	7	1.385
Nisan	52	837	173	0	2	23	2	230	18	20	16	2	21	6	1.402
Mayıs	45	942	192	2	7	29	1	240	17	30	11	4	13	11	1.544
Haziran	43	956	220	0	11	23	2	281	20	31	21	10	6	11	1.635
Temmuz	27	1.025	266	2	23	17	1	270	16	32	13	5	6	14	1.717
Ağustos	25	1.091	246	0	28	25	0	362	11	49	17	4	24	15	1.897
Eylül	18	976	207	1	19	36	31	233	7	60	11	2	19	10	1.630
Ekim	25	862	241	0	11	14	4	237	15	45	10	5	15	10	1.494
Kasım	37	840	224	1	6	22	1	186	31	25	9	1	19	7	1.409
Aralık	38	923	197	0	5	25	1	180	8	28	8	2	8	4	1.427
Toplam	466	10.742	2.488	6	114	269	45	2.809	173	411	148	43	168	106	17.988

2014 yılı Ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımına bakılırsa; 17.988 sonuçlanmış vaka olduğu görülmektedir. Yerinde müdahale sayısı önceki yıla göre belirgin bir şekilde azalış göstermiştir. 17.988 vakanın 10.472'si hastaneye nakil ile sonuçlanmıştır. Toplam ex sayısı 314'tür. 2.809 vaka ambulans hizmetini kullanmayı reddetmiştir.

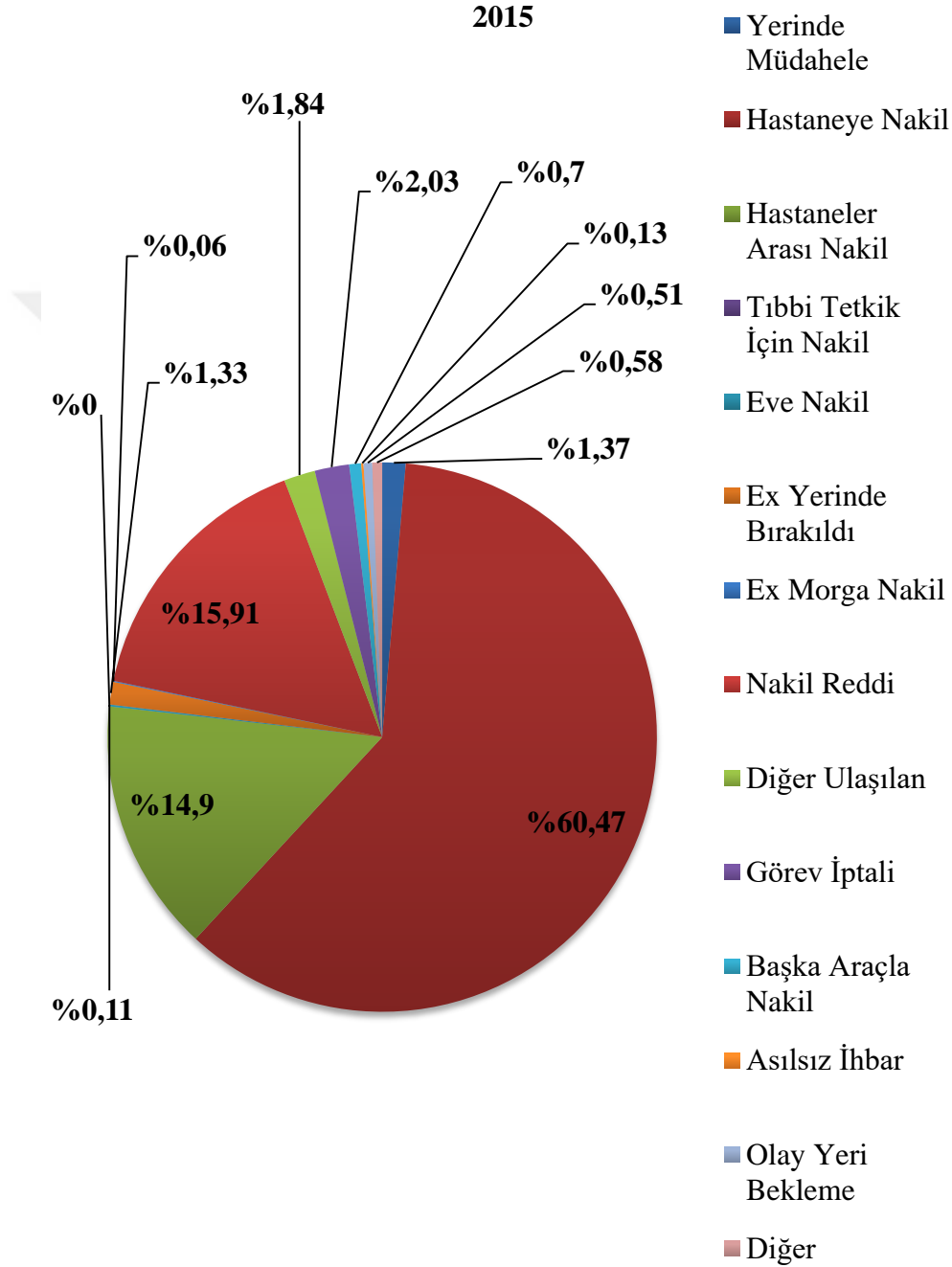


Şekil 4.8. 2014 Yılı ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımı

Tablo 4.8. 2015 Yılı ambulans vaka çıkışı sonuçlarının aylara göre dağılımı

Aylar	Yerinde Müdahale	Hastaneye Nakil	Hastaneler Arası Nakil	Tıbbi Tetkik için Nakil	Eve Nakil	Ex Yerinde Bırakıldı	Ex Morga Nakil	Nakil Reddi	Diğer Ulaşılan	Görev İptali	Başka Araçla Nakil	Asılsız İhbar	Olay Yerinde Bekleme	Diğer	Toplam
Ocak	28	806	222	0	1	21	0	208	38	32	9	2	5	11	1.383
Şubat	9	849	218	0	0	13	1	171	10	31	6	0	3	10	1.321
Mart	34	1.037	279	0	3	29	0	271	21	27	9	0	6	10	1.726
Nisan	21	887	215	0	3	26	2	263	35	34	13	1	4	11	1.515
Mayıs	26	1.097	251	0	3	22	2	290	33	36	15	0	20	8	1.804
Haziran	29	877	253	1	1	28	2	245	26	41	6	3	3	4	1.518
Temmuz	20	1.112	285	0	1	19	3	306	43	44	9	2	5	5	1.854
Ağustos	13	1.149	251	0	5	32	0	350	66	36	12	4	18	10	1.946
Eylül	8	971	252	0	1	15	0	243	42	36	14	2	8	11	1.603
Ekim	14	1.005	251	0	2	19	1	284	29	32	17	4	12	15	1.685
Kasım	33	987	219	0	1	16	0	246	8	20	10	3	14	8	1.565
Aralık	31	944	192	0	2	19	1	207	7	25	16	6	2	10	1.462
Toplam	266	11.721	2.888	1	23	259	12	3.084	358	394	136	27	100	113	19.382

2015 yılı Ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımına bakılırsa; toplamda sonuçlanmış vaka sayısı 19.382'dir. Yerinde müdahale sayısının 266 olduğu görülmüştür. Ambulans hizmeti kullanmayı reddeden vaka sayısı 3.084'tür. Görev iptali sayısı 394 olmuştur. Asılsız ihbar sayısı 27 olmuştur.

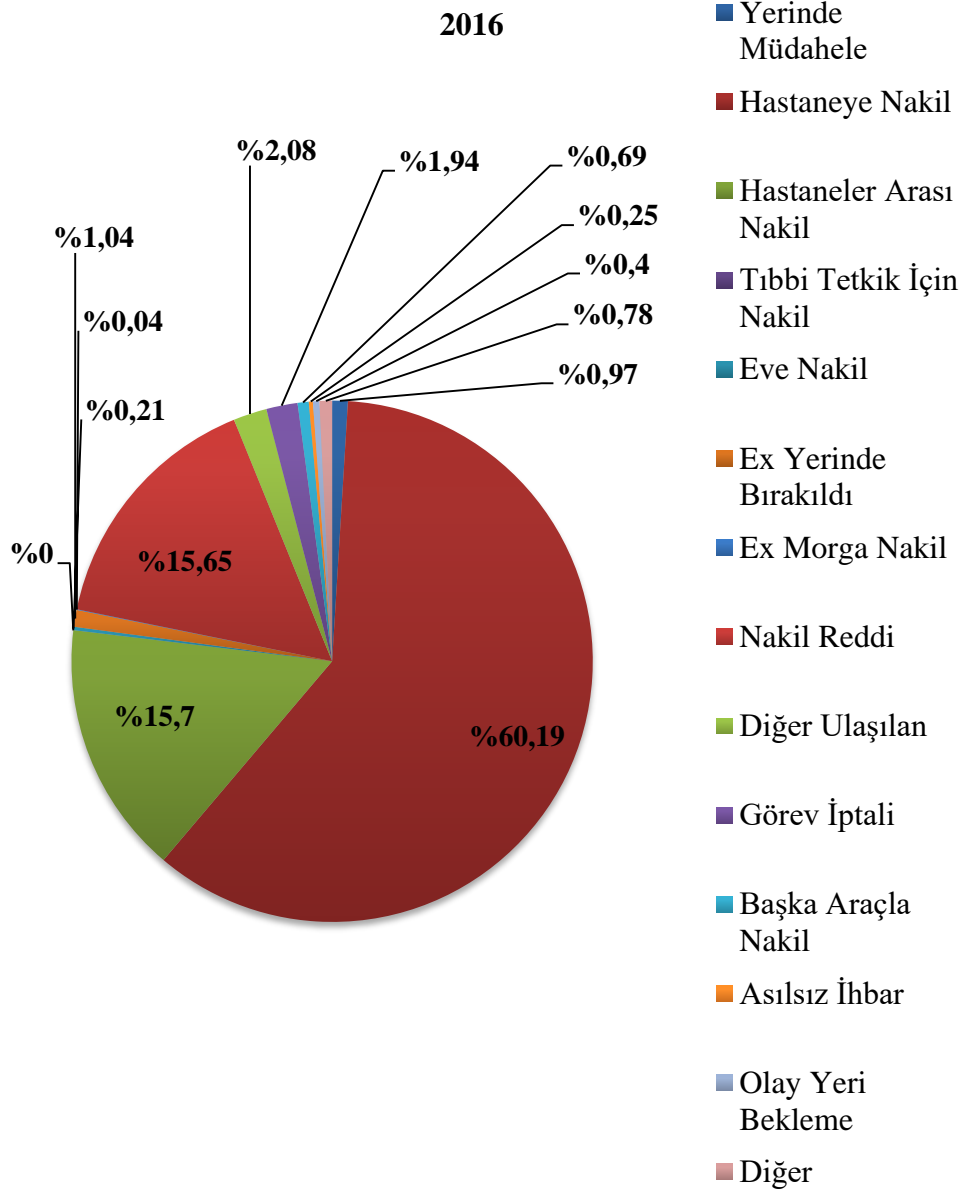


Şekil 4.9. 2015 Yılı ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımı

Tablo 4.9. 2016 Yılı ambulans vaka çıkışı sonuçlarının aylara göre dağılımı

Aylar	Yerinde Müdahale	Hastaneye Nakil	Hastaneler Arası Nakil	Tıbbi Tetkik için Nakil	Eve Nakil	Ex Yerinde Bırakıldı	Ex Morga Nakil	Nakil Reddi	Diğer Ulaşılan	Görev İptali	Başka Araçla Nakil	Asılsız İhbar	Olay Yerinde Bekleme	Diğer	Toplam
Ocak	23	1.015	265	0	3	18	1	251	8	32	12	3	5	7	1.643
Şubat	14	871	240	0	5	11	3	258	12	25	11	5	1	7	1.463
Mart	33	972	224	0	8	15	1	279	60	23	9	5	1	15	1.645
Nisan	32	982	259	0	3	16	1	264	13	36	11	5	10	15	1.647
Mayıs	30	1.053	295	0	4	15	1	286	47	34	14	2	10	16	1.807
Haziran	14	1.057	290	0	7	13	1	226	25	29	13	6	3	14	1.698
Temmuz	15	1.199	326	0	5	25	0	330	63	52	17	6	9	19	2.066
Ağustos	4	1.209	346	0	3	18	0	302	32	44	16	5	9	15	2.003
Eylül	12	1.146	306	0	1	28	0	284	59	32	11	4	5	16	1.904
Ekim	11	1.109	236	0	0	22	0	319	41	41	7	2	16	10	1.814
Kasım	6	918	246	0	2	23	0	222	40	25	14	4	11	20	1.531
Aralık	11	1.108	265	0	4	16	1	267	37	35	11	6	6	10	1.777
Toplam	205	12.639	3.298	0	45	220	9	3.288	437	408	146	53	86	164	20.998

2016 yılı Ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımına bakılırsa; toplamda sonuçlanmış vaka sayısı 20.998 vaka olduğu görülmüştür. Yerde müdahale sayısı giderek azalmaktadır. 3.298 vaka hastaneler arası nakil edilmiştir. Toplam hizmet reddi sayısı 3.288 olmuştur. 2016 yılında tıbbi tetkik için nakil yapılmamıştır. Toplam ex sayısı 229 olmuştur.

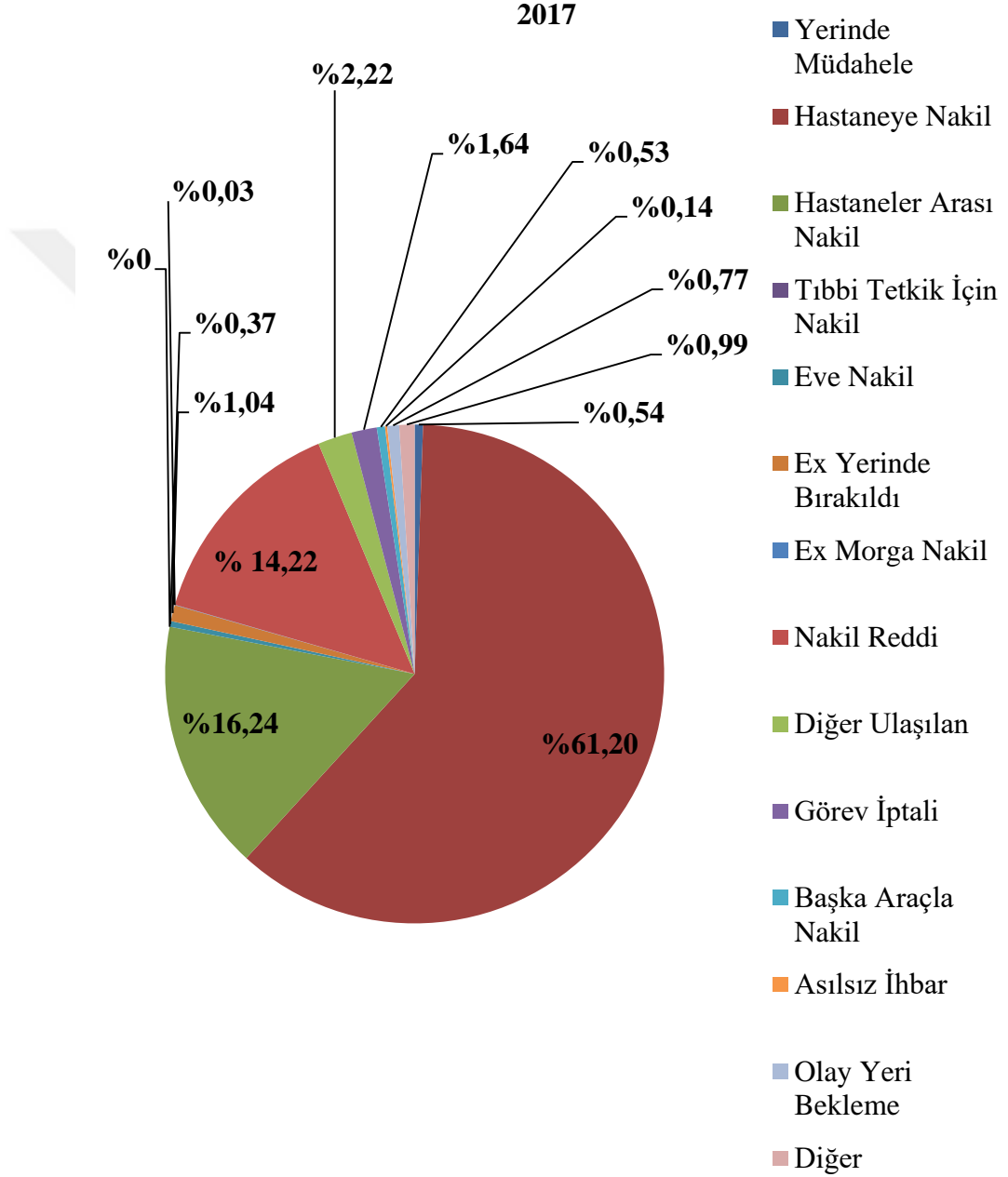


Şekil 4.10. 2016 Yılı ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımı

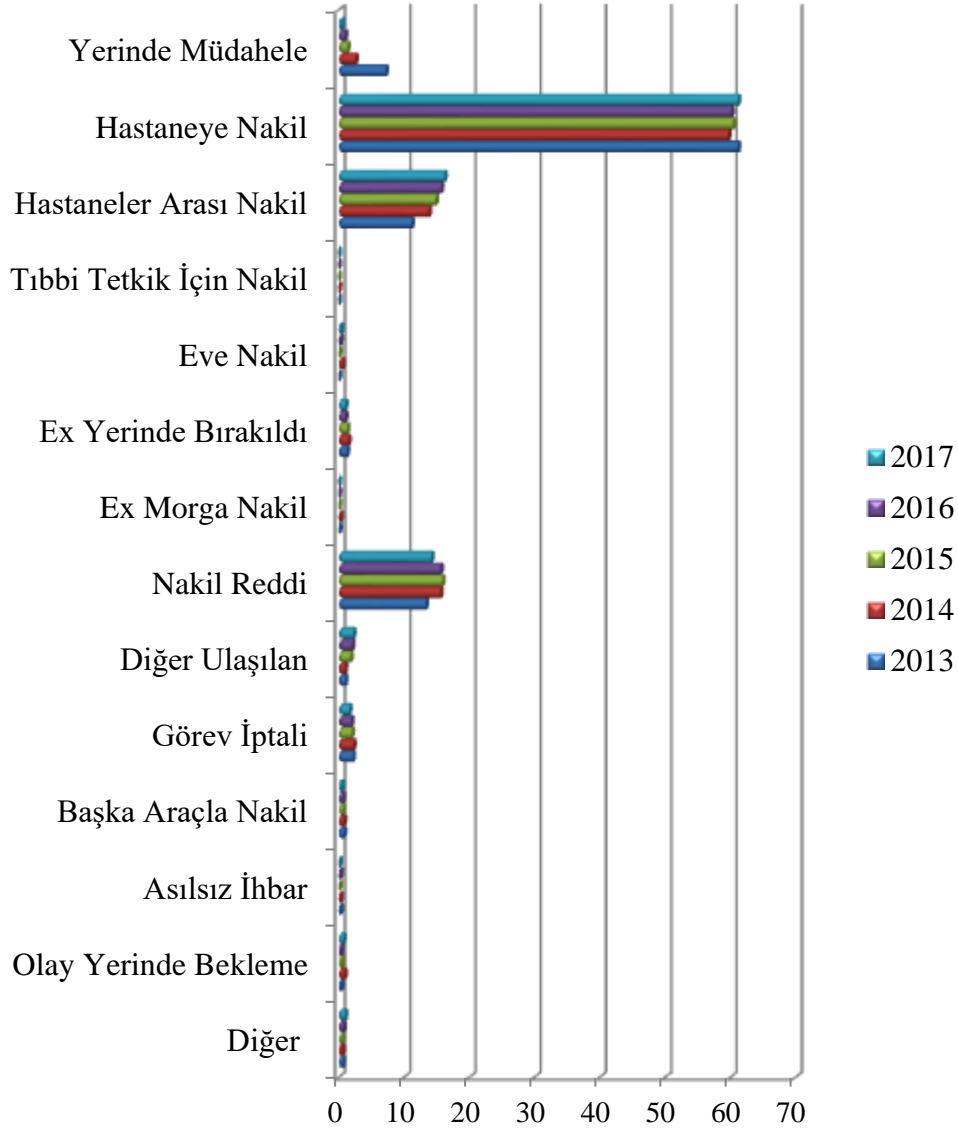
Tablo 4.10. 2017 Yılı ambulans vaka çıkışı sonuçlarının aylara göre dağılımı

Aylar	Yerinde Müdahale	Hastaneye Nakil	Hastaneler Arası Nakil	Tıbbi Tetkik İçin Nakil	Eve Nakil	Ex Yerinde Bırakıldı	Ex Morga Nakil	Nakil Reddi	Diğer Ulaşılan	Görev İptali	Başka Araçla Nakil	Asılsız İhbar	Olay Yerinde Bekleme	Diğer	Toplam
Ocak	15	1.121	231	0	2	28	0	222	19	43	7	2	7	9	1.706
Şubat	7	894	251	0	0	22	0	187	32	22	8	5	10	5	1.443
Mart	6	1.021	277	0	2	16	2	225	9	26	1	1	11	14	1.611
Nisan	11	996	237	0	1	24	0	232	40	30	10	2	10	7	1.600
Mayıs	24	1.164	297	0	16	26	0	265	56	20	8	5	20	15	1.916
Haziran	5	1.091	313	0	8	23	1	262	40	21	13	2	7	15	1.801
Temmuz	4	1.449	375	0	9	23	1	312	96	58	17	3	15	24	2.386
Ağustos	2	1.325	357	0	16	25	1	314	83	20	14	1	10	26	2.194
Eylül	6	1.236	344	0	12	9	0	315	58	40	14	4	20	17	2.075
Ekim	15	1.169	286	0	7	9	0	298	31	30	9	2	43	28	1.927
Kasım	13	1.016	299	0	3	13	1	225	12	28	11	1	15	33	1.670
Aralık	13	1.062	328	2	6	14	1	290	17	26	7	3	4	28	1.801
Toplam	121	13.544	3.595	2	82	232	7	3.147	493	364	119	31	172	221	22.130

2017 yılı Ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımına bakılırsa; toplamda 22.130 vaka sonuçlanmıştır. Bu vakaların diğer yıllarda olduğu gibi büyük bir oranı hastaneye nakil ile sonuçlanmıştır. Toplam ex sayısı 239 olmuştur. Ambulans hizmetini reddeden vaka sayısı 3.147'dir. Toplam görev iptali sayısı 364 olmuştur.



Şekil 4.11. 2017 Yılı ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımı



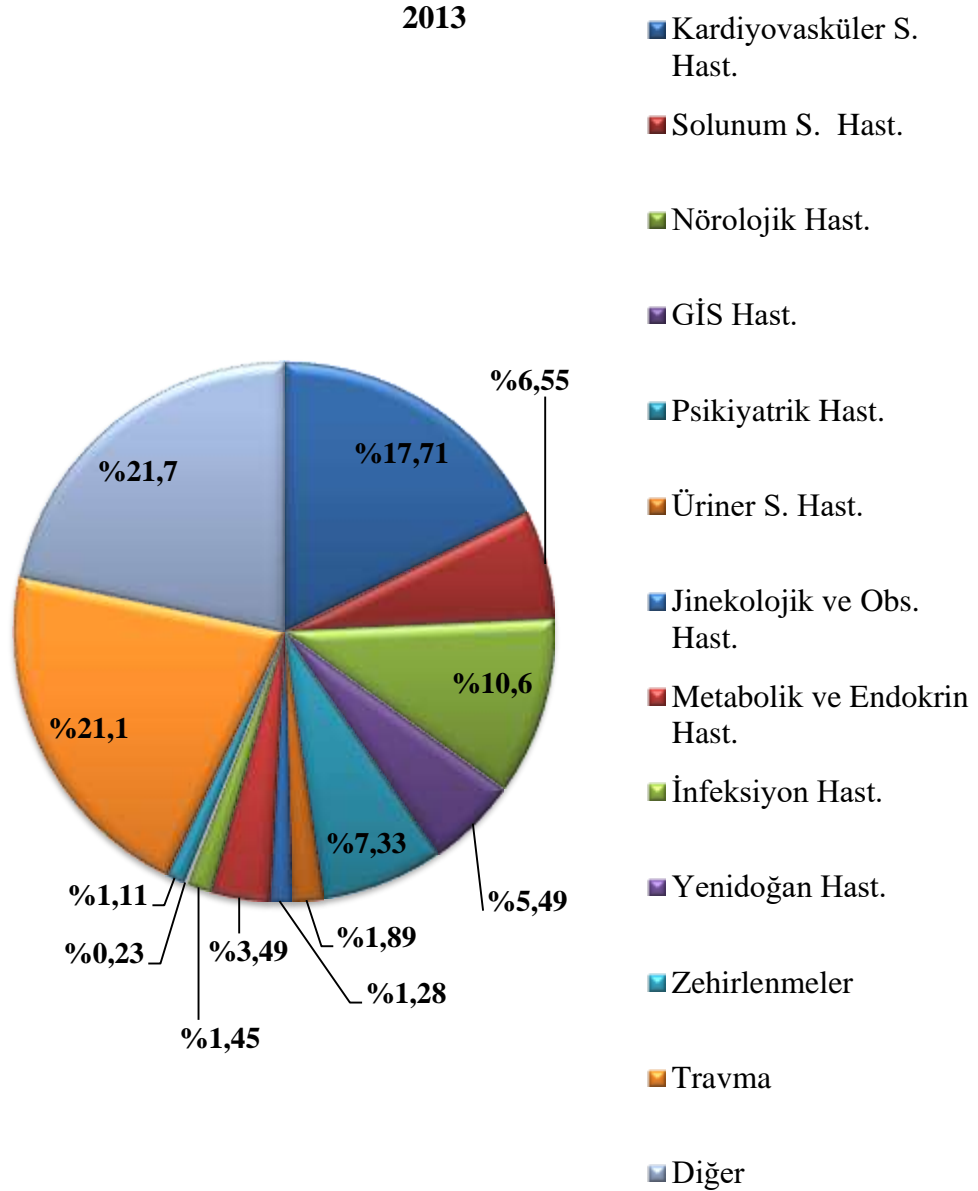
Şekil 4.12. Vaka sonuçlarına göre dağılımın 5 yıllık karşılaştırılması

Ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımı incelenecek olursa; yerinde müdahale sayısı 2013'ten 2017 yılına kadar belirgin bir azalma olduğu görülmüştür. Hastaneler arası nakil sayısının giderek arttığı görülmüştür. Görev iptali sayısı 2013'ten 2017 yılında kadar azalış eğiliminde olduğu görülmüştür. 2013 yılından 2017 yılına kadar hastaneye nakil sayısı giderek artmıştır

Tablo 4.11. 2013 Yılına ait ön tanıların aylara göre dağılımları

Mevcut Ay	Kardiyovasküler S. Hast.	Solumum S. Hast.	Nörolojik Hast.	Gastro İntestinal Sistemi (GIS) Hast.	Psikiyatrik Hast.	Üriner S. Hast.	Jinekolojik ve Obs. Hast.	Metabolik ve Endokrin Hast.	İnfeksiyon Hast.	Yenidoğan Hast.	Zehirlenmeler	Travma	Diğer	Toplam
Ocak	203	96	109	54	94	23	14	33	14	5	23	176	227	1.071
Şubat	211	88	91	54	84	22	5	28	16	7	14	133	177	930
Mart	246	88	108	63	124	29	17	27	12	1	13	171	238	1.137
Nisan	236	83	122	59	96	17	18	45	15	2	9	248	282	1.232
Mayıs	273	78	134	78	129	36	17	55	11	4	12	328	301	1.456
Haziran	270	75	171	96	90	27	23	47	13	4	20	373	347	1.556
Temmuz	268	80	136	90	83	25	19	63	29	1	39	327	324	1.484
Ağustos	243	74	165	96	79	30	22	62	24	3	13	431	438	1.680
Eylül	202	67	154	71	78	25	18	44	13	3	8	374	322	1.379
Ekim	234	85	176	67	94	30	17	61	30	6	8	270	273	1.351
Kasım	216	95	139	62	108	16	13	53	15	0	8	281	234	1.240
Aralık	178	120	160	72	93	18	18	31	37	1	8	200	243	1.179
Toplam	2.780	1.029	1.665	862	1.152	298	201	549	229	37	175	3.312	3.406	15.695

2013 yılı vakaların ön tanılarına göre dağılımlarına bakılırsa; toplamda 15.695 vaka tanı almıştır. Tanı almış vakalar içerisinde travma vakaları 2. Sırada yer almıştır. Travma vakalarının ve zehirlenme vakalarının yaz aylarında yüksek olduğu görülmüştür. Solunum sistemi hastalıklarının kış aylarında yüksek olduğu saptanmıştır.

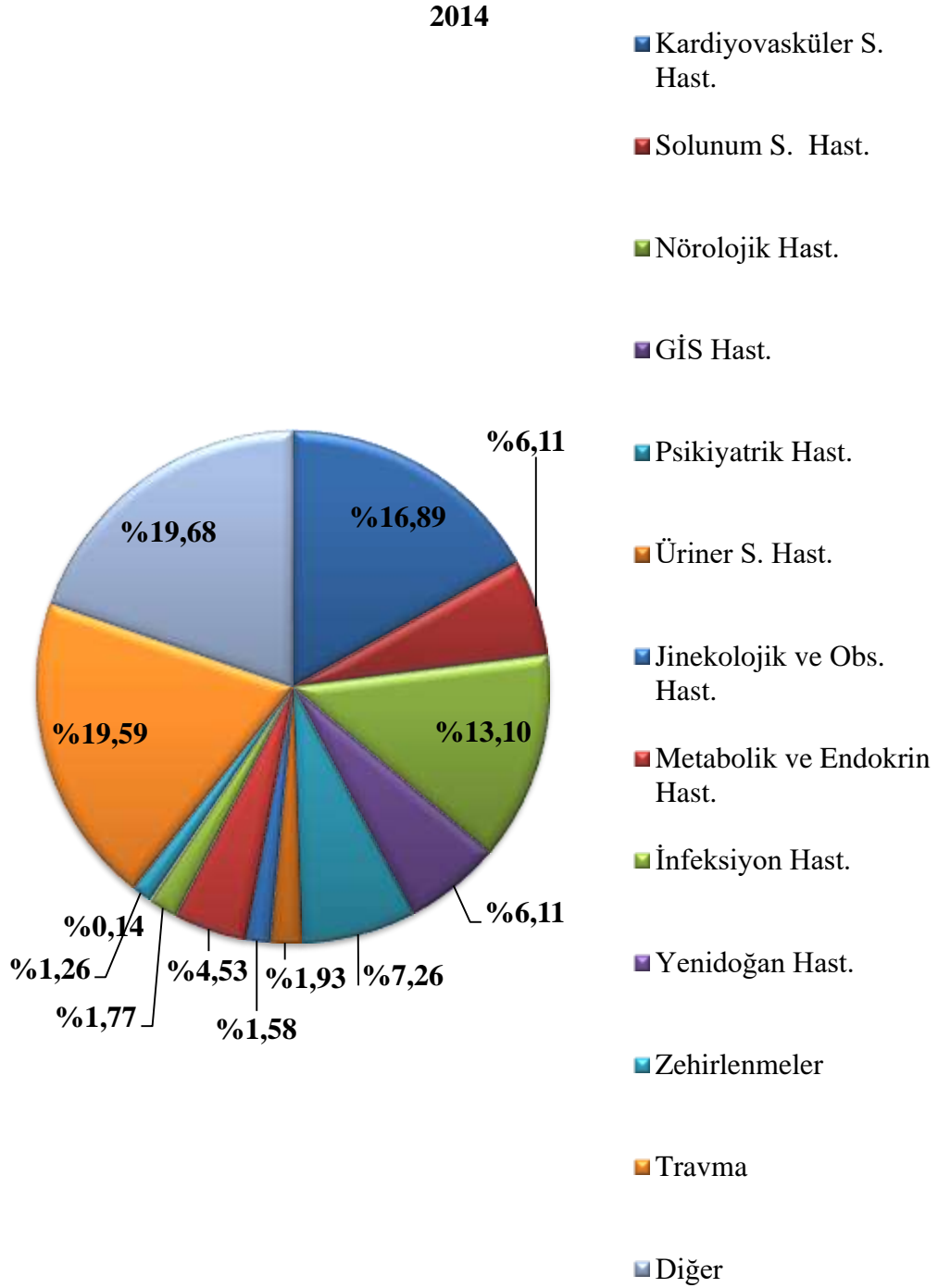


Şekil 4.13. 2013 Yılı vakaların ön tanılarına göre dağılımları

Tablo 4.12. 2014 Yılına ait ön tanıların aylara göre dağılımları

Mevcut Ay	Kardiyovasküler S. Hast.	Solumun S. Hast.	Nörolojik Hast.	Gastro İntestinal Sistemi (GİS) Hast.	Psikiyatrik Hast.	Üriner S. Hast.	Jinekolojik ve Obs. Hast.	Metabolik ve Endokrin Hast.	İnfeksiyon Hast.	Yenidoğan Hast.	Zehirlenmeler	Travma	Diğer	Toplam
Ocak	225	107	171	82	76	31	12	45	23	1	18	144	306	1.241
Şubat	217	92	163	72	58	15	15	45	19	2	16	157	209	1.080
Mart	248	114	211	85	91	18	22	53	17	1	18	267	180	1.325
Nisan	238	108	201	77	79	23	18	61	25	3	18	291	195	1.337
Mayıs	255	74	201	95	124	26	35	71	26	1	16	297	242	1.463
Haziran	234	72	220	100	105	26	22	62	27	3	18	360	307	1.556
Temmuz	270	68	165	94	117	28	29	96	26	3	18	372	361	1.647
Ağustos	272	72	208	119	116	30	28	99	31	3	15	329	466	1.788
Eylül	253	70	208	92	77	29	30	74	26	5	21	314	328	1.527
Ekim	226	78	154	76	118	44	14	79	27	2	27	279	285	1.409
Kasım	232	85	163	78	131	32	20	35	28	1	16	304	223	1.348
Aralık	218	105	176	75	150	28	26	55	28	0	16	237	263	1.377
Toplam	2.888	1.045	2.241	1.045	1.242	330	271	775	303	25	217	3.351	3.365	17.098

2014 yılı vakaların ön tanılarına göre dağılımlarına bakılırsa; toplamda 17.098 vaka tanı almıştır. Bu vakaları içerisinde travmalar önceki yılda olduğu gibi yüksek seyretmiştir. Metabolik ve endokrin hastalıkları temmuz-ağustos aylarında yüksek seyretmiştir.

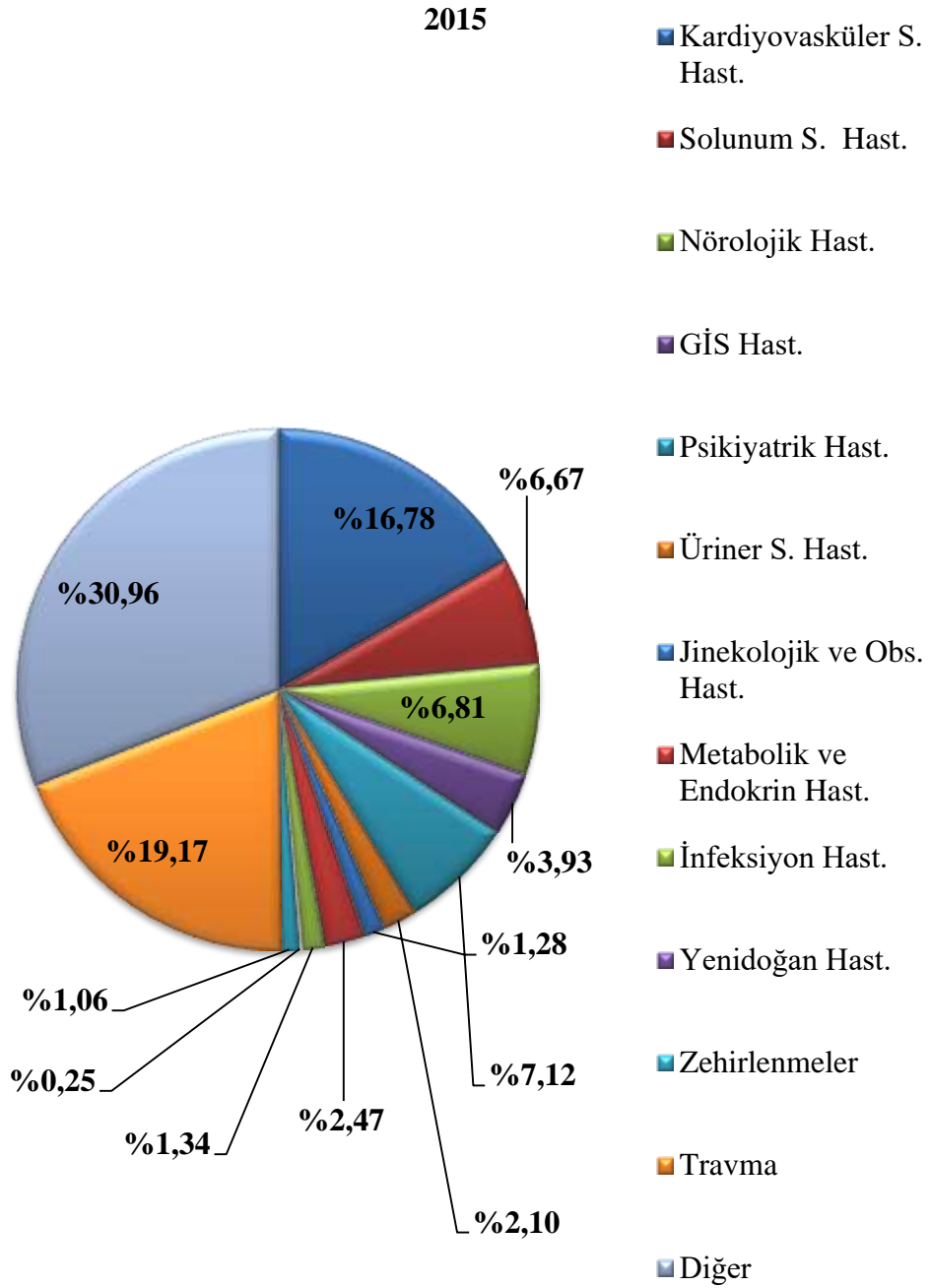


Şekil 4.14. 2014 Yılı vakaların ön tanılarına göre dağılımları

Tablo 4.13. 2015 Yılına ait ön tanıların aylara göre dağılımları

Mevcut Ay	Kardiyovasküler S. Hast.	Solumum S. Hast.	Nörolojik Hast.	Gastro İntestinal Sistemi (GIS) Hast.	Psikiyatrik Hast.	Üriner S. Hast.	Jinekolojik ve Obs. Hast.	Metabolik ve Endokrin Hast.	İnfeksiyon Hast.	Yenidoğan Hast.	Zehirlenmeler	Travma	Diğer	Toplam
Ocak	247	104	149	68	96	30	16	47	37	0	31	250	249	1.324
Şubat	216	106	154	68	77	27	28	51	30	2	40	203	269	1.271
Mart	267	171	215	87	174	32	20	57	32	2	39	244	334	1.674
Nisan	242	94	180	86	108	32	21	63	23	1	45	268	289	1.452
Mayıs	274	124	127	72	134	25	29	60	25	4	33	395	423	1.725
Haziran	276	87	97	77	91	31	20	37	24	4	9	308	400	1.461
Temmuz	308	97	60	55	108	37	23	34	17	4	0	394	652	1.789
Ağustos	280	102	57	41	118	27	17	27	16	8	0	424	749	1.866
Eylül	245	78	48	43	116	27	17	16	11	7	0	327	597	1.532
Ekim	250	96	53	39	19	33	18	22	13	7	0	298	637	1.485
Kasım	240	92	61	45	148	50	16	24	4	4	0	238	588	1.510
Aralık	259	83	60	47	129	38	12	19	16	5	0	196	539	1.403
Toplam	3.104	1.234	1.261	728	1.318	389	237	457	248	48	197	3.545	5.726	18.492

2015 yılı vakaların ön tanılarına göre dağılımlarına bakılırsa; toplamda 18.492 vaka tanı almıştır. Nörolojik hastalıklar ocak-mayıs arasında diğer aylara oranla yüksek seyretmiştir. İnfeksiyon hastalıkları ocak-mart aylarında diğer aylara oranla yüksek seyretmiştir. Temmuz-Aralık aylarında zehirlenme vakası ile karşılaşılmamıştır.

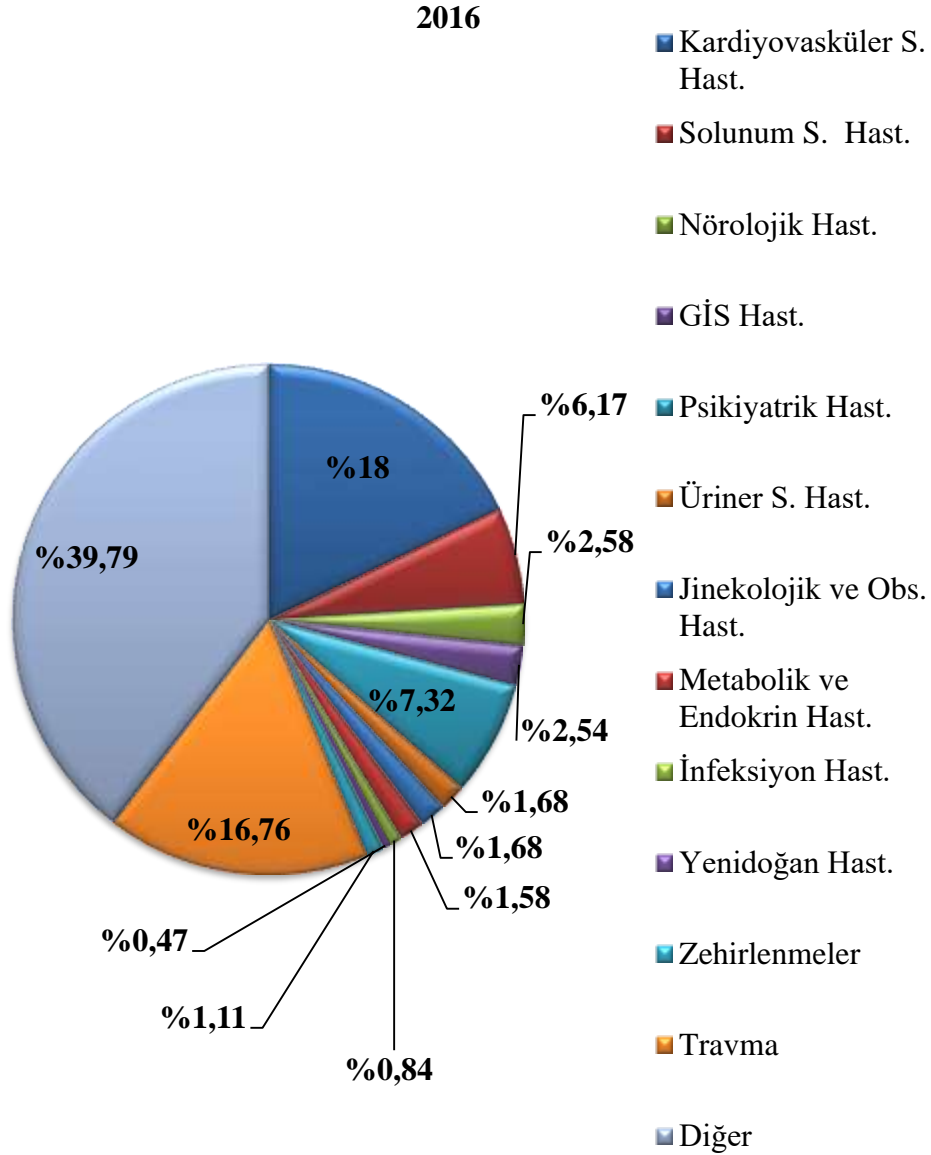


Şekil 4.15. 2015 Yılı vakaların ön tanılarına göre dağılımları

Tablo 4.14. 2016 Yılına ait ön tanıların aylara göre dağılımları

Mevcut Ay	Kardiyovasküler S. Hast.	Solumum S. Hast.	Nörolojik Hast.	Gastro İntestinal Sistem (GIS) Hast.	Psikiyatrik Hast.	Üriner S. Hast.	Jinekolojik ve Obs. Hast.	Metabolik ve Endokrin Hast.	İnfeksiyon Hast.	Yenidoğan Hast.	Zehirlenmeler	Travma	Diğer	Toplam
Ocak	335	168	49	40	110	27	15	24	21	5	8	159	623	1.584
Şubat	277	120	49	51	108	24	20	26	8	6	19	154	552	1.414
Mart	257	118	51	63	150	28	12	23	11	12	26	281	559	1.591
Nisan	289	107	38	34	123	34	29	19	13	8	25	258	593	1.570
Mayıs	323	99	42	48	130	28	15	20	15	8	9	325	669	1.731
Haziran	305	93	40	41	96	21	18	26	13	6	11	315	648	1.633
Temmuz	304	104	46	33	146	33	27	46	14	7	12	371	821	1.964
Ağustos	356	101	28	51	104	33	17	24	30	7	20	308	835	1.914
Eylül	329	70	41	40	110	24	14	37	9	8	24	415	715	1.836
Ekim	267	88	48	30	178	34	20	35	17	12	24	315	670	1.738
Kasım	285	82	41	36	113	22	15	19	9	12	7	216	600	1.457
Aralık	300	94	48	45	107	32	18	20	11	5	40	259	730	1.709
Toplam	3.627	1.244	521	512	1.475	340	220	319	171	96	225	3.376	8.015	20.141

2016 yılı vakaların ön tanılarına göre dağılımlarına bakılırsa; toplamda 20.141 vaka tanı almıştır. Kardiyovasküler sistem hastalıklar önceki yıla göre belirgin bir şekilde artmıştır. En fazla travma eylül ayında olmuştur. Toplam jinekolojik ve obs. hastalıkların sayısı 220'dir. 1475 vaka psikiyatrik hastalıklar olarak karşımıza çıkmıştır.

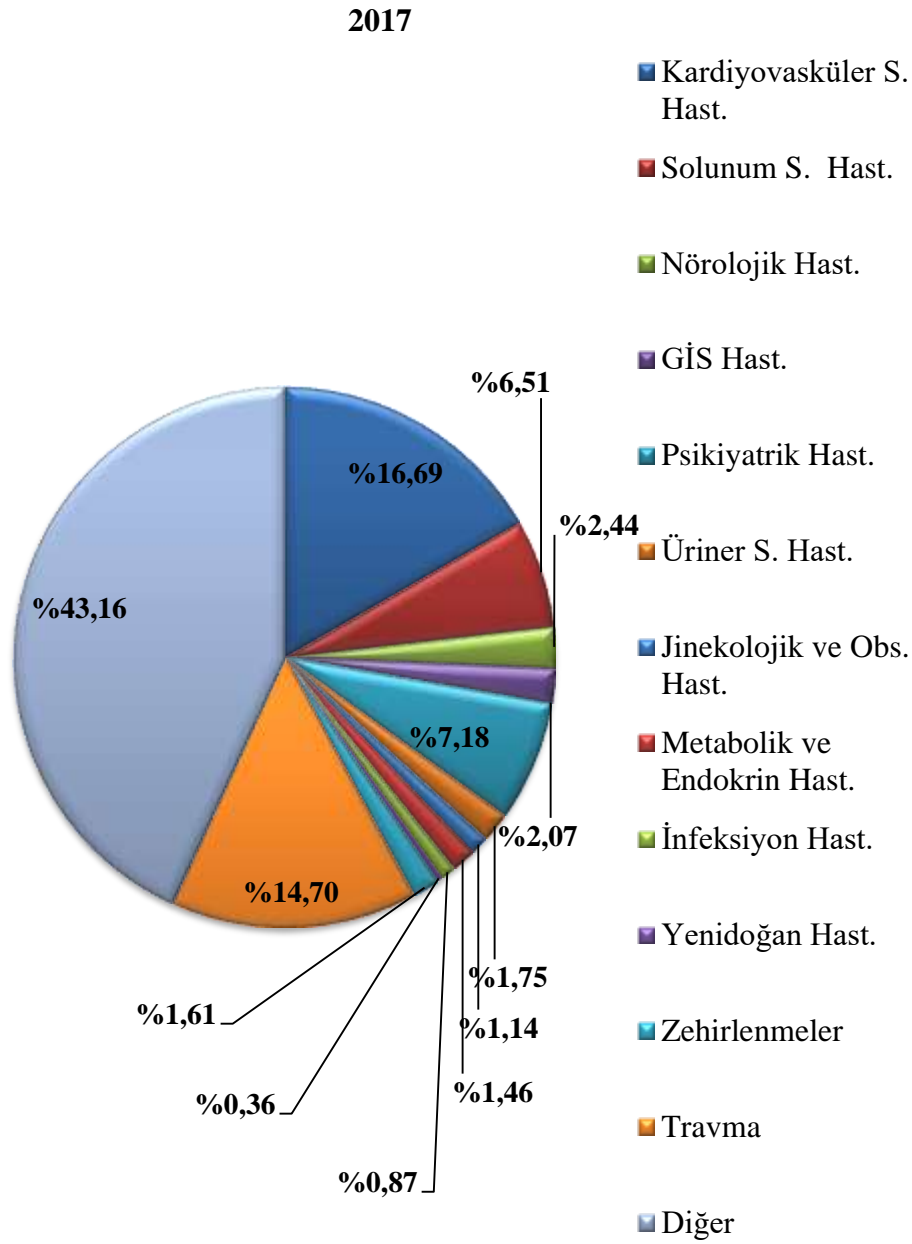


Şekil 4.16. 2016 Yılı vakaların ön tanılarına göre dağılımları

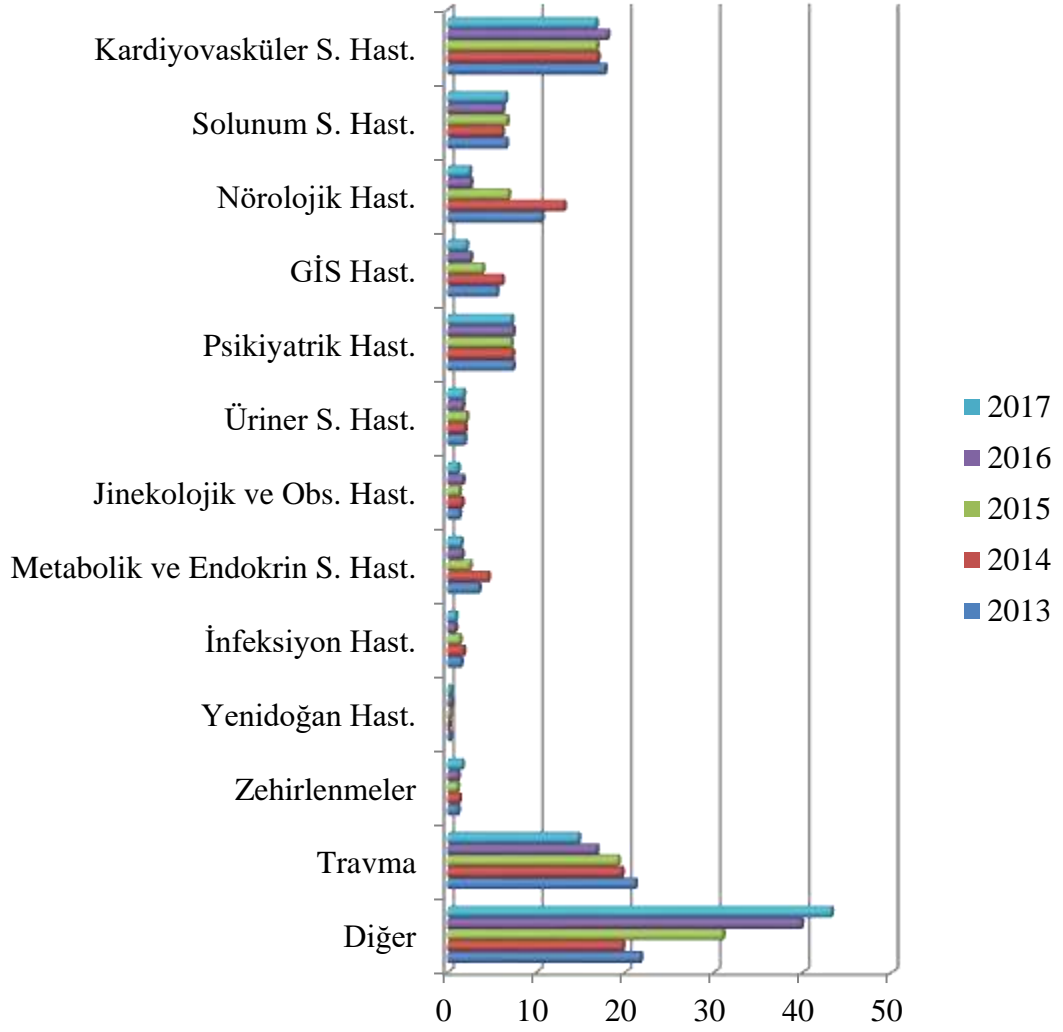
Tablo 4.15. 2017 Yılına ait ön tanıların aylara göre dağılımları

Mevcut Ay	Kardiyovasküler S. Hast.	Solumun S. Hast.	Nörolojik Hast.	Gastro İntestinal Sistemi (GİS) Hast.	Psikiyatrik Hast.	Üriner S. Hast.	Jinekolojik ve Obs. Hast.	Metabolik ve Endokrin Hast.	İnfeksiyon Hast.	Yenidoğan Hast.	Zehirlenmeler	Travma	Diğer	Toplam
Ocak	318	154	39	36	102	37	17	20	24	9	14	202	666	1.638
Şubat	270	136	33	37	105	17	12	20	11	10	14	187	541	1.393
Mart	287	150	44	36	155	35	13	21	10	4	23	182	598	1.558
Nisan	287	113	39	28	100	27	27	31	13	1	9	249	617	1.541
Mayıs	303	110	51	39	126	31	17	29	21	5	6	336	774	1.848
Haziran	324	67	39	36	106	18	27	28	13	7	19	338	731	1.753
Temmuz	370	97	39	33	131	38	27	36	15	9	24	434	974	2.227
Ağustos	313	101	51	38	136	35	27	28	17	7	24	387	959	2.123
Eylül	275	110	43	42	119	35	22	26	25	7	12	367	887	1.970
Ekim	245	115	54	40	145	38	19	21	12	7	76	172	875	1.819
Kasım	244	105	44	34	132	27	20	30	9	6	59	121	753	1.584
Aralık	302	122	43	40	165	34	14	20	15	6	62	140	771	1.734
Toplam	3.538	1.380	519	439	1.522	372	242	310	185	78	342	3.115	9.146	21.188

2017 yılı vakaların ön tanılarına göre dağılımlarına bakılırsa; toplamda 21.188 vaka tanı almıştır. Bu vakaların neredeyse yarısı diğer kısımda değerlendirilmiştir. 3538 vaka kardiyovasküler sistem hastalıkları, 1.380 vakada solunum sistemi hastalıkları olarak ekiplerce değerlendirilmiştir. 2017 yılında 3.115 travma vakası ile karşılaşmıştır.



Şekil 4.17. 2017 Yılı vakaların ön tanılarına göre dağılımla

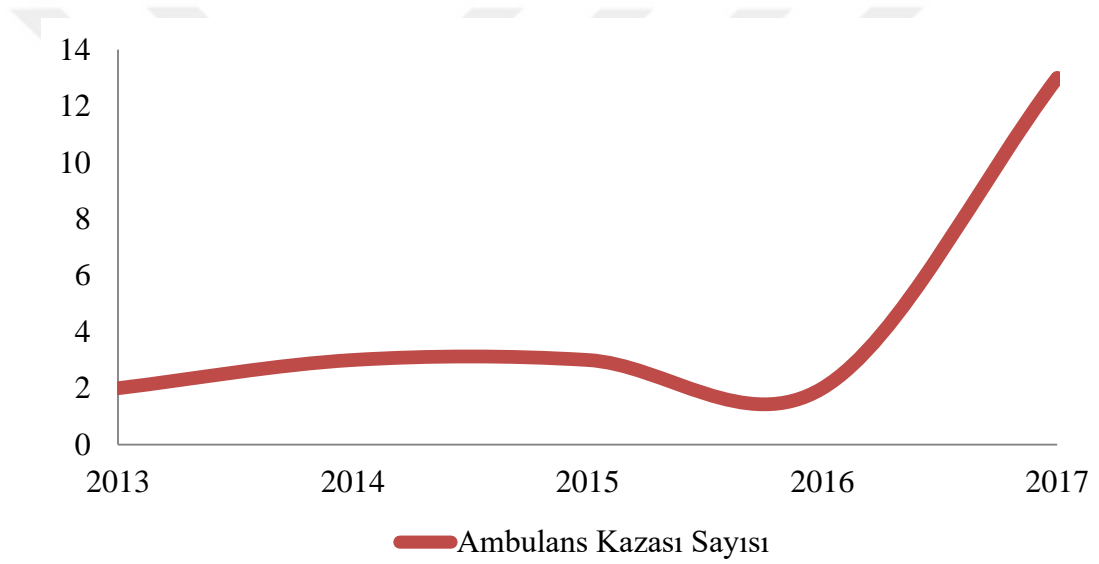


Şekil 4.18. Ön tanımlara göre dağılımlarının 5 yıllık karşılaştırılması

Vakaların ön tanımlarına göre dağılımları incelendiğinde; nörolojik hastalıkların 2014 yılında diğer yıllara göre bir hayli fazla olduğu görülmüştür. 2013 yılında fazla olan travma vakaları 2017 yılına giderek azalma göstermiştir. Psikiyatrik vakalar tüm yıllarda neredeyse eşit oranda dağılım göstermiştir. Diğer vakaların fazla olma nedeni; ekiplerin spesifik tanıları kullanmalarından kaynaklanmaktadır (sendrom hast. vb.). Gastrointestinal sistem hastalıkları 2017 yılına kadar azalma eğilimi göstermiştir

Tablo 4.16. Yıllara göre ambulans kazalarının sayıları

2013 YILI	2
2014 YILI	3
2015 YILI	3
2016 YILI	2
2017 YILI	13

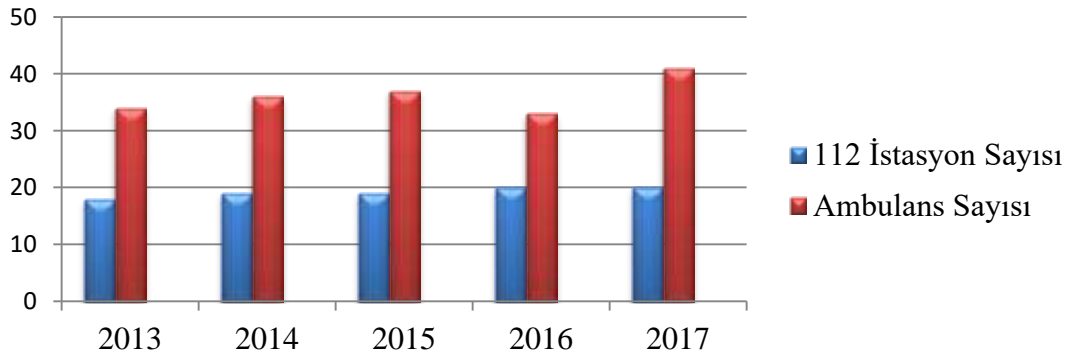


Şekil 4.19. 2013-2014-2015-2016-2017 Yıllarına göre ambulans kazası sayıları

Tablo 4.17. Yıllara göre 112 İstasyon, ambulans sayısı ve vaka sayısı

Yıl	112 İstasyon Sayısı (n)	Ambulans Sayısı (n)	Vaka Sayısı (n)
2013	18	34	16.417
2014	19	36	17.988
2015	19	37	19.382
2016	20	33	20.998
2017	20	41	22.130

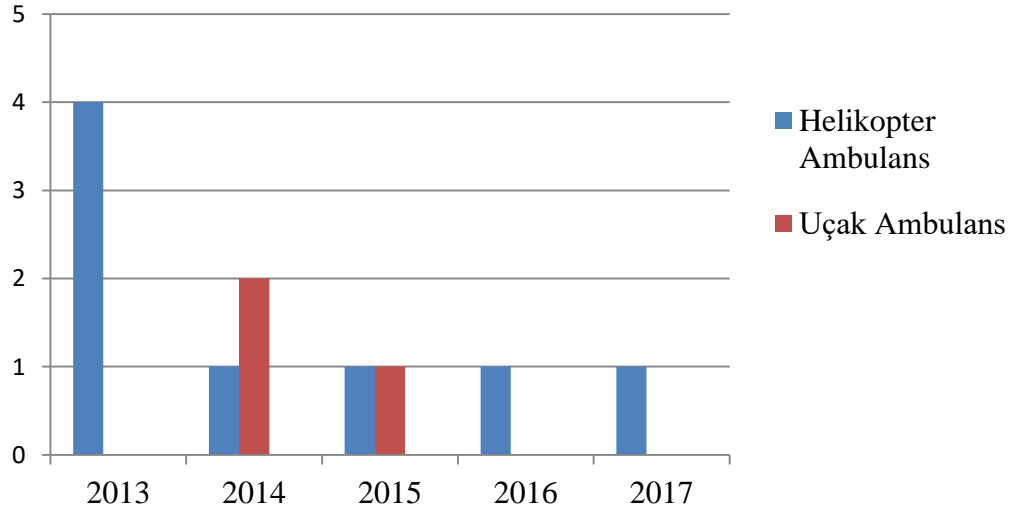
Burdur ilinde 2013 yılında 34 olan Ambulans sayısı 2017 yılında 41'e çıkmıştır. Ambulans sayısının artmasına karşın 2013 yılında ambulans başına bir yılda düşen vaka sayısı 482 iken 2017 yılında 539 olmuştur. Ambulans ve istasyon sayısı ile vaka sayıları doğru orantılı bir şekilde artmıştır.



Şekil 4.20. 5 Yıllık 112 istasyon ve ambulans sayısı

Tablo 4.18. Yıllara göre hava ambulansı kullanım durumu

Yıl	Helikopter Ambulans (n)	Uçak Ambulans (n)
2013	4	0
2014	1	2
2015	1	1
2016	1	0
2017	1	0



Şekil 4.21. Yıllara göre hava ambulansı kullanım durumu

Tablo 4.19. 2014 Yılı 112 komuta merkezine gelen çağruların detayları

Aylar	Toplam Çağrı (n)	Asıllı Çağrı (n)	Asıllı Çağrı Yüzdesi (Ort. %)	Asılsız Çağrı (n)	Asılsız Çağrı Yüzdesi (Ort. %)	Sağlık (n)	Sağlığa Yapılan Çağrı Yüzdesi (Ort. %)	Diğer Kurumlara Yapılan Çağrı Yüzdesi (Ort. %)	Emniyet (n)	Jandarma (n)	İtfaiye (n)	İl Afet Acil (n)
Ocak	24.281	592	24	1.889	76	397	67,06	32,94	8	5	181	1
Şubat	21.517	5.029	23	16.488	77	4.590	91,27	8,73	102	52	270	15
Mart	24.543	5.851	24	18.692	76	5.138	87,81	12,19	199	54	442	18
Nisan	24.262	5.937	24	18.325	76	5.206	87,69	12,31	215	52	450	14
Mayıs	27.752	6.369	23	21.383	77	5.575	87,53	12,47	259	40	465	30
Haziran	26.084	6.798	26	19.286	74	5.802	85,35	14,65	254	64	659	19
Temmuz	28.425	6.867	24	21.558	76	5.926	86,30	13,70	258	38	627	18
Ağustos	30.478	7.842	26	22.636	74	6.548	83,50	16,50	305	91	847	51
Eylül	25.561	6.640	26	18.921	74	5.819	87,64	12,36	230	61	502	28
Ekim	24.714	6.143	25	18.571	75	5.463	88,93	11,07	149	109	393	29
Kasım	22.550	5.741	25	16.809	75	5.199	90,56	9,44	126	77	319	20
Aralık	26.106	5.535	21	20.571	79	5.019	90,68	9,32	130	84	281	21
Toplam	306.273	69.344	24	215.129	76	60.682	87,51	12,49	2.235	727	5.436	264

Tablo 4.20. 2015 Yılı 112 komuta merkezine gelen çağruların detayları

Aylar	Toplam Çağrı (n)	Asıllı Çağrı (n)	Asıllı Çağrı Yüzdesi (Ort. %)	Asılsız Çağrı (n)	Asılsız Çağrı Yüzdesi (Ort. %)	Sağlık (n)	Sağlığa Yapılan Çağrı Yüzdesi (Ort. %)	Diğer Kurumlara Yapılan Çağrı Yüzdesi (Ort. %)	Emniyet (n)	Jandarma (n)	İtfaiye (n)	İl Afet Acil (n)
Ocak	25.578	5.526	22	20.052	78	5.005	90,57	9,43	99	81	312	0
Şubat	22.851	5.481	24	17.370	76	4.999	91,21	8,79	123	62	247	0
Mart	24.811	6.643	27	18.168	73	6.099	91,81	8,19	122	71	326	0
Nisan	26.243	5.650	22	20.593	78	5.112	90,48	9,52	139	59	320	0
Mayıs	26.266	6.346	24	19.920	76	5.726	90,23	9,77	168	96	336	20
Haziran	27.729	5.098	18	22.631	82	4.571	89,66	10,34	116	86	295	30
Temmuz	30.154	6.390	21	23.764	79	5.448	85,26	14,74	170	140	621	11
Ağustos	33.297	8.415	25	24.882	75	5.183	61,59	38,41	2.340	213	661	18
Eylül	29.979	8.798	29	21.181	71	4.123	46,86	53,14	3.315	788	537	35
Ekim	27.546	9.029	33	18.517	67	4.841	53,62	46,38	2.652	1.138	371	27
Kasım	26.165	8.004	31	18.161	69	4.229	52,84	47,16	2.396	1.020	349	10
Aralık	26.316	7.899	30	18.417	70	4.217	53,39	46,61	2.363	942	373	4
Toplam	326.935	83.279	25	243.656	75	59.553	71,51	28,49	14.003	4.696	4.748	155

Tablo 4.21. 2016 Yılı 112 komuta merkezine gelen çağruların detayları

Aylar	Toplam Çağrı (n)	Asıllı Çağrı (n)	Asıllı Çağrı Yüzdesi (Ort. %)	Asılsız Çağrı (n)	Asılsız Çağrı Yüzdesi (Ort. %)	Sağlık (n)	Sağlığa Yapılan Çağrı Yüzdesi (Ort. %)	Diğer Kurumlara Yapılan Çağrı Yüzdesi (Ort. %)	Emniyet (n)	Jandarma (n)	İtfaiye (n)	İl Afet Acil (n)
Ocak	25.718	8.308	32	17.410	68	4.759	57,28	42,72	2.172	979	374	24
Şubat	26.120	7.426	28	18.694	72	4.047	54,50	45,50	2.065	921	371	22
Mart	26.237	7.869	30	18.368	70	4.064	51,65	48,35	2.435	1.085	271	14
Nisan	27.259	8.008	29	19.251	71	4.096	51,15	48,85	2.332	1.231	339	10
Mayıs	25.254	8.791	35	16.463	65	4.605	52,38	47,62	2.618	1.275	281	12
Haziran	27.331	8.339	31	18.992	69	4.349	52,15	47,85	2.373	1.202	401	9
Temmuz	32.049	11.112	35	20.937	65	5.470	49,23	50,77	3.007	1.870	693	15
Ağustos	21.441	11.527	37	19.914	63	5.477	47,51	52,49	3.315	2.119	568	18
Eylül	25.878	9.931	38	15.947	62	4.824	48,58	51,42	2.995	1.658	441	13
Ekim	23.662	8.682	37	14.980	63	4.350	50,10	49,90	2.750	1.178	393	6
Kasım	22.919	8.196	36	14.723	64	3.840	46,85	53,15	2.412	1.076	448	53
Aralık	21.572	8.065	37	13.507	63	4.307	53,40	46,60	2.335	1.126	265	26
Toplam	305.440	106.254	34	209.186	66	54.188	51,00	49,00	30.809	15.720	4.845	222

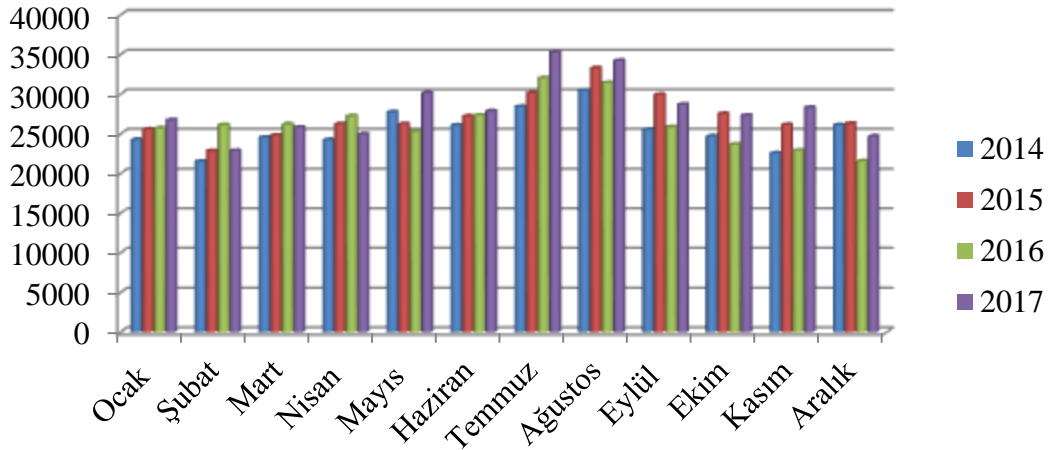
Tablo 4.22. 2017 Yılı 112 komuta merkezine gelen çağrılarının detayları

Aylar	Toplam Çağrı (n)	Asıllı Çağrı (n)	Asıllı Çağrı Yüzdesi (%)	Asılsız Çağrı (n)	Asılsız Çağrı Yüzdesi (%)	Sağlık (n)	Sağlığa Yapılan Çağrı Yüzdesi (Ort %)	Diğer Kurumlara Yapılan Çağrı Yüzdesi(%)	Emniyet (n)	Jandarma (n)	İtfaiye (n)	İl Afet Acil (n)
Ocak	26.755	8.019	30	18.736	70	4.345	54,18	45,82	2.207	1.055	319	93
Şubat	22.874	6.750	30	16.124	70	3.525	52,22	47,78	1.912	915	388	10
Mart	25.819	9.133	35	16.686	65	4.337	47,49	52,51	3.388	1.015	376	17
Nisan	24.969	9.374	38	15.595	62	4.089	43,62	56,38	3.815	1.082	375	13
Mayıs	30.144	10.768	36	19.376	64	4.682	43,48	56,52	4.519	1.194	353	20
Haziran	27.869	10.455	38	17.414	62	4.581	43,82	56,18	4.016	1.370	400	26
Temmuz	35.316	15.291	43	20.025	57	6.288	41,12	58,88	5.896	1.946	825	29
Ağustos	34.247	13.996	41	20.251	59	5.684	40,61	59,39	5.638	1.915	568	19
Eylül	28.716	12.352	43	16.364	57	4.896	39,64	60,36	4.846	1.766	544	32
Ekim	27.337	10.960	40	16.377	60	4.601	41,98	58,02	4.387	1.456	393	4
Kasım	28.329	9.277	33	19.052	67	4.032	43,46	56,54	3.741	1.141	278	15
Aralık	24.698	9.281	38	15.417	62	4.148	44,69	55,31	3.616	1.163	284	24
Toplam	337.073	125.656	37	211.417	62	55.208	43,94	56,06	47.981	16.018	5.103	302

Tablo 4.23. Sisteme gelen toplam çağrı sayıları (2014-2015-2016-2017)

Aylar	2014	2015	2016	2017
Ocak	24.281	25.578	25.718	26.755
Şubat	21.517	22.851	26.120	22.874
Mart	24.543	24.811	26.237	25.819
Nisan	24.262	26.243	27.259	24.969
Mayıs	27.752	26.266	25.254	30.144
Haziran	26.084	27.229	27.331	27.869
Temmuz	28.425	30.154	32.049	35.316
Ağustos	30.478	33.297	31.441	34.247
Eylül	25.561	29.979	25.878	28.716
Ekim	24.714	27.546	23.662	27.337
Kasım	22.550	26.165	22.919	28.329
Aralık	26.106	26.316	21.572	24.698
Toplam	306.273	326.935	315.440	337.073

*Burdur 112 Acil Çağrı Merkezi 2013 yılı temmuz ayında hizmete girdiği için 2014'ten önceki verilere ulaşılamamıştır.

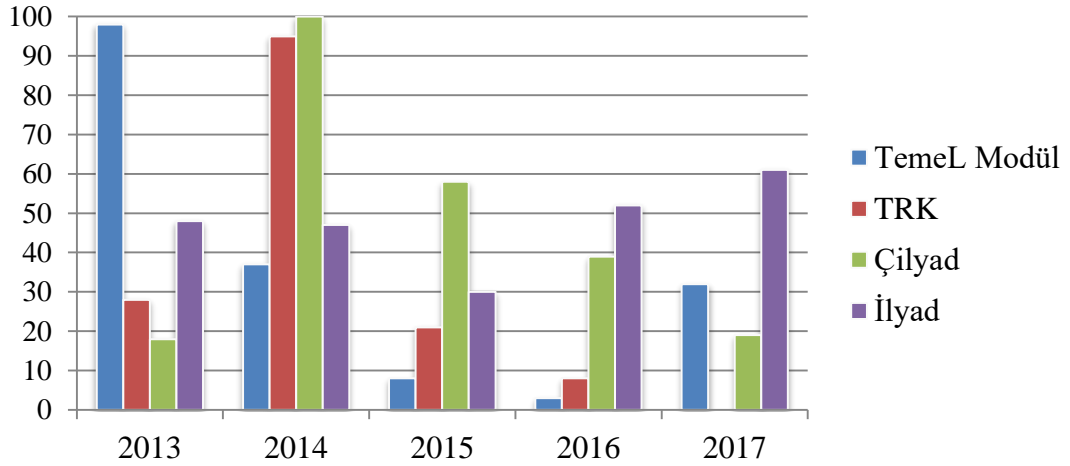


Şekil 4.22. Sisteme gelen toplam çağrı sayıları (2014-2015-2016-2017)

Tablo 4.24. Acil sağlık personellerinin yıllara göre aldığı eğitimler

Yıl	Temel Modül	Travma ve Resusitasyon	Çocuklarda İleri Yaşam Desteği	Erişkinlerde İleri Yaşam Desteği
2013	98	28	18	48
2014	37	95	100	47
2015	8	21	58	30
2016	3	8	39	52
2017	32	0	19	61

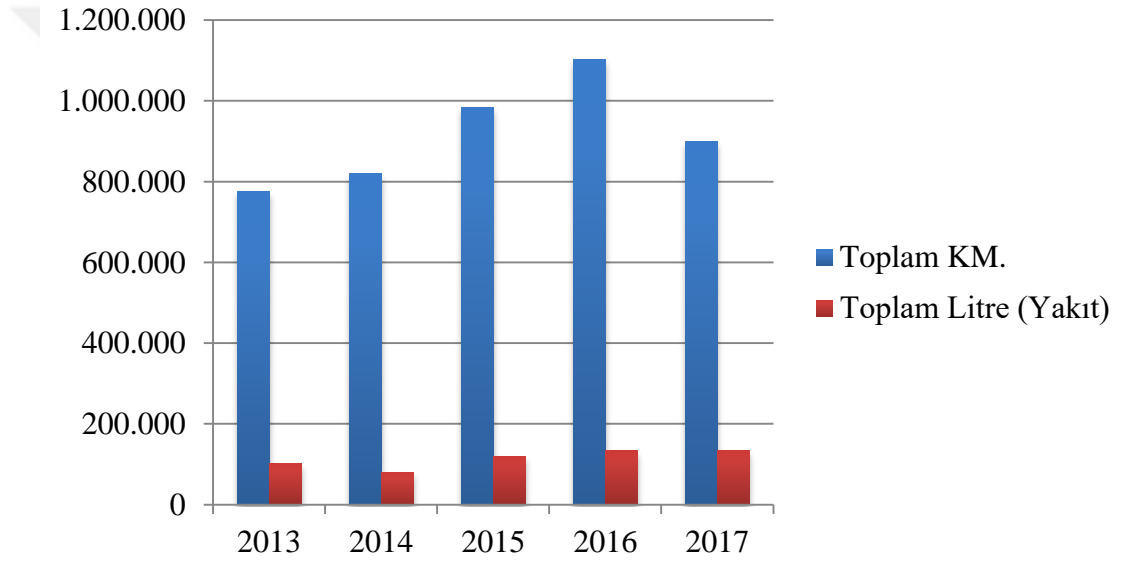
Sağlık Bakanlığının belirlemiş olduğu hizmet içi eğitimler 5 yılda bir tekrarlanmaktadır. Tablodaki eğitimlere katılan kişi sayıları değişimlerinin nedeni bu yüzdendir.



Şekil 4.23. Acil sağlık personellerinin yıllara göre aldığı eğitimler

Tablo 4.25. Yıllara göre yapılan toplam km. ve toplam yakıt kıyaslaması

Yıl	Toplam Yapılan KM.	Toplam Yakıt (Litre)
2013	774.683	100.918
2014	819.390	80.000
2015	983.26	120.000
2016	1.101.752	134.459
2017	899.784	135.000



Şekil 4.24. Yıllara göre yapılan toplam km. ve toplam yakıt kıyaslaması

Tablo 4.26. 2013 Yılı kentsel ve kırsal vakaların ulaşım oranlarının aylara göre dağılımı

Aylar	Kentsel 0-10 Dk (n)	Toplam Kentsel Vaka Sayısı (n)	Kentsel Ulaşım Oranı (Ort. %)	Kırsal 0-30 Dk. (n)	Toplam Kırsal Vaka Sayısı (n)	Kırsal Ulaşım Oranı (Ort. %)
Ocak	782	813	96,19	251	258	97,29
Şubat	667	688	96,95	232	242	95,87
Mart	833	845	98,58	287	292	98,29
Nisan	857	879	97,50	345	353	98,73
Mayıs	974	986	98,78	455	470	96,81
Haziran	953	960	99,27	575	596	96,48
Temmuz	904	923	97,94	543	561	96,79
Ağustos	964	968	99,59	698	712	98,03
Eylül	814	821	99,15	551	558	98,75
Ekim	870	876	99,32	460	475	96,84
Kasım	829	839	98,81	379	401	94,51
Aralık	817	830	98,43	335	349	95,99
Toplam	10.264	10.428	98,43	5.111	5.267	97,04

2013 yılında toplam 16.418 vakanın 10.428'i kentsel, 5.267'si ise kırsal vaka olarak yapılmıştır. Kentsel vakalara ulaşım oranı %98,43, kırsal vakalara ulaşım oranı %97,04 olarak bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı kentsel vakalara 0-10 dk. içerisinde, kırsal vakalara ise 0-30 dk. içerisinde ulaşmayı hedeflemiştir. Burdur ili 2013 yılında Sağlık Bakanlığının belirlediği hedeflerin üzerinde bir başarı sağlamıştır.

Tablo 4.27. 2014 Yılı kentsel ve kırsal vakaların ulaşım oranlarının aylara göre dağılımı

Aylar	Kentsel 0-10 Dk (n)	Toplam Kentsel Vaka Sayısı (n)	Kentsel Ulaşım Oranı (Ort. %)	Kırsal 0-30 Dk. (n)	Toplam Kırsal Vaka Sayısı (n)	Kırsal Ulaşım Oranı (Ort. %)
Ocak	858	864	99,31	371	377	98,41
Şubat	719	728	98,76	342	352	97,16
Mart	919	929	98,92	376	396	94,95
Nisan	915	927	98,71	387	410	94,39
Mayıs	999	1.008	99,11	442	467	94,65
Haziran	1.001	1.020	98,14	506	527	96,02
Temmuz	975	1.000	97,50	632	645	97,98
Ağustos	1.062	1.094	97,07	674	694	97,12
Eylül	959	970	98,87	532	557	95,51
Ekim	985	997	98,80	402	412	97,57
Kasım	919	937	98,08	404	411	98,30
Aralık	1.016	1.034	98,26	336	343	97,96
Toplam	11.327	11.508	98,43	5.404	5.591	96,66

2014 yılında toplam 17.988 vakanın 11.508'ini kentsel, 5.591'ini ise kırsal vakalar oluşturmuştur. Kentsel vakalarda ulaşım yüzdesi %98,43, kırsal vakalarda %96,66 olmuştur.

Tablo 4.28. 2015 Yılı kentsel ve kırsal vakaların ulaşım oranlarının aylara göre dağılımı

Aylar	Kentsel 0-10 Dk (n)	Toplam Kentsel Vaka Sayısı (n)	Kentsel Ulaşım Oranı (Ort. %)	Kırsal 0-30 Dk. (n)	Toplam Kırsal Vaka Sayısı (n)	Kırsal Ulaşım Oranı (Ort. %)
Ocak	892	909	98,10	397	415	95,60
Şubat	868	889	97,60	368	382	96,30
Mart	1.180	1.199	98,40	459	475	96,60
Nisan	987	1.006	98,10	430	446	96,40
Mayıs	1.120	1.136	98,50	573	589	97,20
Haziran	938	954	98,30	490	507	96,60
Temmuz	819	828	98,90	660	672	98,20
Ağustos	893	896	99,60	696	714	97,40
Eylül	760	763	99,60	505	516	97,80
Ekim	843	850	99,10	494	501	98,60
Kasım	964	970	98,30	341	349	97,40
Aralık	857	869	98,60	333	339	98,20
Toplam	11.121	11.269	98,60	5.746	5.905	98,20

2015 yılında toplam 19.382 vakanın 11.269'ünü kentsel, 5.905'ini ise kırsal vakalar oluşturmuştur. Kentsel vakalarda ulaşım yüzdesi %98,60, kırsal vakalarda %98,20 olmuştur.

Tablo 4.29. 2016 Yılı kentsel ve kırsal vakaların ulaşım oranlarının aylara göre dağılımı

Aylar	Kentsel 0-10 Dk (n)	Toplam Kentsel Vaka Sayısı (n)	Kentsel Ulaşım Oranı (Ort. %)	Kırsal 0-30 Dk. (n)	Toplam Kırsal Vaka Sayısı (n)	Kırsal Ulaşım Oranı (Ort. %)
Ocak	900	914	98,47	389	401	97,01
Şubat	789	791	99,75	361	375	96,27
Mart	893	899	99,33	443	460	96,30
Nisan	862	865	99,65	433	442	97,96
Mayıs	891	904	98,56	518	527	98,29
Haziran	830	837	99,16	482	498	96,79
Temmuz	870	871	99,89	736	762	96,59
Ağustos	882	887	99,44	664	678	97,94
Eylül	836	846	98,82	667	683	97,66
Ekim	975	983	99,19	504	519	97,11
Kasım	785	790	99,37	411	419	98,09
Aralık	926	936	98,93	485	503	96,42
Toplam	10.439	10.523	99,20	6.093	6.267	97,22

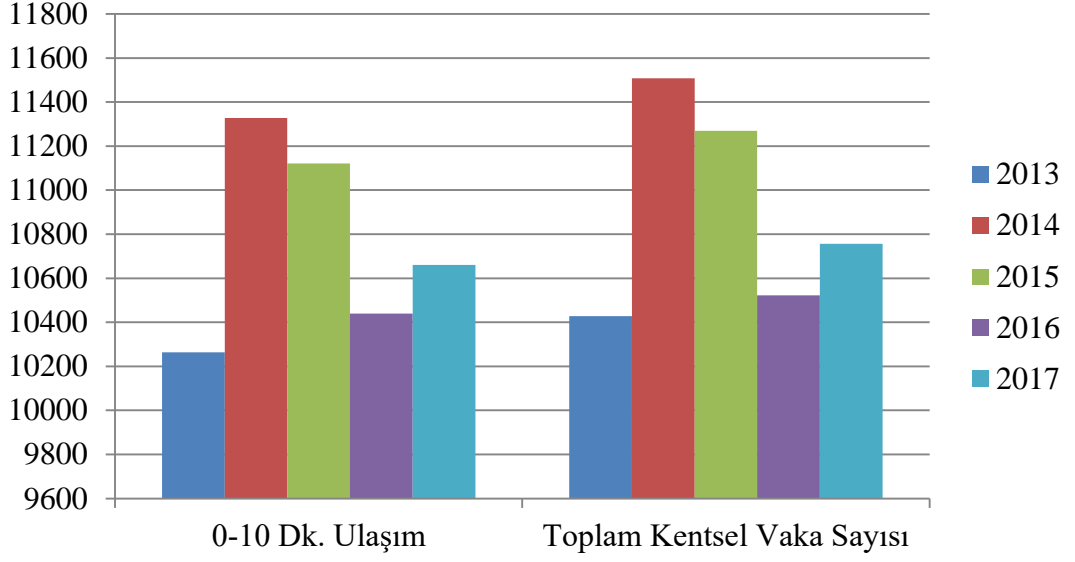
2016 yılında toplam 19.382 vakanın 11.269'ünü kentsel, 5.905'ini ise kırsal vakalar oluşturmuştur. Kentsel vakalarda ulaşım yüzdesi %98,60, kırsal vakalarda %98,20 olmuştur.

Tablo 4.30. 2017 Yılı kentsel ve kırsal vakaların ulaşım oranlarının aylara göre dağılımı

Aylar	Kentsel 0-10 Dk (n)	Toplam Kentsel Vaka Sayısı (n)	Kentsel Ulaşım Oranı (Ort. %)	Kırsal 0-30 Dk. (n)	Toplam Kırsal Vaka Sayısı (n)	Kırsal Ulaşım Oranı (Ort. %)
Ocak	964	973	99,08	414	432	95,83
Şubat	754	757	99,60	374	385	97,14
Mart	899	900	99,89	369	377	97,88
Nisan	795	796	99,87	496	507	97,83
Mayıs	920	925	99,46	595	610	97,54
Haziran	769	773	99,48	638	658	96,96
Temmuz	919	930	98,82	893	910	98,13
Ağustos	957	969	98,76	754	780	96,67
Eylül	884	890	99,33	715	734	97,41
Ekim	960	971	98,87	449	458	98,03
Kasım	866	883	98,07	337	339	99,41
Aralık	974	990	98,38	332	340	97,65
Toplam	10.661	10.757	99,11	6.366	6.530	97,49

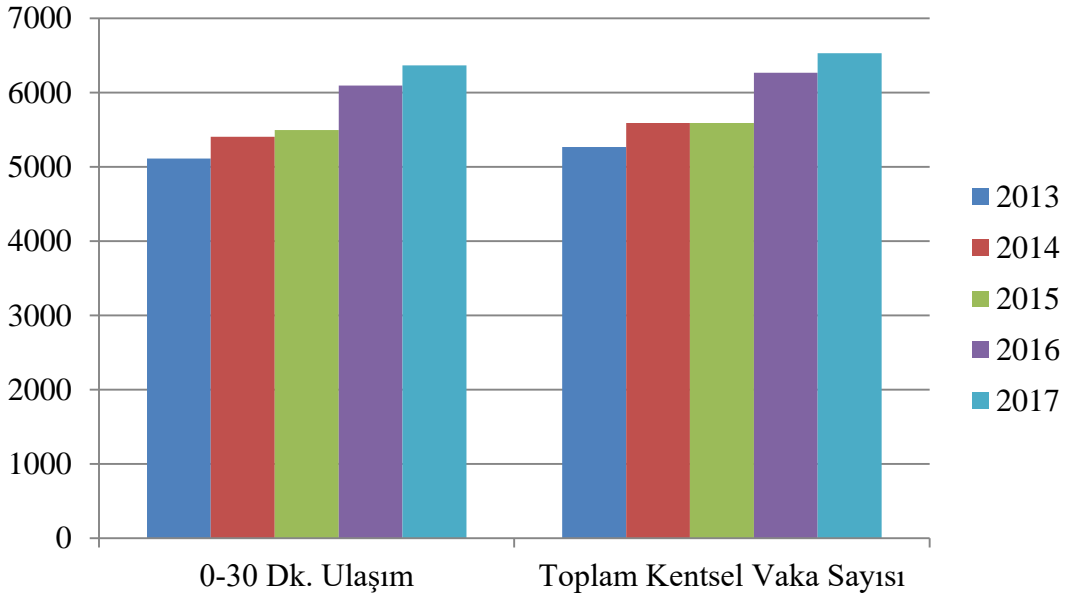
2017 yılında toplam 17.287 vakanın 10.757'ini kentsel, 6.530'ini ise kırsal vakalar oluşturmuştur. Kentsel vakalarda ulaşım yüzdesi %99,11, kırsal vakalarda %97,49 olmuştur.

Kentsel Vakalar



Şekil 4.25. Kentsel vakaların yıllara göre karşılaştırılması

Kırsal Vakalar



Şekil 4.26. Kırsal vakaların yıllara göre karşılaştırılması

Tablo 4.31. Ulusal medikal kurtarma ekibinin yıllara göre çalışmaları

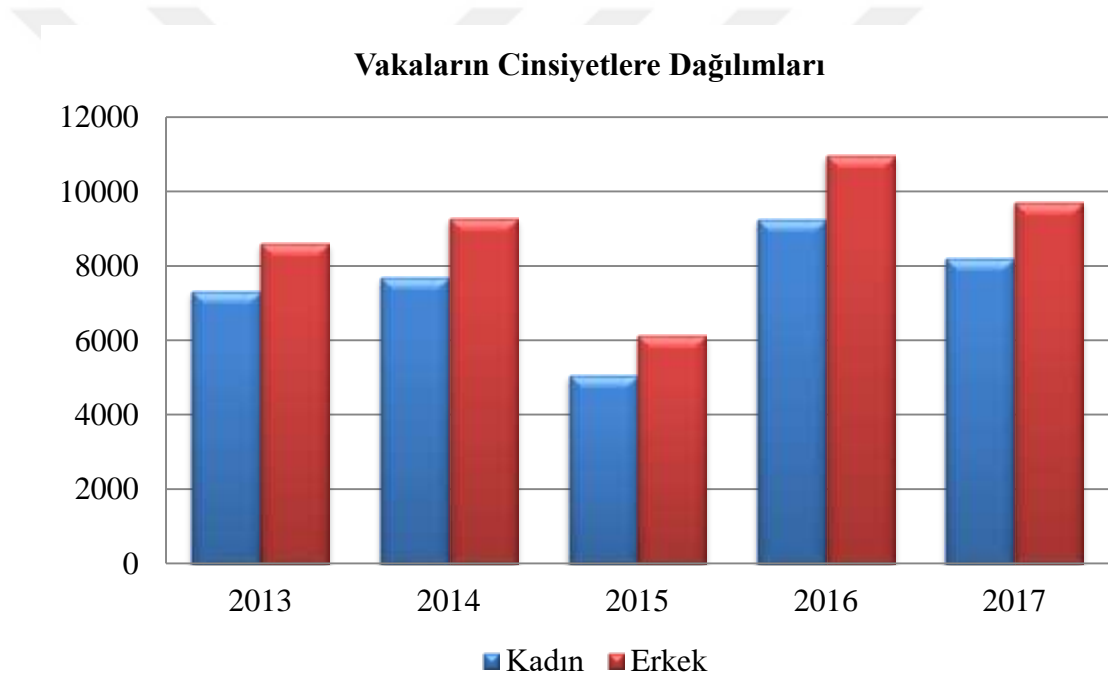
Yıl	Eğitim Sayısı / Katılım Sayısı (n)	Kamp Sayısı / Katılım Sayısı (n)	İl Dışı Kamp Sayısı / Katılım Sayısı (n)	Tatbikat / Katılım Sayısı (n)	Diğer / Katılım Sayısı (n)	Toplam Katılan Personel Sayısı (n)
2013	3/59	3/45	2/36	5/86	2/10	236
2014	2/22	4/79	2/38	4/75	8/64	278
2015	2/26	4/72	2/27	5/88	3/55	268
2016	1/6	2/34	2/34	4/47	5/60	181
2017	4/60	3/40	2/16	3/30	3/25	171

UMKE ulusal ve uluslararası her türlü afet ve olağandışı durumlarda afetzedelere medikal kurtarma yapmak amacıyla kurulmuş özel donanım ve özel eğitimlere sahip, tamamı sağlık çalışanlarından oluşan ekiplerdir. UMKE'nin diğer kurtarma ekiplerinden farkı, personelinin sağlık çalışanlarından oluşması, resmi olarak Sağlık Bakanlığı tarafından desteklenmesi ve Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan yönergeye esas olarak çalışması ancak tamamen gönüllülük esasına dayanmasıdır. UMKE'ye katılmak isteyen personel, dilekçe ile müdürlüğe başvuru yapar. Her personel için UMKE personeli kayıt formu doldurulur. Timlere seçilmede isteklilik esastır. Bununla birlikte UMKE personeli olarak kabul edildikten sonra verilen tüm görev ve faaliyetlere katılmak zorunludur(Günaydın ve ark., 2017). Burdur İl Sağlık Müdürlüğü personellerinden oluşan Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerinin çalışmaları tabloda sunulmuştur. Burdur ili bölge koordinatör ilin Antalya olduğu 16. Bölgede yer almaktadır.

Tablo 4.32. Vaka cinsiyetlerinin yıllara göre dağılımı

Cinsiyet	2013	2014	2015	2016	2017
Erkek	8.607	9.283	6.131	10.978	9.725
Kadın	7.326	7.704	5.053	9.261	8.208

2013-2017 yılları arası vakaların cinsiyetleri incelendiğinde erkek vakaların kadın vakalara göre sayısının daha fazla olduğu görülmüştür. Toplamda 5 yıl olarak incelendiğinde 44.724 erkek vaka 37.552 kadın vaka olduğu tespit edilmiştir.



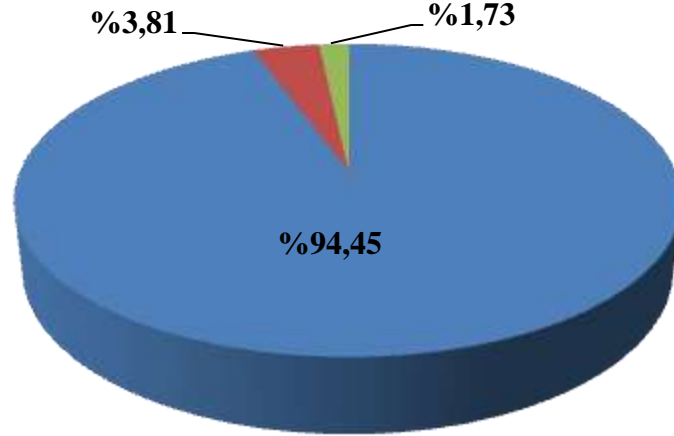
Şekil 4.27. Vaka cinsiyetlerinin yıllara göre dağılımı

Tablo 4.33. 2013 Yılı nakil edilen hastane sayılarının aylara göre dağılımları

Aylar	Sağlık Bakanlığı (Devlet Hast.) (n)	Üniversite Hastaneleri (n)	Özel Hastaneler (n)	Toplam (n)
Ocak	753	33	27	813
Şubat	637	39	18	694
Mart	842	37	7	886
Nisan	885	37	17	939
Mayıs	1.032	40	21	1.093
Haziran	1.062	41	20	1.123
Temmuz	1.037	49	14	1.100
Ağustos	1.178	45	14	1.237
Eylül	1.013	35	19	1.067
Ekim	976	35	21	1.032
Kasım	917	33	19	969
Aralık	909	30	9	948
Toplam	11.241	454	206	11.901

2013

■ Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ■ Üniversite Hastaneleri ■ Özel Hastaneler



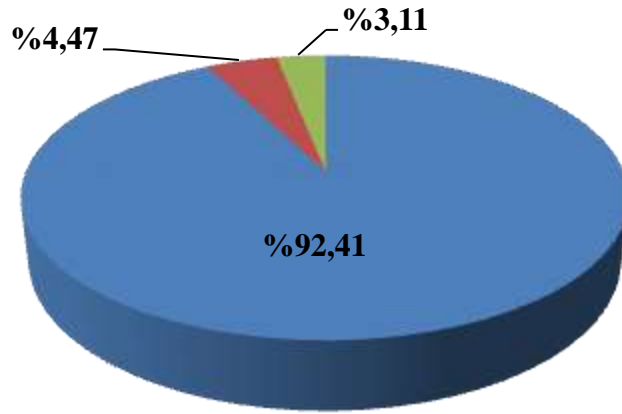
Şekil 4.28. 2013 Yılı vakaların nakil edildiği hastanelere göre dağılımları

Tablo 4.34. 2014 Yılı nakil edilen hastane sayılarının aylara göre dağılımları

Aylar	Sağlık Bakanlığı (Devlet Hast.) (n)	Üniversite Hastaneleri (n)	Özel Hastaneler (n)	Toplam (n)
Ocak	896	45	23	964
Şubat	744	43	20	807
Mart	961	51	29	1.041
Nisan	931	50	29	1.010
Mayıs	1.046	64	24	1.134
Haziran	1.081	60	35	1.176
Temmuz	1.193	55	43	1.291
Ağustos	1.239	59	39	1.337
Eylül	1.095	44	44	1.183
Ekim	1.012	49	42	1.103
Kasım	987	35	42	1.064
Aralık	1.041	37	42	1.120
Toplam	12.226	592	412	13.230

2014

■ Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ■ Üniversite Hastaneleri ■ Özel Hastaneler



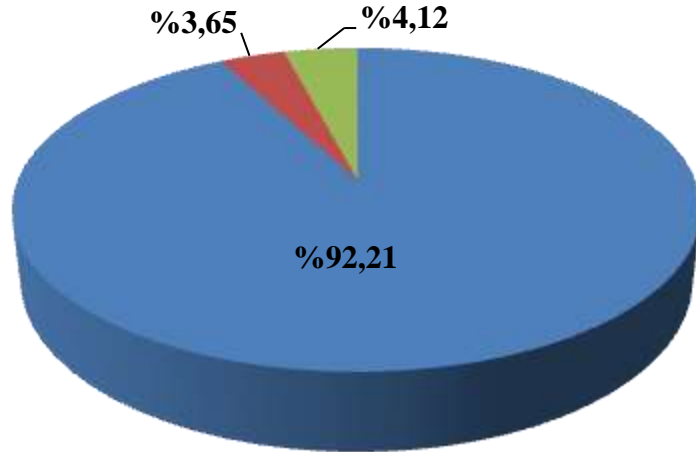
Şekil 4.29. 2014 Yılı vakaların nakil edildiği hastanelere göre dağılımları

Tablo 4.35. 2015 Yılı nakil edilen hastane sayılarının aylara göre dağılımları

Aylar	Sağlık Bakanlığı (Devlet Hast.) (n)	Üniversite Hastaneleri (n)	Özel Hastaneler (n)	Toplam (n)
Ocak	935	55	38	1.028
Şubat	968	49	50	1.067
Mart	1.197	56	63	1.316
Nisan	1.016	44	42	1.102
Mayıs	1.240	54	54	1.348
Haziran	1.031	29	70	1.130
Temmuz	1.304	36	57	1.397
Ağustos	1.302	38	60	1.400
Eylül	1.121	33	69	1.223
Ekim	1.170	42	44	1.256
Kasım	1.129	50	27	1.206
Aralık	1.059	48	29	1.136
Toplam	13.472	534	603	14.609

2015

■ Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ■ Üniversite Hastaneleri ■ Özel Hastaneler



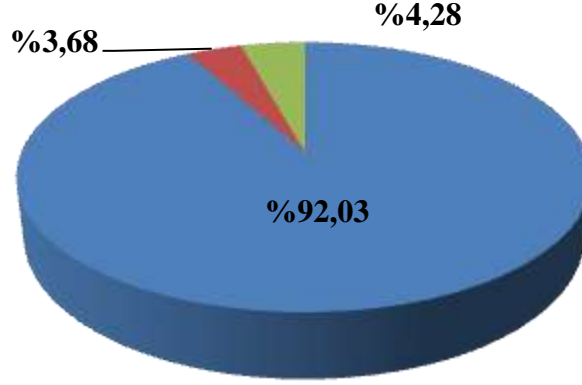
Şekil 4.30. 2015 Yılı vakaların nakil edildiği hastanelere göre dağılımları

Tablo 4.36. 2016 Yılı nakil edilen hastane sayılarının aylara göre dağılımları

Aylar	Sağlık Bakanlığı (Devlet Hast.) (n)	Üniversite Hastaneleri (n)	Özel Hastaneler (n)	Toplam (n)
Ocak	1.152	63	65	1.280
Şubat	998	47	66	1.111
Mart	1.111	53	32	1.196
Nisan	1.132	52	56	1.240
Mayıs	1.245	49	54	1.348
Haziran	1.255	45	47	1.347
Temmuz	1.428	36	60	1.524
Ağustos	1.421	59	75	1.555
Eylül	1.344	43	65	1.452
Ekim	1.264	38	43	1.345
Kasım	1.051	46	67	1.164
Aralık	1.264	56	53	1.373
Toplam	14.665	587	683	15.935

2016

■ Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ■ Üniversite Hastaneleri ■ Özel Hastaneler



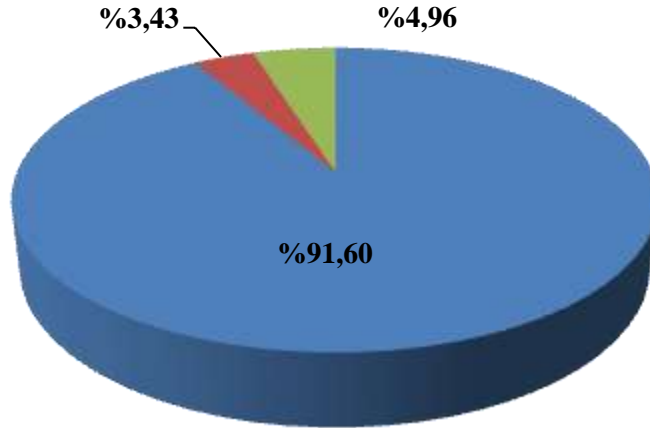
Şekil 4.31. 2016 Yılı vakaların nakil edildiği hastanelere göre dağılımları

Tablo 4.37. 2017 Yılı nakil edilen hastane sayılarının aylara göre dağılımları

Aylar	Sağlık Bakanlığı (Devlet Hast.) (n)	Üniversite Hastaneleri (n)	Özel Hastaneler (n)	Toplam (n)
Ocak	1.259	31	62	1.352
Şubat	1.036	34	75	1.145
Mart	1.176	46	76	1.298
Nisan	1.128	43	62	1.233
Mayıs	1.350	59	52	1.461
Haziran	1.293	42	69	1.404
Temmuz	1.628	80	77	1.785
Ağustos	1.535	59	88	1.682
Eylül	1.440	43	67	1.550
Ekim	1.351	40	64	1.455
Kasım	1.197	51	67	1.315
Aralık	1.246	58	88	1.392
Toplam	15.639	586	847	17.072

2017

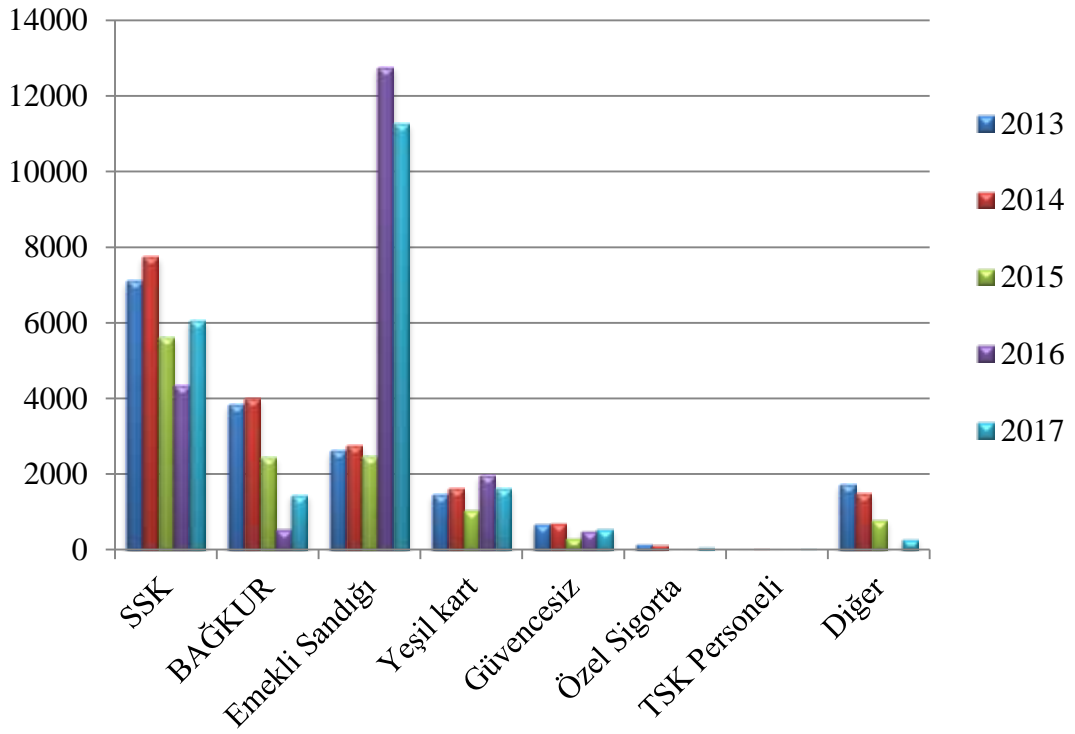
■ Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ■ Üniversite Hastaneleri ■ Özel Hastaneler



Şekil 4.32. 2017 Yılı vakaların nakil edildiği hastanelere göre dağılımları

Tablo 4.38. Yıllara göre vakaların sosyal güvencelerinin dağılımları

Sosyal Güvence	2013	2014	2015	2016	2017
SSK	7.123	7.749	5.609	4.354	6.069
BAĞKUR	3.844	3.995	2.446	528	1.450
Emekli Sandığı	2.620	2.756	2.475	12.770	11.277
Yeşil kart	1.451	1.630	1031	1.966	1.616
Güvencesiz	676	699	291	501	537
Özel Sigorta	135	117	0	23	55
TSK Personeli	22	7	17	0	6
Diğer	1.730	1.488	783	0	261



Şekil 4.33. Vakaların sosyal güvencelerine göre dağılımı

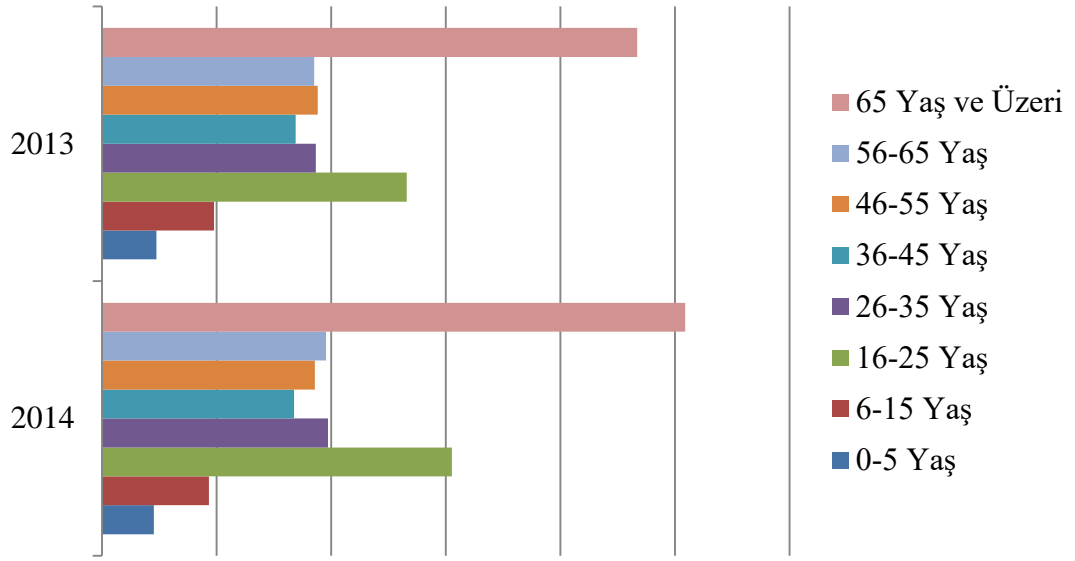
Tablo 4.39. 2013-2014 Yıllarındaki vakaların yıllara göre yaş gruplarının dağılımı

Yaş Grupları	2013 (n)	2014 (n)
0-5 Yaş	474	452
6-15 Yaş	978	932
16-25 Yaş	2.659	3.053
26-35 Yaş	1.865	1.971
36-45 Yaş	1.691	1.677
46-55 Yaş	1.882	1.857
56-65 Yaş	1.853	1.954
65 Yaş ve Üzeri	4.671	5.091
Toplam	16.073	16.987

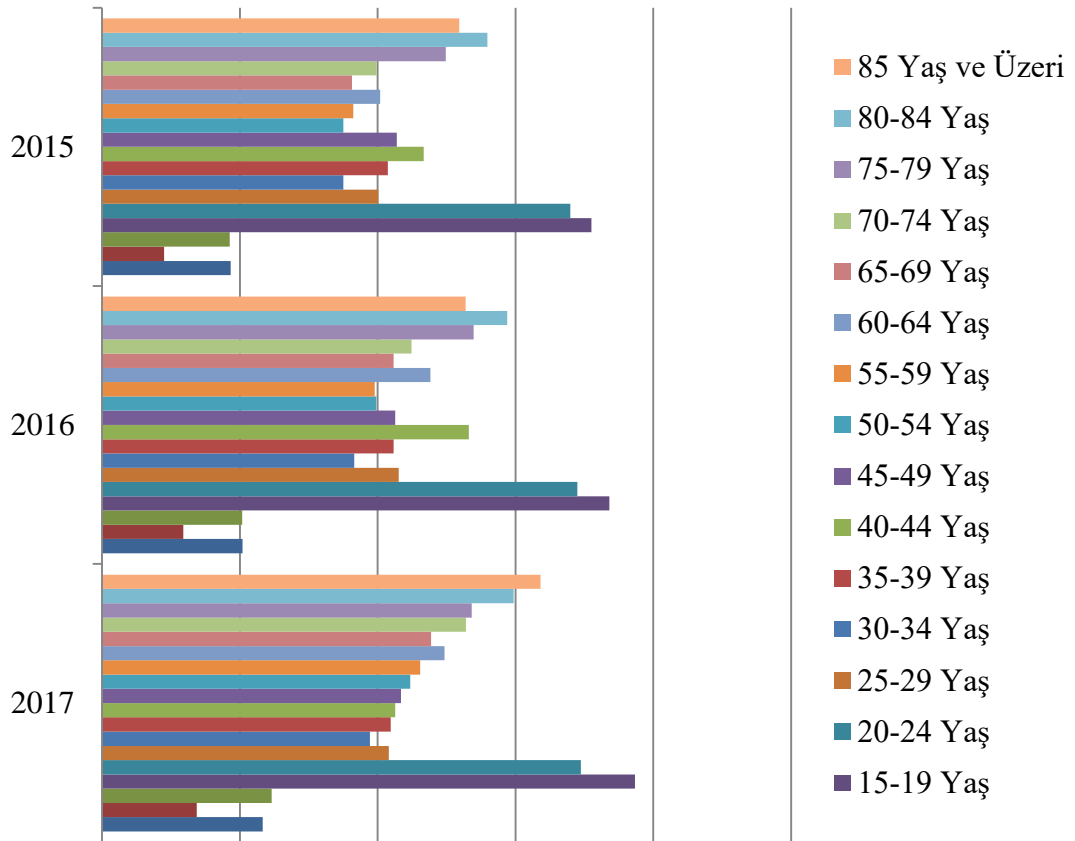
Tablo 4.40. 2015-2016-2017 Yıllarındaki vakaların yıllara göre yaş gruplarının dağılımı

Yaş Grupları	2015 (n)	2016 (n)	2017 (n)
0-4 Yaş	467	510	583
5-9 Yaş	225	295	343
10-14 Yaş	463	509	615
15-19 Yaş	1.775	1.841	1.934
20-24 Yaş	1.699	1.725	1.737
25-29 Yaş	1.002	1.076	1.040
30-34 Yaş	876	915	972
35-39 Yaş	1.037	1.058	1.047
40-44 Yaş	1.167	1.331	1.064
45-49 Yaş	1.069	1.064	1.085
50-54 Yaş	876	995	1.118
55-59 Yaş	911	989	1.154
60-64 Yaş	1.009	1.191	1.242
65-69 Yaş	907	1.058	1.194
70-74 Yaş	996	1.123	1.320
75-79 Yaş	1.247	1.348	1.341
80-84 Yaş	1.398	1.470	1.493
85 Yaş ve Üzeri	1.296	1.319	1.591
Toplam	18.420	19.817	20.873

2013 ve 2014 yılları vakaların yaş grupları incelendiğinde; en fazla 65 yaş ve üzeri yaş grubu vakalar arkasından 16-25 yaş grubu almıştır. En az vakalar 0-5 yaş grubunda yer almıştır.



Şekil 4.34. 2013-2014 Yıllarındaki vakaların yaş gruplarının karşılaştırılması



Şekil 4.35. 2015-2016-2017 Yıllarındaki vakaların yaş gruplarının karşılaştırılması

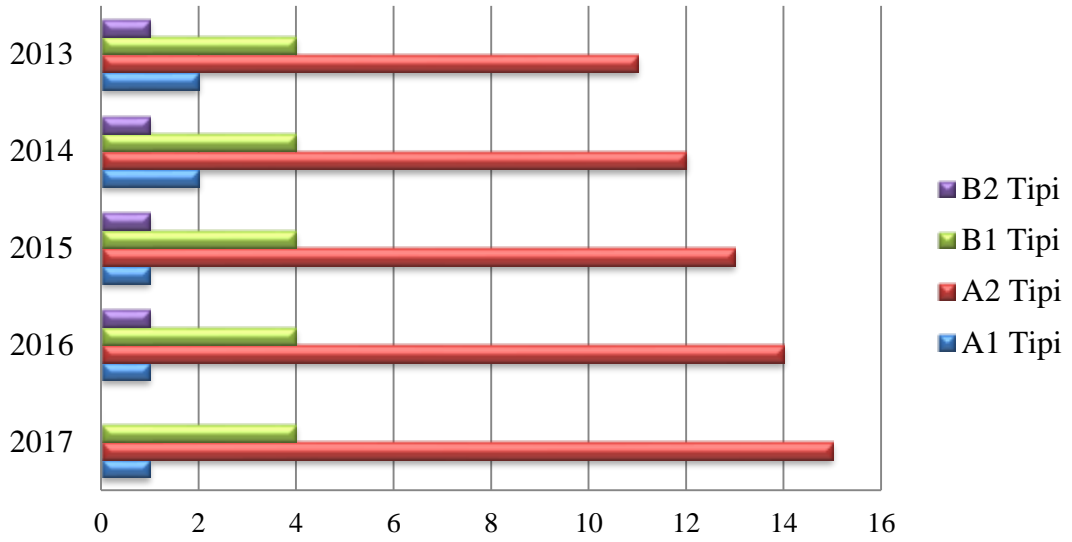
Tablo 4.41. İstasyon tipleri ve sayılarının yıllara göre dağılımı

Yıllar	A1 Tipi	A2 Tipi	B1 Tipi	B2 Tipi
2013	2	11	4	1
2014	2	12	4	1
2015	1	13	4	1
2016	1	14	4	1
2017	1	15	4	0

Son yıllarda Sağlık Bakanlığının A2 tipi istasyonların yaygınlaştırılması çalışmasından dolayı Burdur İlinde de zamanla bu tip istasyonlarda artış meydana gelmiştir. 2013 yılında 11 olan A1 tipi istasyon sayısı 2017 yılında 15 olmuştur. 2017 yılından itibaren Burdur ilinde B2 tipi istasyon bulunmamaktadır.



İstasyon Tipleri ve Sayıları



Şekil 4.36. Yıllara göre istasyon tipleri ve sayıları

5.TARTIŞMA

Günümüzde Türkiye’de sanayideki gelişmelere, hızla artan nüfusa ve trafiğe bağlı olarak acil durumların sayısı her geçen gün artmaktadır. Sınırlı sağlık hizmeti kaynaklarının önemli bir kısmını tüketen ve sağlık hizmetlerinin önemli bileşenlerinden birisi olan acil sağlık hizmetleri de artan bir şekilde bu kaynakları kullanmaktadır (Uğrak ve ark., 2016). Sağlık Bakanlığı, kamu yönetiminin genelinde yapılacak reformlar için acil sağlık hizmetlerini önemli bir sıçrama alanı olarak belirlemiştir (Avaner ve Fedai, 2017). Acil sağlık hizmetleri bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hizmetlerinin en vazgeçilmez, en hızlı yapılması gereken hizmetleridir (Önge ve ark., 2013). Bu bakımdan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin en önemli basamaklarından biridir. Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri son 15 yılda büyük gelişme göstermiş ve acil yardım istasyonları kırsal bölgeler de dahil olmak üzere tüm ülkede yaygınlaştırılmıştır. Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinde yaşanan olumlu gelişmelere hiç şüphesiz Burdur ili de katkı sunmuştur.

Ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımı ele alındığında; Denizli’de 2012-2013 yıllarında yapılan çalışmada ortalama hastaneye nakil %63,65, ortalama hastaneler arası nakil %12,85, ortalama nakil reddi %9,5, ortalama yerinde müdahale %4,35, ortalama diğer ulaşılan %3,35, ortalama ex yerinde bırakıldı %1,8, ortalama görev iptali %1,6, ortalama diğer %1,15, ortalama başka araçla nakil %1, ortalama olay yeri bekleme %0,55, ortalama eve nakil %0,1, ortalama tıbbi tetkik için nakil %0,03 şeklinde bulunmuştur (Ayten, 2015). Bingöl’de yapılan bir çalışmada hastaneye nakil %75,8, yerinde müdahale %17,26, ex yerinde bırakıldı %0,49, ex morga nakil %0,33, görev iptali %0,03, başka araçla nakil %1,39, asılsız ihbar %0,04, diğer %4,66 şeklinde bulunmuştur. Zenginol ve arkadaşlarının Gaziantep’te yaptıkları çalışmada ortalama hastaneye nakil %62,5, ortalama hastaneler arası nakil %9,5, ortalama nakil reddi %1, ortalama yerinde müdahale %13,5, ortalama diğer ulaşılan %0,9, ortalama ex yerinde bırakıldı %1,5, ortalama görev iptali %1,2, ortalama diğer %2,9, ortalama başka araçla nakil %5,1, ortalama olay yeri bekleme %0,55, ortalama eve nakil %1,1 şeklinde bulunmuştur (Zenginol ve ark., 2011).

İzmir’de yapılan bir diğer çalışmada hastaneye nakil %59,5, nakil reddi %13,8, yerinde müdahale %6,5, diğer ulaşılan %4,0, ex yerinde bırakıldı %1,9, görev iptali %6,7, başka araçla nakil %2,2, olay yerinde bekleme %0,6, eve nakil %0,7 şeklinde bulunmuştur (Kahraman, 2019).Tomak ve arkadaşlarının Samsun’da yaptıkları çalışmada hastaneye nakil %76, ortalama hastaneler arası nakil %0,1, ortalama nakil reddi %0,2, ortalama yerinde müdahale %22,3, ortalama başka araçla nakil %0,1, ortalama eve nakil %0,2, ortalama tıbbi tetkik için nakil %1,1 şeklinde bulunmuştur (Tomak ve ark., 2008).

Kayseri de yapılan çalışmada hastaneye nakil %66,86, hastaneler arası nakil %14,99, nakil reddi % 7,91, yerinde müdahale %1,37, diğer ulaşılan %0,33, ex yerinde bırakıldı %1,26, görev iptali % 4,11, başka araçla nakil %1,57, olay yeri bekleme %0,42, eve nakil %0,12 şeklinde bulunmuştur (Duran, 2015). Özata ve arkadaşlarının Konya’da yaptıkları çalışmada ortalama hastaneye nakil %51,22, ortalama hastaneler arası nakil %15,02, ortalama yerinde müdahale %27,67, ortalama ex yerinde bırakıldı %1,59, ortalama görev iptali %1,87, ortalama başka araçla nakil %1,86, şeklinde bulunmuştur (Özata ve ark., 2011). İzmir’de yapılan çalışmada ortalama hastaneye nakil %51,6, ortalama hastaneler arası nakil %14,6, ortalama nakil reddi %1,2, ortalama yerinde müdahale %18,6, ortalama ex yerinde bırakıldı %3, ortalama görev iptali %2,1, ortalama başka araçla nakil %5, ortalama olay yeri bekleme %0,8, ortalama eve nakil %0,1, ortalama tıbbi tetkik için nakil %0,1, şeklinde bulunmuştur (Kıdak ve ark., 2009). Oktay ve Kayışoğlu’nun Tekirdağ’da yaptıkları çalışmada hastaneye nakil %66,4, yerinde müdahale %12,9, ex yerinde bırakıldı %4,03, ex morga nakil %1,1, görev iptali %2,93, başka araçla nakil %5,8, asılsız ihbar %1,46 şeklinde bulunmuştur (Oktay ve Kayışoğlu, 2005). Burdur ilinde yapmış olduğumuz tez çalışmasında, 5 yıllık ortalama hastaneye nakil %60,55, ortalama hastaneler arası nakil %14,37, ortalama nakil reddi %14,94, ortalama yerinde müdahale %2,54, ortalama diğer ulaşılan %1,62, ortalama ex yerinde bırakıldı %1,23, ortalama görev iptali %2,15, ortalama diğer %0,75, ortalama başka araçla nakil %0,71, ortalama olay yeri bekleme %0,60, ortalama eve nakil %0,27, ortalama tıbbi tetkik için nakil %0,01 şeklinde bulunmuştur.

Çalışmamızın sonuçları ile diğer illerin çalışma sonuçları birbirine yakın bulunmuştur. Diğer illerde olduğu gibi vakaların büyük bir çoğunluğu hastaneye nakil ile sonuçlanmıştır.

Yerinde müdahale sayısında 2013 yılından 2017 yılına gelene kadar belirgin azalma olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin son yıllarda Komuta Kontrol Merkezince doktorlu olmayan ekiplere yerinde müdahale için onay vermemesi ve yerinde müdahalenin doktorlu ekiplerce yapılmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Doktorlu ekiplerin sayısının son yıllarda azalması, doktorsuz istasyonların ise sayısının artması yerinde müdahale sayısının azalmasına sebep olmaktadır.

112 Acil Sağlık Hizmetlerini sunan ekipler kaza, travma ve yaşamsal tehlike içeren hastalıklardan mağdur olan kişilere acil tıbbi ve cerrahi girişim ile bu hastalara kesintisiz hizmet sunmakla görevlidirler. Bu hizmeti ihtiyacı olan bireylere en kısa süre içinde vermek ve en acil olana öncelik tanımak esastır. Bu bakımdan vakalara ön tanı verilmesi tedaviyi şekillendirmesi açısından çok önemlidir (Çevik ve Tekir, 2014). Vakaların ön tanılarına göre dağılımları incelendiğinde; Konya'da yapılan bir çalışmada travma vakaları ortalama %23,44, kardiyovasküler sistem hastalıkları ortalama %16,82, psikiyatrik hastalıklar ortalama %12,59, nörolojik hastalıklar ortalama %10,86, solunum sistemi hastalıkları ortalama %7,01, gastrointestinal sistem hastalıkları ortalama %5,77 şeklinde yer almıştır (Özata ve ark., 2011).

Denizli'de yapılan bir çalışmada 2012-2013 yılları ortalama travma vakaları %22,7, kardiyovasküler sistem hastalıkları ortalama %19, psikiyatrik vakalar ortalama %11,7, nörolojik hastalıklar ortalama %3,5, solunum sistemi hastalıkları %6,8, GİS hastalıkları ortalama %1,5 şeklinde yer almıştır (Ayten, 2015). Gaziantep'te yapılan diğer bir çalışmada travma vakaları ortalama %32,30, kardiyovasküler sistem hastalıkları ortalama %15,25, psikiyatrik hastalıklar ortalama %7,91, nörolojik hastalıklar ortalama %9,34, solunum sistemi hastalıkları ortalama %6,28, gastrointestinal sistem hastalıkları ortalama %5,43 şeklinde yer almıştır (Zenginol ve ark., 2011).

Kıdak ve arkadaşlarının İzmir’de yaptıkları çalışmada travma vakaları ortalama %11,5, kardiyovasküler sistem hastalıkları ortalama %20,2, psikiyatrik hastalıklar ortalama %4,7, nörolojik hastalıklar ortalama %9,3, solunum sistemi hastalıkları ortalama %15,6, gastrointestinal sistem hastalıkları ortalama %3,7 şeklinde yer almıştır (Kıdak ve ark., 2009).

Kayseri’de yapılan bir çalışmada travma vakaları % 33,69, kardiyovasküler sistem hastalıkları %21, psikiyatrik hastalıklar %14,22, nörolojik hastalıklar %3,61, solunum sistemi hastalıkları %12,69, gastrointestinal sistem hastalıkları %3,77, yenidoğan hastalıkları %0,25, enfeksiyon hastalıkları %1,64, metabolik hastalıklar %2,12 şeklinde bulunmuştur (Duran, 2015). Benli ve arkadaşlarının Karabük’te yaptıkları çalışmada travma vakaları %26,33, kardiyovasküler sistem hastalıkları %19,45, psikiyatrik hastalıklar %15,19, solunum sistemi hastalıkları %13,24, nörolojik hastalıklar %7,16, gastrointestinal sistem hastalıkları %5,24, metabolik hastalıklar %3,96, enfeksiyon hastalıkları %1,56, zehirlenmeler %1,02 şeklinde yer almıştır (Benli ve ark., 2015). Bingöl’de yapılan bir çalışmada travma vakaları %18,18, kardiyovasküler sistem hastalıkları %22,11, psikiyatrik hastalıklar %11,8, solunum sistemi hastalıkları %5,41, nörolojik hastalıklar %7,71, gastrointestinal sistem hastalıkları %8,10, metabolik hastalıklar %4,78, enfeksiyon hastalıkları %5,48, zehirlenmeler %3,94, jinekolojik ve obs. hastalıklar %4,24 şeklinde bulunmuştur (Tekingündüz, 2010). Çanakkale’de yapılan bir çalışmada travma vakaları %33,6, kardiyovasküler sistem hastalıkları %19,93, psikiyatrik hastalıklar %2,96, solunum sistemi hastalıklar %6,06, nörolojik hastalıklar %9,7, gastrointestinal sistem hastalıkları %11,7, metabolik hastalıklar %1,43, enfeksiyon hastalıkları %1,66 şeklinde bulunmuştur (Çalışkan, 2015). Tekirdağ’da yapılan bir diğer çalışmada travma vakaları %33,16, kardiyovasküler sistem hastalıkları %17,56, psikiyatrik hastalıklar %10,5, solunum sistemi hastalıkları %5,6, nörolojik hastalıklar %14,23, gastrointestinal sistem hastalıkları %3,26, metabolik hastalıklar %1,86, enfeksiyon hastalıklar %0,56 şeklinde yer almıştır (Oktay ve Kayışoğlu, 2005).

Aydın ve arkadaşlarının Mersin’de yaptıkları çalışmada ise travma vakaları %24,3, kardiyovasküler sistem hastalıkları %10, psikiyatrik hastalıklar %31,3, solunum sistemi hastalıkları %3,8, nörolojik hastalıklar %12,6, gastrointestinal sistem hastalıkları %4,8, infeksiyon hastalıkları %2,2, zehirlenmeler %5,9 şeklinde yer almıştır (Aydın ve ark., 2011).

Burdur ilinde yapmış olduğumuz tez çalışmasında 5 yıllık ortalama; travma vakaları %18,26, kardiyovasküler sistem hastalıkları %17,21, psikiyatrik vakalar %7,24, nörolojik vakalar ortalama %7,10, solunum sistemi hastalıkları %6,40, gastrointestinal hastalıkları %4,02 şeklinde bulunmuştur. Hastane öncesi sürenin etkisi travmalı olguların hastane öncesi süreçte geçirdiği zamanın çok önem taşıdığı ve kesin tedaviye kadar geçen süre uzadıkça doku hipoksisinin artarak prognozun kötüleşeceği yaygın olarak kabul edilir. Bu yüzden travma vakaları dünyanın gelişmiş ülkelerinde önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Genellikle genç yaş grubundaki insanları etkilenmektedir. Travmalar önemli sağlık sorunu olmanın yanında işgücü kaybına da neden olan ciddi bir problemdir. Amerika’da yaşlılar acil servis başvurularının %15’ini ve ambulansla gelen hastaların %36’sını oluşturmaktadır. Travma nedeniyle ölen tüm olguların %28’ini 65 yaş üstü olgular oluşturmaktadır (Güneytepe ve ark., 2008). Yine Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir diğer araştırmada travmaya bağlı yılda yaklaşık 60 milyon yaralanma olmakta ve bu yaralanmaların yaklaşık 36 milyonu acil servislere başvurmaktadır (Ateşçelik ve Gürger, 2013).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda tanı almış vakalar incelendiğinde travma vakalarının birçok ilde arasında ilk sırada olduğu görülmektedir. Diğer illerde yapılan çalışmalarda olduğu gibi bu çalışmada da travma vakaları ilk sırada yer almaktadır. Bunlara en çok trafik kazaları ve düşmeler sebep olmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar tüm dünyada en önemli sağlık sorunlarından biri olup çoğu ülkede mortalite ve morbidite nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılı raporuna göre, mortalite ve morbidite nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. (Kumsar ve Yılmaz, 2017). Tekingündüz ile Kıdak ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda ise kardiyovasküler sistem hastalıkları ilk sırada yer almıştır.

Ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde; Gaziantep'te yapılan bir çalışmada trafik kazası %16.3, intihar %0.8, iş kazası %0.4, medikal %54.6, yaralanma %3.8, diğer kazalar %6.5, diğer % 5.7 şeklinde bulunmuştur (Zenginol ve ark., 2011).

Denizli'de yapılan çalışmada trafik kazası %12.5, intihar %2, iş kazası %1, medikal %72, yaralanma %2.7, diğer kazalar %8.75, diğer %0.15 şeklinde tespit edilmiştir (Ayten, 2015). İzmir'de yapılan çalışmada trafik kazası %9, intihar %1,1, iş kazası %0,6, medikal %76,1, yaralanma %2,4, diğer %1, şeklinde bulunmuştur (Kahraman, 2019). Kayseri de yapılan diğer bir çalışmada trafik kazası %7,08, intihar % 1,08, iş kazası %0,79, medikal %77,59, yaralanma %2,88; diğer kazalar %9,43, protokol %0,03 şeklinde bulunmuştur (Duran, 2015). İzmir'de yapılan bir diğer çalışma trafik kazası % 14,2, intihar %1,9, iş kazası % 0,4, medikal % 69,5, yaralanma %4,5, diğer kazalar % 7,4, diğer %0,6 şeklinde tespit edilmiştir (Kıdak ve ark., 2009). Tözün ve arkadaşlarının Eskişehir'de yaptıkları çalışmada trafik kazası %13,4, intihar %1,7, iş kazası %0,5, medikal %72,5, yaralanma %3,2, diğer kazalar %6,2, diğer %0,6 şeklinde tespit edilmiştir (Tözün ve ark., 2012). Çanakkale'de yapılan bir çalışmada trafik kazası %8,3, intihar %2,8, iş kazası %0,6, medikal %64,1, yaralanma %1,6, diğer kazalar %20, diğer %2,7 şeklinde bulunmuştur(Çalışkan, 2015).

Burdur ilinde yaptığımız çalışmada; trafik kazası %14,45, intihar %1,21, iş kazası %1, medikal %67,35, yaralanma %1,60, diğer kazalar %8,84, diğer %4,66 şeklinde bulunmuştur. Atıf'ta bulunulan diğer çalışmaların ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde bizim çalışmamızda da medikal vakalar büyük bir oran (%67,35) ile ilk sırayı almıştır. Literatüre bakıldığında yaptığımız çalışmamızın diğer çalışmalar ile benzer şekilde olduğu görülmüştür.

Bu oran bize acil sağlık hizmetlerinin kazalardan daha çok tıbbi nedenlere y6nelik hizmet verdiğini g6stermektedir. B6t6n bu çalışmalarda medikal vaka oranlarının bu kadar y6ksek olma nedeni 112 acil sağlık hizmetlerinin 6cretsiz olarak vermesinden ya da polikliniklerde sıra bekleme d6ř6ncesinden dolayı kaynaklanıyor olabileceğini d6ř6n6yoruz.

T6rkiye’de de ulaşım etkinliklerinin % 90’ından fazlası karayolu ile yapılmaktadır ve karayollarında meydana gelen kazalar d6nyada olduğu gibi T6rkiye’de de 6nemli 6l6m nedenleri arasındadır. Kazalar içerisinde en fazla karşılaşılan vakalar trafik kazalarıdır. Trafik kazası sonucu meydana gelen yaralanmalar 2020 yılına kadar k6resel sağlık y6k6 açısından 66nc6 sırayı alacağı d6ř6n6lmektedir (Sungur ve ark., 2014). Burdur ilindeki trafik kazaları diğer illerin ortalama y6zdeleri ile benzer şekilde bulunmuştur.

Ambulans hizmetleri için en 6nemli etkinlik g6stergesi “m6dahale s6resi” olarak adlandırılan zamandır. Bu zamanın 6nemini de ř6phesiz vakaya hızlı bir şekilde ulaşmayı belirlemektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda kaza ve yaralanmalarda meydana gelen 6l6mlerin % 10,0’unun ilk 3-5 dakikada, % 54,0-60,0’inin ilk 30 dakikada meydana geldiği tespit edilmiştir. D6nyanın birçok 6lkesinde oluşan olayların sonucunda ağır tablolarla karşılaşmamak için s6re 6nemli bir etken olduğundan dolayı 112 tek bir numara 6zerinden y6r6t6lmekte ve koordine edilmektedir (G6ls6n ve Yılmaz, 2015). Vaka ulaşım y6zdeleri incelendiğinde; Denizli’de yapılan bir çalışmada kentsel ulaşım y6zdesi %88,75, kırsal alanda %94,58 olduğu g6r6lm6řt6r (Ayten, 2015). Burdur ilinde yapmış olduğumuz tez çalışmasında kentsel ulaşım y6zdesi %98,75, kırsal alan y6zdesi ise %97,32 olduğu g6r6lm6řt6r. Burdur ilindeki 112 acil ekipleri vakalara zorlu kış şartlarında olsa bile hem kentsel hem de kırsal b6lgelere Sağlık Bakanlığının belirlediği hedefin (%95) 6zerinde bir ulaşım sağlamıştır.

T6rkiye’de 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarının birçok b6lgede bulunması, ambulans hizmetlerinin 6cretsiz ve 7/24 esaslı hizmet verilmesinden dolayı ambulans kullanımlarım her yaş grubunca kullanılmaktadır.

Yaş, acil medikal sistem talebi için önemli bir faktördür. Ambulans kullanımını gerektiren kronik hastalıklardan hipertansiyon, KOAH, nörovasküler hastalık ya da travma gibi acil durumlar hastaların yaşı ilerledikçe daha sık görülmektedir. Vakaların yaş gruplarına göre incelendiğinde; Denizli’de yapılan bir çalışmada vakaların yaş gruplarına göre incelendiğinde 18-64 yaş arası bireylerin acil sağlık hizmetlerinde daha fazla yararlandığını göstermiştir. Gaziantep’te yapılan bir çalışmada toplam vakaların 0-5 yaş grubu %6.7’ni, 6-15 yaş grubu %7.6’sını, 16-25 yaş grubu %17.8’ni, 26-35 yaş grubu %16.3’nü, 36-45 yaş grubu %12.4’ünü, 46-55 yaş grubu %10.7’sini, 56-65 yaş grubu %10.6’sını, 65 yaş ve üzeri %17.9’unu oluşturmuştur (Zenginol ve ark., 2011). Kızak ve arkadaşlarının İzmir’de yaptıkları çalışmada toplam vakaların yenidoğan grubu %2.3’nü, 1 aylık-4 yaş grubu %1.3’nü, 5-14 yaş grubu %2.6’sını, 15-24 yaş grubu %9’nu, 25-44 yaş grubu %17.5’ni, 45-64 yaş grubu %21.4’nü, 65 yaş ve üzeri %26.7’sini oluşturmuştur (Kızak ve ark., 2009). Kayseri de yapılan bir diğer çalışma da 0-5 yaş grubu %5,44, 6-15 yaş grubu %7,10, 16-25 yaş grubu %16,32, 26-35 yaş grubu %13,29, 36-45 yaş grubu %11,95, 46-55 yaş grubu %11,10, 56-65 yaş grubu %10,89, 65 yaş ve üstü %23,91 şeklinde bulunmuştur (Duran, 2015). Burdur ilinde yapmış olduğumuz tez çalışmasında vakalar 2013-2014 yılında yaş gruplarına 0-5 yaş, 6-15 yaş, 16-25 yaş, 26-35 yaş, 36-45 yaş, 46-55 yaş, 56-65 yaş, 65 yaş ve üzeri şeklinde değerlendirilmiş olup 2015,2016 ve 2017 yılları ise 0-4 yaş, 5-9 yaş, 10-14 yaş, 15-19 yaş, 20-24 yaş, 25-29 yaş, 30-34 yaş, 35-39 yaş, 40-44 yaş, 45-49 yaş, 50-54 yaş, 55-59 yaş, 60-64 yaş, 65-69 yaş, 70-74 yaş, 75-79 yaş, 80-84 yaş, 85 yaş ve üzeri şeklinde değerlendirilmiştir. 2013 ve 2014 yılında ortalama; 0-5 yaş grubu %2,8, 6-15 yaş grubu %5,77, 16-25 yaş grubu %17,27, 26-35 yaş grubu %11,60, 36-45 yaş grubu %10,18, 46-55 yaş grubu %11,30, 56-65 yaş grubu %11,51, 65 yaş üzeri yaş grubu %29,52 olarak bulunmuştur. 2015,2016 ve 2017 yılları incelendiğinde ortalama; 0-4 yaş grubu %2,63, 5-9 yaş grubu %1,45, 10-14 yaş grubu %2,68, 15-19 yaş grubu %9,38, 20-24 yaş grubu %8,73, 25-29 yaş grubu %5,27, 30-34 yaş grubu %4,67, 35-39 yaş grubu %5,31, 40-44 yaş grubu %6,02, 45-49 yaş grubu %5,44, 50-54 yaş grubu %5,05, 55-59 yaş grubu %5,16, 60-64 yaş grubu %5,82, 65-69 yaş grubu %5,34, 70-74 yaş grubu %5,81, 75-79 yaş grubu %6,65, 80-84 yaş grubu %7,37, 85 yaş ve üzeri yaş grubu %7,11 olarak bulunmuştur.

2013 ve 2014 yılları incelendiğinde en fazla ambulans kullanımı 16-25 yaş grubu ve 65 yaş ve üzeri yaş grubunda olmuştur. 16-25 yaş grubu, 26-35 yaş grubu, 56-65 yaş grubu, 65 yaş ve üzeri yaş grubunda ambulans kullanım oranı bir önceki yıla göre artmıştır. 2015,2016 ve 2017 yıllarında en fazla ambulans kullanımı 15-19 yaş grubu, 20-24 yaş grubu, 80-84 yaş grubu, ve 85 yaş ve üzeri yaş gruplarında gerçekleşmiştir. 0-4 yaş grubu, 5-9 yaş grubu, 15-19 yaş grubu, 20-24 yaş grubu, 30-34 yaş grubu, 50-54 yaş grubu, 55-59 yaş grubu, 60-64 yaş grubu, 65-69 yaş grubu, 70-74 yaş grubu, 80-84 yaş grubu, 85 yaş ve üzeri yaş grubunda ambulans kullanım oranları 2017 yılına gelinceye kadar artış göstermiştir. Satar ve ark. yaptıkları çalışma acil servise gelen 65 yaş üzeri hastalarda en çok karşılaşılan hastalıklar; inme, onkolojik aciller, kronik böbrek yetmezliği, myokard infarktüsü, kalp yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut batın, genel vücut travması, unstabil anjina pektoris, gastrointestinal sistem kanaması hastalıklar olduğu tespit edilmiştir (Satar ve ark., 2004).

Acil olguların görülme sıklığının yaş gruplarına göre değişiklik gösterdiği bilinmektedir. Burdur’da yaptığımız çalışmada 2013-2014 yıllarında 16-25 ve 65 yaş üstü bireylerin ambulans kullanım oranları yüksek olduğu görülmüştür. Beş yaşın altındaki çocukların tehlikeleri sezememeleri, bu yaşta görme, işitme eşiklerinin yüksek olmasına rağmen lokalize edebilme yeteneklerini tam kazanamamış olmaları kazaların meydana gelişini kolaylaştırdığını ve 0-9 yaş grubundaki artışın bu gibi nedenlerden kaynaklandığını düşünüyoruz.

Vakalar cinsiyetlere göre incelendiğinde; Karabük’te yapılan bir çalışmada erkeklerin %56, kadınların ise %44 olarak bulunmuştur (Benli ve ark., 2015). İzmir’de yapılan bir çalışmada vakalar cinsiyetlere göre incelendiğinde kadınların %52,9, erkeklerin ise %39,1, cinsiyet kaydı olmayanların ise %8 olarak yer aldığı tespit edilmiştir (Kıdak ve ark., 2009). Denizli’de yapılan bir diğer çalışmada 2012 yılında erkeklerin %51,9, 2013 yılında kadınların %52,3 çoğunlukta olduğu görülmüştür (Ayten, 2015). Burdur ilinde yapmış olduğumuz tez çalışmasında; acil sağlık hizmetlerini kullanan hastaların cinsiyete göre dağılımları incelenip, diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında belirgin fark görülmemiştir.

5 yılda erkek cinsiyetin kadın cinsiyetten daha fazla 112 sağlık hizmetlerini kullandığını ve toplamda 44.724 erkek vaka 37.552 kadın vaka olduğu tespit edilmiştir. Burdur ilindeki 112 acil sağlık ekipleri 2013-2017 yılları arasında toplamda 82.276 kişiye hizmet vermiştir. Diğer vaka formları görev iptali, başka araçla nakil, asılsız ihbar, olay yerinde bekleme, diğer ulaşılan ve diğer şekilde doldurulmuştur.

Sağlık Bakanlığının Aralık 2018 yılında yayınladığı 2017 sağlık istatistikleri yılına göre ambulans sayıları incelendiğinde; Türkiye’de 2013 yılında 3.357, 2014 yılında 3.740, 2015 yılında 4.237, 2016 yılında 4.480, 2017 yılında 4.922 ambulans bulunmaktadır (TC Sağlık Bak., 2018, TC Sağlık Bak., 2017). Burdur ilinde ise 2013 yılında 34, 2014 yılında 36, 2015 yılında 37, 2016 yılında 33, 2017 yılında ise 41 adet ambulans bulunmaktadır.

Ambulans başına düşen nüfus incelendiğinde ise Türkiye’de 2013 yılında 22.838, 2014 yılında 20.774, 2015 yılında 18.584, 2016 yılında 16.491, 2017 yılında ise 16.418’dir. Burdur ilinin 2013 yılı nüfusu:257 267, 2014 yılı nüfusu:256 898, 2015 yılı nüfusu:258 339, 2016 yılı nüfusu:261 401, 2017 yılı nüfusu:264 779’dir. Burdur ilinin ambulans başına düşen nüfus oranına bakıldığında; 2013 yılında 7.566, 2014 yılında 7.136, 2015 yılında 6.982, 2016 yılında 7.921, 2017 yılında ise 6.458’dir. Veriler incelendiğinde 2016 yılı hariç ambulans başına düşen nüfusun beklenen şekilde Türkiye ile kıyaslandığında giderek düştüğü görülmüştür. Türkiye’de Hava ambulansı hizmetleri 2008 yılında vermeye başlanmış, böylece uzak mesafelere acil müdahalenin hızla ulaştırılması sağlanmıştır. Bu hizmetin sunumunda helikopter ve uçak ambulanslar kullanılmaktadır (Şimşek ve ark., 2019). Türkiye’de 2017 yılında 3.011 vaka deniz ambulansı ile, 2.551 vaka helikopter ambulans ile, 1305 vaka ise uçak ambulans ile ilgili sağlık birimlerine nakledilmiştir. Burdur ilinde 2017 yılında 1 vaka helikopter ambulans ile ilgili birimlere nakledilmiştir. 2017 yılında uçak ambulansı ve Burdur ilinin denize kıyısı olmadığı için deniz ambulansı ile nakil yapılmamıştır. Türkiye’de 112 acil yardım istasyonu sayısı incelendiğinde; 2013 yılında 2.072, 2014 yılında 2.186, 2015 yılında 2.323, 2016 yılında 2.400, 2017 yılında 2.618’dir.

Burdur ilinde ise 2013 yılında 18, 2014 yılında 19, 2015 yılında 19, 2016 yılında 20, 2017 yılında ise 20 112 acil yardım istasyonu bulunmaktadır. Türkiye’de olduğu gibi Burdur ilinde de 2013 yılında 2017 yılına gelinceye kadar acil yardım istasyonu sayısı artış göstermiştir. Acil yardım hizmetlerinin içeriğini Ambulans, İtfaiye, AFAD ve kolluk kuvvetleri gibi hizmetler oluşturur. Acil yardım hizmetlerinin etkin bir şekilde sunumu, bu hizmetlere ihtiyaç duyan kişilerin yaşamlarının kurtarılmasını ve korunmasını sağlar. Diğer taraftan bu hizmetlerin sunumu esnasında yaşanacak aksaklıklar ya da hizmetin etkili bir şekilde sunulmaması, telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğurabilir.

Ambulans hizmetlerinin gereksiz yere kullanılması günümüz modern sağlık sisteminin önemli sorunlarından biridir. Bu durum acil servislerin iş yükünü artırmakta, ekonomik anlamda da ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilemektedir (Yaylacı ve ark., 2013). Tamamen hizmete ulaşmayı kolaylaştırmak amacıyla oluşturulan birçok ayrıcalıklar, hizmetten yararlanma koşullarını sağlamayanlar tarafından suistimal edilebilmektedir. Bunda hizmet sunumunun ücretsiz olması ve 24 saat sunuluyor olması etkili olmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde bazı eyaletlerde acil olmayan durumlar için arama oranı % 40’lar seviyesindedir (Ekşi, 2016). Burdur ilinde yapmış olduğumuz tez çalışmasında; Burdur Valiliği 112 Acil Çağrı merkezine toplamda 5 yılda gelen çağrı sayısı 1.5 milyon civarındadır. Ortalama 1 yıl içerisinde gelen çağrı 300.000 üzerindedir. 2014 yılında 112 acil yardım hattını gereksiz arama oranı %76 iken, 2015 yılında %75, 2016 yılında %66, 2017 yılında ise %62’ler seviyesine inmiştir. Gerek Sağlık Bakanlığı gerek İl Sağlık Müdürlüğüne yapılan kamu spotlarının broşür vb. bilgilendirme çalışmalarının bu oranın giderek düşmesine olumlu bir etki yaptığını ve Burdur halkının 112 acil sağlık hizmetlerin gerekli zamanlarda kullanma konusundaki hassasiyetlerinin artmış olduğunu görmekteyiz. Ambulansların kendine özgü görevleri ve donanımları potansiyel olarak kaza riskini arttırmaktadır. Burdur ilinde 2013 yılında 2, 2014 yılında 3 2015 yılında 3, 2016 yılında 2, 2017 yılında ise 13 ambulans kazası meydana gelmiştir. Literatürde, acil araç sürücülerinin “geçiş hakkı” veya “geçiş üstünlüğü” düşüncelerinin, ambulansın karıştığı kazaların oluşumunda önemli bir etken olduğu belirtilmiştir. Acil araç sürücülerini trafikte üstünlükleri olduğunu düşünerek, kuralları daha kolay ihlal edebilmektedirler.

Üstelik acil araçlara özgü uyarıcı sistemlerinin gerçek acil olgular dışında kullanılması, bu uyarıcı etkinin trafikteki sürücülerde beklenmedik reaksiyonlar meydana getirerek, kazalarda artışa neden olduğu da bilgiler arasında yer almaktadır. Yapılan araştırmalarda siren sesine maruz kalan personel ciddi mesleksi işitme kayıpları olduğunu bildirmiştir. Yine benzer çalışmalarda siren sesinin acil araç sürücüsünde adrenalin salınımını arttırdığı ve bunun sonucu olarak nabzın hızlandığı, görüş yeteneğinde azalış, avuçlarda terleme, kaslarda gerginlik, gaz pedalına daha fazla yüklenme, farkında olmadan etkisi doğurduğu bildirilmektedir (Karcıoğlu ve Yıldırım, 2006).

İl Sağlık Müdürlüğünce yılın belli dönemlerinde ambulans şoför adaylarına Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitimi verilmektedir. Ambulans kazalarını en aza indirmek için güvenli sürüş eğitimleri kapsamının ve özellikle uygulamalı eğitimlerin alanlarda personellere sık sık yaptırılması gerekmektedir. Ambulans sürücü adaylarına hız odaklı olmayan, “güvenli sürüş teknikleri” becerilerinin anlatılması, yapılan eğitimlerin amaçlarına ulaşmasını sağlamak gerektiğini düşünüyoruz.

Sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelerin eğitimler ile acil sağlık çalışanlarına verilmesi, bilgi ve becerilerinin artırılması ve bu sayede hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve çalışanların mesleki doyuma ulaşması ile sağlanmış olur. Bu nedenle Acil Sağlık Hizmetleri birimlerinde görev yapan personeller tedavi ve müdahale yöntemlerine ait bilgi ve becerilerinin güncelleştirilebilmesini sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından her 5 yılda bir hizmet içi eğitime tutulmaktadır. Bu temel eğitimler Temel Modül, Travma ve Resusitasyon, Çocuklarda İleri Yaşam Desteği ve Erişkinlerde İleri Yaşam Desteğidir. Burdur ilinde 5 yılda toplamda Temel Modül eğitimi alan kişi sayısı 178, Travma ve Resusitasyon Eğitimi alan kişi sayısı 152, Çocuklarda İleri Yaşam Desteği eğitimi alan kişi sayısı 234, Erişkinlerde İleri Yaşam Desteği eğitimi alan kişi sayısı 238'dir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Burdur ilindeki 112 acil ekipleri vakalara zorlu kış şartlarında olsa bile hem kentsel (%98,75) hem de kırsal (%97,32) bölgelerdeki vakalara T.C. Sağlık Bakanlığının belirlediği hedefin (%95) üzerinde bir ulaşım sağlamıştır. Ambulans başına düşen nüfus oranına bakıldığında; Türkiye’de bu sayı 2013 yılında 22.838 iken 2017 yılında 16.418’dir. Burdur ilinde ise; 2013 yılında 7.566 2017 yılında bu sayı 6.458’dir. Bu sayının giderek düşmesi Burdur ili adına olumlu bir gelişmedir. Yaş gruplarına bakıldığında; 2013 ve 2014 yılları incelendiğinde en fazla ambulans kullanımı 16-25 yaş grubu ve 65 yaş ve üzeri yaş grubunda olmuştur. 2015,2016 ve 2017 yıllarında en fazla ambulans kullanımı 15-19 yaş grubu, 20-24 yaş grubu, 80-84 yaş grubu, ve 85 yaş ve üzeri yaş gruplarında gerçekleşmiştir. Ambulans çıkışlarının çağrı nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde medikal vakalar (%67,35) ile ilk sırayı almıştır. Bu oran bize acil sağlık hizmetlerinin kazalardan daha çok tıbbi nedenlere yönelik hizmet verdiğini göstermektedir. Medikal vakalardan sonra kazalar ikinci sırada yer almıştır. Bu kazaların büyük bir bölümünü trafik kazaları oluşturmuştur.

Vakaların ön tanılarına göre dağılımları incelendiğinde travma vakaları (%18,26) ilk sırada kardiyovasküler sistem hastalıkları (%17,21) ikinci sırada yer almıştır. Travma vakalarının en çok trafik kazaları ve düşmelerden dolayı meydana geldiği görülmüştür. Ambulans vaka çıkışlarının sonuçlarına göre dağılımı ele alındığında 5 yıllık dönemde vakaların büyük çoğunluğu hastaneye nakil (%60,55) ile sonuçlanmıştır. Vaka sonuçlarından birisi olan yerinde müdahale; Komuta Kontrol Merkezlerince Paramedik’li ekiplere yerinde müdahalede için onay vermemesinden dolayı 2013 yılından 2017 yılına gelene azalma olduğu görülmüştür. Burdur ilinde 2013 yılından 2017 yılına gelinceye kadar acil yardım istasyonu sayısı ve ambulans sayısı artış göstermiştir. Ambulanslarla nakledilen hastaların birçoğunun acil olmayan vakalardan oluştuğu saptanmıştır.

112 Acil hattını gereksiz arama oranı 2014 yılında %76 iken 2017 yılında bu oran %62'lere inmiştir. Bu oran bize önceki yıllara göre kamu spotları broşür vb. çalışmalarının olumlu bir etki yaptığını ve Burdur halkının 112 acil sağlık hizmetlerinin gerekli zamanlarda kullanma konusundaki hassasiyetlerinin artmış olduğunu görmekteyiz.

Tüm bu sonuçlar Burdur ilindeki acil sağlık hizmetlerindeki meydana gelen olumlu gelişmeleri göstermektedir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin önemi ve gücü giderek artmaktadır. Acil sağlık hizmeti sunumu için kalite göstergeleri ya da ölçütler belirlenmeli, belirlenen parametreler hastalara en kısa zamanda müdahale imkânı sunma üzerine geliştirilmelidir. Hizmet içi eğitimlerle sağlık personellerinin bilgi ve becerileri zinde tutulmalı, görev bilinci içerisinde hizmet ifa etmelerinin sağlanması hedeflenmelidir. 112 acil sağlık hizmetlerinin halkımıza daha kaliteli hizmetler verebilmesi için bu tez çalışması gibi retrospektif çalışmalar yapılmalı, kurumlarda var ise eksiklikler giderilmeli ve önlem alınması gereken noktalar belirlenerek eylem planları oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR

112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği. Resmi Gazete:16.05.2014-29002.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Gazete Tarihi: 11.05.2000 Resmi Gazete Sayısı: 24046

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 15 Mart 2007 Perşembe Sayı:26463

Akbal U A. (2008). *Samsun 112 komuta kontrol merkezi otomasyon sistemi.* TMMOB Samsun Kent Sempozyumu. 27-29 Kasım 2008: 266-273. Samsun/Türkiye

Aktaş C. & Sarıkaya S. (2009). *Alanda Acil Bakım.* T.C. Yeditepe Üniversitesi Yayınları: İstanbul; 2009.s.13-20.

Bulut A. (2016). *112 Acil Durum Ambulanslarında İsg Risklerinin Tespiti ve İsg Rehberi.* T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü. Ankara-2016

Al-Shaqsi S, (2010). Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Med J*, 25(4), 320-323.

Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği Resmi Gazete: 07.12.2006 – 26369

Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri Şubesi İl Ambulans Servisi Başhekimliği Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şubesi www.ankara112.gov.tr (Erişim Tarihi: 02.03.2019).

Aslan Ş., Güzel A. G. Ş. (2018). Pre-Hospital Emergency Health Services In Turkey. *Journal of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 5(31), 4995-5002.

Ateş, S., Coşkun, M. Z., & Aydınöglü, A. Ç. (2011). *Coğrafi Bilgi Sistemleri İle En Uygun Ambulans Yerlerinin Belirlenmesi.* TMMOB Harita ve Kadastro Mühendisleri Odası, 13. Türkiye Harita Bilimsel ve Teknik Kurultayı, 18-22 Nisan 2011, Ankara

Ateşçelik, M., Gürger, M. (2013). Acil Servise Künt Travma İle Başvuran Hastaların İncelenmesi. *Firat Med J*, 18(2), 103-108.

Atıcı A, Halhoğlu O, Mert E. (2010). *Çocuklarda İleri Yaşam Desteği (ÇİLYAD) Programı.* Ankara; Sağlık Bakanlığı; 6. Baskı 2010.

Atilla R, Özel G, Özel BA, Özcan C. (2016). *Acil Tıp Sistemi ve Tarihçesi.* Ankara; Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti., , ss. 3-9.

Avaner, T., Fedai, R. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Dijitalleşme: Sağlık Yönetiminde Bilgi Sistemlerinin Kullanılması *SDÜ İİBF Derg.* **22**, Özel Sayısı, s.1533-1542.

Aydın, M., Yurdakul, M., Eker, A. (2011). Mersin İl Sınırları İçindeki Okullardan 112 İl Ambulans Servisi'ne Yapılan Başvuru Sıklığının Araştırılması. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.* **2011**; **25(3)**, 121 – 124.

Ayten, S. (2015). *Denizli ilinde 112 komuta merkezine yapılan aramalar ve acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi.* T.C. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Denizli/Türkiye

Benli, A. R., Koyuncu, M., Cesur, Ö., Karakaya, E., Cüre, R., & Turan, M. K. (2015). Karabük İli 112 Acil Ambulans Hizmetleri Kullanımının Değerlendirilmesi. *J Clin Anal Med* **6(3)**, 271-4.

Bölükbaşı N. ve ark. (2007). Ordu İli Kız Meslek Lisesi Çocuk Gelişimi Son Sınıf Öğrencilerinin Çocuklara Yönelik İlk Yardım Uygulamaları İle İlgili Bilgi Düzeyleri. *AÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg.;* **10(3)**, 52-59.

Çakal, M., Özdemir, Y. (2016). Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Algılanan Aidiyet Durumları. *SDÜ Vizyoner Derg.;* **7(14)**, 105-118.

Çalışkan C. (2015). *Gökçeada ve Bozcaada'dan 01.01.2009-31.12.2013 Tarihlerinde 112 Ambulanları ile Sevk Edilen Hastaların Ambulans Hasta Kayıt Formlarının Değerlendirilmesi.* Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü; Ankara/Türkiye.

Çalışkan, C., Koçak, H., & Yavuz, Ö. (2016). Bir İlin 112 Personeline 2012 Yılında Verilen Temel Modül Eğitiminin Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* **5(1)**, 50-63.

Çelikli S. (2007). *Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri (Paramedik) Programı.* Uluslararası. Katılımlı 3. Ambulans Rallisi ve Acil Sağlık Hizmetleri Kongresi Ankara. 2007, s. 33-37.

Çelikli S. (2016). Kuruluştan Bugüne Paramedik Eğitiminde Standardizasyon Çabaları ve Kırılma Noktaları, *Hastane Öncesi Dergisi,* **1(2)**, 39-54.

Çevik, C., Tekir, Ö. (2014). Acil servis başvurularının tanı kodları, triyaj ve sosyo-demografik açıdan değerlendirilmesi. *Balikesir Sağlık Bil Derg Cilt:* **3(2)**, 102-107.

Demirhan N. (2003). *Türkiye'de 112 İlk ve Acil Yardım Hizmetleri ve Afetlerdeki Rolü.* İstanbul. Nobel Tıp Kitapevi

Dick WF. (2003). American vs. Franco-German Emergency Medical Services System. *Prehosp Disaster Med.* **2003**; **18(1)**, 29-35.

Duran M. (2015). *112 Kayseri Acil Sağlık Hizmetleri 2013 Yılı Vaka Analizi.* T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Kayseri/Türkiye

Düzova, S., (2015). *112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde Çalışan Personelin İş Doyumu: Ankara İli Örneği*, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara/Türkiye

E. Sülü Uğurlu, (2014). Hemşirelikte Manevi Bakımın Uygulanması, *ACU Sağlık Bil Derg*, 5(3), 187-191.

Ekşi, A. (2016). Kamu Hizmetinde Etkililik ve Etkinlik Tartışmaları Bağlamında 112 Acil Çağrı Hizmetlerinin Kötüye Kullanımı. *DEÜ SBE Dergisi* , 18(3), 387-408.

Ekşi, A., Yıldırım, G. Ö. (2014). Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Tek Numara Acil Çağrı Sistemi Uygulamasına Ambulans Personelinin Bakışı. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(31), 779-85.

Ekşi, A., Çertuğ, A., Balkan, B. K., Çelikli, S., Yenil, S., Özel, Ö., ... & Yavaş, N. (2010). *Almanya Paramedik Eğitiminin ve Acil Çağrı Sisteminin Değerlendirilmesi*. Avrupa Tek Acil Çağrı Numarası (112) Uygulamasının(ATAÇNU) Paramedik ve Acil Çağrı Merkezi İletişimine Etkilerinin İncelenmesi Leonardo da Vinci VETPRO Projesi. İzmir 2010

Erbay, H. (2017). Türkiye'de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Numarası Niçin 112? Tarih Perspektifinden Bir Değerlendirme *Lokman Hekim Derg.* , 7(1), 28-32.

Eryılmaz M. (2007). Ülkemizde Acil Sağlık Hizmetleri: İhtiyaca Yönelik Güncel Çözüm Önerileri. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2007;13(1),1-12.

Göcen, K., Ateş, M. (2013). *Acil Sağlık Hizmetleri*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.

Güldeş, M., Çetik, M. O. (2016). Acil Sağlık Hizmetlerinde Kara ve Hava Ambulans Servislerinin Bütünleşik Kullanımı İçin Sıfır-Bir Karma Tamsayı Matematiksel Bir Model Önerisi. *Ç.Ü. Fen ve Mühendislik Bilimleri Dergisi*. 34(2), 164-173.

Güleç MA. (2012). *Temel Modül Eğitimi Kitabı*. Ankara. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü

Gülsün, B., Yılmaz, B. (2015). Acil servis hizmetlerinde uygun ambulans yerinin belirlenmesi ve Kocaeli ili İzmit ilçesinde bir uygulama. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi* 14(28), 29-62.

Günaydın, M., Tatlı, Ö., Genç, E. E. (2017). Arama Kurtarma Örgütleri ve UMKE. *Doğal Afetler ve Çevre Dergisi* 3(1), 56-63.

Güneytepe, Ü. İ., Aydın, Ş. A., Gökgöz, Ş., Özgüç, H., Ocakoğlu, G., & Aktaş, H. (2008). Yaşlı Travma Olgularında Mortaliteye Etki Eden Faktörler ve Skorumla Sistemleri. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 34(1), 15-19.

Gürlek Ö. (2005). *Hasta Yakınlarının Acil Servislerdeki Sorunları ve Hemşirelerden Beklentiler.* T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Afyon/Türkiye

http://www.ttb.ogr.tr/mevzuat/index.Php?option=com_content&view=article&id=216:-ambulans-servli-a-yerges&Itemid=34 (Erişim Tarihi 01.05.2018).

<http://kocaelism.saglik.gov.tr/TR,42481/> (Erişim Tarihi:18.04.2018).

<http://surusakademisi.com.tr/>(Erişim Tarihi 01.04.2019)

<http://www.acilafet.gov.tr/TR,4482/deniz-ambulansi.html>(Erişim Tarihi: 25.04.2018).

<http://www.ahder.org/definiciones/acil-yardim-nedir> (Erişim Tarihi: 11.10.2018)

<http://www.mfa.gov.tr> (Erişim Tarihi 06.03.2019)

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler> (Erişim Tarihi:25.03.2019)

<http://www.resmigazete.gov.tr>(Erişim Tarihi:11 10.2018)

<https://mehmetresitkorkmaz.wordpress.com> (Erişim Tarihi: 03.02.2019)

<https://www.icisleri.gov.tr/illeridaresi/> (Erişim Tarihi_05.03.2019)

<https://www.saglik.gov.tr/TR,1755/1-7-aralikpacil-saglik-hizmetleri-haftasi.html> (Erişim Tarihi 19.04.2018).

İnan H.F, Sofuoğlu T. Acil Sağlık Hizmetleri. Ertekin C, Çertuğ A, Atıcı A, Coşkun A, Aydın F, (2006). : *Acil Hekimliği Sertifika Programı Temel Eğitim Kitabı.* Ankara: Onur Matbaacılık Ltd. Şti, 2006: 1–9.

Kahraman Ş. (2019). *İzmir İli 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Bir Yıllık Analizi ve Geospacial Haritalandırılması* T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı İzmir/ TÜRKİYE

Karcioğlu, Ö., Yıldırım, G. Ö. (2006). Acil Tıp Sisteminde Sürüş Güvenliği ve Acil Araç Sürücülerinin Eğitimleri. *DEU Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(3), 135-142.

Kıdak, L., Keskinoğlu, P., Sofuoğlu, T., Ölmezoğlu, Z. (2009). İzmir ilinde 112 acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg*, 19(3), 113-119.

Kısakol, B. E. (2015). *Acil sağlık hizmetleri istasyonlarının yerleşim probleminin küme kapsama ve medyan modeli yaklaşımı ile değerlendirilmesi: Manisa il merkezi için bir uygulama* Eskişehir Anadolu Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Eskişehir/Türkiye.

Kubar, Ö. Ü. Y. (2018). *Teorik Açıdan Sağlık Ekonomisi Analizi. Sağlık Ekonomisi ve Politikaları Güncel Sorunlar ve Araştırmalar* ISBN: 978-605-82459-8-3 - İskitler/Ankara. Rating Academy Yayınları

Kumsar, A. K., & Yılmaz, F. T. (2017). Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörlerinden Korunmada Hemşirenin Rolü. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(4), 18-27.

Murat, A. K. (2019). Yapısal Değişim Ekseninde Kamuda Örgütsel Bağlılık: Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Ampirik Bir Analiz. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 33(1), 179-201.

Okday, İ., Kayışoğlu, N. (2005). Tekirdağ ili 112 acil sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Sted Dergisi*, 14(2), 35-37.

Önge, T., Satar, S., Kozacı, N., Açıkalın, A., Köseoğlu, Z., Gülen, M., & Karakurt, Ü. (2013). 112 ile Acil Tıp Servisine Getirilen Erişkin Hastaların Analizi. *JAEM 2013*, 12(3), 150-4.

Özata, M., Toygar, S. A., Yorulmaz, M., & Cihangiroğlu, N. (2011). Comparative analysis of using 112 emergency ambulance services in Turkey and the province of Konya. *Eur J Gen Med*, 8(4), 262-267.

Özden, A. (2016). Psikososyal Sağlık ve Egzersiz. *Türkiye Klinikleri J Physiotherapy-Rehabilitation-Special Topics*, 2(1), 122-126.

Özyaral, O., (2005). *Ambulans ve İlk Müdahalede Sterilizasyon Dezenfeksiyon*, 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 344-374. Antalya 2005.

Paksoy, V. M. (2016). Acil Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Uygulama Modellerinin Karşılaştırması: Anglo-Amerikan ve Franko-German Modeli. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 4(1), 6-24.

Rehn, M, Davies, G, Smith, P, Lockey, D. (2017). Emergency Versus Standard Response: Time Efficacy of London's Air Ambulance Rapid Response Vehicle. *Emerg Med J, emermed*, 34(12), 806-809.

Satar, S., Sebe, A., Avcı, A., Karakuş, A., & İçme, F. (2004). Yaşlı Hasta ve Acil Servis. *Ç.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(2), 43-50.

Soysal, S., Karcioğlu, Ö., Topaçoğlu, H. (2003). Acil Tıp Sistemleri. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 34(1), 51-57.

Sungur, İ., Akdur, R., Piyal, B. (2014). Türkiye'deki Trafik Kazalarının Analizi. *Ankara Med J*, 14(3), 114 – 124.

Şimşek, P., Günaydın, M., Gündüz, A. GÜSBD (2019). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri: Türkiye Örneği. *GÜSBD*, 8(1); 120-127

T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). *2017 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara. Kuban Matbaacılık Yayıncılık

T.C. Sağlık Bakanlığı (2017). *2016 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No :1083 Baskı : Sb-Sagem-2017/4

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2007). *Avrupa Resüsitasyon Konseyi 2005 Resüsitasyon Kılavuzu*. İstanbul: Logos Yayıncılık.

Tanrıverdi, Haluk; Köksal, Gökay, (2018). *112 Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi: Yönetim ve Organizasyon Yapısı, Çalışan Sağlığı ve Güvenliği, Swot Analizi*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım

Taviloğlu K., Ertekin C., Güloğlu R. (2006). *Travma ve Resüsitasyon Kursu Kitabı*. İstanbul: Logos Yayıncılık

Tekingündüz S (2010). *Bingöl İli 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Doğu Anadolu Bölgesi ve Türkiye Geneli İle Karşılaştırılması 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 1* Editör: Harun Kırılmaz 1. Basım –Nisan 2010 ISBN: 978-975-590-321-7 Bakanlık Yayın No: 789

Tomak, L., DüNDAR, C., Baydın, A., Çetinoğlu, E., & Pekşen, Y. (2008). Samsun İli 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nin 2004 Yılında Ulaştığı Kardiyovasküler Sistem Sorunu Olan Hastaların Değerlendirilmesi. *Firat Tıp Derg*, 13(4), 243-246.

Tözün, M., Ünsal, A., Arberk, K. (2012). Eskişehir İlinin 2008 Yılı 112 Acil Yardım ve Kurtarma İstasyonlarına Yapılan Çağrıların İncelenmesi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(3), 54-57.

Uğrak, U., Cihangiroğlu, N., Uzuntarla, Y., Teke, A. (2016). Hastaların sürekli kaygı düzeyleri ile acil sağlık hizmetlerini kullanma eğilimlerinin analizi. *Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi*, 7(13), 208-225.

Yaylacı, S., Yılmaz Çelik, S., Öztürk Cimilli, T. (2013). Acil servise ambulansla başvuran hastaların aciliyetinin retrospektif değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil* 4(2), 64-67.

Zenginol M, Al B, Genç S, Deveci İ, Yarbil P, Arı Yılmaz D, ve ark. (2011). Gaziantep İli 112 Acil Ambulanslarının 3 Yıllık Çalışma Sonuçları. *JAEM*, 10(1), 27-32.

EK-1



T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi: 05.03.2019 Salı
Toplantı No:2019/3
Karar No: GO 2019/49

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Mülmin POLAT'ın sorumlu araştırmacı olduğu, **"Burdur İli Acil Sağlık Hizmetlerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi (2013-2017 Yılları Arası)"** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

(Başkan)
Prof. Dr. Yakup YILDIRIM
(Veteriner Fakültesi Öğretim Üyesi)

(Katılmadı)
(Başkan Vekili)
Prof. Dr. Ahmet ONAY
(İlahiyat Fakültesi Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. Ramazan ADANIR
(Veteriner Fakültesi Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Canan DEMİR BARUTCU
(Sağlık Bil. Fak. Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa BAYEZİT
(Sağlık Bil. Fak. Öğretim Üyesi)

(Katılmadı)
Doç. Dr. Emrah ATAY
(Beden Eğitimi ve Spor YO Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. Özlem TAGAY
(Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi)

(İznilil)
Dr. Öğr. Üyesi Dilara AKÇORA YILDIZ
(Fen-Edebiyat Fakültesi Öğretim Üyesi)

(*)
Dr. Öğr. Üyesi Mülmin POLAT
(Sağlık Bil. Fak. Öğretim Üyesi)

Doç. Dr. Mustafa LAMBA
(İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Altın YILMAZ
(Mühendislik Mimarlık Fakültesi Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Eyyüp GÖKALP YILMAZ
(Fen-Edebiyat Fakültesi Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr. Üyesi Ömer Görkan DİLER
(Veteriner Fakültesi Öğretim Üyesi)

Not: (*) Projede yer aldığı için toplantıya katılmadı.

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 15100-BURDUR
Telefon : 0-248-213 12 76 / Faks: 0-248-213 12 74

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı : Ali SERT
Doğum Yeri ve Yılı: Bucak 26.09.1993
Medeni Hali : Bekar
Yabancı Dili : İngilizce
Uyruğu : TÜRKİYE
Telefon No : 05558890715
Elektronik Posta: alisert15@hotmail.com
İletişim Adresi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü /Burdur
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi



Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl): Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
(2013-2017)

Lisans: Acil Yardım ve Afet Yönetimi

Yüksek Lisans: Sağlık ve Biyomedikal Bilimler AD.

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl (Mesleki Deneyim):

1. Isparta İl Sağlık Müdürlüğü/Sağlık Memuru (2011-2016)
2. Burdur İl Sağlık Müdürlüğü / Sağlık Memuru (2016-Devam Ediyor)

